

ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD DE COLÓN 2017



**DRA. NANCY TORRES
DIRECTORA REGIONAL**

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN

I. **Fotografía 1: El Contexto**

- Tendencias
- Proyecciones del desarrollo económico
- Impacto de los cambios climatológicos

II. **Fotografía 2: ¿Cuál es la demanda y la necesidad de los servicios de salud?**

- Aspectos demográficos
- Aspectos epidemiológicos
- Morbilidad
- Mortalidad
- Análisis de desigualdades en salud

III. **Fotografía 3: Caracterización de la oferta**

- Vigilancia sanitaria.
- Accesibilidad geográfica
- Complejidad de la red
- Bolsones de desprotegidos
- Recursos humanos
- Insumo sanitario

IV. **Fotografía 4: Satisfacción del usuario**

- Lista de espera
- Horario de servicios
- Mecanismos para la medición de la satisfacción del usuario
- Control de calidad

V. **Fotografía 5: Actores y Red social**

- Comités, ONG'S, Clubes Cívicos, Iglesias, Grupos Organizados de Trabajadores de Salud, Otros

VI. **Fotografía 6: Proyección de la Red**

- Adecuaciones a la oferta en términos de equipos básicos
- Adecuación de la cartera de servicios
- Ampliación de cobertura a poblaciones desprotegidas y de difícil acceso
 - Ampliación de horarios
 - Giras de salud

VII. **Fotografía 7: Caracterización del Sistema regional y proyecciones**

- Organización y Funcionamiento

VIII. **Fotografía 8: Instrumentos de Gestión**

- Planificación regional y programación local
- Presupuesto por objetivos
- Incentivos
- Sistema de abastecimiento y suministro
- Sistema de información en salud
- Catastro
- Equipamiento y tecnología

IX. **Fotografía 9: Financiación de los Servicios**

- Compensación de costos
- Fuentes de financiación

- **Autogestión**
- **Aportes**
- **Presupuesto del Estado**
- **Donaciones**
- **Seguro solidario**

X. Fotografía 10: Proyectos de Inversión

CONCLUSIONES

BIBLIOGRAFÍA

INTRODUCCIÓN

El análisis de la situación de salud de la Provincia de Colón (ASIS) fue elaborado dentro de un amplio proceso participativo con la población y los representantes institucionales y organizacionales de la Provincia de Colón. Incluyó en su formulación los lineamientos de las Políticas de Salud, Funciones Esenciales de Salud Pública y asesoría de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Este documento busca identificar cómo cumplir con los objetivos del milenio en cuanto a la reducción de la pobreza, fomento del desarrollo del capital humano con un crecimiento económico sostenible y basado en la participación del gobierno, del sector privado y de la sociedad civil, enfatizando a su vez la modernización del Estado y el mejoramiento de la gobernabilidad.

Se realizó mediante talleres de participación colectiva, entrevistas y fuentes de información secundarias. Considerando las condiciones administrativo-institucionales, sociales y económicas, se diseñó un Plan de intervención con el cual se definieron los potenciales, limitantes y riesgos para hacer frente a las necesidades sentidas de los diferentes sectores de la población mejorando las capacidades de los sistemas político-administrativos en la gestión territorial y optimizando la gestión de los recursos.

En Panamá en los últimos años se ha logrado mejorar de manera significativa los niveles de vida de la población mediante su crecimiento económico, mayor democracia y en un esfuerzo persistente por la búsqueda de la equidad y justicia social; sin embargo, es evidente que nuestro país pese a su desarrollo presenta profundas desigualdades económicas y sociales, las cuales pueden poner en riesgo los logros y avances alcanzados. Este esfuerzo debe traducirse de manera eficaz en un mejoramiento de la Provincia de Colón, en equidad, desarrollo humano y reducción de la pobreza; en razón de ello consideramos que la Región de Salud de Colón debe desempeñar un importante papel en apoyo a los esfuerzos del país en el diseño de políticas públicas; el fortalecimiento de la democracia y la justicia social; la sostenibilidad del medio ambiente; el desarrollo de las capacidades, modernización de la gestión y financiación del sector público; el acceso y mejoramiento de la equidad y calidad de los servicios de salud; el mejoramiento de las condiciones de vida y la salud integral de la población.

Problemas de desempleo, en la población, esto ocasiona que las personas desempleadas, ya con su poder económico disminuido, no puedan acceder a la salud social, además de que por los costos no puedan recibir atención y/o medicamentos, aunque el mismo sea subsidiado.

Educación y cultura: ocasiona esto, que los individuos no puedan tener una medicina preventiva, ya que está muy importante y las personas no acuden o siguen los programas básicos de salud. Además, no saben usar las instalaciones de salud y esta provoca una mala gestión en salud.



Fotografía 1: El Contexto

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

Panamá es un país con una posición geográfica privilegiada y que a través de los años ha tenido un crecimiento económico notable, hemos tenido avances invirtiendo en la infraestructura de atención, ampliación en la cobertura de atención, inmunizaciones y otros, pero todavía desde el punto de vista de la salud y el desempeño de esta en nuestra sociedad está sujeto a mejoras.

Desde el punto de vista político, persiste la cultura de la enfermedad y todo se encamina para atender la enfermedad, con: infraestructura y medicamentos. Queda mucho por trabajar en el cambio mental y de acción hacia la cultura de la prevención que a la larga nos da más satisfacción como sociedad, ahorro económico y mejora en la calidad de vida de todos.

Todo el avance económico y en infraestructuras que el país ha vivido debe traducirse en el mejoramiento de la equidad en la provincia de Colón, desarrollo humano y reducción de la pobreza.

Socio culturalmente, algunas personas persisten en la cultura del esperar que otros solucionen sus problemas y eso ocasiona que no veas que la responsabilidad de nuestra salud, es algo que nos compete a cada uno de nosotros.

A nivel institucional: hay que coordinar las acciones y entrelazarlas cuando sea necesario, para tener mayor impacto en las acciones, ejem: muchas de las acciones de salud preventiva: higiene, alimentación saludable, cuidado en salud, cuidado al medio ambiente, entre otros; deben ser impartidas desde el nivel escolar, desde antes de los 5 años que se sabe que en esa etapa es cuando aprendemos los hábitos que se quedan como patrones de vida a largo plazo.

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

Cada vez más se ve personas más críticas en sus derechos en salud, en el autocuidado, más informadas (como resultado de los medios informáticos), pero en resumen todo se reduce al individuo, por eso encaminaremos acciones fuertemente en la promoción de salud a la comunidad en general.

Fortalecer la comunicación y retroalimentación a las diferentes instituciones.

3. Identifique los aspectos que favorecen y/o afectan el desarrollo de los procesos en el MINSA (nacional o regional). Ejemplos: aspectos políticos prioritarios: como déficit público, la deuda externa, la excesiva, descentralización, la ineficiencia administrativa y de gestión o la insatisfacción del público, entre otros.

Todavía queda pendiente fortalecer la eficiencia administrativa de la institución y la capacidad de gestión, ocasionando la mala distribución de los recursos, aumento en gastos, poca cultura del mantenimiento; con el subsecuente aumento de gastos, entorpecimiento en la ejecución de los programas y demás actividades.

Fortalecer los aspectos del autocuidado del trabajador, satisfacción laboral, salud ocupacional, que trae como resultado aumento en la productividad laboral, satisfacción del personal y en última instancia esto repercute en la satisfacción del usuario de las instalaciones de salud y de toda la sociedad.

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

Convención Interamericana sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Racial (Ley 49 de 2 de febrero de 1967), Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948 (Ley 13 de 17 de octubre de 1976), Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Políticos (Ley 13 de 17 de octubre de 1976), Pacto Internacional de Derechos civiles y políticos (Ley 14 de 28 de octubre de 1976), Convención Americana sobre Derechos Humanos o Pacto San José (Ley 15 de 28 de octubre de 1977), Convención para la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (Ley 51 de 1981), Convención sobre los derechos del niño (Ley 15 del 16 de noviembre de 1990), Protocolo adicional a la Convención Americana sobre Derechos humanos en materia de derechos económicos, sociales y culturales o protocolo de El Salvador (Ley 21 de 22 de octubre de 1992), Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer o Convención de Belem do Pará (ley 12 de 20 de abril de 1995), Convención Interamericana sobre tráfico internacional de menores (ley 37 de 25 de junio de 1998), Convenio sobre la prohibición de las peores formas de trabajo infantil y la acción inmediata para su eliminación (Ley 18 de 15 de junio de 2000), Protocolo facultativo de la Convención sobre los derechos del niño relativo a la venta de niños, prostitución infantil y la utilización de niños en la pornografía (ley 47 del 13 de diciembre de 2000), Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para el control del Tabaco (Ley 40 de 7 de julio de 2004), Código Sanitario Panamericano (Ley No. 3 de 12 de noviembre de 1928), Constitución de la Organización Mundial de la Salud Y Protocolo concerniente a la oficina de higiene pública (Ley No. 15 de 29 de enero de 1951), Convenio Básico del Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá (INCAP) (Ley No. 49 de 7 de diciembre de 1954), Convenio Básico del Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (ley No. 7 de 10 de enero de 2001), Declaración del Milenio del 2000.

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

Cooperación Española en materia de prevención, control y seguimiento del VIH/SIDA que se centra en el fortalecimiento de las capacidades de las instituciones para dar una respuesta efectiva a la epidemia, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) que comprende un proyecto conjunto de sensibilización, capacitación y comunicación sobre VIH/SIDA, Agencias del Sistema de las Naciones Unidas en el grupo temático (ONUSIDA): Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) proyecto conjunto de capacitación, sensibilización y comunicación sobre VIH/SIDA, Fondo de población de las Naciones Unidas (UNFPA) que comprende una serie de acciones de prevención a través de la Comisión de Salud Sexual y Reproductiva, Centro de Información de las Naciones Unidas en Panamá (CINUP) para el desarrollo de actividades en prevención de VIH/SIDA, con la participación de personas que viven con el VIH, Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) para prevención, capacitación y sensibilización en VIH/SIDA.

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

El estado tiene como función privativa la protección de la salud de toda la población de la República. El artículo 154 del Código Sanitario establece como obligación del Estado, la protección y asistencia gratuita de la Maternidad y la infancia comprendiendo tanto la atención preventiva y la asistencia médico-curativa y social, de toda mujer durante el embarazo, parto y puerperio y de todo niño desde su nacimiento hasta el fin de su edad escolar. Muchas de las muertes en mujeres embarazadas y niños menores de 5 años en situación de pobreza obedece a causas prevenibles de contar con la atención adecuada y oportuna. El estado establece los servicios de gratuidad a la población en pobreza y pobreza extrema como estrategias para reducir las tasas de mortalidad materna e infantil contempladas también como Metas del Desarrollo del Milenio. Poblaciones objetivos son las mujeres embarazadas, niños menores de 5 años, poblaciones indígenas y discapacitados a través de los

fundamentos legales: Decreto Ejecutivo No. 428: Gratuidad de la Maternidad, Resolución No. 321: Gratuidad del Discapacitado/a, Resolución No. 322: Gratuidad a la población indígena y Decreto ejecutivo No. 546: Gratuidad a menores de 5 años.

Se debe abordar con educación, apoyar y promover la empleomanía pero no solo en el gobierno sino también en el sector privado, además dar información a la población para que cuiden su empleo y no esperar que el gobierno les resuelva todo.

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

El rol de rectoría del MINSA en la Región de Salud de Colón, busca que todos los organismos públicos y privados con competencia en la producción de la salud, enmarquen su quehacer tomando como guía para la acción, las políticas, planes, programas y normas que promulgue el Ministerio de Salud, acompañado de un proceso de monitoreo, supervisión y evaluación ejercido por el propio MINSA, con la finalidad de una eficiencia y calidad en los servicios de salud de nuestra provincia. Para tal objetivo contamos con una participación activa y de liderazgo en los Consejos Provinciales en la búsqueda del fortalecimiento de la intersectorialidad como herramienta fundamental en la producción de la salud, mediante una gestión de puertas abiertas. La CSS considera que el grado de coordinación entre instituciones es deficiente y no permite la ejecución de las políticas sociales provocando que se dupliquen las funciones en algunas áreas, mientras que en otras se realiza nada o muy poco.

8. ¿Cómo se incorpora la política de salud a los programas sociales regionales? Por ejemplo: Red de oportunidades, 120 a los 70, beca universal y otros proyectos de inversión social.

La política de salud se incorpora a los programas sociales regionales en la búsqueda de la equidad a través de la incorporación de los grupos humanos postergados a la Red de los Servicios de Salud según condiciones de vida, factores de riesgo y problemas de salud identificados.

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

En nuestra región las decisiones se han basado en un análisis y seguimiento de las diversas políticas sociales, como herramientas para el logro de objetivos en cuanto al desarrollo humano y en la equidad de género reducción de la pobreza, cumplimiento de las ODS, prevención y mitigación de los cambios climáticos, aumentando la cobertura de los servicios, calidad, priorizando en las necesidades de grupos de riesgo y con participación activa de la comunidad.

10. ¿Cuál ha sido el impacto de los cambios climáticos, contaminación ambiental (agua, suelo y aire) y ruido en el desarrollo económico y social de la población? Qué áreas productivas han sido las más afectadas? En qué áreas geográfico-poblacionales han impactado con mayor fuerza?

El cambio climático en la provincia se ha manifestado principalmente a través de inundaciones, al presentarse periodos de lluvia continuo aumenta el riesgo de deslizamientos. En el área costera se experimenta la pérdida gradual del borde costero, pérdida de viviendas, poniendo en peligro áreas turísticas en las costas de Colón.

Desde el punto de vista productivo la actividad más afectada por las lluvias intensas es el turismo, dificultando el acceso a los lugares y el gozo de playas.

11. ¿La legislación existente favorece la participación social en la gestión sanitaria? Qué cambios son necesarios? Cuáles son las formas de participación social en su área de responsabilidad?

En la Región de Salud de Colón se incorpora de manera creciente la participación civil, tanto de las comunidades como de los organismos no gubernamentales, promoviendo así el empoderamiento de los ciudadanos y la rendición de cuentas como medios para incentivar el mejoramiento constante de la calidad y la eficiencia de los servicios que prestamos.

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

Provincia	IDHP 2012	IDHP 2013	IDHP 2015	% de Crecimiento 2013-2015
Colón	0.768	0.776		
País	0.765	0.775	0.788	0.4
Urbano	0.825	0.831		
Rural	0.653	0.686		

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

En nuestra provincia el MINSA ejerce la rectoría de salud a través del liderazgo institucional, la coordinación intersectorial con los otros sectores gubernamentales y la concertación de todas las instancias de la sociedad.

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

Decreto de Gabinete No. 1 del 15 de Enero de 1969 que crea al Ministerio de Salud cuya Norma básica establece el ordenamiento del “Sistema de Salud” en Panamá.

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

Consideramos que si ya que nos permite fortalecer los programas de prevención y promoción, fomentando en la población colonense las competencias de autocuidado, estilos de vida saludable y entorno saludable. Además se mejora la captación temprana de enfermedades, se protege la salud de las personas frente a riesgos sanitarios, se ha fortalecido la capacidad regional de emergencia, nos permite definir planes de acción y estar preparados para enfrentar situaciones de emergencia y desastres, también nos permite la ejecución de acciones y programas focalizados, para mejorar la calidad de vida de adultos mayores, mujeres y niños en situación de riesgo y en los sectores más vulnerables hacia el cumplimiento de los ODM.

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

El nivel Nacional se encarga de formular, planificar, dirigir, coordinar, ejecutar, supervisar y evaluar la política de salud. Tiene competencia exclusiva para regular, supervisar y fiscalizar el cumplimiento de las mismas. En los Niveles Regionales y locales ejercen competencia compartidas en materia de evaluación y regulación del desarrollo de actividades acorde a la Política de salud, El nivel regional se encarga exclusivamente de controlar y supervisar el cumplimiento de las normas, contratos, proyectos y el uso racional del presupuesto asignado, así como de formular, aprobar, ejecutar y monitorear los planes de los niveles locales, en concordancia con la política, normas y planes tanto regionales y nacionales.

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

El nivel Nacional se encarga de formular, planificar, dirigir, coordinar, ejecutar, supervisar y evaluar la política de salud. Tiene competencia exclusiva para regular, supervisar y fiscalizar el cumplimiento de las mismas. En los Niveles Regionales y locales ejercen competencia compartidas en materia de evaluación y regulación del desarrollo de actividades acorde a la Política de salud, El nivel regional se encarga exclusivamente de controlar y supervisar el cumplimiento de las normas, contratos, proyectos y el uso racional del presupuesto asignado, así como de formular, aprobar, ejecutar y monitorear los planes de los niveles locales, en concordancia con la política, normas y planes tanto regionales y nacionales.

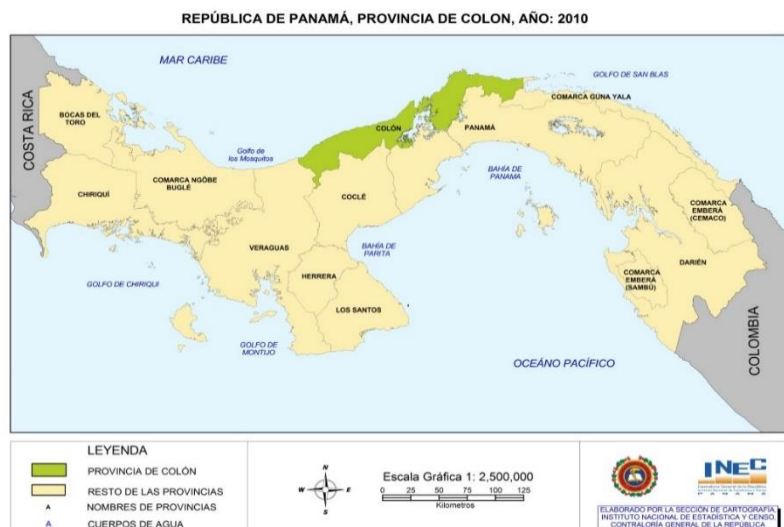
Aspectos Generales y Políticos

En nuestro país desde las crisis de los años ochenta se han aumentado los clamores para una mayor respuesta a las necesidades de la ciudadanía, rendición de cuentas y un aumento de los presupuestos públicos destinados a la inversión focalizada en la reducción de la pobreza.

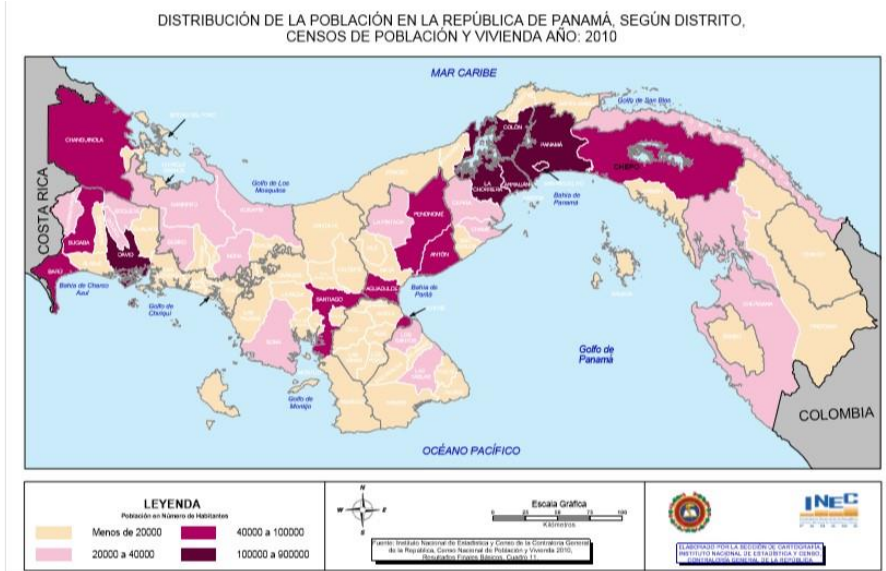
La Provincia de Colón se encuentra en la parte central norte de Panamá, entre $9^{\circ} 33' 30''$ y $8^{\circ} 53' 04''$ de latitud norte y $79^{\circ} 03' 53''$ y $80^{\circ} 52' 27''$ de longitud oeste. Su territorio limita en el norte con la costa del Caribe y en el sur con las Provincias de Panamá y Coclé. En el oeste con Veraguas y en el este con la Comarca Kuna Yala. La superficie comprende 4,868.4 km², siendo la capital provincial la ciudad de Colón.

El territorio provincial es accesible por la carretera transistmica, Ciudad de Panamá – Colón (80 km), por una vía férrea de transporte de pasajeros y carga y el Canal de Panamá, la conexión marítima más corta entre el Pacífico y el Atlántico. Una autopista se encuentra actualmente en construcción para mejorar la situación del tránsito vehicular, que es muy congestionado sobre todo en horas pico entre las dos ciudades. El aeropuerto de “France Field” en la Zona Libre está habilitado para recibir vuelos nacionales.

El Canal de Panamá divide la Provincia en su centro: en la parte occidental, Costa



Abajo, están los distritos de Donoso y Chagres; los distritos de Portobelo y Santa Isabel están en Costa Arriba (oriente); en la parte central se encuentra el distrito de Colón, un municipio predominantemente urbano con un casco colonial muy pauperizada, los puertos marítimos, la Zona Libre y urbanizaciones nuevas de personas más adineradas. Hacia el sur, la Provincia limita con la cordillera central. El norte de la provincia limita con el mar Caribe.



La Provincia de Colón está organizada administrativamente en 5 distritos - Donoso, Chagres, Colón, Portobelo y Sta. Isabel - 40 corregimientos y cuenta 960 lugares poblados. Según información de la Dirección de Estadística y Censos (DEC) de la Contraloría General de la República, se estima que en 2017 la población de la Provincia de Colón es de 285,429 mil habitantes (cuadro N°1) el 6.96% del total de la

población de la República de Panamá, la cual se estima es de 4.0 millones de habitantes; para el año 2020 se proyecta que alcanzará los 4.2 millones de habitantes. En el caso de la provincia de Colón, en 2020 se calcula que la población tendrá un total de 298 mil habitantes, el 6.97% de la población total del país, lo que significa una ligera desaceleración en su crecimiento demográfico.

Localización y División Política



Considerando la geografía política, la provincia de Colón se encuentra dividida en cinco distritos y cuarenta corregimientos; la integran los Municipios de Donoso, Chagres, Colón, Portobelo y Santa Isabel. Estos distritos forman las subregiones de Costa Abajo (Donoso y Chagres), Distrito de Colón y Costa Arriba (Portobelo y Santa Isabel) respectivamente.

Características Físico-Geográficas de la Provincia

En Costa Abajo, la población es escasa y la pobreza rural parece mantenerse, mientras que los campesinos no encuentran otras posibilidades de ocupación. La minería a gran escala en petaquilla con sus proyectos de infraestructura vial, puerto propio y electrificación producirá dos nuevos polos de desarrollo: uno en Coclesito y otro en Punta Rincón con fuertes impactos ambientales y sociales. Esta dinámica creará un apremio para cerrar el anillo vial entre Colón y Coclé que sucesivamente presionará sobre los recursos naturales del bosque. El auge en la demanda de biocombustible fomentará un gran mercado nacional de aceite vegetal y la palma aceitera podría convertirse en un cultivo alternativo, capaz de estimular el crecimiento económico rural con la generación de empleo local.

Para el **Distrito de Colón** la plataforma del comercio internacional crecerá y los grandes proyectos de ampliación del Canal, de la Zona Libre, de los puertos y de infraestructura petrolera y petroquímica, ejercerán una fuerte influencia que estimulará una creciente migración campo-ciudad. Sin embargo, la cifra oficial de crecimiento no incluye la fuerte dinámica inducida por los megaproyectos de Colón, actualmente en gestión. Luego de una fase de ocupación inicial de mano de obra no calificada, muchos de los obreros no tendrán una base de sustento, lo que incrementará la cifra de desocupación. El acentuado desempleo de la población joven urbana y la inseguridad en el casco viejo de la ciudad a corto y a medio plazo son factores que requieren de acciones concretas para enfrentar la problemática. Las desigualdades sociales acentuadas en al menos ocho de sus catorce corregimientos, el deterioro de las viviendas en el casco viejo de Colón y la falta de servicios sociales básicos son urgentes de resolver. Los fuertes enclaves productivos con su dinámica y proyección internacional, pero escasos encadenamientos locales se mantendrán al margen del ejercicio de una responsabilidad social empresarial, de imperiosa necesidad por la enorme disparidad entre los sectores adinerados y pobres.

Referente a **Costa Arriba**, la subregión se mantendrá con poca población local (6% de la población provincial), ya que las tendencias migratorias hacia Colón y Panamá se mantiene. En lo productivo, la agricultura de subsistencia y la ganadería mantendrá su rol actual. No obstante, con la construcción del Centro Energético de las Américas (CELA) y el incremento de actividades turísticas con mayor incidencia del turismo de cruceros, producirán una demanda nueva de mano de obra y de servicios de calidad, con especialidades en el ámbito de construcción, operación y mantenimiento de instalaciones energéticas y atención de usuarios de turismo, con dominio de idiomas como el inglés francés, mandarín y alemán.

A **nivel provincial**, la falta de autonomía programática y administrativa de las direcciones regionales de los ministerios, la debilidad y la poca operatividad y autonomía de los municipios siguen siendo problemas por resolver en el contexto de fortalecimiento del proceso de desconcentración y de la descentralización de los poderes públicos.

Relacionados con las condiciones biofísicas, los suelos de la provincia presentan severas restricciones de uso y en muchas partes fueron sobreexplotados. Excepciones existen en Costa Abajo con suelos aluviales en la planicie costera y en las riberas de los ríos. Con estas limitantes, solamente la actividad ganadera ha generado algo de dinamismo económico; la gran mayoría de las explotaciones agrícolas se mantienen únicamente para la subsistencia. La reducción de la cobertura de bosques alcanza el 1.05% anual, lo que significa una deforestación anual de alrededor de 20,000 ha. Es una tasa alta, en comparación con el .0.5% anual de tasa de deforestación nacional. En Costa Abajo, el distrito de Chagres terminó con sus recursos del bosque en más del 80% entre 1992 y 2000.

En cuanto a los valores histórico-culturales, las ruinas de las fortalezas de la colonia española se encuentran en un deterioro creciente, a pesar de haber, sido declaradas como patrimonio mundial de la humanidad por la UNESCO. Referente a los valores inmateriales, la costumbre muy arraigada es la "cultura del congó" con bailes,

fiestas, ritos y habilidades culinarias. Sin embargo, conforme avanza el empobrecimiento de las comunidades se registra una paulatina degradación de estos valores culturales.

Nivel de salud de la población colonense

La situación económica de los habitantes de la provincia de Colón es crítica debido a la crisis socio- económica que vive la Región, y al desempeño galopante que está por alrededor del 20.4% de la población económicamente activa, produciendo una disminución del poder adquisitivo de las familias y un deterioro del bienestar físico y social que favorece la aparición de enfermedades sociales como: violencia intrafamiliar (maltrato a la mujer, abuso al menor), alcoholismo, drogadicción, stress, depresión, suicidio y homicidios, delincuencia juvenil (infractores sociales).

Indicadores y Trazadores De Salud

a. La expectativa de Vida

PROVINCIA	Esperanza de vida al nacer 2010	Esperanza de vida al nacer 2012	Esperanza de vida al nacer 2013	Esperanza de vida al nacer 2017	Logro Esperanza de vida 2010	Logro Esperanza de vida 2012	Logro Esperanza de vida 2013
Colón	74	74.5	74.7	75.65	0.816	0.825	0.829
País	76.7	77.2	77.4	78.12	0.862	0.869	0.873
Fuente: Índice Nacional de Desarrollo Humano, Panamá 2014							

La esperanza de vida al nacer se ha incrementado en ambos sexos; en el año 2000 fue de 73.7 años mientras que para el 2017 es de 75.65 años, para los hombres de 72.46 y para las mujeres de 79.01, lo que se evidencia en las pirámides poblacionales. La estructura por grupos de edad en la provincia de Colón tiene rasgos que caracterizan a las poblaciones en proceso de envejecimiento producto de la disminución de la fecundidad y un aumento significativo de la esperanza de vida al nacer.

b. Índice de Desarrollo Humano

La Provincia de Colón cuenta con una población culturalmente diversificada. En observaciones de campo, se pudo determinar que algunas áreas rurales han sido colonizadas por campesinos procedentes de otras provincias del país. Entre los “interioranos” resaltan personas de las provincias de Coclé y Los Santos. El poblamiento del distrito de Colón está estrechamente ligado al desarrollo del corredor interoceánico. La construcción de obras de infraestructura (ferrocarril, Canal de Panamá) y la actividad comercial han generado una inmigración diversificada a lo largo de los dos últimos siglos.

Las tres subregiones de la provincia de Colón –Costa Abajo, Distrito de Colón, Costa Arriba –muestran indicadores de desarrollo humano muy desiguales. Los distritos más alejados de la subregión central, Donoso

y Santa Isabel, son los menos poblados y más desfavorecidos en cuanto a provisión de servicios básicos, ingresos e infraestructuras. Igualmente, las disparidades socioeconómicas entre los distritos son marcadas.

Los indicadores socioeconómicos reflejan a la vez la desigualdad y las disparidades territoriales. Se observan niveles marcados de pobreza, menos acceso a servicios básicos y el diferencial per cápita en inversiones públicas.

El sistema dual de una economía de enclaves, poco articulada a la economía local, ha provocado una fuerte disparidad territorial con índices de pobreza altos. El Índice de Desarrollo Humano (IDH, 2002) en Panamá es de 0,707, mientras que en la Provincia de Colón es 0,715. Con respecto a los distritos, en Donoso el IDH llega a 0,421; en Chagres a 0,478, en el distrito de Colón es de 0,694; 0,583 en Portobelo y 0,509 en Santa Isabel.

PROVINCIA	IDHP 2010	IDHP 2012	IDHP 2013	% Crecimiento 2010-2013
Colón	0.749	0.768	0.776	3.6
País	0.753	0.765	0.775	3.0
Fuente: Índice Nacional de Desarrollo Humano, Panamá 2014				

Según el Informe de Desarrollo Humano de Panamá 2014. El futuro es ahora: primera infancia, juventud y formación de capacidades para la vida del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo propone cuatro indicadores para medir el desarrollo de cada uno de los cuatro grupos principales de interés, los bebés de 3 a 8 meses de edad, los niños de 4 a 5 años y 11 meses, el agregado de los niños de 0 a 6 años y los jóvenes de 15 a 24 años:

1. IDF (Índice de Desarrollo de las Familias) Índice compuesto por un subíndice de “prácticas parentales” y una “escala de resiliencia emocional”
2. IDB (Índice de Desarrollo de los Bebés – 3 a 8 meses) Indicador de 11 ítems que trata del desarrollo social y emocional de los bebés, como facilidad de sonreír, tiempo de alimentación, hábitos de dormir, entre otros.
3. IDI (Índice de Desarrollo de la Infancia) Índice compuesto por 33 ítems que tratan de dimensiones socioemocionales y cognitivas (motriz-gruesa) de los niños y niñas de 4 a 5 años y 11 meses.
4. IDJ (Índice de Desarrollo de la Juventud) Índice compuesto por un subíndice de “desarrollo socioemocional” y otro de “desarrollo cognitivo”. Diferente de los índices para la infancia, estos son indicadores formulados a partir de medidas y escalas más complejas (48 ítems de la dimensión socioemocional y 17 ítems de la cognitiva).

Diferentes provincias y comarcas según orden de mejor a peor en los diferentes indicadores: Informe de Desarrollo Humano 2014

Orden	IDF	IDB	IDI	IDJ Total	IDJ socioemocional	IDJ cognitivo
1	Herrera	Chiriquí	Panamá	Panamá	Panamá	Los Santos
2	Panamá	Coclé	Coclé	Los Santos	Veraguas	Panamá
3	Emberá Wounaan	Panamá	Los Santos	Veraguas	Colón	Chiriquí
4	Darién	Colón	Colón	Colón	Los Santos	Herrera
5	Chiriquí	Veraguas	Veraguas	Herrera	Herrera	Veraguas
6	Colón	Darién	Chiriquí	Chiriquí	Chiriquí	Colón
7	Veraguas	Herrera	Guna Yala	Coclé	Bocas del Toro	Coclé
8	Los Santos	Bocas del Toro	Herrera	Darién	Coclé	Darién
9	Coclé	Guna yala	Darién	Bocas del Toro	Darién	Bocas del Toro
10	Ngabe Bublé	Los Santos	Bocas del Toro	Guna Yala	Guna Yala	Guna Yala
11	Bocas del Toro	Emberá Wounaan	Ngabe Bublé	Ngabe Bublé	Emberá Wounaan	Ngabe Bublé
12	Guna Yala	Ngabe Bublé	Emberá Wounaan	Emberá Wounaan	Ngabe Bublé	Emberá Wounaan

Fuente: Índice de Desarrollo Humano 2014 de Panamá.

PROVINCIA	Logro ingreso 2010	Logro ingreso 2012	Logro ingreso 2013	Logro empleo año 2010	Logro empleo año 2012	Logro empleo año 2013	Logro nivel de vida 2010	Logro nivel de vida 2012 E	Logro nivel de vida 2013 E
Colón	0.589	0.61	0.63	68.8	70.4	75.1	0.649	0.67	0.697
País	0.631	0.637	0.655	67.2	63.8	67.3	0.636	0.634	0.656

Fuente: Índice Nacional de Desarrollo Humano, Panamá 2014

PROVINCIA	Ingreso promedio pp al mes 2010	Ingreso promedio pp al mes 2012	Ingreso promedio pp al mes 2013	Logro ingreso 2010	Logro ingreso 2012	Logro ingreso 2013	Logro empleo año 2010	Logro empleo año 2012	Logro empleo año 2013
Colón	211	236	264	0.589	0.61	0.63	68.8	70.4	75.1
País	265	274	303	0.631	0.637	0.655	67.2	63.8	67.3

Fuente: Índice Nacional de Desarrollo Humano, Panamá 2014

PROVINCIA	Logro nivel de vida 2010	Logro nivel de vida 2012 E	Logro nivel de vida 2013 E
Colón	0.649	0.67	0.697
País	0.636	0.634	0.656
Fuente: Índice Nacional de Desarrollo Humano, Panamá 2014			

INDICE DE NECESIDADES BÁSICAS, SEGÚN PROVINCIAS CENSOS 2000-2010					
Provincia	Índice				
	Educación	Vivienda	Condición económica	Salud	Total
Colón 2000	97.7	90.1	72.1	92.3	89.8
Colón 2010	99	90.5	79.7	95.7	91.7

Fuente: Atlas Social, MEF

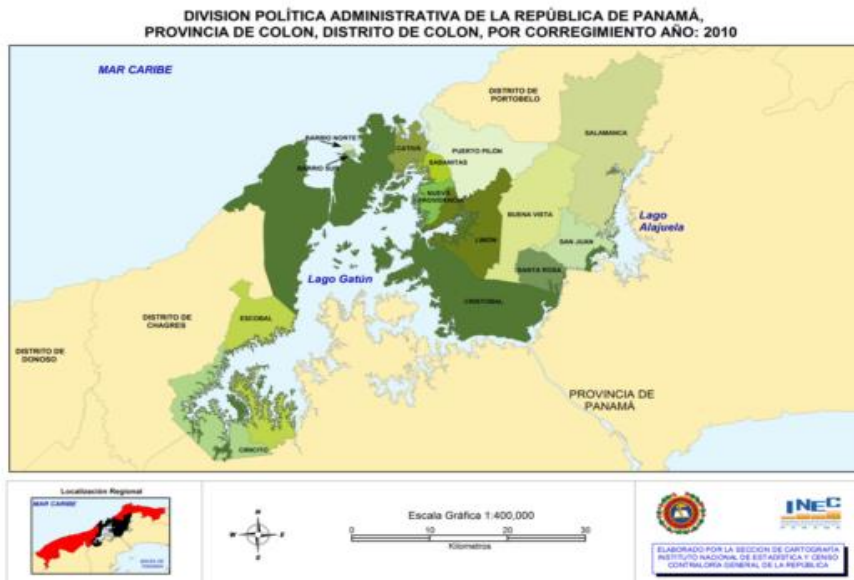
El índice total de necesidades básicas para el 2010 de la Provincia de 91.7 lo coloca como la segunda provincia con satisfacción de necesidades básicas, siendo superado por la Provincia de Panamá con 98.0.

Cuando desagregamos la información de Provincia y realizamos el análisis a nivel de los Distritos encontramos que, aunque no existe un retroceso en el bienestar social de nuestra población, existen diversas variaciones porcentuales en las mejoras del bienestar social de los hogares de los Distritos, existiendo mayor inequidad en los Distritos de Donoso y Chagres con respecto al resto de los distritos, así como, menor % de variación porcentual entre el 2000 y el 2010.

INDICE DE NECESIDADES BÁSICAS, SEGÚN DISTRITOS CENSOS 2000-2010			
Distritos	Índice por año		Variación (%)
	2010	2000	
Chagres	75.4	68.8	6.6
Colón	91.5	88.9	2.7
Donoso	63.1	61.2	1.9
Portobelo	87.9	81.9	6
Santa Isabel	82.3	75.4	6.9

Fuente: Atlas Social, MEF

En lo referente a la incidencia de la pobreza general, de los 75 distritos a nivel nacional, en comparación con los Distritos de nuestra provincia a continuación desglosamos:



-El Distrito de **Colón** Tiene como cabecera a Colón y fue creado en 1850 y cuenta con 14 corregimientos y 239 lugares poblados y una población estimada para el 2014 de 234,096 habitantes en una superficie aproximada de 1,179.9 Km2 y 188.6 habitantes por Km2 y es el área de mayor aumento de la población. Presenta indicadores de insatisfacción de necesidades básicas de vivienda, salud y educación que a continuación detallamos: índice general de 95.23%, 42,883 viviendas ocupadas (4.1% sin agua potable, 2.5% sin saneamiento básico, 8.4% carencia promedio de

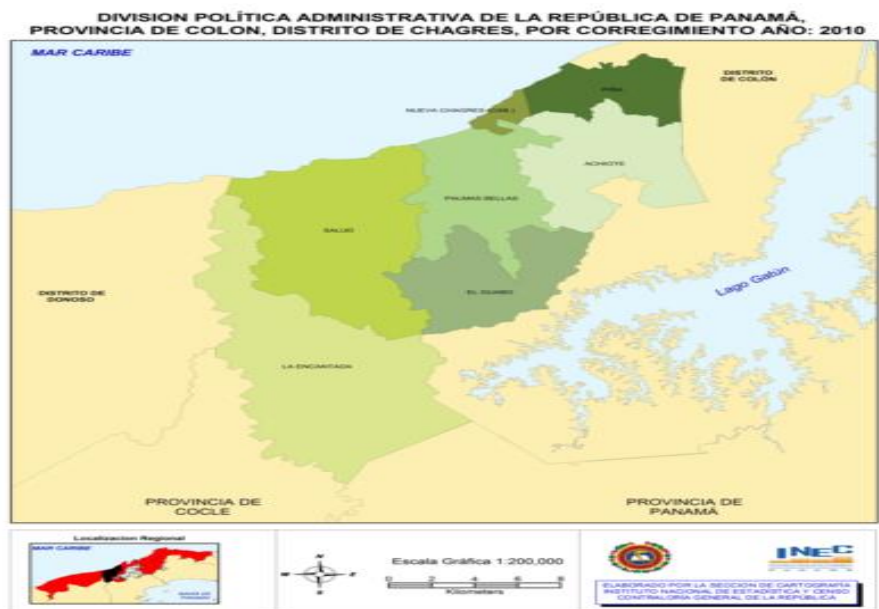
servicios), analfabetismo 2.9%, ingreso bajo de canasta básica 18.6%, desnutrición infantil 10.5% y un 6.7% de índice de pobreza humana.

La red de servicios en la Provincia de Colón está organizada de la siguiente manera: Planta Potabilizadora de Monte Esperanza abastece Cristóbal, Barrio Norte y Barrio Sur, La Planta Potabilizadora de Sabanitas abastece a Pilón, Basilio Lakas y San Andrés y la planta potabilizadora de Río Gatún abastece a Río Gatún, Quebrada Ancha y Quebrada Bonita. Cabe resaltar que el problema de agua potable se presenta en los lugares con asentamientos humanos informales como La Represa y Quebrada Ancha.

Por otra parte, el sistema de alcantarillado abarca los Corregimientos de Barrio Norte, Barrio Sur, Sabanitas, Pilón y Cristóbal y la problemática se presenta debido a que las casas condenadas no cuentan con sistema adecuado para conectarse al sistema actual y por lo tanto las personas abren el drenaje hacia las calles.

-Los distritos colonenses de Donoso y Chagres, que constituyen la Costa Abajo de Colón (ubicada en el margen izquierdo del canal de Panamá), presentan características como amplitud geográfica, difícil acceso y gran dispersión de la población.

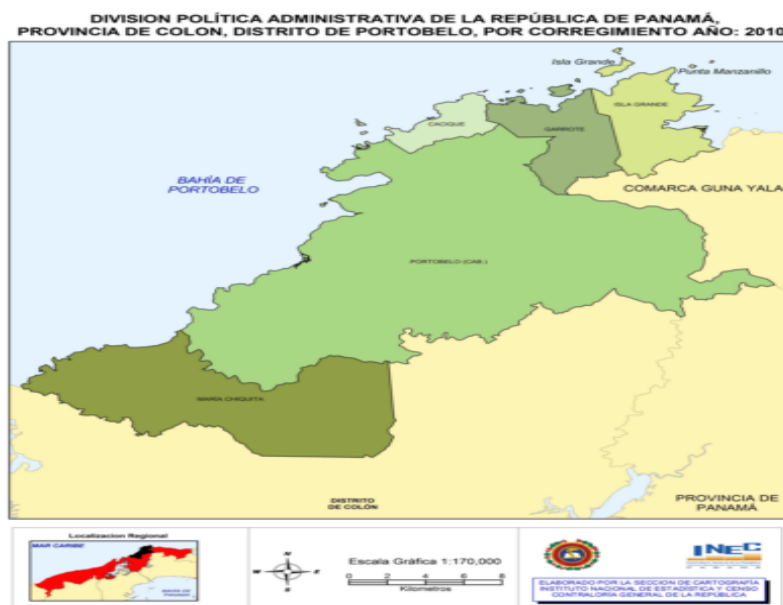
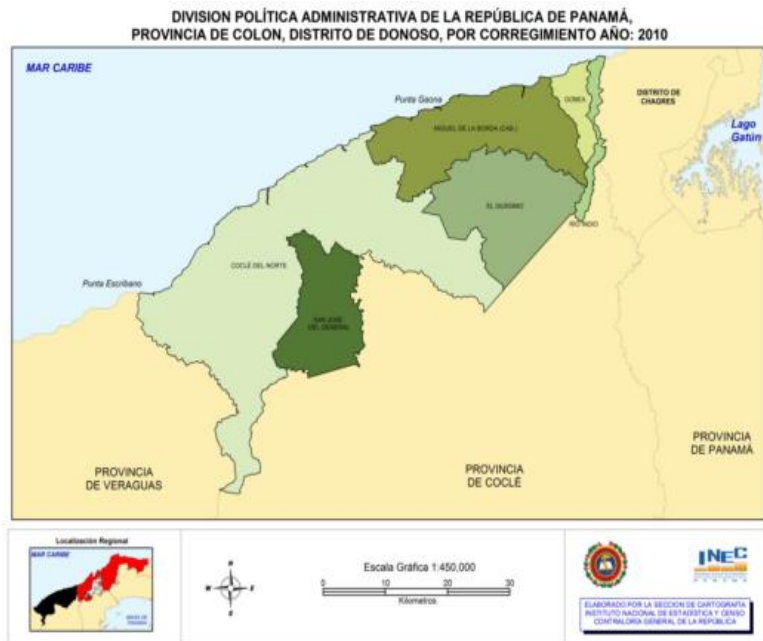
Chagres Tiene como cabecera a Nuevo Chagres y fue creado en 1855 y cuenta con 7 corregimientos y 184 lugares poblados y una población estimada para el 2014 de 10,691 habitantes en una superficie aproximada de 445.4 Km2 y 23.3 habitantes por Km2.



En cuanto a la pobreza extrema, el Distrito de Chagres se encuentra en la posición 24 con 0.71. Presenta indicadores de insatisfacción de necesidades básicas de vivienda, salud y educación que a continuación detallamos: índice general de 69.75%, 2,035 viviendas ocupadas (39.4% sin agua potable, 11.6% sin saneamiento básico, 37.1% carencia promedio de servicios), analfabetismo 8.3%, ingreso bajo de canasta básica 60.2%, desnutrición infantil 20.0% y un 25.9% de índice de pobreza humana. Tenemos una nueva industria minera (Mina Petaquilla) que atrae mano de obra extranjera, de preferencia colombianos.

Donoso ocupa el número 19 a nivel nacional, con un índice de 0.77. Con una población para el año 2014 de 13,994 habitantes.

En cuanto a la pobreza extrema, el Distrito de Donoso ocupa el número 14, con un 0.53. Presenta indicadores de insatisfacción de necesidades básicas de vivienda, salud y educación que a continuación detallamos: índice general de 58.07, 1,989 viviendas ocupadas (46.5% sin agua potable, 25.2 % sin saneamiento básico, 49.6% carencia promedio de servicios), analfabetismo 13.1, ingreso bajo de canasta básica 77.2%, desnutrición infantil 39.6% y un 34.7% de índice de pobreza humana. Accesibilidad en más de 60% por vía acuática (río y mar) o caballo, con invierno 10 meses al año, áreas boscosas y montañosas. Cuando se usa el transporte por vía acuática hay que tener experiencia ya que se producen con mucha frecuencia marejadas u oleajes, ojos de agua y naufragios. La carretera llega hasta Miguel de la Borda cuando en verano. Además del peligro por acceder a aquellas comunidades distantes se le suma el tráfico de drogas y la intimidación por foráneos y extranjeros en el Corregimiento de Coclé del Norte y Belén.



-Los distritos colonenses de Portobelo y Santa Isabel, que constituyen la Costa Arriba de Colón, presentan características mayor accesibilidad y poca dispersión de la población. Al igual que en Donoso el clima es lluvioso durante 10 meses al año, el transporte es por río y caballo o caminando en un 50% del área, en la otra parte se puede llegar en carro 4x4, las dificultades son semejantes (tráfico de droga por el mar en Palmas Bellas, Salud y Chagres, problemas de delincuencia – robos-, escaso transporte público (hasta 4 por día).

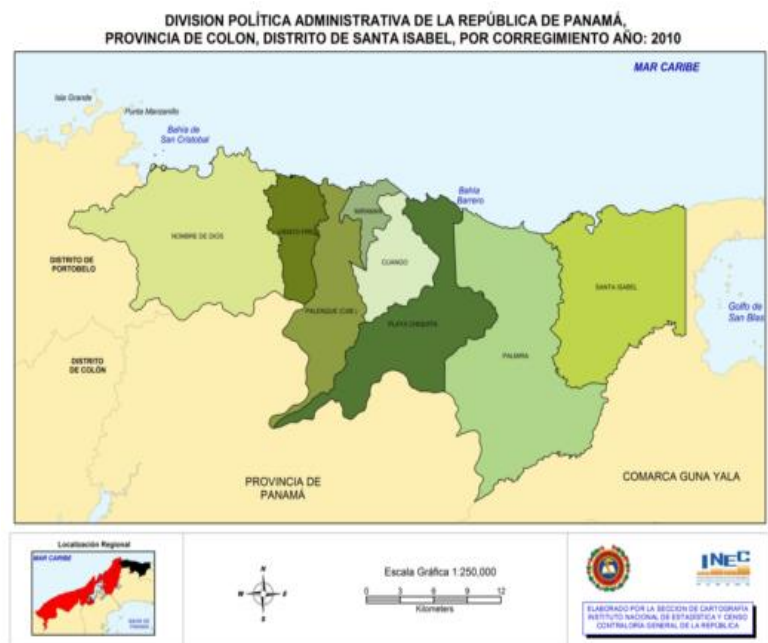
En el caso del analfabetismo, observamos que en el Distrito de

Donoso presenta un 13.06 %, le sigue el Distrito de Chagres con un 8.34% y el porcentaje bajo, lo ubicamos en la misma ciudad de Colón. Nos indica que se requiere mejorar la situación escolar en la Provincia de Colón.

Portobelo se encuentra conformado por 5 corregimientos y presenta mayor accesibilidad, pero en el caso del Distrito de Santa Isabel conformado por 8 corregimientos, se considera de difícil acceso ya que en algunas áreas la comunicación es vía acuática. Tiene una población para el año 2014 de 9,916 habitantes.

El Distrito de Portobelo presenta indicadores de insatisfacción de necesidades básicas de vivienda, salud y educación que a continuación detallamos: índice general de 86.00%, 1.874 viviendas ocupadas (15.9% sin agua potable, 13.5% sin saneamiento básico, 19.6% carencia promedio de servicios), analfabetismo 6.4 %, ingreso bajo de canasta básica, 29.5%, desnutrición infantil 14.3% y un 14.1% de índice de pobreza humana. Su accesibilidad por carretera y caminos permite llegar a la mayor cantidad de lugares poblados, sin embargo, hay algunos lugares poblados que se llega a pie o en carro 4x4, el trasiego de drogas en la Costa Arriba es igual al de la Costa Abajo.

El Distrito de **Santa Isabel** tiene 3,705 habitantes según el estimado de población 2014, presenta indicadores de insatisfacción de necesidades básicas de vivienda, salud y educación que a continuación detallamos: índice general de 79.46%, 934 viviendas ocupadas (19.2% sin agua potable, 36.7% sin saneamiento básico, 35.2% carencia promedio de servicios), analfabetismo 7.6%, ingreso bajo de canasta básica 49.8%, desnutrición infantil 11.8% y un 24.7% de índice de pobreza humana. Igual a Portobelo excepto que tiene tres corregimientos que se llega vía marítima, llueve durante nueve meses del año.



ÍNDICE DE NECESIDADES BÁSICAS Y POSICIÓN MEDIA DE LOS HOGARES, SEGÚN PROVINCIA, DISTRITOS Y CORREGIMIENTOS CENSOS 2000-2010

Provincia, Distritos y Corregimientos	Índice de necesidades básicas por componentes					Posición	
	Total	Educación	Vivienda	Economía	Salud	2000	2010
COLÓN	91.69	29.69	45.26	11.96	4.79	11	11
Chagres	75.4	26.04	38.54	7.02	3.8	29	32
Achiote	74.59	26.15	38.81	5.33	4.3	216	229
El Guabo	75.13	28.15	36.82	5.16	5	210	240
La Encantada	68.54	26.81	32.96	4.82	3.95	142	151
Nuevo Chagres (Cabecera)	86.52	28.1	47.29	6.13	5	435	471
Palmas Bellas	82.51	28.17	44.2	5.68	4.46	340	358
Piña	79.67	27.34	42.18	5.52	4.63	282	306
Salud	77.76	27.04	41.32	4.62	4.77	249	275
Colón	91.54	29.78	45.9	11.92	3.93	65	66
Barrio Norte	89.43	29.57	46.58	8.73	4.56	529	556
Barrio Sur	90.11	29.44	47.19	8.9	4.58	542	565
Buena Vista	87.23	28.48	46.96	7.22	4.57	470	493
Cativá	91.29	29.42	48.85	8.47	4.55	558	593
Ciricito	76.03	27.52	38.63	5.16	4.73	231	256
Cristóbal	91.35	29.46	48.94	8.61	4.33	562	594
Escobal	83.39	28.65	43.63	6.22	4.89	349	387
Limón	84.79	28.65	44.78	6.88	4.48	397	420
Nueva Providencia	85.35	28.55	45.21	6.97	4.63	411	431
Puerto Pílon	91.38	29.47	48.92	8.55	4.45	561	596
Sabanitas	91.01	29.27	48.91	8.32	4.51	554	585
Salamanca	84.37	27.3	46.43	5.64	5	366	411
San Juan	88.29	28.72	48.15	6.73	4.69	487	530
Santa Rosa	85.41	27.77	46.8	5.83	5	391	434
Donoso	63.11	21.06	34.08	5.4	2.57	19	15
Coclé del Norte	62.84	22.69	33.01	2.95	4.2	98	111
El Guásimo	65.02	25.44	32	3.93	3.65	117	124
Gobea	71.22	26.09	37.34	4.85	2.94	181	175
Miguel de la Borda (Cabecera)	72.93	27.09	36.34	4.98	4.53	183	202
Río Indio	73.45	27.76	36	5.41	4.29	195	210
San José del General	72.53	23.66	41.5	4.17	3.19	193	193
Portobelo	87.93	27.4	46.7	9.74	4.09	53	58
Cacique	87.17	28.72	45.98	7.48	5	456	491
Puerto Lindo o Garrote	83.34	26.95	45.79	5.98	4.62	352	385

Isla Grande	82.69	27.72	44.31	6.66	4.01	356	364
María Chiquita	87.72	28.14	48.07	6.73	4.78	473	509
Portobelo (Cabecera)	86.36	27.92	46.93	6.89	4.63	443	467
Santa Isabel	82.26	26.1	43.5	9.56	3.09	40	46
Cuango	80.66	26.91	44.05	5.5	4.21	301	322
Miramar	86.86	28.38	45.03	8.46	5	457	480
Nombre de Dios	83.5	27.23	44.6	6.93	4.73	360	390
Palenque (Cabecera)	86.91	28.02	47.77	6.86	4.26	463	482
Palmira	69.35	24.88	34.48	5.58	4.4	145	157
Playa Chiquita	74.24	25.41	42.34	6.49	0	274	219
Santa Isabel	83.08	28.1	42.77	7.86	4.36	368	377
Viento Frío	83.12	27.91	45.44	6.27	3.5	379	378

Fuente: Atlas Social, MEF

Situación de Salud, Aspectos Económicos y Sociales

B. Aspectos económicos y sociales	2000			2010			2012		
	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem
Población económicamente activa	78,438	51,984	26,454	51.5	35.4	16.1	70.4		
Tasa de actividad	50.5	65.9	34.6	65.2	80.6	51.3	64.5	80.5	49.6
Tasa de desempleo				9.4	8.2	11.1	4.6	3.5	6.3
Tasa de empleo informal									
Porcentaje de población asegurada				53.5					
<input type="checkbox"/> asegurados activos				89.5			83.9		
<input type="checkbox"/> pensionados				3.1			10.3		
<input type="checkbox"/> jubilados									
<input type="checkbox"/> beneficiarios									
Porcentaje de analfabetismo	3.7			2.6			2.3		
Escolaridad de la población	9.4			9.9	8.36	9.0	10.2		
<input type="checkbox"/> Básica completa	29,716	16,077	13,639						
<input type="checkbox"/> Media completa	29,372	15,085	14,287						
<input type="checkbox"/> Vocacional	3,694	2,018	1,676						
<input type="checkbox"/> Universidad completa	14,480	6,049	8,431						
Déficit habitacional				33.2			30.5		

La Población Económicamente Activa (PEA)

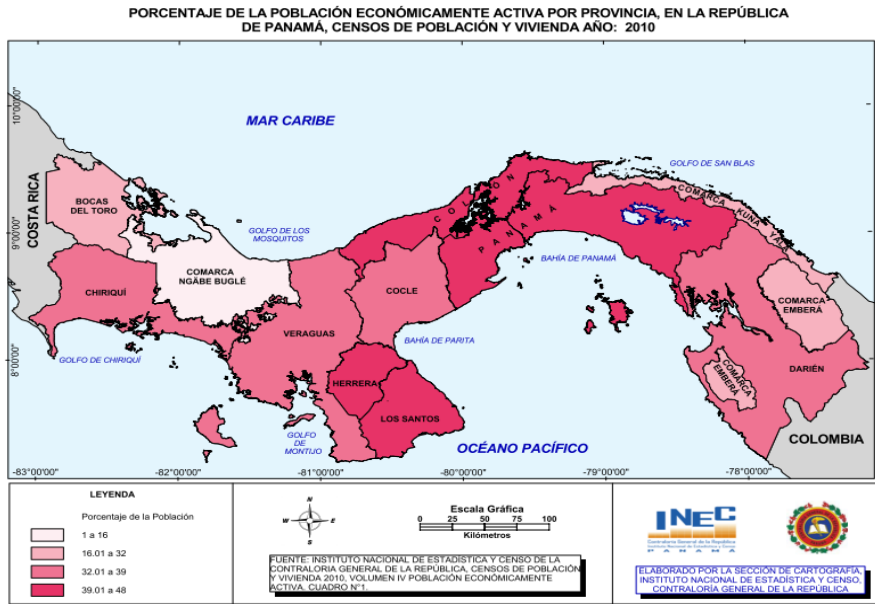
En la Provincia de Colón destaca que el sector terciario es el más importante, que incluye el comercio, servicios financieros y el turismo entre otros y es el sector que más emplea gente.

También existe predominio del comercio y reparación condicionado en gran medida por el Canal de Panamá y la Zona Libre de Colón.

Este sector terciario también es el más importante en la Provincia de Panamá.

En cuanto al número de ocupado por provincia en Colón la distribución es del 6.9% en relación a la Provincia de Panamá que concentra el 53.1% de las personas ocupadas del país.

La provincia de Colón registró la mayor tasa de desempleo con un 7.3% en la población masculina y un 14.5% de la femenina. En relación al análisis por sexo la

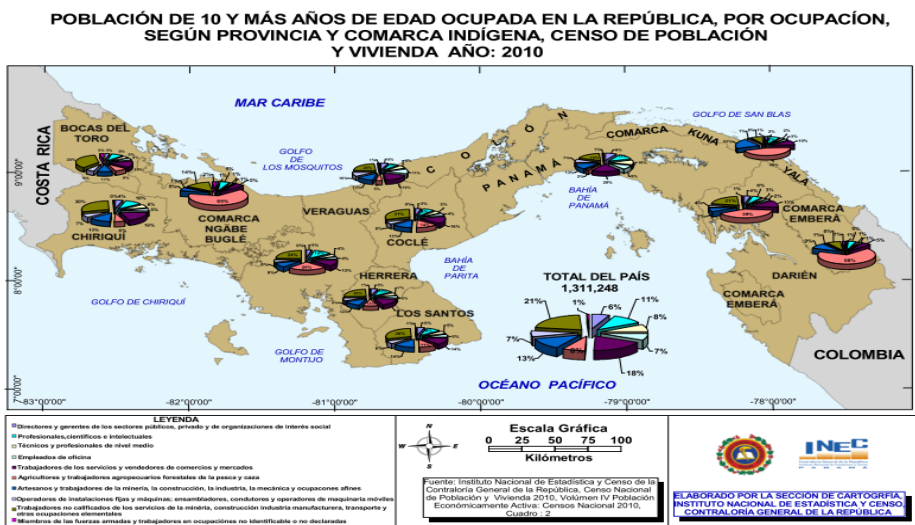


Provincia de Colón presenta el tercer lugar de las provincias con mayor porcentaje de mujeres desocupadas (57.1%).

Fuente: Informe de Panamá de investigación de flujos migratorios laborales intrarregionales 2010.

La fuerza laboral estimada es de 93,600 personas.

Ocupación



La tasa de desempleo de la PEA es de 17.6%, y la tasa de desempleo entre los jóvenes de 15-24 años en las áreas urbanas es la más alta del país, con un promedio de 47.9%.

La Situación de la Pobreza

En cuanto a Educación, Condición económica y Salud la Provincia de Colón en los Censos 2000-2010, se presenta entre las provincias que mejoraron sus condiciones tanto educativas, económicas y de salud, pero en cuanto a vivienda el incremento no es significativo.

Incidencia de la Pobreza

A pesar del gran dinamismo de la actividad económica ligada al comercio internacional, en la provincia de Colón el 42.8% de la población se encuentra por debajo de la línea de pobreza y la provincia se sitúa por encima del promedio de pobreza del país (37.2%). La pobreza extrema incide en el 10.7% de su población, tasa menor al promedio nacional (16.7%).

Incidencia de Pobreza por Distrito

Incidencia de la pobreza por distrito	% de Población		
	Total	Pobres	Pobres Extremos
1. Donoso	4.3	0.77	0.53
2. Chagres	4.0	0.71	0.42
3. Santa Isabel	1.6	0.54	0.25
4. Portobelo	4.2	0.49	0.21
5. Colón	86.0	0.36	0.11

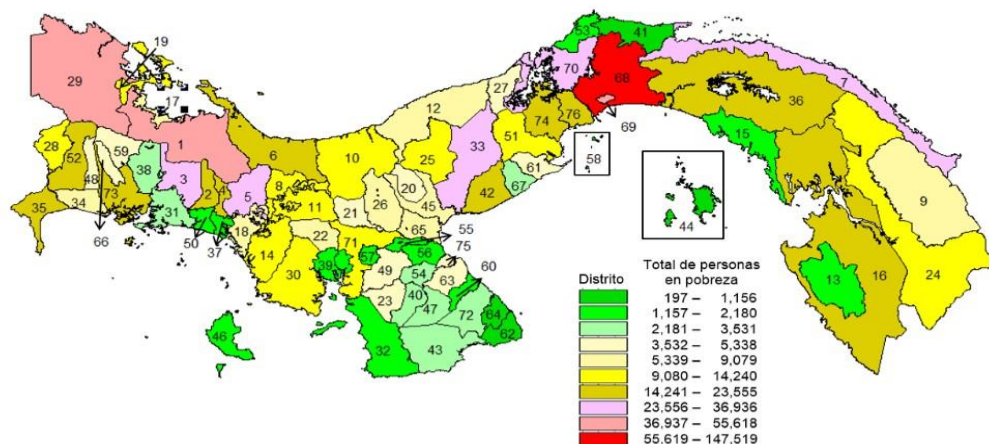
Profundidad y Severidad de la Pobreza

Proporción de personas indigentes y pobres, según país y Provincia de Colón. Encuesta de Hogares 2008-2012										
PROVINCIA	INDIGENTES					POBRES				
	2008	2009	2010	2011	2012	2008	2009	2010	2011	2012
TOTAL	15.3	15.3	12.2	11.5	10.4	33.8	33.4	29.8	27.6	25.8
COLÓN	8.6	9.5	10.3	5.8	3.2	21.2	25.3	26	17.6	15.8
Fuente: Atlas Social de Panamá. MEF										

Mapa de Pobreza

Desde el punto de vista de las necesidades básicas, que se desagrega por corregimientos y que califica las carencias o condiciones básicas del conjunto de bienes y servicios de los que disponen los hogares, pero que necesitan para vivir.

Mapa No. 7. Total de personas en pobreza general, por distritos: Año 2015



Notas: 1. El orden de los distritos corresponde a su posición en el nivel de pobreza general.
 2. La incidencia de pobreza general corresponde a la proporción de la población total de cada corregimiento que vive en esta situación. El ingreso total al año de las personas en pobreza general es menor a B/ 1,686.2 para el área urbana de los Distritos de Panamá y San Miguelito y B/ 1,263.1 para el resto del país. La incidencia de la pobreza general incluye la pobreza extrema y no extrema.

Fuente: Ministerio de Economía y Finanzas.

Coefficiente de Gini basado en el ingreso de hogares, de país y de la Provincia de Colón: Encuestas de propósitos múltiples de marzo 2011

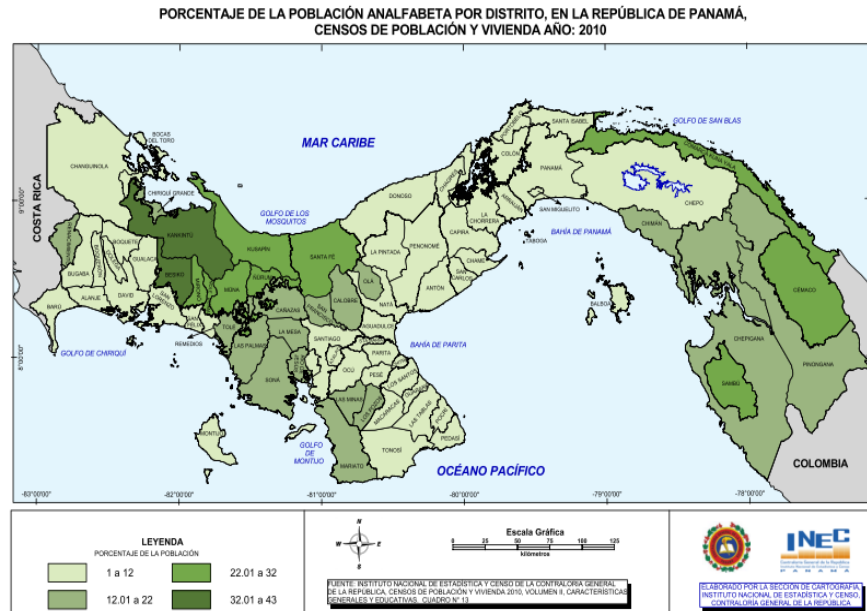
Detalle	Total
NACIONAL	0.5
COLÓN	0.43

Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas y Censo.

Educación y Analfabetismo

En las áreas urbanas de la provincia, hay un capital humano valioso, con buena educación y niveles de salud adecuados. No se puede decir lo mismo para población de las dos subregiones rurales, donde el acceso vial y la alta dispersión de la población inciden en la carencia de servicios sociales básicos en calidad y cantidad. Los índices de analfabetismo en la Provincia de Colón, comparados con el promedio nacional son bajos: 3.8% contra 7.8%, sin embargo, en Donoso alcanza el 13.6%. Los años de escuela aprobados por la población del Distrito de Colón superan el desempeño de la población rural, ocho años versus cuatro y medio años en el distrito de Donoso.

No obstante, la calidad de formación educativa no cumple con los estándares requeridos en un mundo globalizado y acorde a la ubicación estratégica de Colón.



INDICE DE DESARROLLO HUMANO

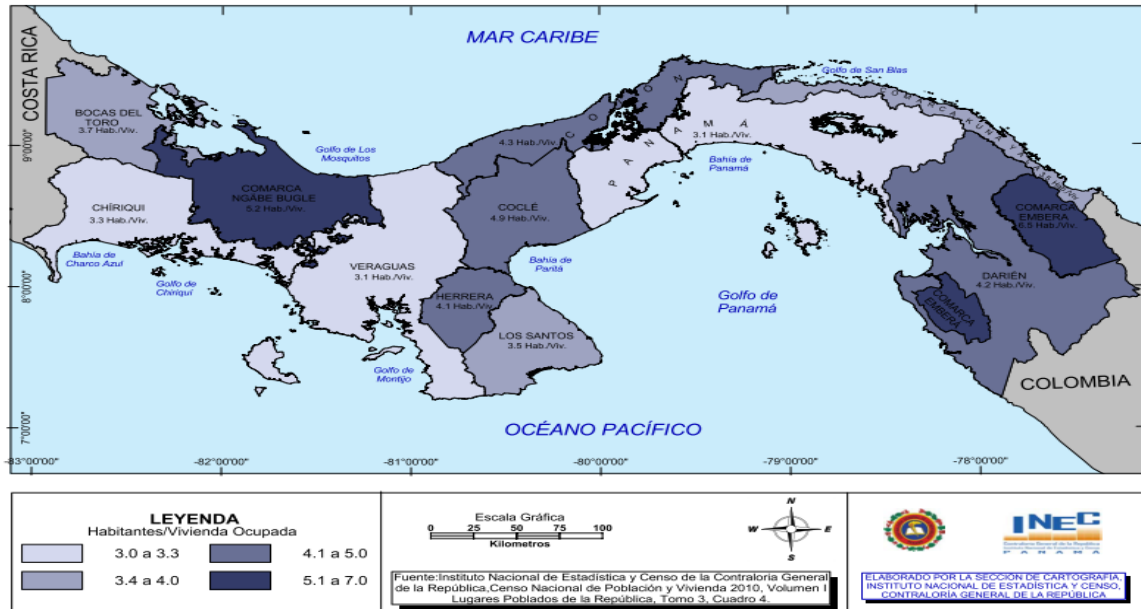
PROVINCIA	Tasa de alfabetismo 2010	Tasa de alfabetismo 2012	Tasa de alfabetismo 2013	Asistencia combinada 2010	Asistencia combinada 2012	Asistencia combinada 2013	Promedio de años de escolaridad 2010	Promedio de años de escolaridad 2012	Promedio de años de escolaridad 2013	Logro educación 2010	Logro educación 2012	Logro educación 2013
Colón	97.4	97.7	97.9	72.2	74.7	73.4	9.9	10.2	10.1	0.793	0.81	0.803
País	94.4	94.8	94.9	72.8	75.2	76.1	9.5	9.8	9.9	0.775	0.792	0.797

Fuente: Índice Nacional de Desarrollo Humano, Panamá 2014

Vivienda

El promedio de personas que integran el hogar en los últimos 20 años ha disminuido en la Provincia de Colón (de 4.2 a 3.7), tanto en las áreas urbanas (de 3.9 a 3.6) como en las rurales (de 4.6 a 3.9). Muy relacionado a la disminución que se da en el país en el mismo periodo.

HABITANTES PROMEDIO POR VIVIENDA PARTICULAR EN LA REPÚBLICA DE PANAMÁ, SEGÚN PROVINCIA Y COMARCA INDÍGENA, CENSOS DE POBLACIÓN Y VIVIENDA AÑO: 2010



Las causas van desde una mayor conciencia de la planificación familiar, la edad en que las mujeres comienzan tener hijos en estos años respecta a treinta o cincuenta años atrás, las migraciones en busca de mejores oportunidades, las condiciones económicas que dan mayor libertad para independizarse y forjar su propio hogar, la mayor escolaridad que le da un panorama más amplio sobre todo a los jóvenes, entre muchas otras razones.

Distrito	Viviendas	Personas	Hombres	Mujeres
TOTAL	74,150	241,928	123,192	118,736
COLÓN	61,898	206,553	103,937	102,616
CHAGRES	3,168	10,003	5,407	4,596
DONOSO	3,592	12,810	7,123	5,687
PORTOBELLO	3,606	9,126	4,829	4,297
SANTA ISABEL	1,886	3,436	1,896	1,540

PROVINCIA	Logro de vivienda 2010	Logro de vivienda 2012 E	Logro de vivienda 2013 E
Colón	66.8	69.5	70.9
País	60.4	62.8	64.1

Fuente: Índice Nacional de Desarrollo Humano, Panamá 2014

MIEMBROS POR HOGAR, SEGÚN PAÍS Y PROVINCIA DE COLÓN: CENSOS 1990,2000 Y 2010 (número de personas)

País y Provincia	1990			2000			2010		
	Total	Urbana	Rural	Total	Urbana	Rural	Total	Urbana	Rural
País	4.4	4.2	4.7	4.0	3.8	4.4	3.7	3.5	4.0
Colón	4.2	3.9	4.6	4.0	3.8	4.3	3.7	3.6	3.9

Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas y Censo.

Población con cuarto o sin cuarto exclusivo para dormir, por tipo de hacinamiento, según país y Provincia de Colón: Censo 2010

PROVINCIA	TOTAL	Población con cuarto exclusivo para dormir				Población sin cuarto exclusivo para dormir			
		Sin hacinamiento	Con hacinamiento			Sin hacinamiento	Con hacinamiento		
			Moderado	Crítico	Muy crítico		Moderado	Crítico	Muy crítico
TOTAL	100	63.8	6.7	14.7	2.7	3.4	0.5	5.7	2.5
COLÓN	100	61.7	7.3	19.6	2.6	3.2	0.4	4.4	0.8
Fuente: INEC									
Definición:	Sin hacinamiento: 2 adultos o 2 adultos y un menor de 12 años de edad.								
	Con hacinamiento:								
	Moderado: 3 adultos o 2 adultos y un menor de 12 a 17 años de edad								
	Crítico: 4 a 8 personas								
	Muy crítico: Más de 8 personas								

Las casas condenadas son un problema urbano, propio de la ciudad de Colón, que, en su momento, fueron construidas para satisfacer la demanda de una numerosa población ocupada en la región transísmica. Con el paso del tiempo, aun desapareciendo las causas que la originaron, fueron quedando aun con su vida útil haya llegado a su fin.

El problema de las casas condenadas en la ciudad de Colón, en magnitud se ha reducido en alguna medida; sin embargo, aún es crítico para la sociedad y para las familias que ahí habitan porque no les queda otra posibilidad. Según el Censo de población y vivienda del año 2000, existían en el territorio nacional, 10,865 casas condenadas y más recientemente, considerando la información del Censo 2010, se inventariaron 8,704 es decir 2,161 viviendas menos. El problema habitacional de casas condenadas se sitúa de manera más acentuada en la ciudad de Colón, el problema en vez de aliviarse se ha agravado. De acuerdo al censo del año 2000 existían en esta provincia 5,022 viviendas condenadas que constituían el 46.2% del total de residencias condenadas en todo el país. Lamentablemente, en 2010, el censo dice que el número de viviendas condenadas aumento de forma de albergar el 65.7% del total; fueron 5,720 viviendas condenadas en las que residían 16,913 personas. Esto refleja un envejecimiento de infraestructuras que, en ningún momento son reparadas o mejoradas, y que siguen un deterioro que se acelera con el paso de los años.

Respecto a la población económicamente activa que residía en las viviendas condenadas, cabe señalar que, tenía un desempleo del 14%, que es bastante, Sin embargo, la población de 15 y más años de edad que vivía en estas

casas condenadas tenía un alto nivel de población no económicamente activa. Aproximadamente el 57% de la población de 15 y más años de edad que residían en viviendas condenadas no era económicamente activa e igual situación se dio en la ciudad de Panamá (52%).

Viviendas condenadas en el Distrito de Colón: Censo 1990, 2000 y 2010

Detalle	Viviendas condenadas					
	Total			Distribución porcentual		
	1990	2000	2010	1990	2000	2010
Distrito de Colón	5,269	5,220	5,720	47.4	48.0	65.7

Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas y Censo (INEC).

Número de personas que residían en casas condenadas por sexo, provincia de Colón, según Censo 2010

Provincia	Personas que residían		
	Total	Hombres	Mujeres
Colón	16,913	8,461	8,452

Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas y Censo (INEC).

Estos porcentajes se mantienen casi iguales en los corregimientos. Con relación a la población no económicamente activa, el 50% eran estudiantes o amas de casas. Las personas que residían en estas viviendas condenadas contaban con poco o nada de ingreso. El 45% declaró que no contaban con ingresos y el 14%, con entre 1 y 125 balboas al mes. El 74% de la población ocupada que residía en estas viviendas se dedicaba a trabajar en actividades económicas no calificadas y poco remuneradas, como en servicios y vendedores de comercios y mercados, y trabajadores no calificados de los servicios, la minería, construcción e industria. De alguna manera podríamos argumentar que esta población se sustentaba de actividades económicas y no económicas eventuales y de actividades informales que les generan algún tipo de ingreso.

El 65.7% de las viviendas condenadas se encontraron en la provincia de Colón en 2010, localizadas en cuatro corregimientos: Barrio Norte (34.9%), Barrio Sur (29.1%), Cativá (0.8%) y Cristóbal (0.9%). Del total de viviendas de la provincia (63,502 el 9% estaban condenadas).

Casi el total de viviendas condenadas posee alumbrado eléctrico público pero el 58% no paga por el servicio, aunque lo necesitan: 75.1% reportó que tenía refrigeradora, 47.5% lavadora, 61.2% equipo de sonido o radio, algunos contaban hasta con más de dos radios en la vivienda, 86.2% tiene abanico (37.3% más de uno), 89.3% televisión (20.8% más de uno), y 6% automóvil y 8.8% computadoras, el 63% conectada a internet.

Considerando el punto anterior se pone en duda la pobreza que se asocia a vivir en casas condenadas, si no fuera porque todos estos artefactos eléctricos operan con fluido eléctrico “gratuito”.

16.2% del total de las viviendas condenadas en Colón contaron con paredes y piso de madera. El 60% de las viviendas condenadas tenían las instalaciones de agua fuera de la vivienda.

Situación de la Calidad del Ambiente y su Relación con la Salud Humana

Relacionados con las condiciones biofísicas, los suelos de la provincia presentan severas restricciones de uso y en muchas partes fueron sobreexplotados. Excepciones existen en Costa Abajo con suelos aluviales en la planicie costera y en las riberas de los ríos. Con estas limitantes, solamente la actividad ganadera ha generado algo de dinamismo económico; la gran mayoría de las explotaciones agrícolas se mantienen únicamente para la subsistencia. La reducción de la cobertura de bosques alcanza el 1.05% anual, lo que significa una deforestación

anual de alrededor de 20,000 ha. Es una tasa alta, en comparación con el .0.5% anual de tasa de deforestación nacional. En Costa Abajo, el distrito de Chagres terminó con sus recursos del bosque en más del 80% entre 1992 y 2000.

En cuanto a los valores histórico-culturales, las ruinas de las fortalezas de la colonia española se encuentran en un deterioro creciente, a pesar de haber, sido declaradas como patrimonio mundial de la humanidad por la UNESCO. Referente a los valores inmateriales, la costumbre muy arraigada es la "cultura del congó" con bailes, fiestas, ritos y habilidades culinarias. Sin embargo, conforme avanza el empobrecimiento de las comunidades se registra una paulatina degradación de estos valores culturales.

Condiciones del Saneamiento Básico

Número de viviendas, población y proporción de viviendas sin acceso a agua potable, según país y Provincia de Colón: Censo 2010					
PAIS/PROVINCIA	Población con y sin acceso a agua potable por Censo				
	Total de viviendas	Población total	Tiene agua potable		Proporción de viviendas sin agua potable (%)
			Si	No	
PAIS	896,050	3,346,485	832,371	63,679	7.1
COLÓN	63,502	236,263	59,379	4123.0	6.5

Fuente: Atlas Social de Panamá. MEF

Condiciones del saneamiento básico (Encuesta Mix o Censo, 2010)	2000	2010	2016
% de la población con disposición de agua potable o agua mejorada para el consumo humano			
<input type="checkbox"/> Urbano	95	99.32	99.32
<input type="checkbox"/> Rural	87	80.88	86.22
<input type="checkbox"/> Indígena	100	2	2
% de la población con disposición adecuada de residuos sólidos (relleno sanitario o enterramiento)			
<input type="checkbox"/> Urbano	46.41	37.79	26.1
<input type="checkbox"/> Rural	53.59	62.21	74.0
<input type="checkbox"/> Indígena	----	2	2
% de la población con disposición adecuada de aguas residuales y servidas (alcantarillado sanitario, fosa séptica o tanque séptico)			
<input type="checkbox"/> Urbano	35.22	98.75	98.96
<input type="checkbox"/> Rural	64.78	94.04	94.04
<input type="checkbox"/> Indígena		2	2
% de instalaciones con disposición adecuada de desechos hospitalarios peligrosos (incineración, relleno sanitario o enterramiento)			
	0	0	0

Atención de las quejas del 311 de competencia del MINSA, Depto. Saneamiento Ambiental

Todas las quejas remitidas por el 311 de tipo ambiental son atendidas por el Departamento de Saneamiento Ambiental del MINSA desde su implementación. En el año 2014 atendieron 12 denuncias ambientales, año 2013 se atendieron 23 denuncias, año 2012 se entendieron 21 denuncias todas solucionadas.

Agua Potable y Residuales

Desde 1992, se han realizado fuertes inversiones para alcanzar las coberturas de viviendas con acceso a agua apta para consumo humano. A nivel nacional, se incrementó de 80.71% en 1990 a 92.9 en 2010. En el Sector Rural, de 57.1% en 1990 a 78.11% en el 2010.

Según el Censo del año 2010 a nivel nacional, un promedio de 93.3% de las viviendas recibe agua apta para el consumo humano a través de acueductos y 94,5% cuenta con servicios sanitarios, pero en la población indígena persisten coberturas bajas.

En la provincia de Colon se tiene una cobertura de agua apta para el consumo humano del 94% en el 2010, 92% en el 2000 y del 83% en el año 1990.

Población con y sin acceso a agua potable, según país y provincia de Colón: censos de 1990, 2000 y 2010

PROVINCIA	Población con y sin acceso a agua potable por Censo					
	1990		2000		2010	
	Si	No	Si	No	Si	No
PAIS	81.2	18.8	90.2	9.8	92.9	7.1
COLÓN	83.3	16.7	92	8.0	93.5	6.5

Fuente: Atlas Social de Panamá. MEF

Los porcentajes de población sin agua potable en Donoso (46. %) y Chagres (39.4%) superan en diez veces a los del distrito de Colón, aunque en términos absolutos, más moradores en este distrito no cuentan con acceso a este servicio vital.

Número de viviendas, población y proporción de viviendas sin acceso a agua potable, según país y Provincia de Colón: Censo 2010

PAIS/PROVINCIA	Población con y sin acceso a agua potable por Censo				
	Total de viviendas	Población total	Tiene agua potable		Proporción de viviendas sin agua potable (%)
			Si	No	
PAIS	896,050	3,346,485	832,371	63,679	7.1
COLÓN	63,502	236,263	59,379	4123.0	6.5

Fuente: Atlas Social de Panamá. MEF

El Departamento de Agua Potable y Obras Sanitarias, está organizado internamente en las siguientes Unidades Administrativas:

- Sección de Acueductos y Obras Sanitarias
- Sección de Calidad de Agua.

La Coordinación del Departamento de Agua Potable y Obras Sanitarias a nivel Regional, coordina, diseña, elabora planes de inversión, evalúa, aprueba diseños, promueve mejoras y solicita financiamiento al nivel nacional para las mejoras o proyectos.

La Sección de Acueductos y Obras Sanitarias se encarga de recibir las solicitudes de las comunidades para mejoras de los acueductos rurales existentes o nuevos, para realizar el levantamiento, diseño, elaboración de pliegos y solicitar el financiamiento al Nivel Nacional, CONADES, PRONADEL, PAN, ONG'S, empresa privadas etc.

En el 2005 - 2013 la sección realizó 20 levantamientos en el Corregimiento de Guácimo, Donoso y 7 levantamiento en el Corregimiento de Salud, Chagres 6 levantamiento en el corregimiento de Sardinilla, Colón, 2 en el corregimiento de La Encantada, Chagres, 3 en el corregimiento del Guabo, Chagres los cuales en el 2011 solamente se realizaron 10 por CONADES, 3 por PASAP. En el 2013 – 2014 se realizaron 4 por CONADES en la Costa Arriba.

Estos acueductos realizaron fueron inspeccionados por personal el único personal residente del Departamento. CONADES apoyó al departamento en la contratación de supervisores de campo (2) a solicitud del Departamento de Agua Potable y Obras Sanitarias.

La falta de personal Idóneo y logística hace que esta sección no llene las expectativas deseadas.

La Sección de Calidad de Agua tiene a su haber un pequeño laboratorio de agua que cuenta con un Jefe de Laboratorio. Todos los años se proyecta realizar análisis físico químico y microbiológico del agua que producen los acueductos rurales en la muestra de agua en los 219 acueductos en la provincia de Colón.

Solamente se puede realizar muestras en las áreas de fácil que son los distritos de Santa Isabel, Portobelo, y Colón. Y en las áreas de difícil y de muy difícil acceso se tiene que planificar ya que las muestras de agua no pueden permanecer más de 24 horas en frío, haciendo casi imposible realizar un muestreo en estas áreas.

Esta sección de Calidad de Agua, se apoya en los inspectores de saneamiento en la recolección de muestras de los acueductos rurales, ya que en se está observando la falta de cloración y con los inspectores de área, se puede llamar la atención a la JAAR por el no uso de cloro en los sistemas.

Los resultados obtenidos en las muestras realizadas solamente un 15% tiene resultados negativos, el resto de las muestras han salido positivo por la falta de cloro al agua.

Acciones como el cambio de clorinador de tasa constante a otros sistemas que evita la presencia constante del operador, el tipo de hipoclorito utilizado de polvo a pastilla, han sido las alternativas utilizadas, sin embargo, seguimos con el mismo problema de la no cloración de las aguas de los acueductos rurales.

Una acción conjunta entre la sección de Agua Potable y Obras Sanitarias y Calidad del Agua, es la re utilización de filtros dinámicos ascendentes en las captaciones de agua superficiales, el uso de la tecnología de Filtración de Múltiples Etapas (pre filtros y filtros lentos) para la eliminación de sedimentos en la primera y de bacterias, protozoos, helmintos y virus en el segundo. Por otra parte, la Sección de Calidad de Agua está realizando muestras de agua de las captaciones para verificar la presencia de estreptococos por cualquier contaminación de heces en las tomas. Nuestra meta es la identificar con nombre y apellido que tipo de bacterias tienen nuestras captaciones a nivel de la provincia de Colón.

Para poder realizarse las metas (dotar de agua en cantidad y calidad), se amerita de personal idóneo 5 inspectores Sanitarios 5 Educadores para la Salud, logística para la movilización del personal, para realizar visitas bimensuales a todas las comunidades de la provincia, además de personal e insumos al laboratorio para la detección de microorganismos en las aguas.

El Proyecto Saneamiento de la Ciudad y la Bahía de Panamá ejecutado por el Ministerio de Salud, busca mejorar las condiciones sanitarias de la población, particularmente en barrios de bajos ingresos, y así disminuir la contaminación de los cauces y ríos, área costeras (mares) de las área metropolitana de la Ciudad de Panamá, y Colon que durante muchos años han sido contaminados por el vertido de las aguas negras a estos cuerpos de agua, mediante la ampliación y mejoras con Plantas de tratamiento a corto, mediano y largo plazo de los sistemas de alcantarillado sanitario y tratamiento de aguas residuales por el crecimiento demográfica asía las periferias de la ciudades y las construcciones de nuevas barriadas.

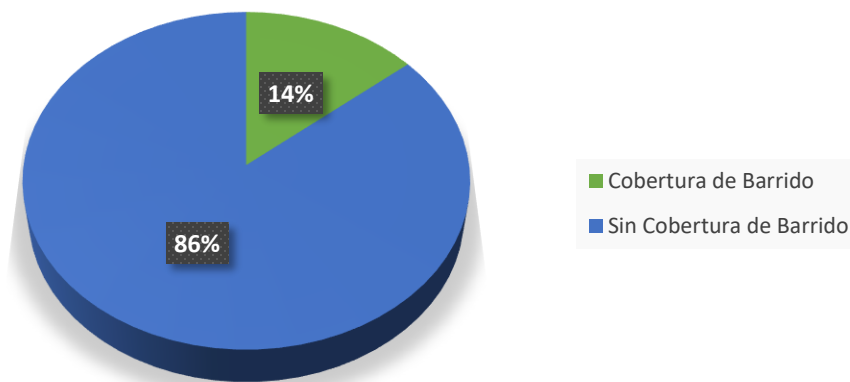
El número de viviendas con servicio sanitario se incrementó de 93.1% en 2000 a 94.5% en 2010, estando el 33,1 % de la población conectada a alcantarillado, el 30% a un tanque séptico, y el 31,4% a una letrina

En la provincia de Colon se tiene una cobertura en el año del 97% en el 2010 95% en el 2000 y del 87% en el año1990.

Residuos Orgánicos y Sólidos

Por otro lado, en la ciudad de Colon se generan diariamente 240 Toneladas de basura. (80640 ton/añual).

COBERTURA DE SERVICIO DE BARRIDO DE RESIDUOS SÓLIDOS (RSU) POR DISTRITO- PROVINCIA DE COLÓN (2010)



Fuente. AGUASEO y Municipios-2010

Un estudio realizado por la OPS en 2001, concluyó que la generación per cápita de los residuos sólidos en Panamá era de 1.34 kg/hab/día, incluyendo los residuos domésticos, los de origen comercial e industrial y los procedentes de los establecimientos de salud.

La ANAM estima una generación de 2,600 ton/día de residuos municipales en el territorio nacional. El 76% de los residuos se generan en tres provincias: Colón, Chiriquí y Panamá. En la Comarca Gnâbe – Buglé se generan 104 toneladas diarias.

La generación per cápita nacional diaria de residuos sólidos es de 0.81% kg, mientras que en los Distritos de Panamá, Colón y San Miguelito, la generación es de 1/kg/hab/día. Las ciudades de Panamá y de San José, Costa Rica son las que poseen las de generación per cápita, más altas de la región centroamericana.

Esta elevada generación de residuos obedece principalmente a patrones de consumo insostenible, como resultado de los siguientes factores:

- La rapidez con que muchos productos de bajo costo pero de baja calidad pasan a ser inútiles, inservibles y obsoletos.
- La utilización exagerada de productos llamados “desechables”, (especialmente plásticos) fabricados para la comodidad del consumidor, pero sin pensar en el medio ambiente. En este rubro entran gran cantidad de envases, utensilios, platos y otros artículos.
- También la publicidad ha contribuido a aumentar el consumismo. Esto determina en gran parte los hábitos de la población con todos los aspectos negativos y desinformación que esto implica
- Es importante señalar que ambos países se han convertido en un mercado donde gran cantidad de empresas extranjeras han venido a promover sus productos y servicios, entre otras , las cadenas de comida rápida han aumentado

En el año 2002 se realizó un estudio sobre la composición física de los residuos en el Distrito Capital de Panamá, cerca del 50% son residuos orgánicos (alimentos y otros) y el otro 50% lo conforman residuos no biodegradables. El 12% corresponde a residuos de plástico, en su mayoría envases de un solo uso y todo tipo de envoltorios y embalajes, así como el PVC, uno de los plásticos de uso más generalizado.

Desechos Peligrosos

La generación y composición de los residuos peligrosos.

El Convenio de Basilea y las Naciones Unidas definen como residuos peligrosos aquellos que tienen entre otras características, las de explosividad, inflamabilidad, combustión espontánea, reactividad con agua o aire, toxicidad aguda y crónica, infecciosidad, corrosividad, ecotoxicidad, etc. Este tipo de residuos forman pequeñas fracciones en los tres tipos de residuos más comunes (domésticos, hospitalarios/centros de salud y comerciales/industriales).

Sin embargo, al mezclarse terminan contaminando a la totalidad de los residuos generados. Estos últimos, cuando se queman a cielo abierto se convierten en la principal fuente de generación de dioxinas y furanos.

Hemos incorporado dos referencias adicionales: los residuos peligrosos que podrían estarse generando en la Zona Libre de Colón, y los envases de plaguicidas, los cuales terminan quemándose en los vertederos con el resto de los residuos.

Los residuos domésticos peligrosos.

Los residuos peligrosos de origen doméstico constituyen un universo de residuos de características bien conocidas pero que aún no han sido suficientemente estudiados en Panamá.

Un ítem importante de los residuos domésticos peligrosos lo constituye los envases y trapos de productos para el cuidado de la casa y la limpieza, tales como: removedores de óxidos, desinfectantes a base de cloro, limpiadores para horno, insecticidas, venenos para ratas, aerosoles, cosméticos (esmaltes para uñas, quita esmaltes, tinturas de cabello), pinturas y barnices. El porcentaje establecido en el ámbito internacional, de residuos domésticos peligrosos es el 2% del total de los municipales.

No existe información acerca del porcentaje de residuos domésticos peligrosos en Panamá, pues hacen falta estudios sobre su volumen y densidad. Un estudio exhaustivo realizado en México, lo estimó en 0.348%. Simplemente como ejercicio, esto significará que en el año 2006 en Panamá se habrían generado 9,3 ton/día, la mitad de ellos en la Provincia de Panamá.

DISTRITO	Residuos domiciliarios generados por día (TON)	Residuos domiciliarios generados por persona (Kg/hab/día)
COLÓN	250 (a)	1.16
CHAGRES	3.66	0.37*
SANTA ISABEL	1.55	0.46*
DONOSO	3.90	0.37*
PORTOBELLO	6.10	0.52*

Fuente (a): AGUASEO 2010

*: Aprox en 2009, Programa Multifase de desarrollo social, Colón.

Los residuos peligrosos de los establecimientos de salud.

En la década de los noventa la OPS determinó una generación unitaria por cama: 3,0 kg./cama/día, de los cuales la parte no peligrosa y manejable como residuos sólidos municipales corresponde a 1,5 kg./cama/día (50%), la parte de residuos reciclables: 1.0 kg./cama/día (33%), y la parte de residuos hospitalarios peligrosos: 0,5 kg./cama/día (17%). El estudio realizado por la OPS en Panamá el año 2001, calculó en 12.3/ton/día de residuos procedentes de establecimientos de salud. En ese año la generación de residuos hospitalarios peligrosos debería estimarse en 2 ton/día. En esa oportunidad los hospitales que más generaban este tipo de desechos eran el Complejo Hospitalario Metropolitano de la CSS, Hospital del Niño, Hospital Psiquiátrico, Nacional, Hospital Santo Tomas, Instituto Nacional del Cáncer y el Hospital de la Esperanza. En el año 2007 la generación de residuos hospitalarios peligrosos se estima entre 5/7 ton/ día.

El 50% (cerca de 3 ton/día) de los residuos hospitalarios peligrosos ingresan al Relleno Sanitario de Patacón. Los desechos hospitalarios son recolectados en vehículos que no cuentan con las condiciones mínimas. Una vez llevados al relleno sanitario de Cerro Patacón, son ubicados en una fosa de seguridad donde se les da cobertura inmediata.

En el resto del país los desechos hospitalarios provenientes de los hospitales, clínicas y/o centros de salud, son recolectados por el servicio de aseo municipal, para ser depositados en vertederos a cielo abierto sin ningún tipo de tratamiento. En algunos casos son incinerados en instalaciones precarias para luego llevar las cenizas al vertedero municipal. En los vertederos municipales los residuos hospitalarios peligrosos o los residuos de cenizas de las incineradoras, se queman a cielo abierto mezclados con el resto de los residuos municipales.

En la provincia de Colon existen un total de 98 instalaciones de salud que son generadora de los desechos punzo cortantes.

GENERACIÓN DE RESIDUOS SÓLIDOS HOSPITALARIOS SEGÚN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD POR DISTRITO			
DISTRITOS	POBLACIÓN		GENERACIÓN RESIDUOS SÓLIDOS HOSPITALARIOS (Kg/hab/día)
	TOTAL	PORCENTAJE (%)	
GRAN TOTAL	250,802	100	20.3 x 10 ⁻³
COLÓN	215,821	86.05	5.7 x 10 ⁻³
CHAGRES	9,898	3.95	1.9 x 10 ⁻³
SANTA ISABEL	3,963	1.58	7.1 x 10 ⁻³
DONOSO	10,525	4.19	2.3 x 10 ⁻³
PORTOBELLO	10,595	4.22	3.3 x 10 ⁻³

Fuente: Planificación de salud del MINSA. 98 instalaciones de salud.

Nudos críticos:

- Falta de transporte
- Insuficiente recurso humano
- Múltiples tareas de las diferentes secciones, departamentos y coordinaciones tanto del nivel nacional, regional e institucional que afectan la programación de los niveles locales ya establecidas con anticipación.
- No existen los depósitos temporales en todas las instalaciones de salud.
- No se da la clasificación de los RSH y desechos comunes
- Falta de rotulación de los RSH.

Los residuos industriales / comerciales peligrosos.

En el año 2001 la OPS estimó en 238,46/ton/día la generación de residuos industriales y comerciales, mientras que JOBEFRA/SANIPLAN en 1999 la calculó en 269/ton/día. En 2003 el estudio de la JICA determinó que Panamá, San Miguelito y Arraiján generaban 169.7 ton/día. Sin embargo, ninguno de los estudios indica el porcentaje de los residuos que pueden considerarse peligrosos. En todo caso, como estos residuos (los peligrosos o no) se recolectan y disponen de manera mezclada, entonces podemos suponer que las toneladas vertidas en los vertederos tienen algún grado de contaminación en el momento en que se procede a realizar las quemaduras.

En el Área Metropolitana existen no menos de cien empresas, incluyendo los comercios e industrias que los disponen por su propia cuenta, que transportan materiales comerciales/ industriales incluyendo los peligrosos hasta el Relleno Sanitario de Cerro Patacón (aceites, solventes, ácido y álcalis, pintura, tintas, barnices, resinas, plaguicidas orgánicos, lodos y químicos orgánicos, asbestos, y los contenedores contaminados), sin que los transportistas estén capacitados ni cuenten con los equipos para realizar esta actividad en forma segura.

Los residuos peligrosos generados en la Zona Libre de Colón (ZOLICOL).

La Zona Libre de Colón (ZLC) fue creada por medio del Decreto Ley N° 18 del 17 de junio de 1948, con el propósito de promover inversiones nacionales y extranjeras para la actividad comercial e industrial. La mercadería que entra a la Zona Franca de Colón está libre de cualquier impuesto de aduana. Se encuentra situada en el área portuaria de la entrada atlántica del Canal de Panamá, que a su vez es un punto estratégico para las importaciones y las exportaciones. En 2006 registró importaciones por \$USA 6,818.2 millones (aumento de 9.7 % con relación al 2005), mientras que las reexportaciones por \$USA 7,666.1 mostraron un incremento de 15.0 % con respecto a 2005[5]. En 2001 se re-exportaron desde la Zona Libre de 51 toneladas de plaguicidas con un valor FOB de \$USA 346 millones.

Para la ZOLICOL: a) “importación” se consideran las entradas desde el mercado exterior y las salidas de la Zona Libre de Colón para consumo local; b) “Exportación” se consideran las exportaciones de productos nacionales hacia la Zona Libre de Colón; y c) . “Reexportación” se considera las salidas de la Zona Libre de Colón. Resumiendo, las mercaderías que ingresan a la Zona Libre son consideradas “exportación” si proceden del país o “importación” si proceden del mercado internacional; mientras que las mercancías que salen de ZOLICOL se consideran importación si se destinan al mercado nacional o reexportación si su destino es el mercado exterior. Por otra parte, la Convención Internacional sobre Estadísticas Económicas aclara también, que todas aquellas mercaderías en tránsito directo no se incluyen en las reexportaciones. Se entiende como comercio en tránsito directo, el paso de toda mercadería por un territorio con fines de transporte únicamente,

sin entrar en posesión de los importadores, es decir, que la mercadería en tránsito directo es aquella que ha llegado al país con documentos de embarque para ser remitida nuevamente al exterior.

En el proceso de reexportación y de tránsito directo se pueden generar residuos (además de los ordinarios derivados de las operaciones administrativas) como resultado de dos situaciones: a) que las empresas no retiren las muestras; y b) que las mercancías no cumplan con el registro sanitario, certificado de origen, registro comercial, registro de análisis, entre otros. En ambos casos, los desechos son recolectados y trasladados a la planta de incineración de la empresa Servicios Tecnológicos de Incineración, S.A, o al vertedero de Monte Esperanza.

La Dirección de Operaciones Comerciales que forma parte del Departamento de Merma de Zona Libre de Colón (ZOLICOL), es el encargado de coordinar la eliminación de mercancías obsoletas. La mercancía desechada es consignada en un documento de salida, para luego ser enviada al vertedero o el incinerador.

Las medicinas o sustancias químicas son enviadas a la planta de incineración de la empresa Servicios Tecnológicos de Incineración, los materiales que no pongan en riesgo directo la salud de las personas son enviadas al vertedero Monte Esperanza, previamente se cortan en varias partes antes de enviarse (el trabajo lo debe hacer la empresa dueña del producto) con el objetivo de no permitir que las personas los vuelvan a usar. Existe el riesgo de que plaguicidas COPs y obsoletos puedan ser ingresados al país de contrabando, a pesar de los sistemas de control y vigilancia. La Dirección General de Aduanas, por ejemplo, coordina esfuerzos para endurecer los controles en todo el país, con el objeto de frenar la escala de productos que se comercializan ilegalmente. Dicha Dirección se propone instalar un sistema de Rayos X para la revisión de contenedores procedentes de ZOLICOL, en el puesto de control aduanero conocido como la “Ye” de Chilibre, en el camino entre las ciudades de Colón y Panamá, para evitar el “contrabando hormiga” y otros de mayor envergadura, como drogas y estupefacientes.

Una caracterización física –química de los residuos generados por la ZOLICOL es de la mayor importancia, especialmente si tomamos en cuenta que se trata del más grande generador de residuos del país, individualmente considerado. En 1999 JOBEFRA – SANIPLAN estimó en 56 ton/día la generación de los residuos sólidos de la ZOLICOL, equivalentes al 35% del total generado en la ciudad de Colón.

Disposición Final de Desechos

Desde el año 2004 la compañía F & GUARDIA realizó varios estudios para la ubicación de un globo de terreno, que para esta época eran 15 sitios evaluados de los cuales quedan dos sitios que posiblemente reúnen los requisitos para un Relleno Sanitario de las comunidades evaluadas tenemos: Palo Quemado, Río Alejandro, MINDI Villa Alondra y Bahía Las MINAS, este último la empresa AGUASEO realizó todo el estudio Ambiental como los Hidrogeológicos, Geológicos y otros. Además el Gobierno pagó una consultoría a ONG para un estudio de factibilidad y el gobierno central destinó una partida para la compra de dicho terreno a la Compañía Chevron en el periodo del Alcalde Tony Latif y el Alcalde Dámaso García, ya que el actual vertedero en Monte Esperanza hace 20 años ha colapsado y además se ha concesionado a empresas para su desarrollo y la empresa Aguaseo solo le han destinado 2.5 hectáreas para sus operaciones hasta tanto el gobierno le compren el nuevo terreno según contrato.



De los cinco distritos tres distritos cuentan con un vertedero para la disposición final de sus desechos que son Portobelo y Nombre de Dios el cual es compartido y el Distrito de Colon el cual ha Finalizado su vida útil hace 20 años

En 2010, la mayoría de los sitios de acopio de residuos del país no cumplían con los requerimientos mínimos de vertederos controlados.

SITUACIÓN ACTUAL DE LOS VERTEDEROS	
VERTEDERO DE COLÓN	VERTEDERO DE SANTA ISABEL Y PORTOBELO
Terreno que terminó su vida útil hace más de 20 años	Falta de equipo para el enterramiento de los desechos
La Empresa AGUASEO sigue operando en estos terrenos hasta que el Municipio le consiga uno nuevo, ya que los nuevos dueños de esta finca exigen el desalojo.	Pugnas entre los Municipios y falta de pagos de la población.
La comunidad y ACP se quejan de los constantes incendio que se dan	Está en área del Parque Portobelo (Zona protegida).

Incineradores

En la Provincia de Colon Existen dos Incineradores a nivel de los recintos portuarios, de los cuales uno cuenta con la Resolución del MINSA del permiso de Operación



Los grupos más vulnerables.

Las poblaciones más vulnerables son los pepenadores (especialmente NNAT y mujeres embarazadas) en los vertederos municipales y vías públicas que se exponen en forma continua a la liberación de dioxinas y furanos. El surgimiento y crecimiento de este sector laboral obedece a la expansión las exportaciones de reciclaje. En

2005 el valor de las exportaciones de materiales reciclables ascendió a \$USA 35.259.734,00, mostrando un crecimiento sostenido desde el año 2002.

Los valores del vidrio, papel blanco y de colores, cartón son muy bajos, porque los compran las industrias recicladoras existentes en Panamá. En cambio las exportaciones de chatarra (desechos de chatarra de fundición, hierro o acero; lingotes de chatarra de hierro o acero) han pasado a ocupar lugar preponderante.

“Los metales y la chatarra siguen siendo objeto de codicia en el país. Las exportaciones de estos “desechos metálicos” totalizaron B/.42 millones en el 2006, según informes de la Contraloría General de la República y en lo que va del año, la cifra supera los B/.10 millones. Se estima que por año, Panamá podría estar exportando entre 400 a 500 contenedores con hierro para fundir. El material ferroso se compra por tonelada y es clasificado según su calidad, lo que hace variar su precio, de manera que puede comprarse entre B/.50.00 a B/.150.00 la tonelada métrica, cifras que incentivan el robo de metales. Prueba de ello es que en los últimos años comenzaron a desaparecer las tapas de alcantarillas de las avenidas, cables del tendido eléctrico y hasta medidores de agua, ya que son considerados como el “nuevo oro”. (Panamá América, Panamá, jueves 2 de agosto de 2007).

“Su gerente de Compra (Recicladora Centroamericana, S.A.), Luis Barroso, calcula que unas tres mil personas “comen de esta actividad”, incluyendo los pepenadores que se localizan en el basurero de Cerro Patacón.

Reciclaje, Reutilización y Recuperación

EMPRESAS DEDICADAS AL RECICLAJE Y/O RECUPERACIÓN DE RS Y COMPONENTE COMERCIALIZADO-COLÓN (AGOSTO_2010)							
EMPRESA	Papel cartón	Metales	Chatarras	Vidrio	Plásticos	Trapos	Orgánico
LATA PANAMÁ							
RECICLADORA ATLÁNTICO							
BUENAVENTURA							

Fuente: Departamento de Saneamiento Ambiental, MINSA-Colón.



Empresa recicladora

Contaminación Atmosférica

El creciente parque automotor se le atribuye 90% de la contaminación del aire.

En 2009 se establecieron políticas públicas sobre la prohibición del uso de combustibles con plomo, que impusieron límites permisibles a las emisiones de

Gases para todo tipo de vehículos.

Al Igual que la construcción de Industrias de Generación Eléctrica, que generan NOx, SOx, CO2, Cementeras, Minerías a cielo abierto localizadas en distrito de Donoso que han deforestado el área boscosa del distrito, Porquerizas en el Área de la Transísmica (Los Playones, Gatuncillo, Qda Bonita), Los Tanques Sépticos de las

viviendas y urbanizaciones, de las distintas Comunidades de la Provincia que contaminan las fuentes hídricas, Los Agricultores y Ganaderos que usan Plaguicidas en sus operaciones agropecuarias para la limpieza de sus potreros, control de vectores en sus cultivos y ganado vacuno lo cual mucho de estos químicos van a parar a las fuentes de aguas tales como lagos ríos y quebradas que abastecen los acueductos de la Provincia de Colon

El control del comercio internacional que se importa a través de Zona Libre de Colon, Puertos Terrestres y Marítimos y Aéreos de los contaminantes orgánicos Persistentes, su eliminación y movimientos transfronterizos, se regula a partir de la ratificación de los Convenios de Rotterdam, Estocolmo y Basilea.

Contaminación por Sustancias Tóxicas y Residuos Peligrosos: Los plaguicidas

Mediante resolución No. 210 de 2009 se prohibió el lindano (gammahexacloruro de benceno). En 2008, por cada panameño se utilizaba al menos tres kilogramos de agroquímicos, cantidad seis veces superior a la utilizada en América Central. De 2006 a 2008, el volumen de plaguicidas agrícolas aumentó de 5,6 a 7,2 millones de kilogramos, predominantemente los insecticidas organofosforados más peligrosos.

La Contaminación por Sustancias Tóxicas de Uso Militar

Cuando las obras de la construcción del Canal de Panamá estaban por concluirse, el Coronel George Goethals señaló en su informe anual, que quedaban miles de hectáreas de terreno en exceso de las requeridas para la obra. Indico que la razón de haber solicitado la concesión de un área tan grande, se debía a que en ese momento no existía el trazado final de Canal. El Coronel señaló que lo lógico era devolver esas tierras a Panamá, pero para que hacer, se necesitaba la autorización del Congreso, considerando difícil la obtención de dicha autorización, ya que existía la creencia de que se trataba de tierras desarrolladas con el dinero de los contribuyentes estadounidenses. "Lo que no saben", decía, "es que se trata de selvas".

Lo que nos interesa resaltar radica en enunciar de manera clara y específica las bases que fueron objeto de reservas militares tales como: Fort Amadar y Fort Grant; Depósito de Municiones de Cerro Pelado; Cerro del Tigre; Fort Calyton, Curundú Heights; Fort William D. Davis; Corozal; Fort Kobbe; Fort Gulick; Fort Randolph y Fort Sherman; todas estas pertenecían al Ejército.

En cuanto a las reservas militares correspondientes a la Marina de Guerra estaban: la Guarnición de tanques de Arraijan; Coco Solo; Estación de Radio Naval de Colon; Estación de Radio Naval de Farfán; Guarnición de tanques de Gatún; Estación de Radio Naval de Summit y el West Bank situado en el Sector Occidental del Canal.

En lo que respecta a la Fuerza Aérea se encontraban: La base de Albrook y la Base de Howard. Además de otras reservas como las de Quero Heights; Herrick Heights; Cerro Tigre; Río Hato; Isla Iguana; Chivo Chivo y France Field.

En resumidas cuentas, a pesar del sin fin de actividades y maniobras militares ajenas a la neutralidad y defensa del Canal, ejercidas por las Fuerzas Armadas estadounidenses, los danos ecológicos causados por ellos en nuestro territorio y las repercusiones de sus acciones con armas convencionales y químicas son tan extensas como la suma de los entrenamientos que han desarrollado a lo largo de su presencia en el Istmo.

Las poblaciones que están expuestas a estos peligros se encuentran: de Escobal (lago), Escobal Central, Loma de Balboa, Providencia, Vino Tinto, Campo Alegre, Las Cruces y Chuchirvo. Por otro lado, en el Distrito de Chagres, está el Corregimiento de Pina, Pina Centro, Limón de Pina, Punta del Medio y Tarascón.

Agentes químicos almacenados y puestos a prueba en territorio istmeño

En relación a este tema, las áreas ya revertidas a la República de Panamá las cuales se dieron de acuerdo al fiel cumplimiento de los Tratados Torrijos-Carter, eran tierras fértiles en sus orígenes aptas para la agricultura con una diversidad de animales, selvas boscosas, con la mejor agua del mundo, es decir, con la naturaleza más rica y sana para todo ser viviente.

En la actualidad, dichas áreas han sufrido una serie de alteraciones ecológicas y ambientales provocadas por la mano de las Fuerzas Armadas norteamericanas acantonadas en nuestro territorio, las cuales utilizaron a sabiendas del peligro que representaría para la vida y la salud de la población en general.

Antes de que se terminaran los trabajos de construcción del Canal, los norteamericanos realizaron múltiples pruebas de entrenamiento y exámenes de diferentes tipos de armas en las riberas del Canal, en sus inicios se hicieron pruebas con materiales explosivos y de municiones de morteros y cañones, de igual forma, de armas pequeñas y livianas, pero no todas las municiones explotaron por lo cual muchas de ellas quedaron como municiones sin detonar.

Estas pruebas y exámenes de armamentos se fueron localizando en tres diferentes campos de tiro: Emperador, Balboa Oeste y Pina. Por otro lado, unas 34 mil hectáreas en las riberas del Canal fueron utilizadas como sitios de defensa y áreas de coordinación militar. De estas, 21,929 fueron utilizadas para entrenamiento militar, de las cuales unas 14,590 hectáreas sirvieron como campos de tiro y áreas de bombardeo. De esta última cifra, unas 7,300 hectáreas de impacto están contaminadas por Municiones y/o Explosivos No Detonados (MDN) y otros contaminantes propios de las actividades militares realizadas por las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos y "no podrán ser saneadas y permanecerán con explosivos no detonados al término de la vigencia del Tratado del Canal".

En Panamá, y con toda seguridad, desde 1930 hasta 1968, Estados Unidos mantuvo un programa activo de armas químicas, entre 1930 y 1946 el programa tuvo como objetivo la defensa del Canal. Desde 1943 hasta 1968 estaba orientado a probar el funcionamiento de las armas químicas en un clima tropical.

En 1961, el Cuerpo Químico del Ejército de los Estados Unidos participo en un ejercicio de transporte llamado Swamp Fox en la zona del Darién, no lejos de la frontera con Colombia. Parte de esta operación consistió en el lanzamiento de 58 granadas lacrimógenas del tipo CN en la selva, una segunda operación Swamp Fox, se llevó a cabo en Panamá en 1964, se realizaron por lo menos cuatro pruebas con armas provistas de agentes químicos vivos (minas M-23 cohetes y proyectiles contenido gas VX y cohetes de gas sarin).

La mina M-23 contenía diez libras y media de agente VX. Diez miligramos de VX constituyen una dosis mortal, por lo tanto, en cada una de las minas que probaron en Panamá teóricamente había casi medio millón de dosis letales.

Para entender mejor lo antes mencionados, hay que hacer un alto y diferenciar unas armas de otras. Las armas químicas se utilizan en forma de gas, vapores, humos, aerosoles o líquidos para intoxicar personas, animales, plantas, alimentos, agua o suelo. Las armas químicas se clasifican según criterios varios, principalmente en:

- Función militar tóxicas, incapacitantes, agentes de control de multitudes, agentes de entrenamiento, humos, nieblas, señalizadores, incendiarios (según uso destinado).
- Efectos físicos lacrimógenos (tóxicos de ojos-nariz, tracto respiratorio), tóxicos de pulmón, tóxicos de la sangre, tóxicos de la piel o quemantes, tóxicos de los nervios, eméticos que causan vómitos.

Las áreas mayormente afectadas por las actividades militares del Comando Sur, acantonado en las riberas del Canal de Panamá, son las áreas de entrenamiento militar y los polígonos de tiro. Las áreas de entrenamiento militar ocupan 21,929 hectáreas (64.5%) del total de 34,000. Por su parte, las áreas de campo de tiro ocupan 14,590 hectáreas, es decir, el 42.9% del total.

1. Campo de Entrenamiento de Sherman:

De las 6,800 hectáreas que ocupa el área de entrenamiento de Sherman, 6,600 están cubiertas por vegetación, identificadas de la siguiente manera:

- a. Bosque verde estacional: 4,081.4 ha.
- b. Bosque semidecíduo estacional: 765.7 ha.
- c. Bosque deciduo: 114 ha.
- d. Bosque inundables: 1,031 ha.
- e. Palmas: 225.8 ha.

f. Manglares: 85 ha.

g. Matorrales Inundables: 53 ha.

h. Pantanos: 98 ha.

i. Herbazales Inundables: 146 ha.

Se han reconocido en el área más de 220 especies de aves (incluyendo 24 migratorias). También se han registrado un total de 60 especies de mamíferos (incluyendo 3 de marsupiales, 31 de murciélagos, 4 edentales, 4 de primates, 8 de roedores y 7 de carnívoros). Además, se han encontrado 27 especies de reptiles y 26 especies de anfibios. Estos anfibios incluyen 9 especies de ranas (tree frogs) y 3 especies venenosas (poison dart frogs). Por otra parte, se encuentran en este sitio especies en peligro que son protegidas por leyes panameñas y norteamericanas. Entre estas especies tenemos el mono aullador, el mono titi, jaguar y otras. El Gobierno de Panamá, además, reconoce el estatus de especies en peligro a 33 especies de mamíferos, 38 de aves y 11 de anfibios y la necesidad de asegurar su protección.

El área de Sherman muestra también una diversidad de 500 especies de plantas, con aproximadamente 809 tipos de ellas, incluyendo 572 especies que han sido identificadas. La mayor riqueza de especies ha sido observada en el bosque mixto siempre verde (252 especies).

Por otra parte, existen arrecifes de coral a lo largo de las costas donde está situado el Fuerte Sherman. Estos arrecifes se caracterizan por estar a poca profundidad y cercanos a la costa, con profundidades entre los 6 y 12 metros. Las mayorías de los corales se extienden por toda la Laguna de Sherman, a ambos lados. Por la orilla oeste se extienden hacia el norte, con dirección hacia Punta Toro. Por la orilla oeste, los arrecifes siguen una dirección noroeste primero y luego un giro hacia el sur, por una corta distancia. El área de los corales mantiene una comunidad diversa de corales, peces, algas y otras criaturas.

El arrecife de coral de Fuerte Sherman es reconocido por la Ley 21 de 2 de julio de 1997 bajo la categoría de paisaje marino costero y forma parte del paisaje protegido de Sherman.

Todo este recurso natural constituye el principal atractivo del área, el cual servirá para desarrollar una actividad turística de alta calidad.

2. Campo de Tiro de Pina:

El campo de tiro de Pina ocupa una superficie de 2, 556 hectáreas de las cuales 50% eran utilizadas para entrenamiento militar. Las condiciones naturales del área, influenciada por la combinación de bosques siempre verdes y semidecíduos, aunado a altas elevaciones, drásticos declives y condiciones geológicas específicas, hacen de esta área poseedora de una potencial riqueza ecológica propicia para el desarrollo de actividades eco-turísticas y de investigación científica. Además, existen facilidades cercanas como carreteras, aeropuertos y puertos que hacen este sitio accesible durante el año.

La riqueza natural de esta área está representada por unas 300 variedades de plantas, 99 especies de aves, 33 variedades de mamíferos y 14 especies de reptiles.

En cuanto a proyectos de reforestación con respaldo privado o del gobierno que se desarrollan:

- Proyectos de compensación ecológica que realiza la empresa London & Regional Panamá, desarrollador maestro de Proyecto Panamá Pacific. <http://blog.panamapacifico.com/es/proyecto-de-compensacion-ambiental/>
8 de mayo del 2014 se ha reforestado hasta la fecha un aproximado de 200 hectáreas plantadas en cuatro fases ya implementadas, en las que se han sembrado 200,000 plantones distribuidos entre 45 a 55 especies de árboles, con la finalidad de lograr la regeneración del bosque.
- La Autoridad del Canal de Panamá (ACP) ha reforestado 685 hectáreas con especies nativas, de un total de mil 300, a través del programa de compensación ecológica por los efectos que han causado al ambiente las obras de ampliación de la vía acuática. <http://micanaldepanama.com/wp-content/uploads/2012/03/elfaro-20140501.pdf>

- La Sociedad PANAMA PORTS COMPANY, S.A., deberá reforestar como mínimo 31,790 plántones o propágalos de mangle, de acuerdo a la zona determinada, como medida de compensación ecológica por la tala de 8.5 hectáreas de árboles de mangle.
- Odebrecht – compensación ambiental por construcción de autopista – Panamá – Colón.

Los Desastres

Las emergencias y desastres pueden ocurrir en cualquier lugar del mundo. Estos afectan la salud humana, las vidas de las personas y la infraestructura que los protege. Los problemas de salud ambiental derivados de las emergencias y desastres están relacionados con sus efectos en el ambiente físico, biológico y social que representan una amenaza para la salud humana, el bienestar y la supervivencia, incluidos los refugios, el agua, el saneamiento, las enfermedades causadas por vectores, la contaminación, etc., obstaculizan el desarrollo socioeconómico de las naciones porque desvían recursos financieros para la reconstrucción de las áreas afectadas.

Continuamente los países sufren emergencias y desastres provocados por fenómenos naturales, como el fenómeno El Niño, El terremoto de magnitud 7.6 en el Salvador, el tsunami en el Océano Índico, etc., que no solo ocasionan gran número de damnificados, heridos y muertos, sino también daños en la infraestructura de los servicios y en el sector agropecuario y turístico, así como alteraciones en el ambiente que conllevan pérdidas económicas y ecológicas.

Además de las muertes, accidentes, lesiones y heridos que el fenómeno natural ocasiona directamente sobre la población afectada; el incremento de enfermedades comúnmente acompaña los períodos posteriores a la ocurrencia de un desastre.

Más allá de los daños a la infraestructura y los costos asociados, los daños en los sistemas de agua y saneamiento revisten especial importancia por cuanto contribuyen al deterioro de las condiciones de salud de las poblaciones afectadas, agravando aún más la situación de emergencia directamente generada por el fenómeno. Enfermedades relacionadas a la contaminación del agua de consumo y los alimentos como las enfermedades diarreicas agudas, leptospirosis, giardiasis, cólera, así como las transmitidas por vectores: malaria y dengue se han visto incrementadas luego de la ocurrencia de un desastre natural. Por esta razón, hacemos énfasis en indicar que los daños a la salud implican no solo la atención inmediata a las víctimas, sino efectos de mediano y largo plazo como consecuencia de la suspensión, parcial o total, de los servicios básicos de agua y saneamiento, de la carencia de alimentos, del incremento y desplazamiento de vectores, de la instalación de refugios temporales y de la interrupción de los programas de vigilancia y control de enfermedades. Todos estos aspectos exigen un esfuerzo coordinado de las instituciones y el uso racional de los recursos disponibles.

Las condiciones de hacinamiento, originada por la destrucción de viviendas; la escasez de agua y la mala disposición de excretas, debido a la interrupción de los sistemas; la presencia de agua estancada, en el caso de inundaciones o anegamiento por ruptura de las redes de agua; son algunos de las consecuencias del desastre dentro de las poblaciones afectadas que dan pie al brote, muchas veces epidémico, de diversas enfermedades.

La contaminación del agua en pozos, sistemas de abastecimiento, manantiales, ríos y lagos en las zonas afectadas por inundaciones o lluvias fuertes. La inundación y enterramiento de cajas de captación, manantiales, la destrucción e inundación de letrinas y los estancamientos extensos de agua, entre otros problemas, hacen aún más precarias las condiciones de salud, de agua y saneamiento de las poblaciones rurales afectadas.

De otro lado, en el medio rural, los daños ocurridos en los sistemas, a menudo sobrepasan las capacidad y recursos de los que las comunidades disponen, por lo tanto, la recuperación del servicio suele tardar un tiempo más largo que en la zona urbana y los índices de salud pueden verse deteriorados, retrocediendo los logros

alcanzados por la implementación de los servicios, debido a la relación directa entre las enfermedades de origen hídrico y el acceso a los servicios de agua y saneamiento.

Además, de las inundaciones de los últimos años en Panamá, Colón y La Chorrera, son eventos que evidencian que son necesarias la preparación y Participación comunitaria para enfrentar los efectos del cambio climático que cada año se presentan con más fortaleza en nuestro país.

Los desastres naturales y los provocados por el hombre afectan el estado de salud de la población, el medio ambiente y la economía de la provincia y del país y constituyen una limitante para el cumplimiento de los objetivos y metas de desarrollo y del sector salud.

La Provincia también es vulnerable a amenazas naturales. Durante 1990-2012 ocurrieron 38 inundaciones y 27 deslizamientos. Colón se encuentra entre las provincias que muestran los registros más frecuentes de deslizamientos. En 2006, las subregiones costeras sufrieron severas inundaciones y daños estimados en más de US\$170,000. Las inundaciones ocurren en la época de lluvias que se extiende de mayo a diciembre y con mayor intensidad en los meses de septiembre, octubre y noviembre. Los periodos prolongados de intensas lluvias han provocado en la historia de la provincia deslizamientos e inundaciones con graves pérdidas económicas, muertos y heridos, registrándose el último incidente en noviembre y diciembre 2012.

En época de lluvia se producen inundaciones en la ciudad de Colón que requiere la intervención del Ministerio de Obras Públicas.

La mayor parte de las pérdidas humanas y materiales a ocasionadas por los desastres Naturales huracanes, inundaciones, sequías y los cambios climáticos, en la región de Colon se concentra en el sector agrícola, comunidades del corregimiento de Cativa, Cristóbal, Puerto Pilon, María Chiquita, Portobelo, Nombre de Dios, Sabanitas, Achiote, Palma Bellas, Miguel de la Borda, Rio Indio, Barrio Norte, Barrio Sur sujetas a riesgos ambientales tales como derrumbes e inundaciones y las malas prácticas de la población en el manejo de sus desechos los cuales son tirados a los ríos y quebradas en el caso del casco de la ciudad el colapso de los sistemas de tratamiento de las aguas residuales y pluviales a causa de la mala disposición de los desechos que obstruyen los sistemas de drenajes. La presencia de tres volcanes submarinos frente a la bahía de Colon un riesgo latente.

De manera recurrente, los eventos de El Niño y La Niña causan pérdidas de cosechas e infraestructura de servicios vitales de los más pobres y de importancia económica. Poniendo así de manifiesto su vulnerabilidad y la necesidad de contar con planes y medidas de prevención y de mitigación.

Conducta Humana y Salud

Consumo de Tabaco

Ley N° 17 del 29 de junio 1989 (Oficinas Públicas)

Ley 30 de 26 de diciembre 1990 (venta a menores)

Desde el año 1989 a la fecha El MINSA y ADUANA en la provincia de Colon se implementó la Ley de Tabaco en los 6 Recintos Portuarios de la Provincia de Colon y Zonas LIBRE y FRANCA y en los cinco Distritos a 2563 locales de Alimentos e Interés Sanitario para la colocación de los letreros de prohibido Fumar, y a 176 centro escolares se realizó docencia de la ley del Tabaco, Cuartel de Bomberos, a los Corregidores de la provincia año 2013.

Las Violencias

Según la Dirección de Investigación Judicial y la Policía Nacional la mayor prevalencia de denuncias por maltrato a niños, niñas y adolescentes se da en las Provincias de Panamá (573 casos) y Colón (184 casos). El

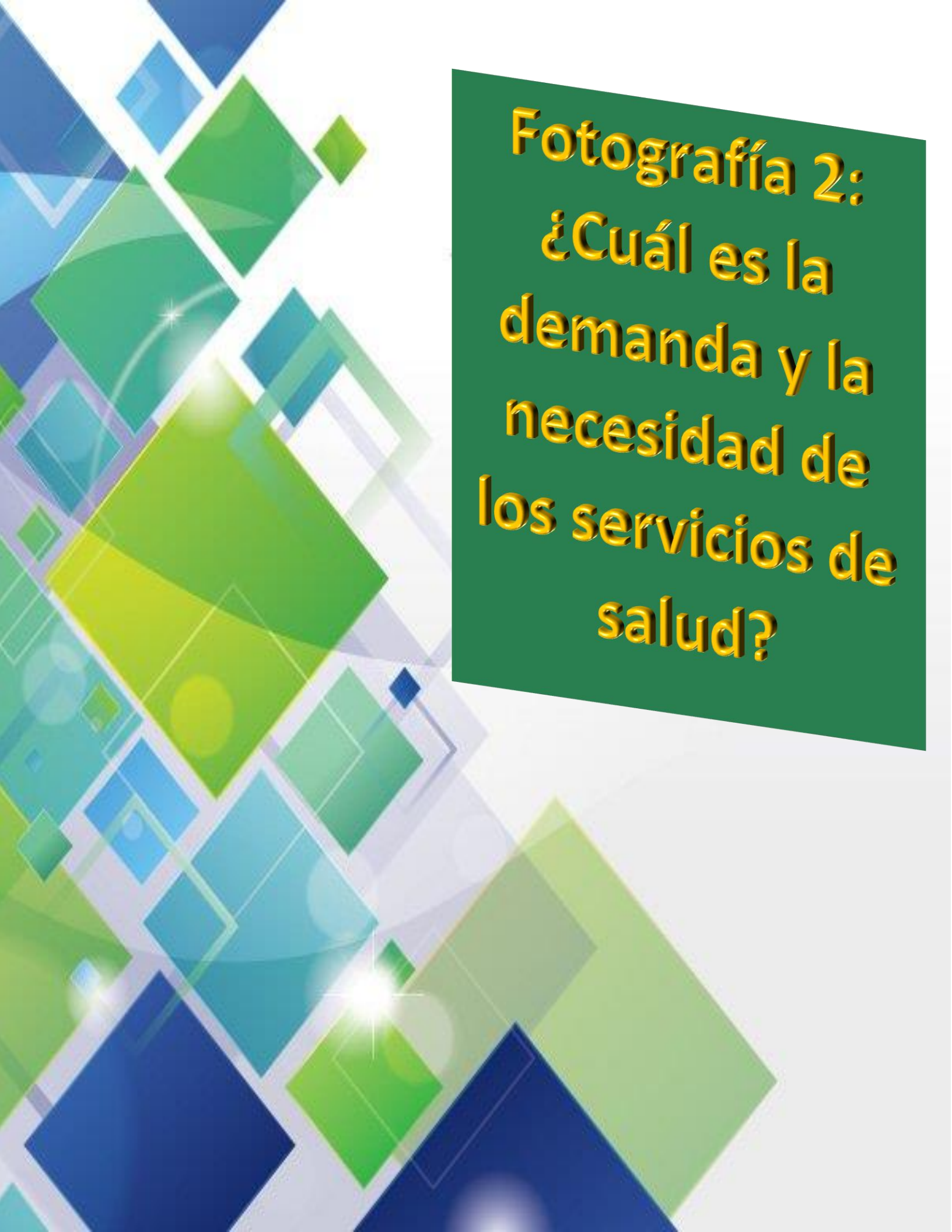
mayor número de incidentes reportados de violencia doméstica se da en las Provincias de Panamá, Chiriquí, Colón y Veraguas. Sin embargo, la frecuencia relativa de estas prácticas – es decir, con respecto al tamaño de la población – es tres veces más alta en Bocas del Toro, Herrera y Los Santos.

Los jóvenes están muy expuestos a la violencia en sus distintas modalidades, de los 607 casos de abuso sexual registrados por los juzgados de Niñez y Adolescencia en el año 2010, la Provincia de Colón ocupa un segundo lugar con 77 de esos casos, siendo precedido por la Provincia de Panamá con 174 casos.

Porcentaje de población por provincia y de incidentes de violencia doméstica: Año 2012			
Provincia/Comarca	Población (estimada al 2012)	% del total de la población	% de incidentes de violencia doméstica
Panamá	1.990.042	51.68	32.0
Chiriquí	445.098	11.56	16.1
Colón	268.002	6.96	4.4
Coclé	252.233	6.55	8.4
Veraguas	242.539	6.3	9.4
Comarca Ngabe Bublé	187.82	4.88	.....
Bocas del Toro	147.57	3.83	9.1
Herrera	117.53	3.95	10.0
Los Santos	94.79	2.46	6.3
Darién	53.03	1.38	2.7
Comarca Guna Yala	40.73	1.06	....
Comarca Emberá-Wounaan	11.35	0.29	....
Fuente: Índice de Desarrollo Humano 2014 de Panamá.			

En cuanto a las ciudades donde son más frecuentes las denuncias de delitos: la mayor proporción de incidentes policiales durante el 2010 se registró en la Provincia de Panamá (60.8%), seguida de Chiriquí (11.4%) y por Colón (5.8%).

A comienzos del 2013 existían en Panamá 7,500 jóvenes en 355 pandillas juveniles, según reportes del Sistema Integrado de Estadísticas Criminales. Según la Policía Nacional, en la Provincia de Panamá operan 85 pandillas. Colón es la tercera ciudad en cantidad de pandillas con 35.



**Fotografía 2:
¿Cuál es la
demanda y la
necesidad de
los servicios de
salud?**

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

El incremento de la población en edad productiva, de la población con 65 y más años y en la persistencia de las tendencias migratorias del campo hacia la ciudad. La estructura por grupos de edad en la Provincia de Colón, tiene rasgos que caracterizan a las poblaciones en proceso de envejecimiento, producto de la disminución de la fecundidad y un aumento significativo de la esperanza de vida al nacer.

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

Esto implica que con el pasar del tiempo, tenderá a prevalecer enfermedades propia de la madurez. Lo cual se traduce en fortalecer el rol rector y de Atención primaria de nosotros para prevenir a través de la promoción, atención e interacción con otros actores en las causas y disminuir en lo posible la incidencia de las enfermedades propias de la vejez en nuestra población.

3. ¿Cuáles serían las intervenciones según el análisis realizado?

Que se cumpla con los elementos esenciales del derecho a la salud (disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad).

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

Las tendencias esperadas en los próximos años, en los indicadores de salud ambiental, en forma general pueden considerarse de la siguiente forma:

Tendencias en los indicadores de salud ambiental:

Positivas: Área urbana: La restauración de los tramos del acueducto y alcantarillado sanitario y de edificios abandonados y el éxodo de personas hacia las áreas suburbanas, puede reflejarse en forma positiva en los indicadores ambientales en los próximos años. Los proyectos de vivienda multifamiliares también pueden aliviar la situación del área urbana existente.

Negativos: Las grandes inversiones en empresas industriales pueden dar lugar a la contaminación del aire, suelo y agua si no se controla en su fase inicial.

El colapso y la falta de vertederos municipales, ocasiona riesgos a la salud de la población.

La falta de tecnología apropiada en el MINSA, para el monitoreo constante de los incineradores que tratan los desechos transfronterizos y de otros proyectos en la Provincia se reflejará en forma negativa en los indicadores ambientales.

Tendencias en vivienda en los próximos años:

La autogestión de las familias se refleja en el mejoramiento de las viviendas en algunos sectores sobre todo en lo suburbano y los proyectos de viviendas que el gobierno central desarrolla en la Provincia.

Tendencias para saneamiento en los próximos años:

El saneamiento básico no mejorará, si sólo se aumenta el recurso humano para atender los sectores de difícil acceso, ya que es una situación de nivel interinstitucional e intersectorial, recurso financiero y a través de la educación sanitaria a la población.

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

Uno de los principales riesgos a la salud es la condición de las aguas para el consumo humano en los acueductos rurales, ya que no existe un control efectivo por parte de las Juntas Administradoras de Acueductos en cuanto a la cloración de los mismos y los resultados están dando positivo por el indicador fecal.

El impacto ambiental causado por el desarrollo del proyecto de restauración en la Ciudad de Colón, es otro riesgo para la salud de la población, por las tuberías de aguas negras, aguas servidas y falta de agua potable.

El incremento de la actividad minera en el Distrito de Donoso puede dar lugar a la contaminación del suelo. El trasiego de aguas oleosas y materiales impregnados de hidrocarburo también puede dar lugar a la contaminación del suelo en menor escala.

Distritos donde se deben dirigir las intervenciones:

Colón: por el impacto ambiental, secundario a la renovación urbana.

Donoso: por la extrema pobreza, área de difícil acceso, alta dispersión de la población y área postergada.

Santa Isabel: es vulnerable a los fenómenos naturales e inundaciones.

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

Tomando en cuenta el período de “calentamiento global”, en el Caribe se registra cada vez más tormentas violentas y aunque Panamá ha sido hasta ahora en un área relativamente segura, señalamos aquí las precipitaciones focalizadas en las principales cuencas de la provincia de Colón, ocurrido del 19 al 23 de Noviembre del 2006. Este fenómeno climático causó severas inundaciones en las cuencas de los distritos Chagres y Donoso con un saldo trágico de 11 muertos y más de 1200 damnificados. El origen de esta manifestación climática fue un frente frío desde el norte, proveniente del Caribe que impactó directamente a las costas de Colón.

En el Gráfico 3 se indica que la diferencia entre la lluvia del período, descontando el promedio histórico alcanzó los 235 mm, una precipitación nunca antes vista por los pobladores más antiguos. El “epicentro” de esta catástrofe se concentró en la cuenca del río Indio cuyo puente principal fue seriamente afectado y parcialmente arrasado por la creciente de las aguas.

Además de una vulnerabilidad sísmica, las tres subregiones se caracterizan por altas precipitaciones durante nueve meses del año y altas temperaturas sin mayor variación entre día y noche. Relacionado con una gestión de riesgos basada en una prevención efectiva, es importante conocer, qué eventos se han dado en la provincia y qué susceptibilidad a una repetición frecuente existe.

El único evento, históricamente documentado, data del año 1885, cuando la ciudad de Colón fue arrasada por un incendio, por un terremoto y por un huracán.

Esta coincidencia de desastres fue de tal magnitud que casi toda la ciudad tuvo que ser reconstruida.

Panamá tiene una posición muy protegida y estos fenómenos no afectan al país, excepto en ocasiones muy aisladas y muy específicas.

En tiempos recientes, la SINAPROC lleva la actualización de la documentación y comunica advertencias previas a la población ante la posibilidad de eventos críticos. La mayoría de los eventos registrados en Colón se basan en inundaciones y deslaves provocados por intensas lluvias. Además, continuamente se registran accidentes.

Las inundaciones generalmente se producen por dos eventos específicos: altas marejadas o fuertes precipitaciones en las montañas. Generalmente los efectos son leves, sin embargo pueden suceder deslaves, sobre todo en pendientes de **riesgo (encima de 80%)**, ya que en toda la provincia, la tierra suave saturada con agua no conserva la consistencia necesaria para mantenerse estable.

Cuando los dos eventos climáticos coinciden, los efectos se refuerzan con graves consecuencias: las tormentas que se generan en el mar Caribe chocan con fuertes vientos contra a la costa, provocando mareas altas. Su nivel se incrementa con las altas precipitaciones en las cabeceras de cuenca, provocando inundaciones de pueblos y ciudades con damnificados y daños en infraestructura y vivienda.

En cuanto a huracanes, se demuestra que Panamá se mantiene muy protegido ante los huracanes que azotaron el Caribe y el Pacífico durante los últimos 100 años.

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

Mecanismos de suministro de agua potable:

Agua proporcionada por el acueducto urbano (IDAAN)

Para los acueductos rurales: fuentes superficiales y subterráneas

Pozos perforados, brocales y excavados

Disposición de aguas residuales: destino de las mismas: En alcantarillado sanitario hacia planta de tratamiento de aguas residuales, en fosas sépticas individuales en viviendas unifamiliares, en tanques sépticos comunales de barriadas, en plantas de tratamiento.

Residuos sólidos: se depositan en vertederos a cielo abierto no adecuados, en las áreas rurales se utiliza en sistema de enterramiento e incineración.

Enterramiento: En un lugar de la propiedad se escoge un lugar para enterrar los desechos sólidos, los cuales deben cubrirse con una capa de tierra en cada vertido.

Incineración: Aunque aparece en el Programa de Saneamiento, no se recomienda este sistema; por el daño a la capa de ozono que este ocasiona.

En el Distrito de Donoso se aplican los sistemas de enterramiento e incineración.

Algunas comunidades que no cuentan con la recolección de los desechos, son:

- Distrito de Colón: Frijolito, Altos de Divisa, La Represa y otros.

- Distrito de Santa Isabel en Playa Chiquita.

- Distrito de Chagres La Encantadita, La Cauchera, Quebraón, Santa Fe Arriba, Fardales, Caño Quebrao Arriba y otras.

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

De las enfermedades identificadas existen varias de ellas que presentan hábitos de Riesgo en la población. El Dengue, Diarrea y el VIH que dependen de la conducta que mantienen las personas hacen que las cifras de las mismas vayan en aumento .

9. ¿Cuál es la proyección del comportamiento de las enfermedades de notificación obligatoria en los próximos 5 años?

La tendencia se prevé hacia la baja, debido a que cada vez se está ampliando las coberturas, la promoción y prevención de estas enfermedades.

Cuadro N° 1. Distribución de la población en la Provincia de Colón por distrito, año 2017.

PROVINCIA DE COLON 2017	
DISTRITO DE COLON	245,665
DISTRITO DE CHAGRES	11,074
DISTRITO DE PORTOBELO	10,321
DISTRITO DE SANTA ISABEL	3,860
DISTRITO DE DONOSO	14,509
POBLACION TOTAL DE LA PROVINCIA	285,429

Fuente: Estimación de la población al 1 de julio 2017 de la Contraloría General de la República de Panamá.

Cuadro N° 2. Estructura de la población en la Provincia de Colón por grupo de edad, años 2000, 2010, 2017.

Estructura de población por grupo de edad (en años)	2000			2010			2017		
	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem
Total	204,208	104,077	100,131	250,802	126874	123928	285,429	144,602	140,827
Menor de un año	4948	2563	2385	5506	2813	2693	6174	3158	3016
1 a 4	20,625	10560	10065	21731	11109	10622	23936	12254	11682
5 a 9	21,881	11,110	10,771	26221	13390	12831	28972	14833	14139
10 a 14	22,224	11,300	10,924	25164	12887	12277	27278	13956	13322
15 a 19	20,557	10,587	9,970	22556	11535	11021	25143	12822	12321
20 a 59	98,649	50,309	48,340	129719	65562	64157	137446	69637	67809
60 a 64	4524	2,322	2,202	6609	3298	3311	7631	3793	3838
65 y más	10,800	5,326	5,474	13296	6280	7016	15908	7754	8154

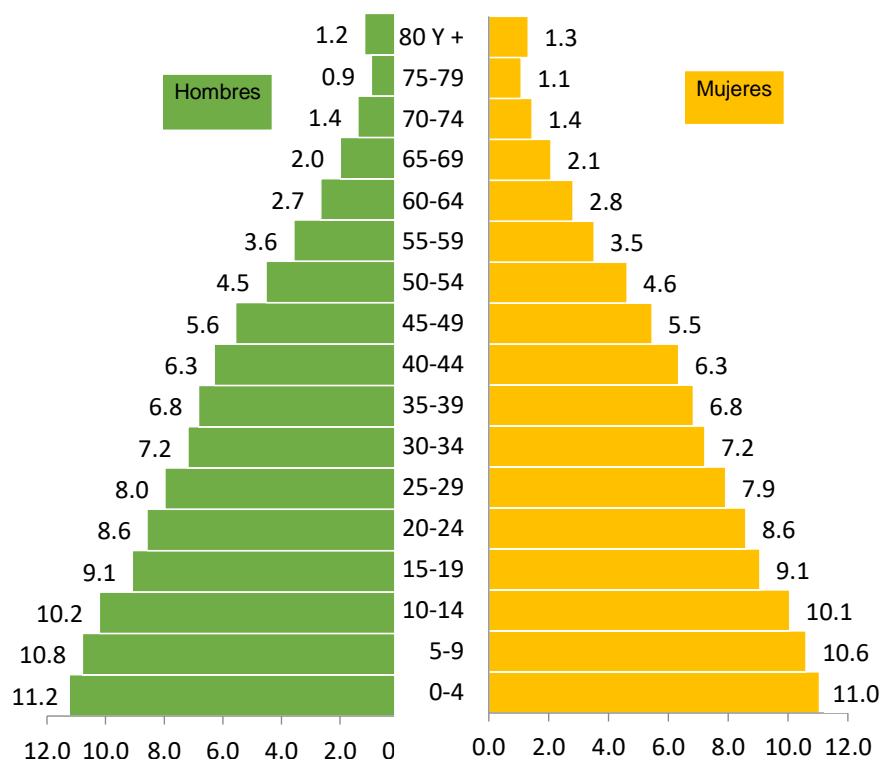
Fuente: Ministerio de Salud Depto. de Registro Médico y Estadísticas de Salud, Contraloría General de la República de Panamá.

A. Indicadores demográficos	2010			2014			2016		
	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem
Densidad de población	51.5			56.0			57.7		
□ Rural	44.5			47.9			49.5		
□ Urbana	23.25			26.6			16.58		
□ Indígena									
Tasa de crecimiento natural o anual	1.8			1.4			1.4		
Tasa bruta de natalidad	20.5								
Tasa global de fecundidad	2.96								
Tasa general de fecundidad	93.1								
Porcentaje de población urbana	65.1						14%		
Porcentaje de población rural	34.9						86%		
Porcentaje de población indígena									
Razón de dependencia	61								
% De población inmigrante	-7.65								
% De población emigrante	2.57								
Saldo migratorio	-5.08								
% De población discapacitada	1.79								
Estructura de población por grupo de edad (en años)	2010			2014			2016		
	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem
Total	250,802	126874	123928	272402	138163	134,239	281,094	142,427	138,667
Menor de un año	5506	2813	2693	6088	3114	2974	6,159	3,150	3,009
1 a 4	21731	11109	10622	23936	12254	11682	24,175	12,377	11,798
5 a 9	26221	13390	12831	28972	14833	14139	29,448	15,078	14,370
10 a 14	25164	12887	12277	27278	13956	13322	27,871	14,259	13,612
15 a 9	22556	11535	11021	25143	12822	12321	26,282	13,469	12,813
20 a 59	129719	65562	64157	137446	69637	67809	141,568	71,513	62,092
60 a 64	6609	3298	3311	7631	3793	3838	8,287	4,167	3,680
65 y más	13296	6280	7016	15908	7754	8154	17,304	8,414	8,040
Otras Tasas	2010			2012			2015		
	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem
Tasa de mortalidad	5.1	6.0	4.0	5.2	6.1		5.03		4.2
Tasa de mortalidad en < de 1 año	13.55	-----	-----	11.5	---	-----	12.67		----
Tasa de mortalidad perinatal	10.1			7.3			-----		
Tasa de mortalidad neonatal	7.3			7.9			40		
Tasa de mortalidad postneonatal	6.3			3.54			35		
Tasa de mortalidad en menores de 5 años	0.92						0.83		
Tasa de mortalidad materna	0.6		0.6	0.5			8.44		0.5
Esperanza de vida al nacer (total)	75.19	70.6	77.4	74.5	76.3		75.19		77.8
Fuente: Ministerio de Salud Depto. de Registro Médico y Estadísticas de Salud, Contraloría General de la República de Panamá.		6.0					5.03		

Pirámide de Población de La Provincia de Colón, por sexos y Grupos de Edad

Año: 2000

Orden	Grupo de edad	Total		Porcentaje	
		Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
1	0-4	11,808	11,239	11.6	11.4
2	5-9	12,089	11,487	11.9	11.7
3	10-14	11,301	10,862	11.1	11.0
4	15-19	10,288	9,654	10.1	9.8
5	20-24	8,904	8,550	8.8	8.7
6	25-29	8,865	8,396	8.7	8.5
7	30-34	7,978	7,651	7.8	7.8
8	35-39	6,858	6,934	6.7	7.0
9	40-44	5,452	5,462	5.4	5.5
10	45-49	4,383	4,310	4.3	4.4
11	50-54	3,535	3,456	3.5	3.5
12	55-59	2,787	2,587	2.7	2.6
13	60-64	2,110	2,245	2.1	2.3
14	65-69	1,818	1,844	1.8	1.9
15	70-74	1,497	1,601	1.5	1.6
16	75ymas	1,969	2,252	1.9	2.3
		101,642	98,530	100.0	100.0

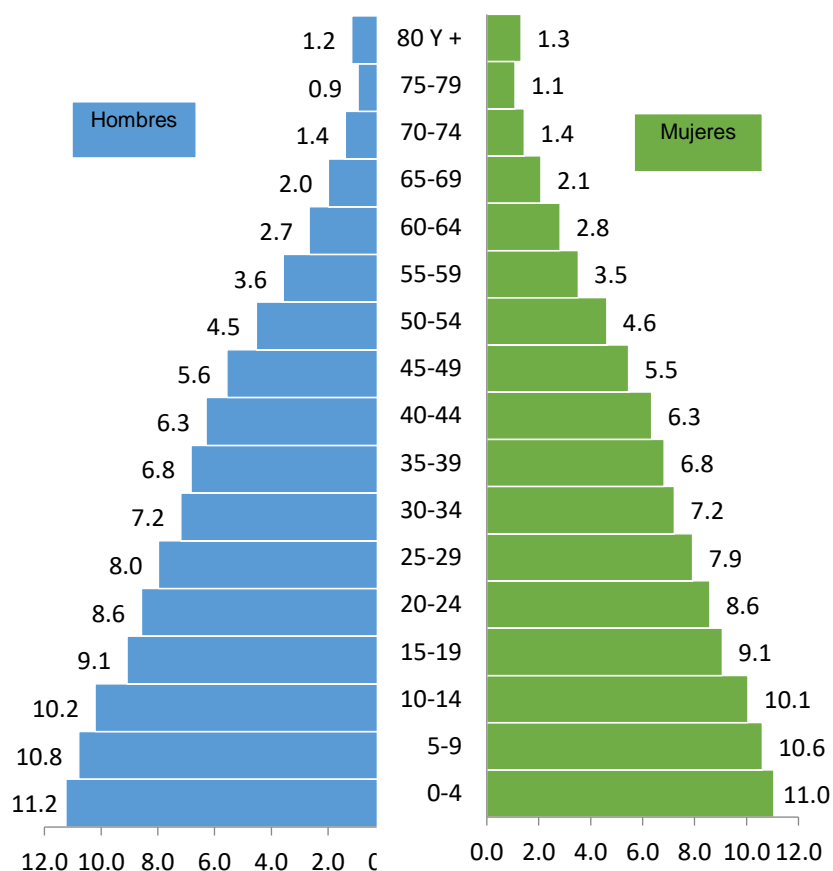


Fuente(S): INEC, Contraloría General de la República. Incluir la pirámide poblacional por provincia, región y comarca, según edad y sexo para el año 2000.

Pirámide de Población de La Provincia de Colón, por sexos y Grupos de Edad

Año: 2010

Orden	Grupo de edad	Total		Porcentaje	
		Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
1	0-4	13,922	13,315	11.0	10.7
2	5-9	13,390	12,831	10.6	10.4
3	10-14	12,887	12,277	10.2	9.9
4	15-19	11,535	11,021	9.1	8.9
5	20-24	11,106	11,107	8.8	9.0
6	25-29	10,424	10,137	8.2	8.2
7	30-34	9,347	9,322	7.4	7.5
8	35-39	9,436	9,061	7.4	7.3
9	40-44	8,385	8,098	6.6	6.5
10	45-49	7,011	6,742	5.5	5.4
11	50-54	5,441	5,446	4.3	4.4
12	55-59	4,412	4,244	3.5	3.4
13	60-64	3,298	3,311	2.6	2.7
14	65-69	2,413	2,454	1.9	2.0
15	70-74	1,680	1,835	1.3	1.5
16	75-79	1,090	1,350	0.9	1.1
17	80 y mas	1,097	1,377	0.9	1.1
		126,874	123,928	100.0	100.0

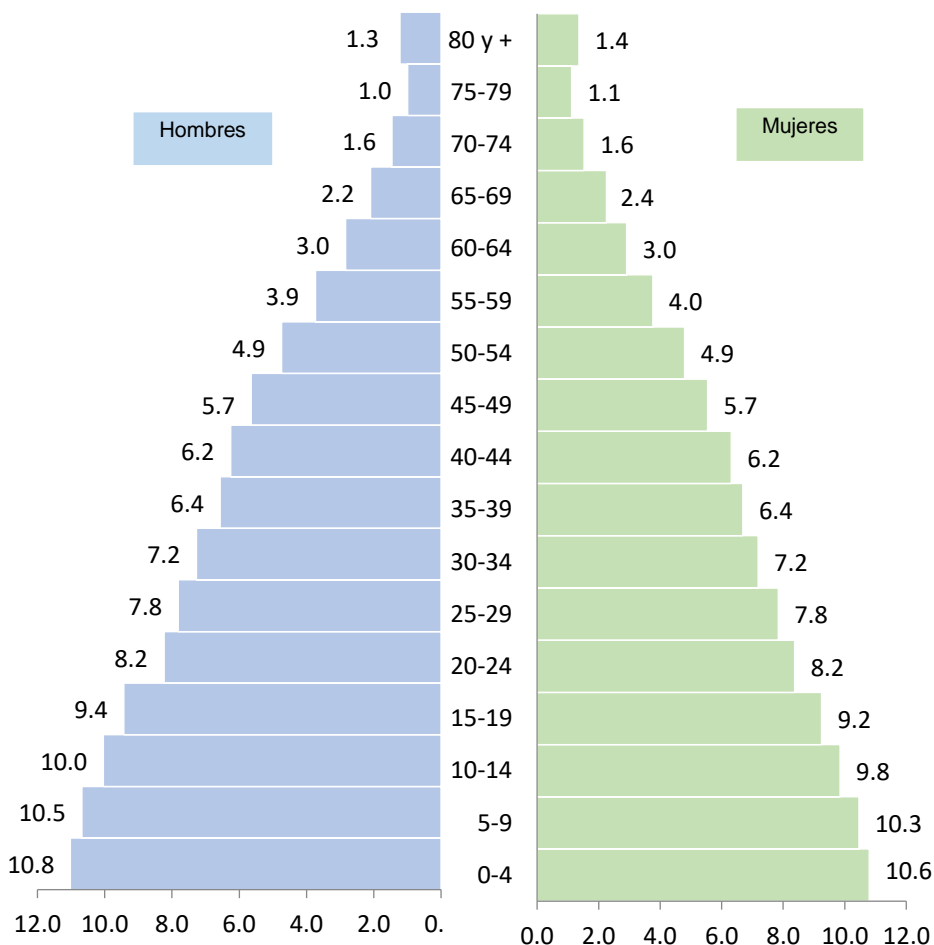


Fuente(S): INEC, Contraloría General de la República. Incluir la pirámide poblacional por provincia, región y comarca, según edad y sexo para el año 2010.

Pirámide de Población de La Provincia de Colón, por sexos y Grupos de Edad

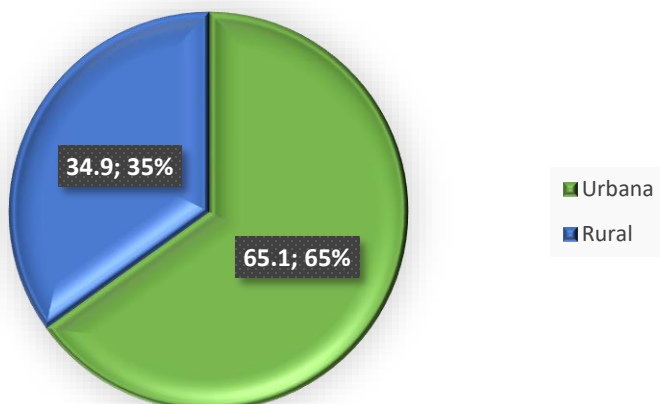
Año: 2017

Orden	Grupo de edad	Total		Porcentaje	
		Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
1	0-4	15,601	14,878	10.8	10.6
2	5-9	15,170	14,455	10.5	10.3
3	10-14	14,442	13,771	10.0	9.8
4	15-19	13,567	13,019	9.4	9.2
5	20-24	11,792	11,505	8.2	8.2
6	25-29	11,237	10,993	7.8	7.8
7	30-34	10,429	10,091	7.2	7.2
8	35-39	9,322	9,213	6.4	6.5
9	40-44	8,964	8,746	6.2	6.2
10	45-49	8,192	8,002	5.7	5.7
11	50-54	7,110	6,906	4.9	4.9
12	55-59	5,647	5,685	3.9	4.0
13	60-64	4,362	4,279	3.0	3.0
14	65-69	3,158	3,358	2.2	2.4
15	70-74	2,244	2,309	1.6	1.6
16	75-79	1,507	1,595	1.0	1.1
17	80 y +	1,858	2,022	1.3	1.4
		144,602	140,827	100.0	100.0



Fuente(S): INEC, Contraloría General de la República. Incluir la pirámide poblacional por provincia, región y comarca, según edad y sexo para el año 2017.

PORCENTAJE



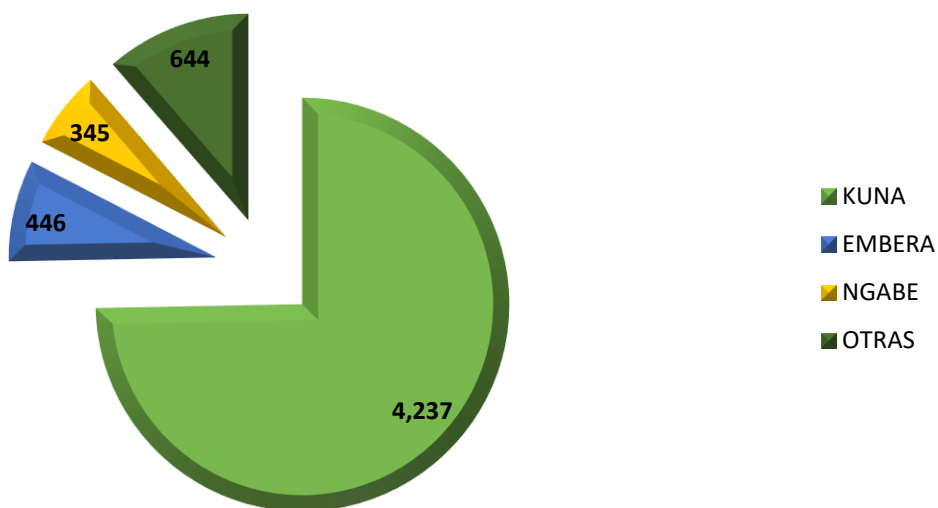
Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas y Censo

Actualmente un 65.1% de la población de la provincia se localiza en áreas urbanas, siendo el distrito de Colón el lugar donde se concentra la mayor parte de los habitantes de toda la región, alcanzando el 86%. La ampliación del Canal aprobada en el Referéndum del 2006, otros megaproyectos como el Plan de Renovación Urbana de la Ciudad de Colón incentivan a la población rural empobrecida hacia la migración.

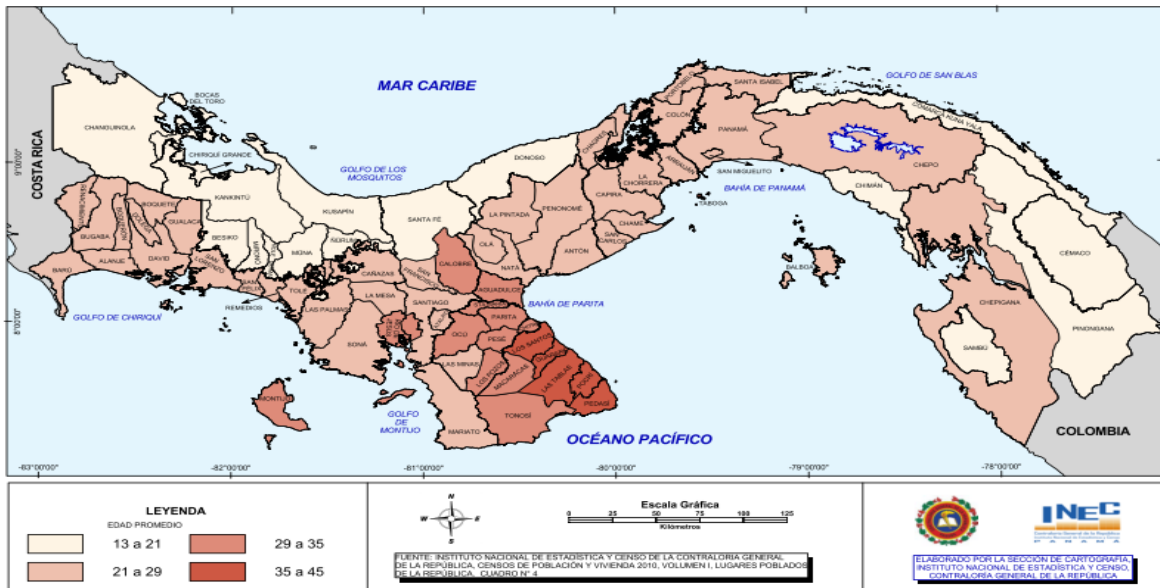
El acentuado grado de centralismo de la gestión pública mantiene a todas las dependencias provinciales desconcentradas del Estado con un rol reducido. Como resultado de esta situación se observa poca autonomía decisoria, una coordinación interinstitucional poco efectiva y una planificación poco participativa y transparente de los organismos desconcentrados. Relacionados con la política de descentralización, no existe al momento la suficiente fuerza institucional, para crear las capacidades locales necesarias y transferir las competencias correspondientes.

Ante esta situación de pobreza y angustia ascendente, un casco histórico de Colón en proceso de destrucción y socialmente degradado, una deficiente gestión pública, ciudadanos sin derecho de opinión sobre las decisiones locales y una fuerte discriminación, gran parte de la población parece haber llegado a una condición de "desesperanza aprendida" que desmotiva y cuestiona toda acción de emprendimiento gubernamental.

Principales etnias predominantes en la Provincia de Colón, 2010



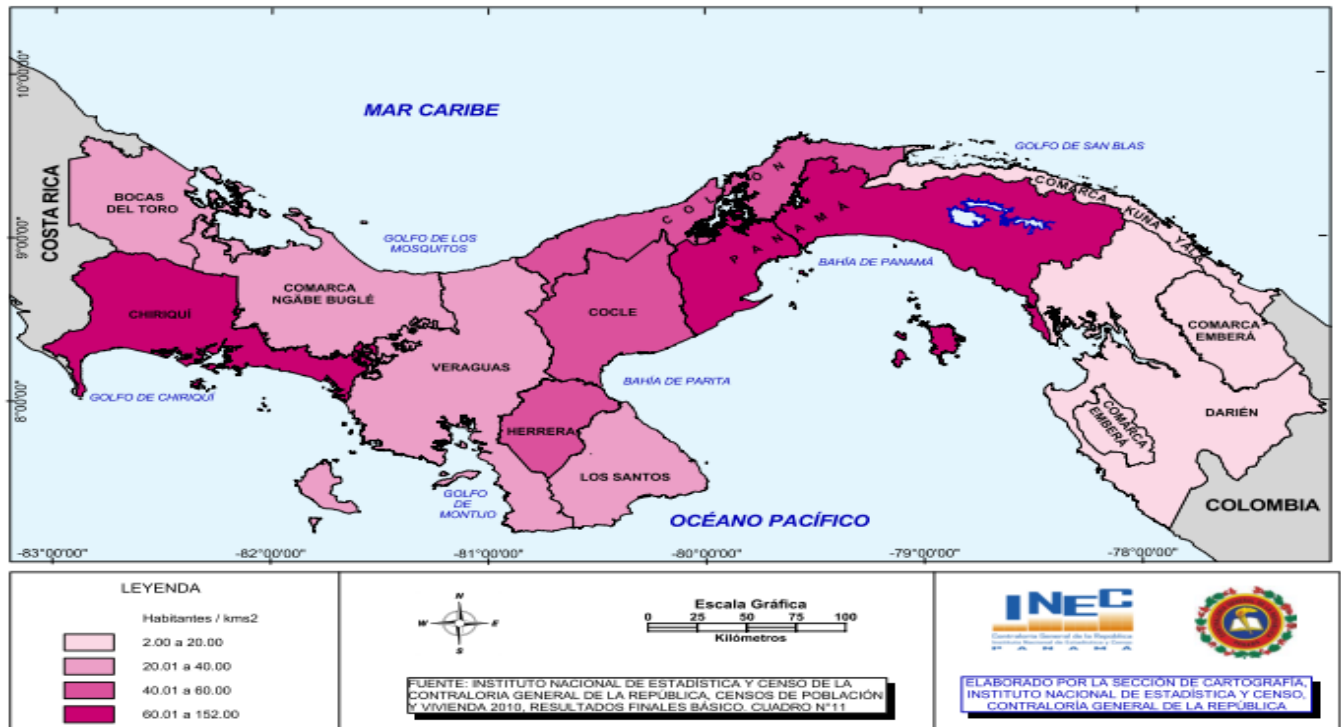
EDAD PROMEDIO DE LA POBLACIÓN POR DISTRITO, EN LA REPÚBLICA DE PANAMÁ,
CENSOS DE POBLACIÓN Y VIVIENDA AÑO: 2010



El crecimiento Natural de la Población

La población de la provincia de Colón, atendiendo el censo del 2,000 era 204,208 habitantes con una densidad poblacional de 51.5 habitantes por km², con un crecimiento intercensal de 1.95 mientras que para el 2,014 la población es de 272,402 habitantes y una densidad de población de 56.4 habitantes por km².

DENSIDAD DE POBLACIÓN POR PROVINCIA, EN LA REPÚBLICA DE PANAMÁ
CENSOS DE POBLACIÓN Y VIVIENDA AÑO: 2010



Tasa de crecimiento anual de la población de los distritos y de la Provincia de Colón, 2000 a 2020.

	2000-2005	2005-2010	2010-2015	2015-2020
TOTAL PAIS	1.83	1.66	1.44	1.28
Provincia de Colón	1.74	1.62	1.42	1.23
Colón	1.85	1.68	1.43	1.21
Chagres	0.21	0.63	0.98	1.32
Donoso	0.3	0.71	0.97	1.1
Portobelo	2.69	2.39	2.05	1.76
Santa Isabel	1.64	1.37	1.13	0.84

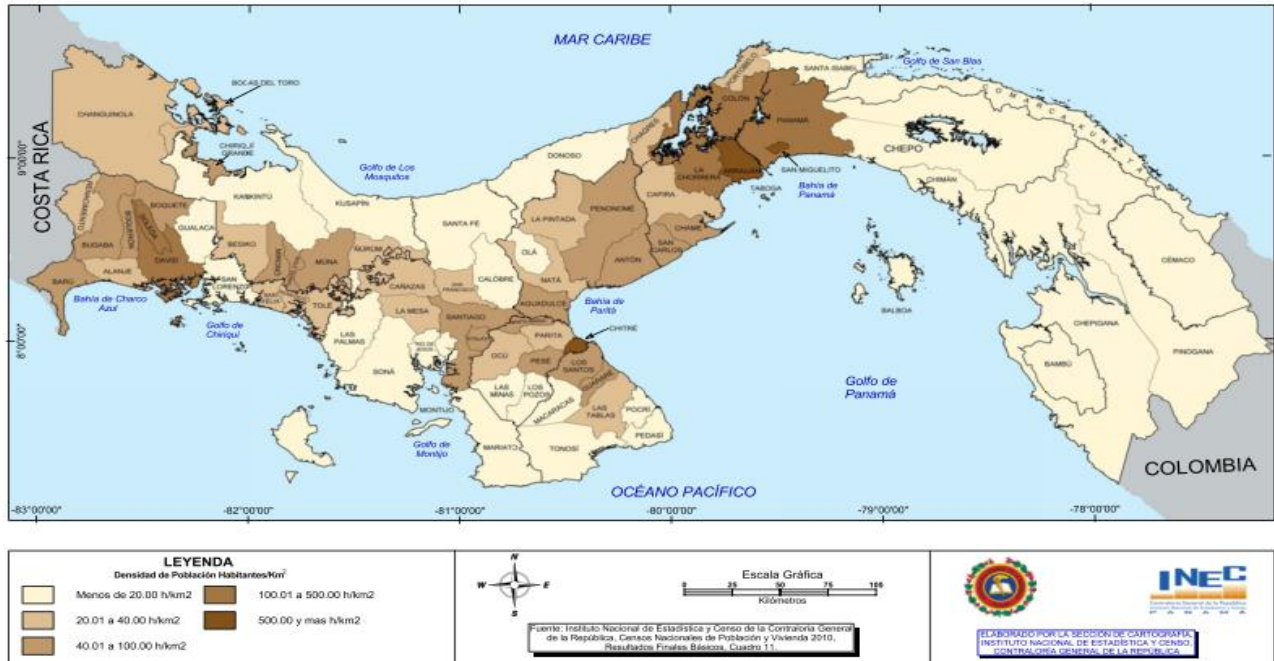
En los indicadores demográficos de los años revisados observamos que la tendencia de la población es migrar de las áreas rurales hacia las áreas urbanas y así se observa en el cuadro #1 donde nos dice que la densidad poblacional ha ido incrementándose en el área urbano, lo que implicaría en el futuro el aumento de indicadores de pobreza y pobreza extrema dentro del casco de la ciudad, desmejorando los servicios básicos y aumento de las enfermedades infecciosas (hacinamiento).

Indicadores demográficos

A. Indicadores demográficos	2000			2010			2016		
	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem
Densidad de población	43.6			51.5			57.7		
<input type="checkbox"/> Rural	30.5			44.5			49.5		
<input type="checkbox"/> Urbana	35.1			23.25			16.58		
<input type="checkbox"/> Indígena									
Tasa de crecimiento natural o anual	1.95			1.8			1.4		
Tasa bruta de natalidad	22.4			20.5					
Tasa global de fecundidad	3			2.96					
Tasa general de fecundidad	81.7			93.1					
Porcentaje de población urbana	69.3			65.1			14%		
Porcentaje de población rural	32.6			34.9			86%		
Porcentaje de población indígena	2.2								
Razón de dependencia				61					
% De población inmigrante	3.20			-7.65					
% De población emigrante	-3.14			2.57					
Saldo migratorio	0.06			-5.08					
% De población discapacitada				1.79					

Fuente: Ministerio de Salud Depto. de Registros Médicos y Estadísticas de Salud, Contraloría General de la República de Panamá.

**DENSIDAD DE POBLACIÓN EN LA REPÚBLICA DE PANAMÁ, SEGÚN DISTRITO
CENSOS DE POBLACIÓN Y VIVIENDA AÑO: 2010**



La población colonense, atendiendo al Censo del 2010, era de 250,802 habitantes, con una densidad poblacional de 51.5 habitantes por Km², con una tasa de crecimiento natural o anual en el quinquenio 2000-2010 de 1.8 a 1.4 entre 2010 -2017.

Se mantendrá los indicadores señalados por la Contraloría de la República donde se refleja que la población urbana tiene un crecimiento medio anual de 3.5% mientras que el área rural decrece 1.6 a 0.03%.

La Natalidad

Otro elemento a destacar es la disminución de la tasa de crecimiento natural o anual de población (1.4%) la que podría analizarse como la disminución de la tasa global de fecundidad (32.7%) y una tasa bruta de natalidad de 8.3

La Mortalidad

Se observa que la tasa bruta de mortalidad en el año 2,000 fue de 5.3 mientras que para el 2,012 fue de 5.2 (disminución no significativa).

Composición Porcentual de las Defunciones según Sexo

	2000			2010			2015		
	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem
% de sub registro de la mortalidad general	10.46			1.63					
% de sub registro de la mortalidad infantil									
% de sub registro de la mortalidad materna									
% de defunciones por síntomas y causas mal definidas							2.8	1.8	1.01
% de muertes por enfermedades infecciosas agrupadas				21.6	13	8.6	8.8	3.5	5.2
% de muertes por diarrea				0.6	0.4	0.2	0.21	0.14	0.07
% de muertes por infecciones respiratorias				12.3	6.6	5.7	6.7	3.3	3.4
% de muertes por TBC	75	45	30	1.2	0.7	0.5	.86	.5	.35
% de muertes por VIH	337			7.5	5.3	2.2	5.2	3.2	2.01
% de otras									
% de muertes por enfermedades crónicas agrupadas							4.62	23.3	22.9
% de muertes por tumores malignos				12.25			14	7.8	6.2
% de muertes por hipertensión arterial esencial				5.34			5.3	2.8	2.5
% de muertes por diabetes mellitus				4.24			7.9	3.5	4.4
% de muertes por enfermedades isquémicas del corazón				9.66			9.5	5.5	3.9
% de muertes por otras enfermedades crónicas							2.8	1.36	1.5
% de muertes por causas circulatorias				0.31			31.1	16.4	14.7
% de muertes por enfermedades respiratorias crónicas				5.65			2.9	1.8	1.1
% de muertes por insuficiencia renal crónica							1.15	.72	.43
% de muertes por causas externas							9.2	7.76	1.43
% de muertes por suicidios				0.07			.36	.36	0
% de muertes por homicidios				8.40			3.37	2.94	0.43
% de muertes por accidentes				0.15			4.4	3.6	.8
% de muertes por accidentes de tránsito				2.51			3.2	2.5	.64
% de muertes por violencia							-		
% Muertes por violencia social e intrafamiliar							-		

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

Hay una estrecha relación entre las condiciones de salud y el contexto demográfico en que se desarrolla. En la Región de Salud de Colón el escenario epidemiológico que se vislumbra (aumento de la población adulta 50% para el año 2014) se traduce en la necesidad de realizar mejoras rápidas en salud, que respondan a los patrones de salud de nuestra población, con mayor aumento de cobertura, disminuir la desigualdad en el acceso a la

salud, que a su vez requiere de nuevas prestaciones y tratamientos que a la larga aumentarán los costos de los servicios de salud por lo que hay que cumplir con los elementos esenciales del derecho a la salud (disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad).

Principales Tasas de Mortalidad según Sexo

C. Principales causas de mortalidad	2000			2010			2012		
	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem
Mortalidad general	525.05			507.6	58.83	41.16	50.29	59.69	40.30
1. Tumores (neoplasias) malignos	66.44			62.2	6.99	5.26	0.75	51.53	48.46
2. Accidentes, lesiones auto infligidas, agresiones y otra violencia	58.95			49.04	57.72	42.27	0.55	63.82	36.17
3. Accidentes, Lesiones Auto infligidas, agresiones y otras violencias	58.95			78.9	83.83	16.16	0.68	88.70	11.29
4. Enfermedad cerebro vascular	56.45			31.1	53.84	45.15	0.39	63.36	36.63
5. VIH	41.96			35.1	69.31	30.68			
Mortalidad en menores de un año	85/16.83	.....	.....	71/13.55	.....	.....	68/11.5	.....	.....
1. Ciertas afec origin. En el periodo perinatal	37/7.33	.....	.....	24/4.7	.....	.....	33/5.6	.....	.....
2. Malformaciones cong. y cromosómicas	27/5.35	.....	.....	14/2.7	.....	.....	15/2.5	.....	.....
3. Diarrea y gastro de presunto origen infecc.	6/1.19	.....	.....	0/0.0	.....	.....	3/0.5	.....	.....
4. Neumonía	0/0.0	.....	.....	5/1.0	.....	.....	9/1.5	.....	.....
5. Acc. Les. Autoinflingidas Agres y otras violencias	0/0.0	.....	.....	1/0.2	.....	.....	0/0.0	.....	.....
Mortalidad en menores de 1-4 años	21/1.12	...	.....	20/0.92	.....	.....	14/0.59	.....	.....
1. Malformaciones congénitas y cromosómicas	4/0.21	...	.....	3/0.14	...	.....	0/0	...	.....
2. Acc. Les Autoinflingidas Agres. Y otras violencias	0	...	.....	4/0.18	...	.....	4/0.17	...	.....
3. Neumonía	2/0.12	...	.....	4/0.18	...	.....	2/0.08	...	.....
4. Diarrea y gastro de presunto origen infecc.	3/0.16	...	.....	0/0	...	.....	0/0	...	.....

5. Desnutrición	0/0	...	.....	0/0	...	.....	2/0.08	...	.....
Mortalidad Perinatal									
1.									
2.									
3.									
4.									
5.									
Mortalidad Neonatal (x 1000 nac. vivos)	53/11.9	...	.....	38/6.9	.....	.....	47/7.8	.....	.....
1. Asfixia perinatal severa	13/2.9	...	.....	5/0.9	...	.....	15/2.5	...	.....
2. Enfermedad por déficit de surfactante	11/2.5	...	.....	4/0.7	...	.....	16/2.6	...	.....
3. Cardiopatías congénitas	6/1.4	...	.....	2/0.3	...	.....	9/1.5	...	.....
4. Dimorfismo	4/0.9	...	.....	3/0.5	...	.....	3/0.5	...	.....
5. Otras afecciones del periodo perinatal	23/5.2	...	.....	8/1.4	...	.....	15/2.5	...	.....
Mortalidad Post neonatal (contenida en la infantil)									
1. Cardiopatía congénitas									
2. Neumonía									
3. Malformaciones cong. deformidades y anormal. Cromosómicas									
4. Enfermedades diarreicas									
5.									
Mortalidad materna	5.94			5.73		5.73	5.04		5.04
1. Causa obstétrica directa	5.94		5.94	3.82		3.82	0		0
2. Causa obstétrica indirecta	0			1.91		1.91	1.68		1.68
3. Otras muertes obstétricas directas	0			0		0	1.68		1.68

4. Embarazos terminados en aborto	0			0		0	1.68		1.68
--	---	--	--	---	--	---	------	--	------

Morbilidad materna		2016	
1. Obesidad	287	-	49.5
2. Desnutrición	205	-	35.4
3. Infec. Vías urinarias	85	-	14.7
4. Amenaza de parto prematuro	34	-	5.9
5. Infección genital	33	-	5.7

D. Principales causas de Morbilidad	2016		
	Total	Masc	Fem
Morbilidad general	54.4	41.7	67.5
1. Rinofaringitis aguda	5.3	4.8	5.9
2. Hipertensión arterial (primaria)	2.5	1.8	3.3
3. Obesidad , no especificada	2.3	1.4	3.2
4. Gastroenteritis y colitis de origen no especificado	2	1.9	2
5. Lumbago no especificado	1.2	1.2	1.3
Morbilidad en menores de un año	98.6	95.2	120
1. Rinofaringitis	36.2	33.3	39.2
2. Diarrea y gastroenteritis	36.2	6	5.7
3. Piodermitis	3	3	3
4. Escabiasis	2.5	2.3	2.7
5. Dermatitis	2.4	2.3	2.5
Morbilidad en menores de 1-4 años	73	73.8	72.3
1. Rinofaringitis			
2. Gastroenteritis	5.9	6	5.7
3. Parasitosis	3.2	3.2	3.1
4. Piodermitis	3.2	3.2	3

Observamos como principales causas de muerte las enfermedades crónicas no transmisibles tales como:

Tumores Malignos,

Accidentes, lesiones auto infligidas, agresiones y otras violencias,

Enfermedad Cerebro Vascular

Enfermedades Cardiovasculares

Y como enfermedades infecciosas aparece el Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida entre las 5 principales causas de mortalidad en la región.

Otras Tasas	2000			2010			2012		
	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem
Tasa de mortalidad	5.3	6.0	4.4	5.1	6.0	4.0	5.2	6.1	4.2
Tasa de mortalidad en < de 1 año	16.83	----	----	13.55	----	----	11.5	---	----
Tasa de mortalidad perinatal	-----			10.1			7.3		
Tasa de mortalidad neonatal	10.5			7.3			7.9		
Tasa de mortalidad postneonatal	6.3			6.3			3.54		
Tasa de mortalidad en menores de 5 años	1.12			0.92					
Tasa de mortalidad materna	0.59		0.59	0.6		0.6	0.5		0.5
Esperanza de vida al nacer (total)	73.7			74.0	70.6	77.4	74.5	76.3	77.8

Fuente: Ministerio de Salud Depto. de Registro Médico y Estadísticas de Salud, Contraloría General de la República de Panamá.

TABLA DE NACIMIENTOS, CRECIMIENTO NATURAL, DEFUNCIONES: GENERALES, INFANTILES, NEONATALES, POSNATALES, EN MENORES DE 5 AÑOS Y MATERNAS Y SUS TASAS RESPECTIVAS DE LA PROVINCIA DE COLON AÑO-2015.

Indicadores Demográficos	Total	Tasa	Tasa Masc	Tasa Fem
Nacimientos Vivos	5921	Natalidad	21.4	
Defunciones Generales	1412	Mortalidad General	5.1	
Crecimiento Natural	4509	Crecimiento General	16.3	
Defunciones Infantiles < 1 año	75	Mortalidad Infantil	12.7	14
Defunciones Neonatales (<28 días)	40	Mortalidad Neonatal	6.8	

Defunciones Posnatales	35	Mortalidad Posnatal	5.9		
Mortalidad >5 años		Mortalidad < 5 años	3.1	3.6	2.7
Defunciones Maternas	5	a	84.4		
		b	8.44		
		c	0,84		
		d	7.2		
		e	0.72		
		f	0.072		

FUENTE: INET Población edad fértil: 69,843

- a) Mortalidad Materna Nac. Vivos x 100.000 hab c. Mortalidad Materna Nac Vivo x 1.000 hab
b) Mortalidad Materna Nac Vivos x 10.000 hab d. Mortalidad Materna Pob en edad Fértil x 100,000 hab
e) Mortalidad Materna Pob en edad Fértil x 10,000 hab f) Mortalidad Materna Pob en edad Fértil x 1,000 hab

Mortalidad Perinatal

La mortalidad perinatal incluye la mortalidad fetal tardía (28 semanas y más) y la neonatal temprana (primeros 7 días de nacido).

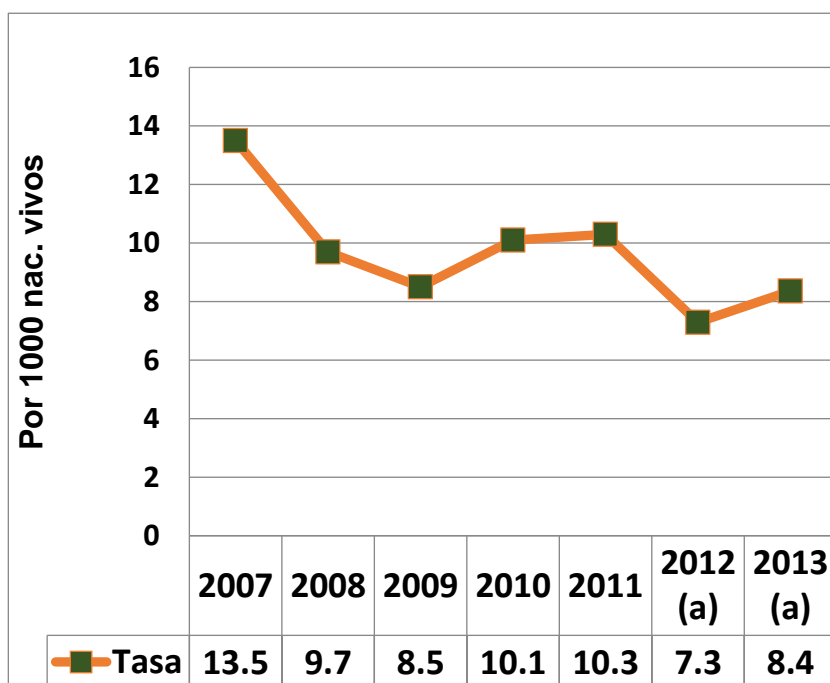
Esta incrementa la mortalidad infantil.

Tasa de Mortalidad Perinatal en Colón Años: 2007 - 2013

Fuente: Complejo Hospitalario Dr. Manuel A. Guerrero – Colón
(a): Preliminar

Observamos que hay aparente disminución de la mortalidad perinatal.

Estrategia es la activación de los comités hospitalarios y regionales de mortalidad materna y perinatal. Realizando control prenatal adecuado y acceso a los servicios de atención prioritarios



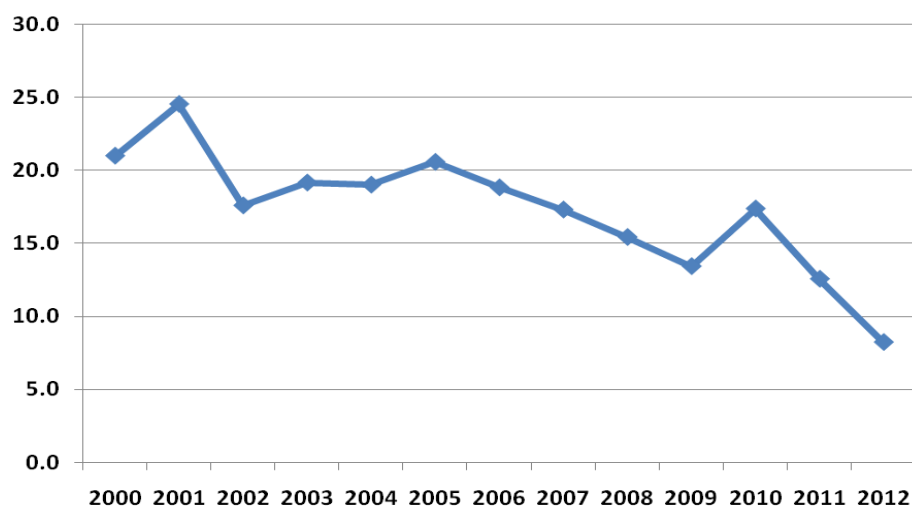
Causas	2000	2010	2012
Total	12.68	10.1	11.6
1.Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	7.33	13.5	5.56
2. Malformaciones congénitas deformantes y anomalías cromosómicas	5.35	2.67	2.53

Dentro de los datos a través de INEC no desglosan la mortalidad perinatal. Estos datos de perinatal aumentan la mortalidad infantil general.

Se debe desglosar para verificar mejor estas estadísticas.

Las causas de morbilidad infantil, encabezadas por las infecciones del tracto respiratorio superior, infecciones de la piel, diarreas, obesidad (en los últimos 5 años) y cada vez menos frecuente la desnutrición leve. Evidencia de una necesaria educación para el cambio de prácticas, hábitos y actitudes.

La tasa de mortalidad de menores de 1 año muestra una clara tendencia a la disminución.



En cuanto a la mortalidad infantil observamos que en los últimos años ha disminuido la tasa de mortalidad en niños de un año. En el año 2,000 fue 16.8, en el 2,010 fue de 13.9 y en el 2,012 fue de 11.5

En los niños de 1 – 4 años observamos una disminución ya que en el año 2,000 fue de 1.12, en el 2,010 fue 0.92 y en el 2,012 fue 0,59.

Al analizar las causas de mortalidad post neonatal, observamos que aún las diarreas y neumonías, se encuentran entre las primeras 5 causas, a pesar de contar con intervenciones como las vacunas anti rotavirus y anti neumococo, y el recurso de la hidratación oral al alcance de todas las instalaciones de salud. Corresponde, una

férrea educación a los usuarios, para la llegada oportuna a nuestras instalaciones y prevenir así los fallecimientos por estas causas.

Los Niños y Niñas de Uno a Cuatro Años

Las causas de enfermedades para este grupo se mantienen a través de los años, con poca variación: las infecciones del tracto respiratorio superior, las diarreas, parasitosis y desnutrición leve.

En cuanto a los niños y niñas de este grupo, sorprende como causa importante de defunción, los accidentes, lesiones y agresiones, lo cual obliga a insistir en una mejor vigilancia, por parte de los cuidadores, para alejar del peligro a los citados, ya que parte de su desarrollo es la curiosidad y la exploración la cual los expone a dichos accidentes.

Los Escolares y Adolescentes de Cinco a Catorce Años

La morbilidad de este grupo, está encabezada por las enfermedades del tracto respiratorio superior, la obesidad, las diarreas, las infecciones de la piel y las parasitosis. Destaca el hecho que hace 10 años la obesidad no contaba como una de las 10 primeras causas de morbilidad y actualmente si lo es. Los juegos de las nuevas tecnologías, el sedentarismo y una pobre educación alimentaria en el seno de los hogares, permisiva de las comidas chatarras, excesos en el consumo de grasas y carbohidratos.

Las causas de mortalidad en el escolar menor de 9 años, siendo muy variables las causas, deben revisarse de forma individual.

Sin embargo, el grupo de 10 a 14 años, preocupa las causas de mortalidad, ya que siendo un grupo de pobre morbilidad presentan altas tasas de muertes por causas violentas entre las que destaca el shock hemorrágico, causado por lesiones de arma de fuego y arma blanca.

Es un hecho de todos conocido la existencia de banda rivales, responsables de estas muertes.

Los Adolescentes de Quince a Diecinueve Años

Las principales causas de morbilidad para este grupo, son las enfermedades de la cavidad oral y las infecciones del tracto respiratorio superior, diarreas y gastroenteritis y las infecciones las vías urinarias. Con muy poca variabilidad a través de los años del 2000 hasta la actualidad.

El embarazo en adolescentes representa el 35% de todos los embarazos de la provincia (2014), cuando en el año 2000 era del 30%. Situación que no se aleja de las tasas nacionales. Las intervenciones a este respecto deben ser del orden interinstitucional.

Las defunciones de causas violentas se han incrementado en los últimos años de forma preocupante, constituyéndose en la principal causa de defunción de dicho grupo etario.

Las disputas de bandas rivales, el narcotráfico y el crimen organizado, están involucradas en la mayoría de estas defunciones.

Los Adultos de Veinte a Cincuenta y Nueve Años

G. Tasa de prevalencia de las principales enfermedades crónicas no transmisibles (agrupadas)	2000			2010			2016		
	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem
1. Hipertensión Arterial				2.50	34.01	65.98	2.50	34.01	65.98
2. Lumbago				2.12	53.66	46.33	2.12	53.66	46.33
3. Obesidad				1.92	33.91	66.08	1.92	33.91	66.08
4. Anemia				1.15	45.65	54.34	1.15	45.65	54.34
5. Desnutrición				0.99	48.62	51.37	0.99	48.62	51.37

Mortalidad General

DEFUNCIONES POR SEXO. CERTIFICACION MÉDICA, SITIO DE OCURRENCIA EN LA PROVINCIA DE COLON 2016

POBLADO	TOTAL	SEXO		CERTIFICACION MEDICA		SITIO DE OCURRENCIA	
		M	F	con	sin	Instalación de Salud	Otro Lugar
Provincia de Colón	1,342	768	574	1335	7	894	448
Ciudad de Colón	279	166	113	277	2	192	87
Distrito de Colón	1,187	673	514	1184	3	804	383
Distrito de Chagres	31	16	16	31	-	20	11
Distrito de Donoso	54	32	22	50	04	31	21
Distrito de Portobelo	42	26	16	42	-	22	20
Distrito de Sta Isabel	28	21	7	28	-	17	11

Fuente: INEC. Contraloría General República de Panamá

TASA DE MORTALIDAD GENERAL 4.8 (X 1,000 habitantes)

Tasa de Mortalidad Neonatal 7.7 (x 1,000 Nac Vivos)

Tasa de mortalidad Posneonatal 4.3 (x 1,000 nac vivos)

Tasa de Mortalidad Infantil 12.1 (x 1000 Nac vivos)

Tasa de Mortalidad Materna 18 x 100,000 nacimientos vivos

Mortalidad Total en la provincia de Colón 18,882 año 2016

**DEFUNCIONES Y TASA DE MORTALIDAD DE LAS 5 PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE
POR SEXO EN LA PROVINCIA DE COLON, AÑO 2016**

CAUSA DE MUERTE	TOTAL	TASA	POSICION	HOMBRES	MUJERES
Mortalidad General	1,342	477.4	---	768	574
Tumores Neoplasias	232	82.5	1	104	128
Accidentes auto infringidas, agresiones y otras violencia	138	49.1	2	117	21
Enfermedades Cardiovasculares	132	47	3	84	48
Diabetes Mellitus	109	38.8	4	49	60
Enfermedades Esquemáticas de Corazón	102	36.3	5	62	40
Demás causas	629	223.8	---	352	277

Fuente: INEC

Mortalidad Materna

La mortalidad materna, así como la morbilidad asociada a sus factores determinantes, son graves problemas de salud pública que manifiestan algunas de las más profundas desigualdades en las condiciones de vida. Reflejan el estado de salud de las mujeres en edad reproductiva y los servicios de salud y la calidad de la atención a que tienen acceso, tales como anticonceptivos, control prenatal, atención calificada del parto y atención de emergencias obstétricas, cuya ausencia acarrea defunciones y daños a la salud que podrían evitarse mediante un adecuado control prenatal y una atención de calidad del parto, del puerperio o de las complicaciones que aparezcan posteriormente.

Tasa de mortalidad materna

Conocida también como la “razón de mortalidad materna” que representa la muerte de una mujer por alguna causa relacionada o agravada por el embarazo o su tratamiento (con exclusión de las muertes accidentales o incidentales), durante la gestación y el parto, o antes de transcurridos los 42 días de la terminación del embarazo, por cada 100,000 nacidos vivos.

Razón de mortalidad materna (X 100,000 nacidos vivos)

	2000	2010	2012
Nacional	52.9	60.3	64.9
Colón	59	57.3	50.3

Observamos una disminución de la razón de la mortalidad materna; manteniéndonos en 3 defunciones por año.

En cuanto a la causa de la mortalidad materna

Causas	2000	2010	2012	2013
Total, tasas	5.94	5.73	5.04	7.11
1-Causas obstétricas directas	5.94	3.82	0	4.74
2-Causas obstétricas indirectas	0	1.91	1.68	0
3-Otras muertes obstétricas directas	0	0	1.68	0
4- Embarazos terminados en abortos	0	0	1.68	2.37

Observamos aumento de las causas obstétricas directas.

Causas de Muerte Materna.
Año: 2009 - 2013

Causa	Año	2009	2010	2011	2012	2013
Indirectas						
IAM		1				
Meningitis		1				
Complic. CA Mama			1			
Pio nefritis			1			
Efusión Pleural					1	
Sub-Total		2	2	0	1	0
Directa						
HTA del Embarazo		1	1	1		
Shock Séptico				2	1	
Tromboemb. Pulm				1	1	
Hemorragia Post-parto						1
CID						1
Embarazo Ectópico						1
Sub-Total		1	1	4	2	3
Total		3	3	4	3	3

Datos del Complejo Hospitalario Manuel Amador Guerrero.

De las muertes directas, tenemos que en los primeros lugares tenemos los trastornos hipertensivos del embarazo y shock séptico.

Mortalidad Materna por Distrito y Corregimiento
Año: 2009 - 2013

Distrito/Corregimiento	2009	2010	2011	2012	2013	TOTAL
Distrito de COLÓN						
Corregimientos						
Cristóbal	1	1	1	1	1	5
Barrio Norte	2	1				3
Escobal		1				1
Cativá			2			2
Nuevo San Juan			1			1
Sabanitas (b)				1		1
Barrio Sur					1	1
Sub-Total	3	3	4	2	2	
Distrito de PORTOBELO						
Corregimiento						
Portobelo				1	1	2
Sub-Total	0	0	0	1	1	
TOTAL	3	3	4	3	3	

Datos del Complejo Hospitalario Dr. Manuel Amador Guerrero de Colón

Observamos que la mayor cantidad de muertes maternas corresponden al corregimiento de Cristóbal, luego Barrio Norte y Cativá.

Uno de los factores que más está asociado con la reducción de la morbimortalidad materna es la atención del parto por personal calificado que contribuye a evitar complicaciones. Sin embargo, la atención del parto por sí solo no garantiza que la mortalidad materna disminuya, también depende de la efectividad y calidad de la atención de los servicios de salud, además de otros factores socioeconómicos, culturales y ambientales, y no puede perderse de vista la muerte ocurrida en el puerperio, periodo que sigue inmediatamente al parto y que se extiende por 42 días. En estos casos las demoras para buscar atención médica pueden ocasionar muertes, aun cuando el parto haya sido atendido por personal calificado. Por ende, el cuidado posparto también es importante para la salud materna e infantil, para diagnosticar riesgo como la hemorragia posparto de la madre o la infección.

Porcentaje de nacidos vivos con asistencia profesional al parto

	2000	2010	2012	2013
Nacional	90.5	92.7	94.3	
Colón	94	96.6	97.3	97.5

Datos de Contraloría General de la República de Panamá.

Observamos que mantenemos más del 96% de atención calificada del parto.

Enfermedades Transmisibles

La situación epidemiológica nos indica que aún prevalece la Diarrea como causa de morbilidad al igual que los trastornos de las vías respiratorias manifestados a partir del año 2009 con la aparición de enfermedades emergentes como el H1N1, Chikungunya y re emergentes como el Dengue y Leptospirosis además de cuadros de Desnutrición y Obesidad en los años estudiados como causas de morbilidad.

Años	Influenza	Diarrea	SIDA	Dengue	Leshmaniasis
2017	712.0	374.7	6.2	8.1	12.7
2018	609.0	368.1	5.7	8.0	11.3
2019	553.5	364.6	5.3	7.8	2.1
2020	521.8	362.5	5	7.6	1.3

Las Enfermedades Inmunoprevenibles

En relación al número de casos de enfermedades prevenibles por vacunas presentados anualmente tenemos que en el año 2010 se registró 2 casos de Tos ferina y en el 2012 hubo 3 casos de Rabia en humanos producto de mordedura de murciélagos.

La Difteria, la Tos ferina y el Tétano no neo natal han sido reducidos considerablemente del año 2000 al 2014

De acuerdo a los datos anuales del Programa Ampliado de Inmunización (PAI) anual regional, la proporción del de población menor de un año vacunados contra Difteria, Tosferina, Tétanos, Hepatitis B, Haemophilus Influenzae en el primer semestre del 2014 es de 81% y la deserción es de 13%.

TASAS DE LAS PRINCIPALES ENFERMEDADES INMUNOPREVENIBLES 2016

ENFERMEDADES	TOTAL	MASC	FEM	TASAS TOTAL	TASAS MASC	TASAS FEM
1.INFLUENZA	8004	3434	3670	28.5	12.2	13.1

MINISTERIO DE SALUD - REGIÓN DE COLÓN
DEPARTAMENTO DE SALUD PÚBLICA
SECCIÓN DE EPIDEMIOLOGÍA

CASOS Y TASAS DE LAS 10 PRIMERAS ENFERMEDADES REGISTRADAS EN LOS AÑOS 2012-2016

MORBILIDAD	AÑOS									
	2012	TASA	2013	TASA	2014	TASA	2015	TASA	2016	TASA
DIARREA	10749	416.2	9430	351.9	8777	322.2	6496	234.8	10219	363.6
INFLUENZA	7343	284.3	6852	255.7	6183	227	5333	192.7	7108	252.9
NEUMONIA	883	31.19	548	20.45	552	20.27	457	16.52	647	23.02
MORDEDURA CANINA	801	31.02	725	27.06	606	22.25	677	24.47	635	22.59
VULVOVAGINITIS	216	8.37	261	9.74	336	12.34	383	13.84	503	17.9
PARASITOSIS INTESITIN	298	11.54	261	9.74	379	13.92	310	11.21	372	13.24
PICADURA DE ALACRA	290	11.23	240	8.96	202	7.42	297	10.74	364	12.95
BRONQUIOLITIS	279	10.81	209	7.8	196	3.53	203	7.34	363	12.92
VARICELA	428	16.58	246	9.18	419	15.39	425	15.36	302	10.75
CONJUNTIVITIS VIRAL	867	33.57	710	26.5	264	9.7	270	9.76	210	7.47

FUENTE: REGISTROS ESTADÍSTICOS (REGES) DE EPIDEMIOLOGIA REGIONAL

2.VARICELA	302	154	148	107	54.8	52.6
3.HEPATITIS B	5	3	2	1.778	1.06	0.71
4.PVH	0	0	0	0	0	0

TASAS DE LAS PRINCIPALES ENFERMEDADES INMUNOPREVENIBLES NO TRANSMISIBLES 2016

<u>ENFERMEDADES</u>	TOTAL	MASC	FEM
1. RABIA	0	0	0

PRINCIPALES PROBLEMAS DE SALUD EMERGENTES Y REEMERGENTES QUE AFECTAN A LA POBLACIÓN (ENFERMEDADES Y SITUACIONES DE RIESGO 2016)

ENFERMEDADES	TOTAL	MASC	FEM
1. DENGUE (SS)	31	11	20
2. ZIKA	5	3	2
3. CHIKUNGUNYA	1		1
4. CÓLERA	1		1

Otras Enfermedades Transmisibles

Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida

Durante el último quinquenio, el sistema de vigilancia en VIH se ha fortalecido, de tal manera que hoy podemos contar con una descripción bastante completa de la situación de VIH en nuestra provincia. Debemos señalar que tenemos una epidemia en franco ascenso, ya que la cantidad de casos reportados que llega a la Clínica de VIH va aumentando cada año. Podemos también señalar que algunos indicadores han mejorado, específicamente en los casos de la mortalidad por SIDA y la transmisión materno-infantil, las cuales han reflejado un descenso en la casuística. Colón tiene actualmente la tasa más alta de Sida de todo Panamá.

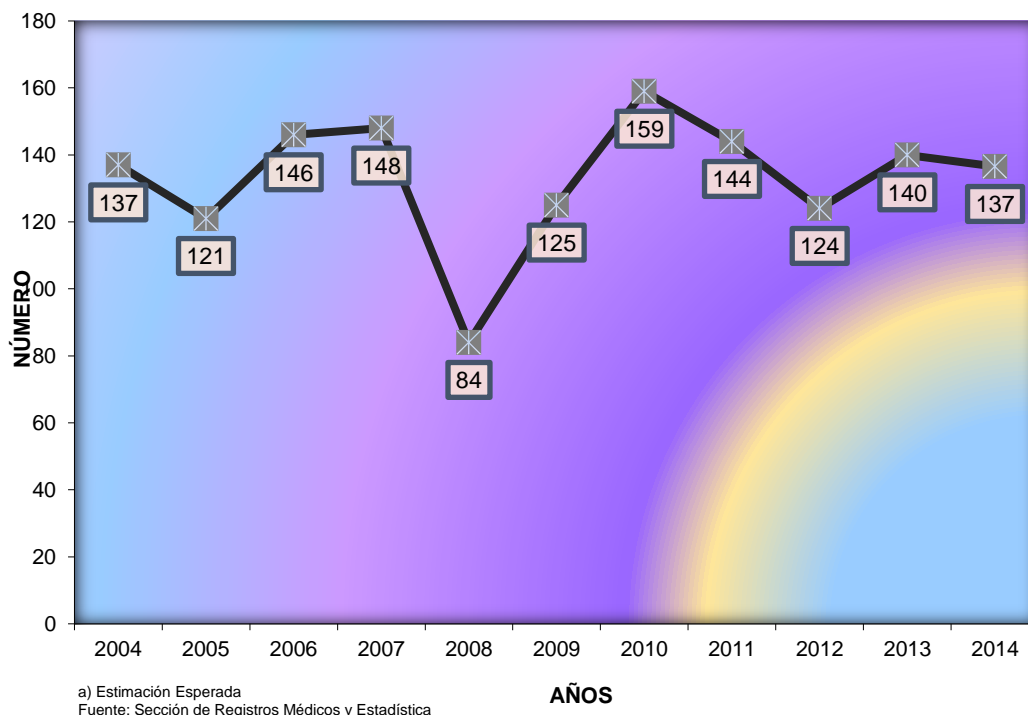
Desde 1985 hasta 2013, en Colón se han reportado 2,046 casos de personas con Sida; de este grupo, ya han fallecido 1,424; lo que representa una tasa de letalidad de 69.6%. De este total de casos reportados 1,958 corresponden a transmisión sexual, esto equivale al 95.7% (1,734 por transmisión heterosexual; 147 por transmisión homosexual; 77 por transmisión bisexual); 69 casos corresponden a transmisión vertical; 9 casos, a transfusión sanguínea; y 10 casos, por transmisión desconocida.

Hasta diciembre de 2013, han sido registrados en la clínica de VIH un total de 914 colonenses, 409 hombres, 505 mujeres; este total no incluye al grupo de colonenses que se atiende en Panamá, que pueden ser como unos

80 pacientes. Esto indica que tenemos unos 994 colonenses con VIH reportados que reciben atención médica. Sin embargo, según las estimaciones epidemiológicas, se cree que puede haber cerca de 2,200 colonenses más con VIH.

De este total, 577 pacientes ya reciben Terapia Antirretroviral (TARV), mientras que 337 todavía no requieren TARV. De los 577 que reciben TARV, 294 son hombres y 283, mujeres.

**CASOS DE SIDA, EN LA REGIÓN DE SALUD DE COLÓN,
POR AÑO DE OCURRENCIA: AÑOS 2004- 2014 a)**



En cuanto al 2013, podemos mencionar que hubo un ingreso a la Clínica de VIH de 113 casos nuevos, 60 hombres, 53 mujeres; de estos 113 casos, 42 ingresaron en fase avanzada, esto representa un 37%, lo cual es un valor considerable. De estos 42 casos, 8 fallecieron en el mismo año. La procedencia de estos casos está repartida entre los corregimientos de Barrio Sur (24 casos), Cristóbal (19), Barrio Norte (16), Cativá (11), Puerto Pílon (8), San Juan (6), Sabanitas (5), Portobelo (4), Buena Vista (2), Ciricito (2), Limón (2), Nueva Providencia (2), Santa Isabel (2), Chagres (1) y 5 casos de Panamá que vienen a Colón a recibir atención médica. Si describimos los grupos por edad, debemos señalar que de 15-19 años recibimos 4 casos; de 20-24, 17 casos; de 25-29, 18; de 30-34, 16; de 35-39, 19; de 40-44, 15; de 45-49, 5; de 50-54, 5; de 55-59, 4; y de 60 y más años, 1 caso.

Tuvimos para el 2013 un total de 87 personas que iniciaron en la TARV, 51 hombres, 37 mujeres. En promedio, ingresan a la TARV de 85 a 95 personas por año. Esto quiere decir que para diciembre de 2015 tendremos unas 780 personas tomando antirretrovirales.

En cuanto a las embarazadas, pudimos captar 48 embarazadas en este periodo; de este grupo, 8 de ellas fueron diagnosticadas después del parto, y de esos productos, 1 niña nació con VIH. Debemos continuar con el reforzamiento de la vigilancia en las embarazadas, ya que es una de las metas para el 2014-2015, que todas las

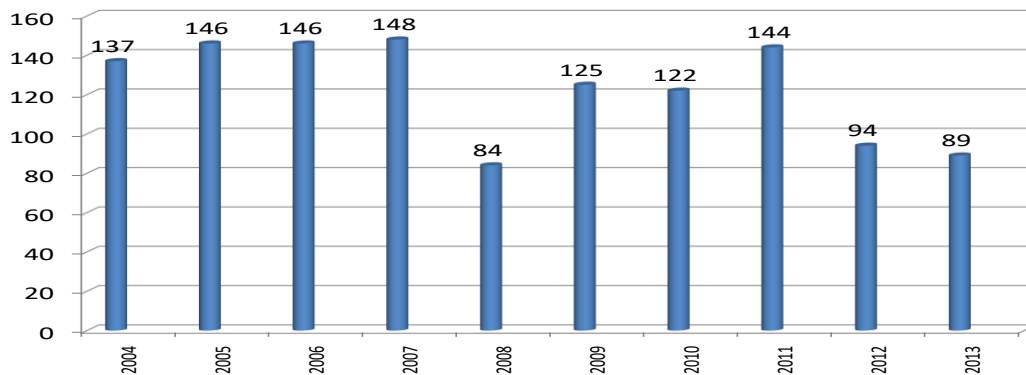
embarazadas lleguen a la labor de parto con una prueba de VIH realizada y documentada en su tarjeta de control prenatal.

Para este periodo también se reportaron 3 niños positivos con VIH, dos de ellos nacidos en el 2012 y uno nacido en el 2013. Esto también es preocupante, porque otra meta para el periodo 2014-2015 es que todos los productos de madres positivas sean seronegativos.

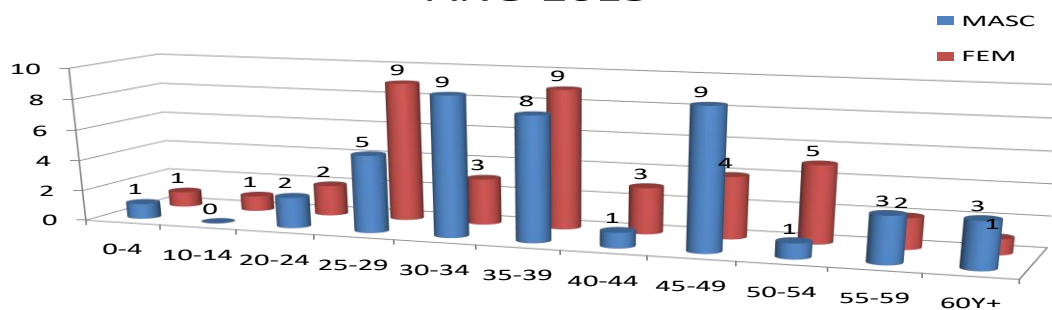
En cuanto a las defunciones, se reportaron 63 pacientes (35 hombres, 28 mujeres); lo que nos llama la atención es que, de este total de 63 fallecidos, 54 personas ya estaban recibiendo TARV, lo que representa un 85.7%. Esto nos hace reflexionar en cuanto a la efectividad de la adherencia al tratamiento y nos obliga a investigar sobre las causas que provocan que una persona fallezca si está recibiendo medicamentos, además de que nos recuerda que debemos reforzar las estrategias para reforzar la adherencia a la TARV.

Como parte de las actividades de prevención de Infecciones de Transmisión Sexual, el equipo de la Clínica de VIH estuvo durante el 2013 y 2014 asistiendo a centros educativos, lugares de trabajo y congregaciones cristianas para conversar con los adolescentes y público general sobre este tema y para ayudarles a tomar buenas decisiones en cuanto a la práctica de relaciones sexuales riesgosas.

CASOS DE SIDA SEGÚN AÑO DE OCURRENCIA



CASOS DE SIDA SEGÚN EDAD Y SEXO AÑO 2013



EL

VIH/SIDA a pesar de ser prevenible a través de comportamientos sexuales seguros continúa representando una de las principales causas de morbi-mortalidad en la región lo cual constituye un serio problema de Salud Pública. No obstante, esta situación, observamos que la tendencia es a la disminución de casos. Al inicio de la enfermedad en nuestra región la relación hombre/mujer era de 3:1 pero en estos últimos años observamos que

la relación es de 1:1, de igual manera observamos que el modo de contagio sexual predominante era el homosexual y ahora predomina el heterosexual, aunque observamos también el incremento de casos entre los bisexuales.

La mayor concentración de los casos se encuentra en el grupo de edad productivo y reproductivo (84%). De igual manera observamos un aumento en el número de casos entre los adultos mayores. En el 2013 se captó un total de 52 embarazadas sero positivas de las cuales 24 eran nuevas (0.4% de las embarazadas lo que supera la prevalencia del nivel nacional que es del 0.2%) y 28 ya conocían su diagnóstico

La letalidad para el 2013 fue del 31.5% mientras que la letalidad acumulado es de 70%

Enfermedad Inflamatoria Pélvica

La Enfermedad Pélvica Inflamatoria Aguda: Ocupa el 1er lugar entre las ITS y el 6to entre las morbilidades más reportadas.

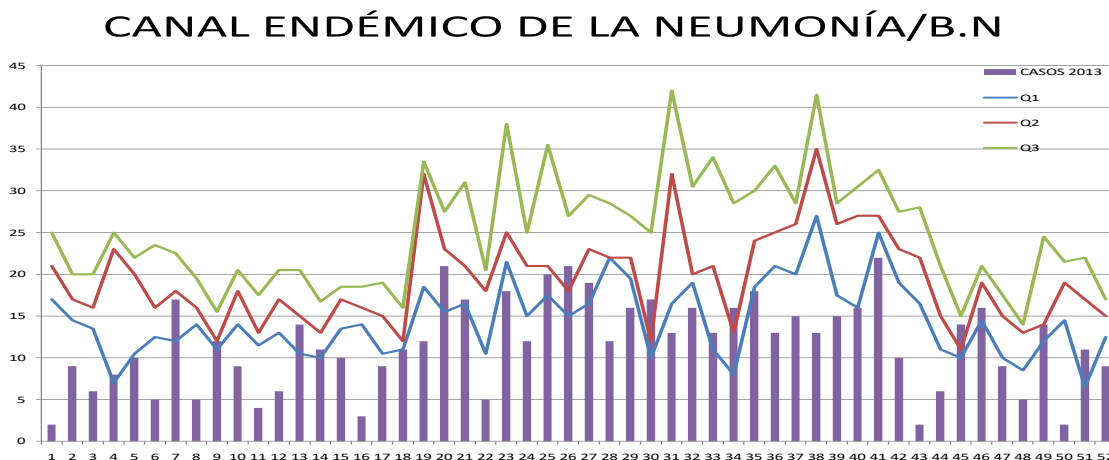
Se registró un total de 278 casos y una tasa de 210.7x100,000 mujeres; llama la atención 13 casos entre las niñas de 10-14 años.

La Sífilis

INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

	CASOS 2012	TASA 2012	CASOS 2013	TASA 2013
E.P.I.A	153	119.8	278	210.7
VULVO VAGINITIS	216	169.1	261	197.8
V I H	121	46.9	140	52.2
SIDA	94	36.4	82	30.6
I G A G U	31	12.0	68	25.4
SÍFILIS	96	37.2	56	20.9
TRICOMONIASIS	54	42.3	49	37.1
CANDIDIASIS	51	39.9	28	21.2
HEPATITIS B	2	0.8	16	6.0
HERPES GENITAL	6	2.3	12	4.5
CONDILOMATOSIS	8	3.1	7	2.6
URETRITIS N.E	10	7.7	8	5.9
I.V.P.H	10	7.7	5	1.9
CHANCRO			3	1.1

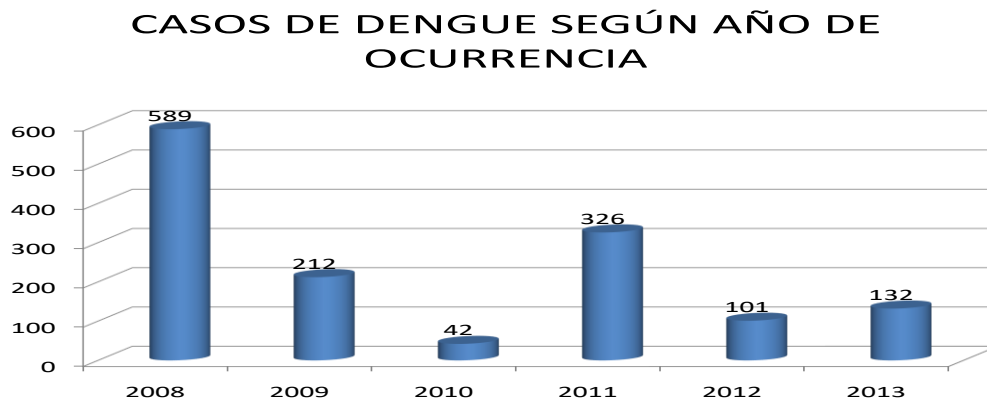
Las Neumonías y Bronconeumonías



_____ La

Neumonía/B.N. ocupa el 5to lugar con 548 casos y una tasa de 204.5 x 100,000 habitantes. La mayor cantidad de casos se observa entre los menores de 5 años con el 44% del total de casos registrados. El canal endémico no refleja epidemia durante este año

Enfermedades Transmitidas por Vectores



Todas

las instalaciones de salud (tanto C.S.S como MINSA) son sitios centinelas para la vigilancia pasiva del Dengue. Observamos que a pesar de todo el esfuerzo que realiza el personal de salud en especial los inspectores anti vectoriales, no se ha podido erradicar esta enfermedad. La mayor epidemia se registró en el año 2008 con 589 casos registrados. El mosquito Aedes se encuentra tanto en el área urbano como el rural y el mayor % de criaderos se encuentra dentro de las viviendas. Para este año (2014) se ha registrado casos en los 5 distritos de la provincia.

	2010	2011	2012	2013	*2014
CHAGAS	1	1	0	3	0
LEISHMANIASIS	162	225	187	140	131
MALARIA	3	0	0	5	3

El comportamiento de las otras enfermedades transmitidas por vectores no ha variado mucho durante estos 5 años. La Leishmaniasis Cutánea, debido a que el hombre ha invadido el hábitat natural de la chitra, la misma ha emigrado al área urbana dando como consecuencia que se esté dando casos en la ciudad

Malaria

En cuanto a Malaria la Provincia de Colón se considera de bajo riesgo, ya que no contamos con áreas endémicas; sin embargo la migración de personas del mismo país que tienen áreas endémicas focalizadas en las reservas indígenas Ngabe-bugle, Guna Yala y áreas Este del Bayano; buscando mejorar su calidad de vida en cuanto a trabajo y remuneración económica, en algunas ocasiones llegan con Malaria lo que puede causar un brote ya que en nuestra provincia el mosquito Anopheles albimanus está en todo el área rural y es más receptivo a las personas que llegan por lo tanto hay áreas sumamente vulnerables como la Costa Arriba, Costa Abajo y área transísmica; sin embargo la vigilancia por nuestro personal de salud es constante para detectar cualquier caso de malaria y darle el tratamiento adecuado evitando la transmisión.

Situación de la Encefalitis Equina en la Provincia de Colón

Este es otro tipo de zoonosis que no se ha detectado en la Provincia, corresponde a Sanidad animal del MIDA la vigilancia zoonosaria de campo.

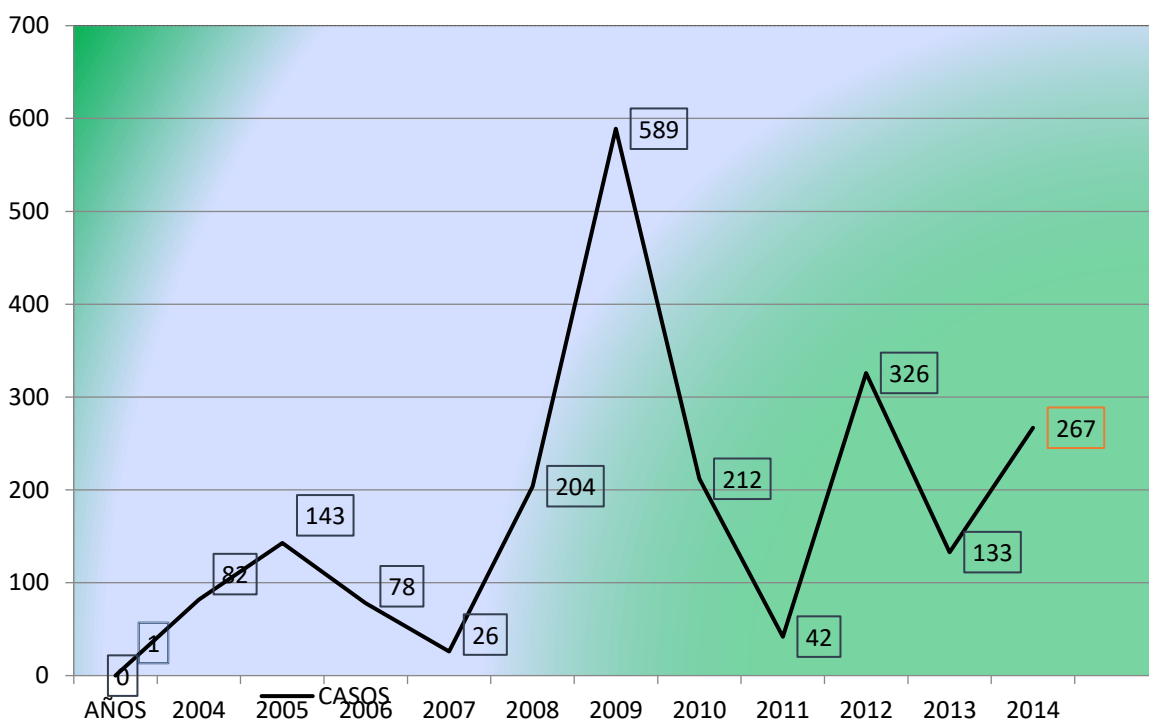
Dengue

En cuanto al Aedes aegypti transmisor de la fiebre amarilla, el Dengue y Chikungunya este mosquito desde 1985 ha venido reproduciéndose con facilidad debido a que los habitantes de nuestra provincia no colaboraron a la eliminación de los criaderos y actualmente los de dengue son constantes en nuestra provincia a pesar de la divulgación de los mensajes escritos e inspecciones casa por casa no se ha logrado el objetivo de que los moradores se conviertan en su propio inspector en revisar su vivienda para eliminar cualquier recipiente que contenga agua y pueda convertirla en criadero potencial de este mosquito.

Las áreas más afectadas por la presencia de este mosquito son:

Cristóbal, Barrio Norte, Barrio Sur, Sabanita, Nuevo San Juan, Isla Grande, Distrito de Santa Isabel (Costa Arriba) y en el inicio del año 2014 el corregimiento de Miguel de la Borda, Distrito de Donoso.

CASOS DE DENGUE EN LA REGION DE SALUD DE COLON , POR AÑO DE OCURRENCIA: AÑOS 2004 - 2014 a)



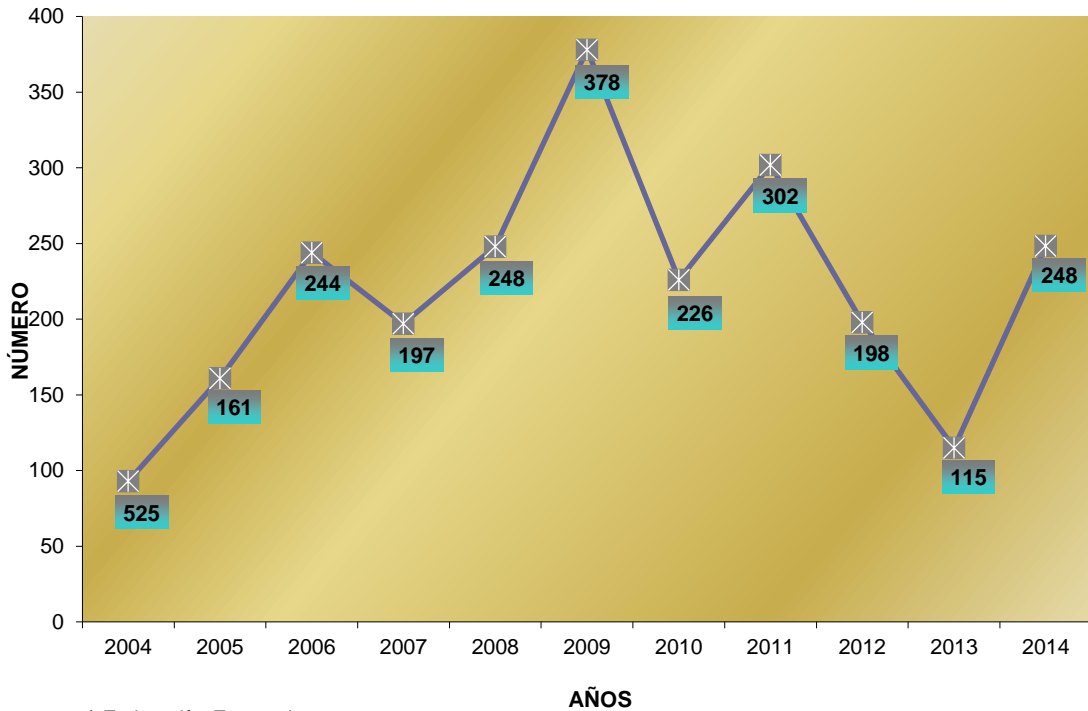
Enfermedad de Chagas

En cuanto al Mal de Chagas se está trabajando en las inspecciones y capturas de este insecto, lugares de riesgo corregimiento de Buena Vista, Portobelo y Escobal.

La leishmaniasis

En cuanto a la Leishmaniasis se están haciendo las investigaciones y se encuentran personas afectadas por esta enfermedad en el corregimiento de Limón, Puerto Pílon, Portobelo, Escobal y Salamanca. El Instituto Conmemorativo Gorgas está realizando estudios sobre esta enfermedad en áreas rurales de nuestra provincia. El Ministerio de salud está llevando a cabo la promoción para que los moradores puedan mantener su predio limpio de malezas de manera permanente y continua.

**CASOS DE LEISHMANIASIS, EN LA REGIÓN DE SALUD DE COLÓN,
POR AÑO DE OCURRENCIA: AÑOS 2004- 2014a)**



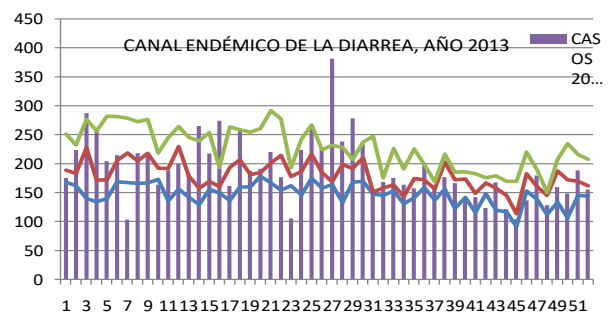
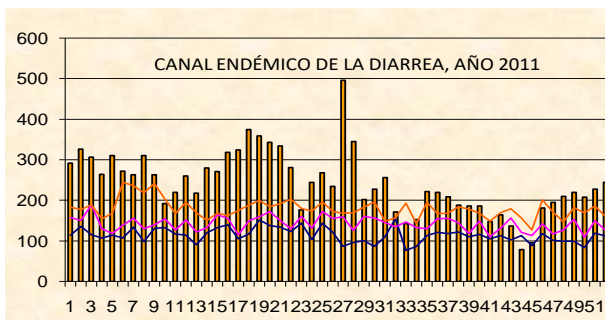
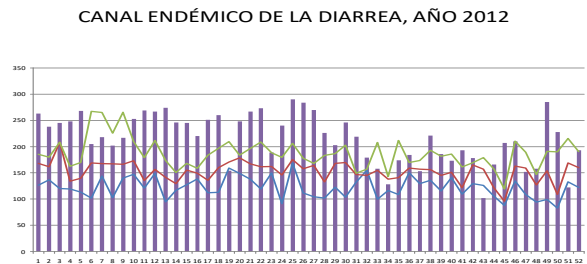
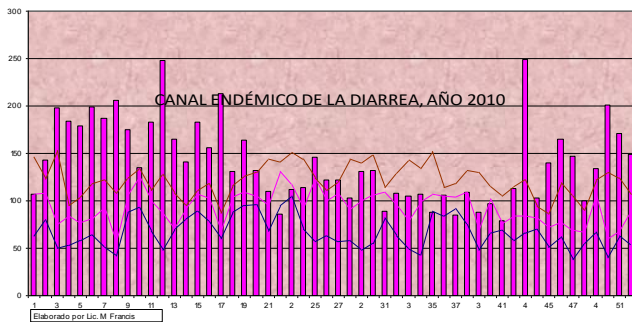
a) Estimación Esperada
Fuente: Sección de Registros Médicos y

Chikungunya

Para el año 2006 tuvimos la presencia del mosquito *Aedes albopictus*, otro transmisor de la Fiebre amarilla, el Dengue y Chikungunya; los análisis larvarios nos indican que va en aumento su presencia en nuestros corregimientos notándose con más fuerza en los corregimientos de la transítmica sobre todo en el corregimiento de Nuevo San Juan. Pese a todo lo antes expuesto no tenemos reportados casos de Chikungunya en la Provincia a la fecha.

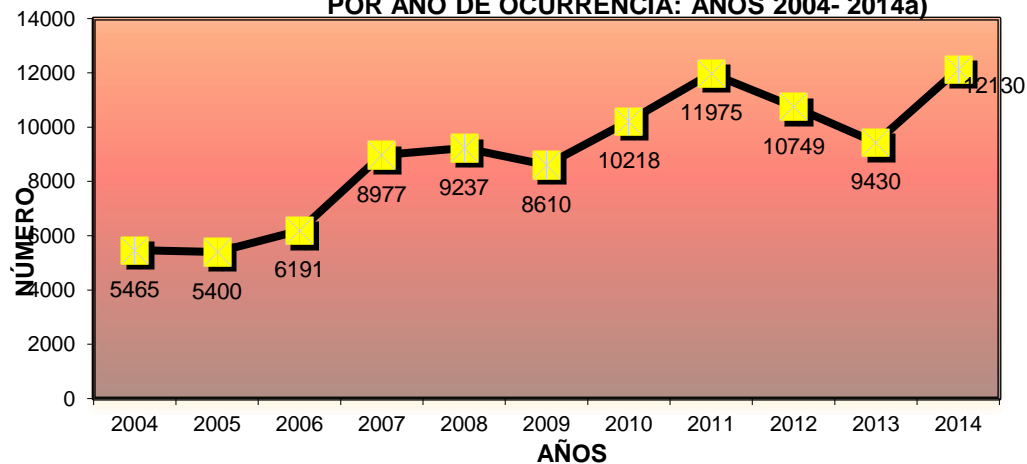
Enfermedades hidroalimentarias

Enfermedad Diarreica



A partir del año 2011 la Enfermedad Diarreica ocupa el 1er lugar entre las enfermedades trazadoras de la región. A pesar de esto las gráficas nos muestran que las mismas a través de los años tienen una tendencia a disminuir. Para el año 2013 se registró un total de 9,430 casos que representa una tasa de 3518.6 x100,000 habitantes. El grupo de edad más afectado fue el de los menores de 5 años con el 30% del total de casos y se observa más picos epidémicos en ese grupo de edad.

CASOS DE DIARREA, EN LA REGIÓN DE SALUD DE COLÓN, POR AÑO DE OCURRENCIA: AÑOS 2004- 2014a)



a) Estimación Esperada

Amebiasis y Hepatitis

La Amebiasis al comparar lo registrado en el año 2012 (35 casos) con lo registrado en el año 2010 (94 casos) vemos una disminución significativa, pero en el 2013 esta tendencia se invierte y se registran 83 casos.

En cuanto al comportamiento de la Hepatitis A en los últimos 5 años observamos que no ha constituido un problema para la salud pública (15 casos registrados en los últimos 5 años).

Las Zoonosis

ENFERMEDADES ZONÓTICAS

	CASOS 2012	TASA 2012	CASOS 2013	TASA 2013
MORDEDURA CANINA	801	310.2	725	270.5
PICADURA DE ALACRÁN	290	112.3	240	89.6
DENGUE	101	38.7	132	49.3
LEISHMANIASIS	198	76.7	115	42.9
MORDEDURA DE SERPIENTE	96	37.2	107	39.9
MALARIA	0	0	5	1.9
TOXOPLASMOSIS	4	1.5	1	0.4
EFFECTO TÓXICO POR CONTACTO CON ANIMAL MARINO			1	0.4
MORDEDURA DE RATA	2	0.8		

La Provincia de Colón es una de las pocas provincias que no representa un peligro zoonosario debido a los controles que realizan en las granjas lácteas, porcinas y avícolas por parte de las autoridades zoonosarias de la provincia como el MIDA y Zoonosis del Ministerio de Salud.

La Toxoplasmosis

Se han reportado pocos casos de esta enfermedad zoonótica producida por los felinos.

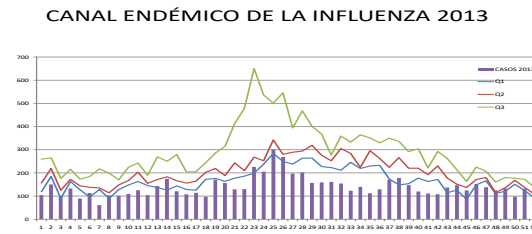
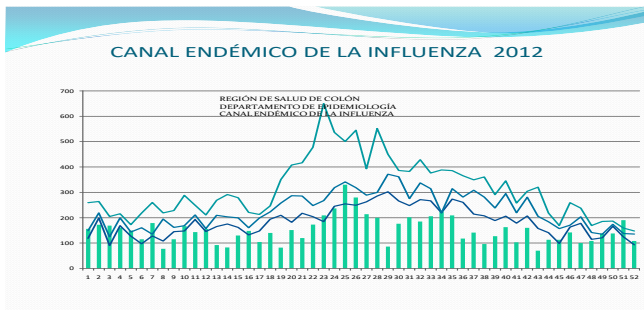
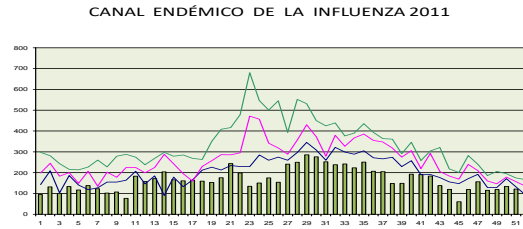
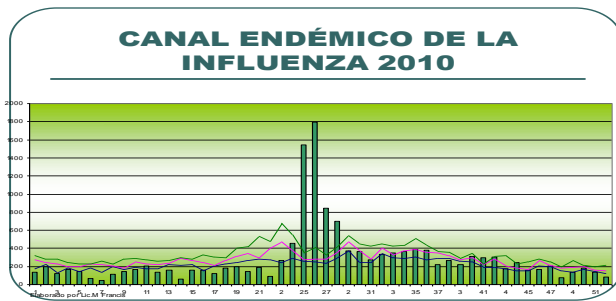
La Brucelosis

Esta enfermedad no se ha reportado en la Provincia y las granjas lácteas son objeto de controles periódicos obligatorios de los bovinos debido a los brotes surgidos en otras provincias.

Leptospirosis

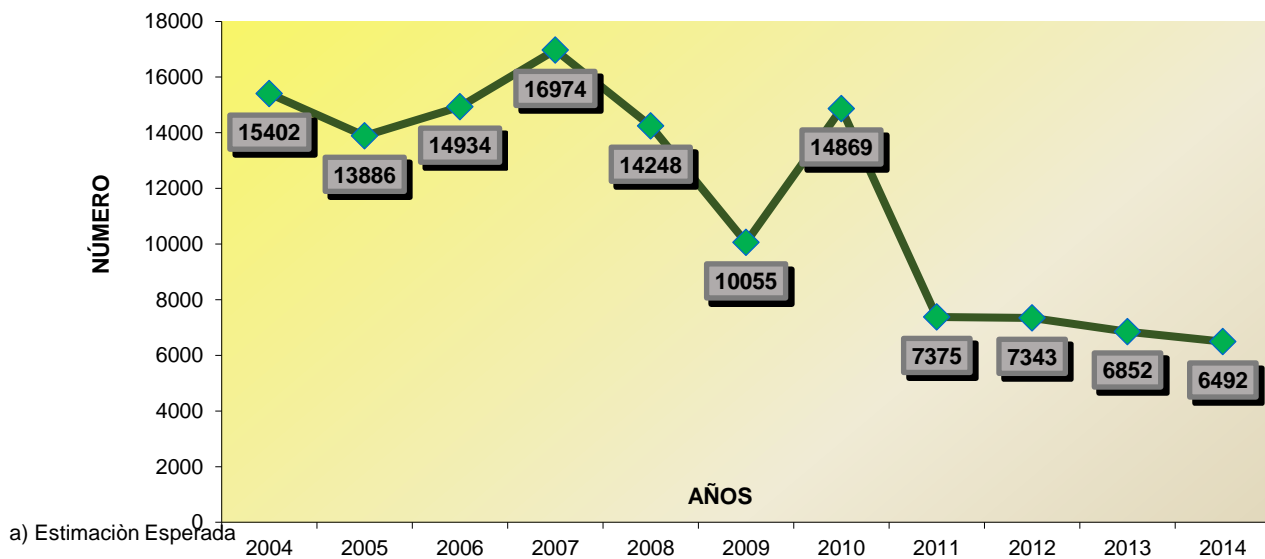
Esta zoonosis es la única que se ha detectado en diferentes corregimientos de esta Provincia debido a la proliferación de roedores, el corregimiento de Cristóbal es el de mayor riesgo epidemiológico.

Influenza Epidémica



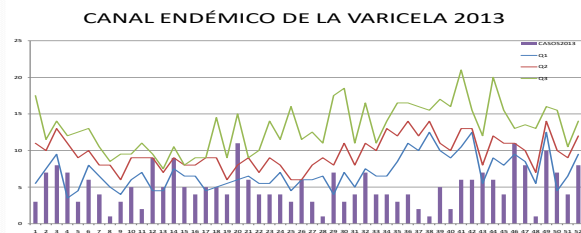
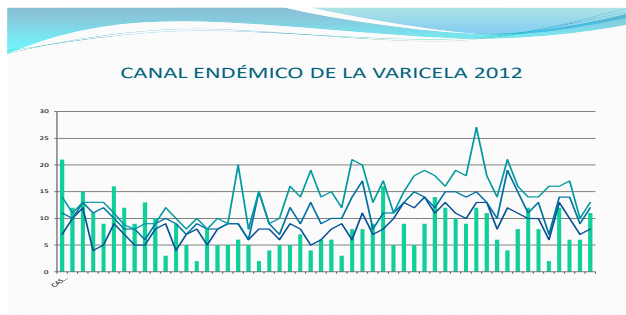
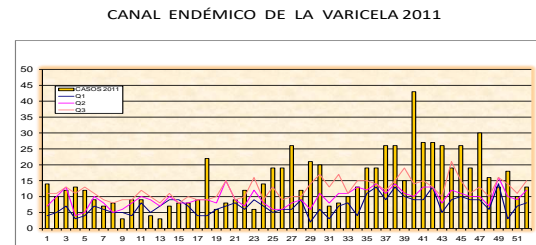
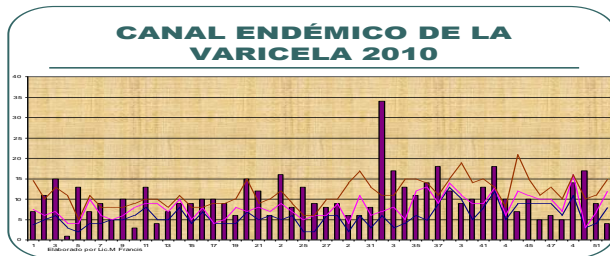
Hasta el año 2010 la Influenza ocupó el 1er lugar entre las enfermedades con picos epidémicos considerablemente altos, a partir del 2011 estas cifras descendieron considerablemente, creemos que la vacuna ha jugado un papel

CASOS DE INFLUENZA, EN LA REGIÓN DE SALUD DE COLÓN, POR AÑO DE OCURRENCIA: AÑOS 2004-2014a)



importante en la disminución de la misma, y a pesar de que permanece en el segundo lugar entre las morbilidades más reportadas, en los cuatro últimos años la curva endémica se ha mantenido en zona de éxito tal como se observa en las gráficas.

Varicela



Casos de Varicela según año de ocurrencia

2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014*
689	550	530	769	433	246	395 *

- 3er trimestre 2014

Salud Mental

a. Discapacidad

• H. Principales causas de discapacidad	2012			2016					
	Total	Mas	Fem	Total	Mas	Fem			
1. Psiquiátrica (Mental)				401			58	30	28
2. Visual				891			18	10	8
3. Auditiva				671			67	40	27
4. Física				1235			162	126	36
5. Intelectual				847			274	138	136
6. Múltiples							247	99	148
7. Órganos y sistemas				260			56	28	

*Fuente: Reges Minsa de REINTEGRA Colón .

Durante el primer semestre del año 2014 se atendieron un total de **1,135 pacientes con Discapacidad** en los diferentes servicios de salud como a continuación detallamos: Fisioterapia: 988, Medicina general: 119, Médicos Internos: 13, Trabajo Social: 12, Enfermería: 2 y Urgencias: 1.

Del total de personas con Discapacidad atendidas el **62.3%** corresponden al **sexo masculino**, que representan **707** pacientes y el **37.6%** incide en el **sexo femenino** con un total de 427 casos. Indicador que sustenta, que el sexo masculino es la población más vulnerable en este rubro.

Según Grupo etáreo : el rango de edad que aparece más afectado por Discapacidad, en este grupo poblacional, es el de **10 a 14 años** que representa el **23.7% del total**, en II° lugar aparece el grupo correspondiente a las edades de **20 a 59 años** con **18.9%** que representa a la población activa; en III° lugar aparece el rango de edad entre **5 a 9 años** con 179 casos atendidos que representan el **15.7%**, luego le sigue en IV° lugar el grupo etáreo entre **1 a 4 años** de los cuales atendimos 170 pacientes, que representan un **14.9%** y le sigue en V° lugar, el grupo de **1 mes a 11 meses** con un **11.1%** de 126 casos.

Diagnósticos más frecuentes:

- I° Retraso Mental: 1.2%
- II° Hipoacusia: 0.8%
- III° Epilepsia, tipo Gran Mal: 0.7%
- VI° Síndrome de Down: 0.6%
- IV° Hidrocefalia: 0.7%
- V° Paraplejía: 0.6%
- VI° Parálisis Cerebral Infantil: 0.4%
- VII° Ceguera: 0.2%

La Migración

En la última década se ha observado la tendencia migratoria de la población a lo interno de la provincia, debido a la destrucción de los caserones de madera en el Barrio Norte y Barrio Sur de la ciudad de Colón, lo que favorece el desplazamiento de las personas hacia comunidades de la carretera como: Residencial Los Lagos; Nueva Italia y Buena Vista, promoviendo la formación de una subcultura en la periferia del Distrito de Colón, con problemas de saneamiento del ambiente como: Falta de letrinas, agua potable, disposición inadecuada de los desechos sólidos y viviendas deterioradas.

Entorno económico social

La posición estratégica de Panamá está documentada en la historia: para los españoles el país era el "camino de paso y puente de riqueza ajena", ya que todos los tesoros hallados en América fueron transportados por el sendero transístmico, resguardando por el sistema defensivo formado por Panamá, Chagres, Portobelo, Chepo y Río Trinidad. Cuando en 1855 comienza a funcionar el primer ferrocarril con conexión más corta a las costas de EE.UU., el objetivo se mantenía: acelerar la llegada de los mineros hacia la costa oeste de Estados Unidos.

También en el presente, la importante situación geográfica de Panamá constituye una de sus mayores fortalezas para la economía nacional. El Canal de Panamá con su sistema económico específico y la Zona Libre de Colón representan el motor más fuerte de la economía nacional.

El ingreso promedio anual por persona (Balboa corrientes 2000) es más de cuatro veces superior en el Distrito de Colón (B/2.337) que en Donoso (B/5.27). Sin embargo, la concentración del mayor número de personas pobres se encuentra en el Distrito de Colón, con un 10% del total de la población de la provincia.

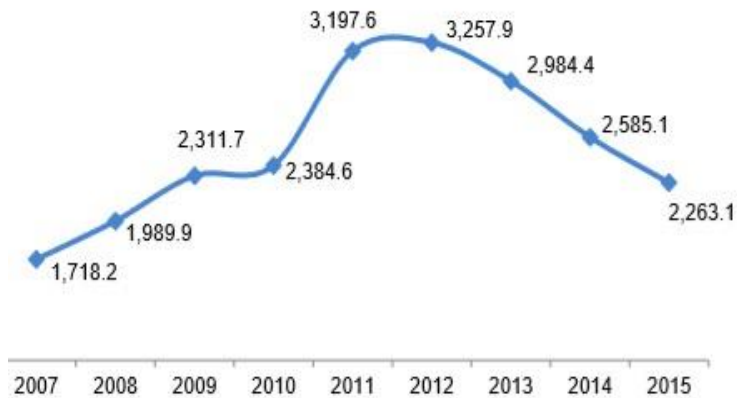
Aprovechando la logística existente y la ubicación geográfica estratégica como plataforma del comercio internacional, Colón cubre más del 95% de todas las actividades en el sector terciario (prestación de servicios), mientras que en el sector primario se desempeña solamente el 1% de la población.

Para el año 2005, el Producto Interno Bruto de Panamá fue de B/14,040.000. De este total, la Provincia de Panamá obtuvo el primer lugar con B/9,391,900, seguido de la Provincia de Colón como la segunda provincia más rica del país, con un monto de B/2,127.500, dos veces más que la tercera provincia más rica que es Chiriquí, la cual produjo B/1,035,700. Sin embargo, la distribución de la riqueza producida en Colón se manifiesta en una mínima parte en su población con altos índices de pobreza.

La economía de la provincia de Colón, en promedio, representó un 11.4% del total nacional entre 2007 y 2014, siendo así la segunda provincia de mayor aporte económico después de Panamá (67.6%), según datos del Instituto Nacional de Estadística y Censo. Las principales actividades económicas son, en promedio, el Comercio (52.2%) y el Transporte (22.6%), asociados a las actividades de la Zona Libre y el movimiento de contenedores; aunque existen otras actividades que han mostrado un rápido crecimiento en los últimos años, como Suministro de electricidad, gas y agua, Explotación de minas y canteras y Construcción. En la ciudad de Colón se desarrolla uno de los principales complejos portuarios de América Latina y el Caribe, constituido por los puertos de Manzanillo International Terminal, Cristóbal y Colon Container Terminal. En el periodo que comprende 2007 hasta 2014, la economía de la provincia de Colón ha mantenido un ritmo de crecimiento en torno al 2.2% anual, con significativas bajas en 2009 y 2013 cuando decreció 3.1% y 11.6%, respectivamente, debido a la disminución de las transacciones comerciales de la Zona Libre y el transporte de mercancía en los puertos.

La Zona Libre de Colón (ZLC) genera una gran cantidad de empleo, sin embargo, los colonenses desean mejores oportunidades, mayor remuneración y calidad de empleo. La tasa oficial de desempleo en la provincia ha disminuido desde el año 2000 de un 14.2% a sólo el 12.9% en 2006. Esta disminución es el resultado de un fuerte incremento del empleo informal que tiende a absorber a los trabajadores desempleados y encubre la desocupación. Actualmente más de 2,500 empresas usan las instalaciones y servicios que brinda esta zona "libre de impuestos", pero muchos empleados vienen desde la ciudad de Panamá.

Valor agregado del Comercio al por mayor de Zonas Francas, a precios corrientes:
Años 2007 - 2015
(En millones de balboas)



Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Censo.

El valor agregado del comercio por Zona Franca, que es principalmente el que se realiza en la Zona Libre de Colón (ZLC), aportó a la economía panameña entre 2007 y 2012 en promedio, un 8.5% del Producto Interno Bruto total corriente y 41.6% del de la actividad Comercio al por mayor y menor. Desde 2013 inició un ciclo de recesión, que ha incidido en el valor agregado para 2015, encontrándose en niveles mínimos desde 2009, reflejado en su menor aporte a la economía (4.3%) y a la actividad del Comercio en su conjunto (21.4%). Las restricciones comerciales y cambiarias aplicadas por algunos de los principales socios

comerciales y la situación económica de América Latina y el Caribe explican la mayor parte del comportamiento comercial de la Zona Libre de Colón.

Empleos generados por las empresas de la Zona Libre de Colón: Años 2010 - 2014

Años	Permanentes	Eventuales	Total
2010	22,319	9,336	31,655
2011	21,633	9,173	30,806
2012	23,436	9,224	32,660
2013	23,908	9,167	33,075
2014	23,822	7,156	30,978

Fuente: Administración de la Zona Libre de Colón.

Las empresas establecidas en la Zona Libre de Colón se dedican principalmente a la compra y venta de mercancías a nivel internacional, constituyendo un centro de distribución desde Asia a países de Suramérica, El Caribe y Centroamérica. Emplea aproximadamente al 30% de los ocupados de la provincia de Colón. Según información estadística publicada por la Administración de la Zona Libre, la cantidad de empleos generados por las empresas establecidas ascendió a 30,978 en 2014, de los cuales 23,822 fueron permanentes y 7,156 en calidad de

eventuales. Desde 2010, el año con mayor cantidad de empleados fue 2013 (33,075).

Con el inicio de la ampliación del Canal, Panamá atrae inversiones importantes al país y a la Provincia de Colón en especial. Se menciona a este lugar la fuerte expansión de la Zona Libre con los puertos de carga, la construcción de un puerto de embarque para cruceros ("homeport") y el proyecto del Centro Energético de las Américas (CELA) con industria petrolera petroquímica y servicios de bombeo de crudo y derivados del Atlántico al Pacífico. La ampliación de la carretera y la construcción de la autopista Panamá - Colón hacen prever una gran dinámica en el desarrollo de Colón para el futuro cercano. Estos megaproyectos conjuntamente con la minería a gran escala en Donoso, incentiva a la población rural, sin servicios sociales básicos y con extremo aislamiento, a buscar de manera creciente nuevas alternativas de ingresos través de la migración.

Gestión de la Cooperación Internacional

Panamá es signatario en la Convención Interamericana sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Racial (Ley 49 de 2 de febrero de 1967), Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948 (Ley 13 de 17 de octubre de 1976), Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Políticos (Ley 13 de 17 de octubre de 1976), Pacto Internacional de Derechos civiles y políticos (Ley 14 de 28 de octubre de 1976), Convención Americana sobre Derechos Humanos o Pacto San José (Ley 15 de 28 de octubre de 1977), Convención para la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (Ley 51 de 1981), Convención sobre los derechos del niño (Ley 15 del 16 de noviembre de 1990), Protocolo adicional a la Convención Americana sobre Derechos humanos en materia de derechos económicos, sociales y culturales o protocolo de El Salvador (Ley 21 de 22 de octubre de 1992), Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer o Convención de Belem do Pará (ley 12 de 20 de abril de 1995), Convención Interamericana sobre tráfico internacional de menores (ley 37 de 25 de junio de 1998), Convenio sobre la prohibición de las peores formas de trabajo infantil y la acción inmediata para su eliminación (Ley 18 de 15 de junio de 2000), Protocolo facultativo de la Convención sobre los derechos del niño relativo a la venta de niños, prostitución infantil y la utilización de niños en la pornografía (ley 47 del 13 de diciembre de 2000), Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para el control del Tabaco (Ley 40 de 7 de julio de 2004), Código Sanitario Panamericano(Ley No. 3 de 12 de noviembre de 1928),Constitución de la Organización Mundial de la Salud Y Protocolo concerniente a la oficina de higiene pública (Ley No. 15 de 29 de enero de 1951),Convenio Básico del Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá (INCAP) (Ley

No. 49 de 7 de diciembre de 1954), Convenio Básico del Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (ley No. 7 de 10 de enero de 2001)., Declaración del Milenio del 2000.

En cuanto a la existencia de formulaciones explícitas o cooperación técnica financiera para realizar procesos de modernización, reformar, transformar y gestionar cambios en el Estado podemos mencionar:

Cooperación Española en materia de prevención, control y seguimiento del VIH/SIDA que se centra en el fortalecimiento de las capacidades de las instituciones para dar una respuesta efectiva a la epidemia, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) que comprende un proyecto conjunto de sensibilización, capacitación y comunicación sobre VIH/SIDA, Agencias del Sistema de las Naciones Unidas en el grupo temático (ONUSIDA): Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) proyecto conjunto de capacitación, sensibilización y comunicación sobre VIH/SIDA, Fondo de población de las Naciones Unidas (UNFPA) que comprende una serie de acciones de prevención a través de la Comisión de Salud Sexual y Reproductiva, Centro de Información de las Naciones Unidas en Panamá (CINUP) para el desarrollo de actividades en prevención de VIH/SIDA, con la participación de personas que viven con el VIH, Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) para prevención, capacitación y sensibilización en VIH/SIDA.



Análisis de desigualdades

Contexto

La provincia de Colón consta de 5 distritos, los cuales son:

1. Colón
2. Chagres
3. Donoso
4. Portobelo
5. Santa Isabel.

De estos distritos el de mayor población es el distrito de Colón y en segundo lugar en población tenemos al distrito de Donoso.

En este análisis de desigualdades se ha escogido el indicador socioeconómico de ingreso, siendo Colón el de mayor ingreso y Donoso el de menor ingreso económico de la provincia. Se ha realizado el análisis de tres indicadores de salud; tasa de mortalidad infantil, mortalidad por diabetes y por enfermedades cardiovasculares.

Mortalidad por Enfermedad Cardiovascular

Análisis descriptivo de los valores del indicador: ECV mortalidad	2010	2016
Promedio	26,30	10,05
Desviación estándar	23,63	3,11
Máximo	56,60	13,90
Percentil .75	32,40	10,20
Percentil .5 (Mediana)	26,30	10,05
Percentil .25	15,18	9,00
Mínimo	0,10	6,30
Rango	56,50	7,60
Número de casos	5	5

Gráfico del indicador: ECV mortalidad para Colón en el año 2010

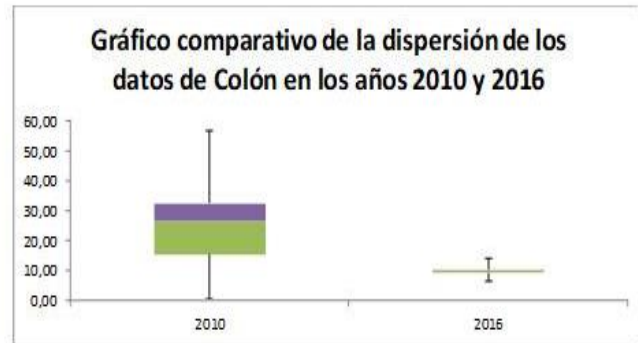
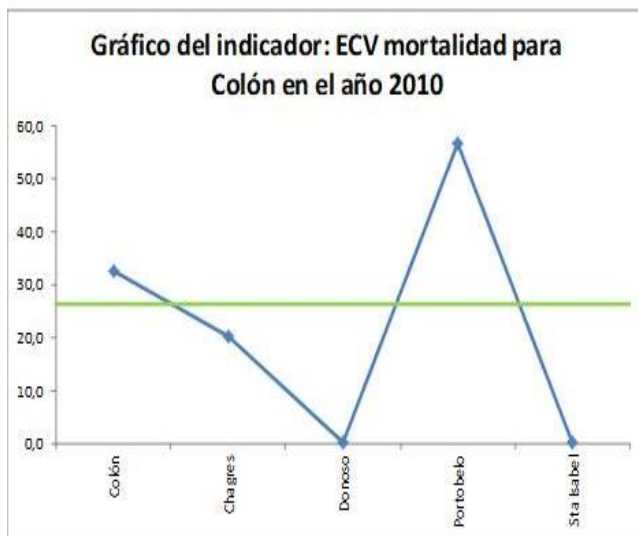


Gráfico del indicador: ECV mortalidad para Colón en el año 2016



Al analizar los casos de Enf. Cardiovascular en la provincia, la cual ocupa un segundo lugar en la atención médica después de la Rinofaringitis; vemos que el distrito de mayor ingreso vs el de menor:

BRECHA RELATIVA nos indica que son 6.3 veces más la incidencia de Enf. Cardiovasculares en el distrito de mayor ingreso económico vs el de menor.

Se observa como a mayor ingreso mayor incidencia de enfermedades cardiovasculares vs los distritos de menor ingreso.

*** Análisis realizado con datos de Contraloría del año 2010 y 2016. .

Mortalidad por Diabetes Mellitus

Análisis descriptivo de los valores del indicador:DM	2010	2015
Promedio	0,10	1,15
Desviación estándar	11,75	1,83
Máximo	23,60	4,30
Percentil .75	23,60	4,30
Percentil .5 (Mediana)	0,10	1,15
Percentil .25	0,10	0,70
Mínimo	0,10	0,10
Rango	23,50	4,20
Número de casos	5	5

Gráfico del indicador: DM para Colón en el año 2010

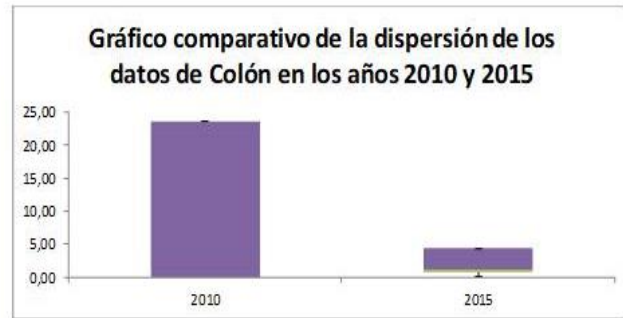
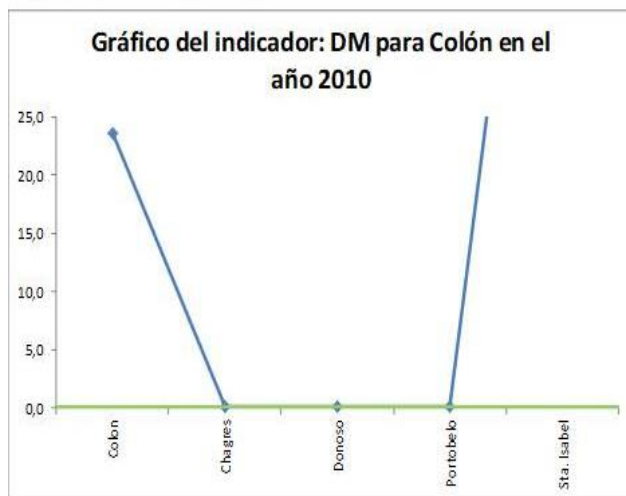
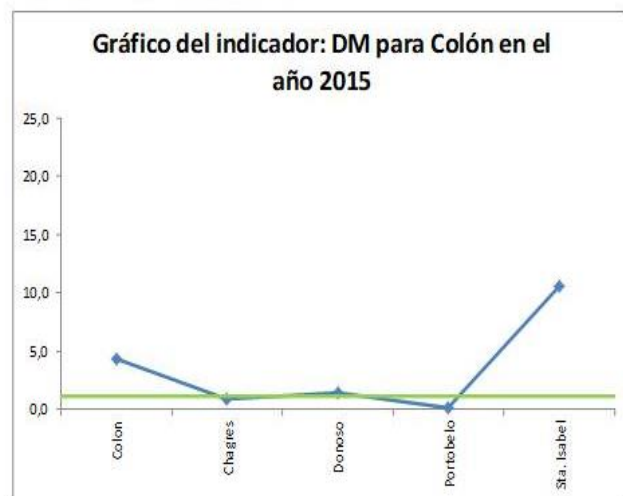


Gráfico del indicador: DM para Colón en el año 2015



Al analizar las desigualdades en muerte por Diabetes Mellitus, se encuentra que es mayor en distritos de menor ingreso vs el de mayor de la provincia.

Si bien esta tendencia se mantiene comparando los años 2010 y 2015, pero su tendencia es a la baja a través de los años.

Llama la atención que el distrito de Santa Isabel, es el que tiene la mayor tasa de muertes por diabetes en los dos años comparados.

BRECHA RELATIVA la incidencia de muerte por diabetes es 6.3 veces más entre distritos de bajo ingresos vs el de mayor ingreso de la provincia.

*** análisis realizado con datos de Contraloría 2010 y 2015.

Tasa de Mortalidad Infantil

Análisis descriptivo de los valores del indicador:TMI	2010	2016
Promedio	12,95	11,05
Desviación estándar	5,15	5,70
Máximo	19,20	21,60
Percentil .75	17,20	11,70
Percentil .5 (Mediana)	12,95	11,05
Percentil .25	10,75	10,08
Mínimo	6,70	9,10
Rango	12,50	12,50
Número de casos	5	5

Gráfico del indicador: TMI para Colón en el año 2010

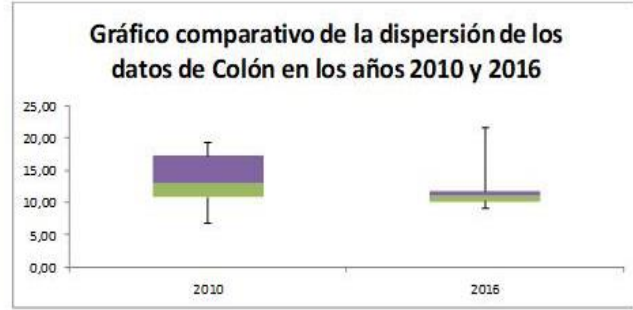
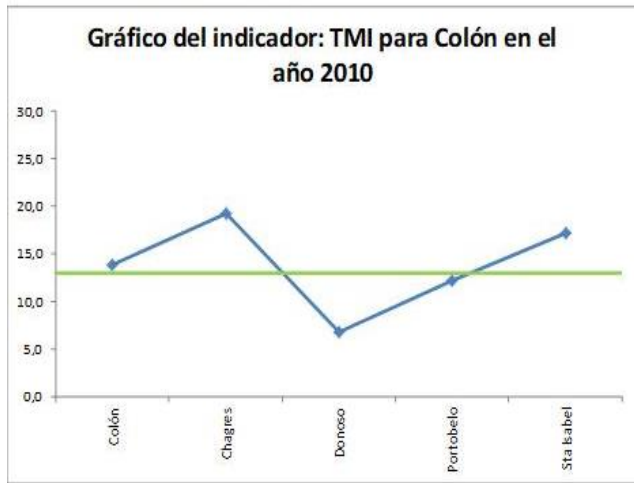
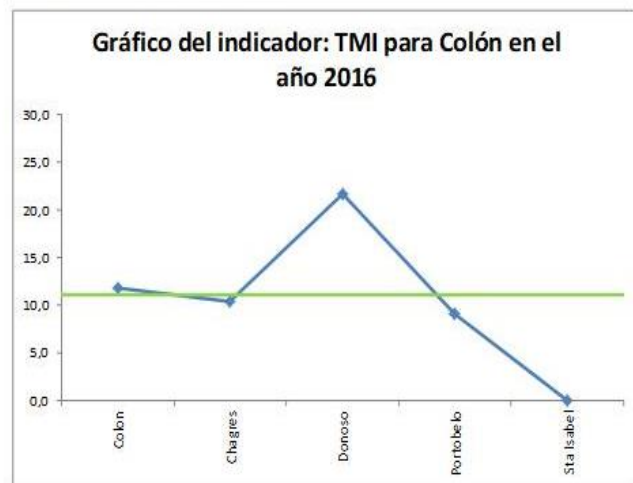


Gráfico del indicador: TMI para Colón en el año 2016



Al analizar la tasa de muerte infantil se hace evidente que la incidencia es mayor en los distritos de menor ingreso vs el de mayor.

Se hizo la comparación entre el año 2010 y el 2016, pero la prevalencia no es en un distrito en particular.

Para el año 2016 se dio una brecha relativa de 10.1 veces mayor la incidencia de muerte infantil en el distrito de Donoso con respecto a Colón.

*** Análisis realizado con datos de Contraloría del año 2010 y 2016.



Fotografía 3: Caracterización de la oferta

1. Qué aspectos considera la vigilancia sanitaria?

El sistema de vigilancia sanitaria a nivel marítimo considera todas aquellas enfermedades que están contempladas en el decreto 289 que regula cuales son y su notificación obligatoria, además de las incluidas en el reglamento sanitario internacional (2005) y son sujeto de vigilancia.

La vigilancia sanitaria contempla todos los productos y servicios que tienen que ver con medicamentos y alimentos –nacionales o importados-, y es responsable de la aprobación, para su posterior comercialización o producción en el país, de estos productos. Además, junto con otras entidades nacionales o regionales, mantiene una vigilancia en los puertos, aeropuertos y fronteras sobre las cuestiones relacionadas con la vigilancia de la salud.

2. Qué problemas se deben vigilar?

El principal problema que se debe vigilar es que siendo Colón un punto de conexión de carga, de la existencia de Zona libre y de tránsito de buques, por el canal hace a la región vulnerable para la introducción de enfermedades o problemas de salud inexistente o ausente.

Se deben vigilar los riesgos en agricultura, ganadería y pesca, tanto en su producción, transportes, almacenamiento y distribución. La vigilancia de los servicios alimenticios como restaurantes, hoteles y cualquier servicio de alimentación desde escuelas, hospitales, asilos, orfanatos, iglesias, etc., (condiciones del local, personal capacitado y en regla con su documentación de manejo de alimentos. También en cuanto a los medicamentos, todo lo relacionado a su producción, almacenamiento, lugares de expendio y tratamiento a pacientes. La vigilancia debe contemplar también los lugares de entrada a nuestro país, desde puertos, carreteras y aeropuertos, para detectar viajeros con patologías de riesgo poblacional o sustancias que pudieran ser peligrosas para la población.

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

Fortaleza: La existencia de un sistema de vigilancia sanitaria portuaria 24 horas los 365 días del año con personal técnico capacitado para abordar estos posibles problemas.

Debilidades: las características geográficas de la provincia permiten desembarcar en cualquier punto de sus costas. Lo que hace difícil una vigilancia 100% segura por los funcionarios de salud, ubicados estratégicamente en los puntos de entrada internacionales (puertos).

En los últimos años se ha agregado una variable; la cual es la migración no controlada, la cual accede a la venta de alimentos.

Reglamento Sanitario Internacional

Ante el impacto de las epidemias, en términos de enfermos, muertes afectaciones en el comercio nacional e internacional, en la industria del turismo y otros sectores, se generó la necesidad de que los Estados americanos, como primera experiencia de cooperación internacional mundial en el área de salud pública, realizaran acciones conjuntas para afrontar de forma más integral estas amenazas, lo que generó, en 1924, la creación del primer Código Sanitario Panamericano cuyo objetivo era "Prevenir la propagación internacional de infecciones o enfermedades susceptibles de transmitirse a seres humanos y estimular o adoptar medidas cooperativas encaminadas a impedir la introducción y propagación de enfermedades en los territorios de los gobiernos signatarios o procedentes de los mismos.

Al entrar en vigencia los tratados Torrijos Carter el 14 de diciembre de 1999 Panamá recibe el traspaso de la vía interoceánica donde cada ministerio debería colocar una oficina con personal y el MINSA Crea la oficina de Sanidad Internacional en los **Puertos de Balboa y Cristóbal**, Asumiendo el Rol de la Vigilancia Sanitaria de todos los Barcos que Cruzan el Canal que sean de posible riesgo de traer una enfermedad Cuarentenales a través de un cuerpo de Inspectores y Médicos, se tiene área desprotegidas como son la Bahía de la Comunidad de Portobelo, Nombre de Dios Puerto Lindo, San Blas y otros sitios donde atracan una gran cantidad de yates procedentes del extranjero los cuales no se le hace la vigilancia por falta de Personal y Transporte.

Vigilancia Sanitaria

Puntos de entradas y la Zona Libre:

Puertos cuyas administraciones no cooperan con los controles adecuados.
Operaciones no definidas para un puerto que varía entre carga como desembarco de pasajeros.

Debilidades de la oficina de Sanidad Marítima

No posee oficinas propias las mismas son propiedad de un puerto al que se le brinda del servicio.

No se cuenta con medios de comunicación, transporte ni personal suficiente

Características geográficas

Extensión del litoral.

Todo pueblo de la costa funciona como puerto y por lo tanto son puntos de entrada

La región de Salud de Colón, como autoridad sanitaria promueve que los diferentes niveles de atención se articulen en red, en lo que a prestación de servicios de salud se refiere y a su vez estén vinculados al desarrollo de estrategias que contribuyan a incrementar la cobertura para los servicios preventivos y busca como finalidad aumentar el acceso a la cartera de servicios de salud y manejar la calidad del servicio evitando la inequidad.

Accesibilidad Geográfica, Económica y Cultural

Los centros de salud y sus dependencias prestan servicios de salud a las poblaciones que les corresponden, según distribución geográfica y accesibilidad ordenadas por niveles de atención según grados de complejidad.

Índice de Rezago

LUGAR POBLADO	GRADO DE REZAGO		LUGAR QUE OCUPA	
	2000	2010	2000	2010
PROVINCIA DE COLON	BAJO	BAJO	4	4
DISTRITO DE COLON	MUY BAJO	BAJO	11	14
DISTRITO DE PORTOBELO	MEDIO	MEDIO	30	27
DISTRITO DE SANTA ISABEL	MEDIO	MEDIO	47	42
DISTRITO DE CHAGRES	MEDIO	MEDIO	53	50
DISTRITO DE DONOSO	ALTO	ALTO	60	60

El índice de rezago social es una medida resumen de privaciones que incorpora indicadores de educación, acceso a servicios de salud, servicios básicos, espacios en la vivienda y de bienes o activos en el hogar.

Aunque no es una medición de pobreza, ya que no incorpora los indicadores de ingreso y alimentación, contribuye a la generación de información para la mejor toma de decisiones en materia de política social en diferentes niveles de operación, facilitando la ubicación de zonas de atención prioritaria.

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

REGION DE SALUD DE COLON LISTADO DE INSTALACIONES AÑO 2014

INSTITUCION	DISTRITO	CORREGIMIENTO	LUGAR POBLADO
SEDE REGIONAL			
OFICINA REGIONAL DE COLON	COLON	BARRIO SUR	COLON
HOSPITALES			
COMPLEJO HOSPITALARIO DR MANUEL AMADOR GUERRERO	COLON	BARRIO SUR	BARRIO SUR
POLICLINICA DE SALUD			
POLICLINICA DR. HUGO SPADAFORA	COLON	CRISTOBAL	CRISTOBAL
POLICLÍNICA SABANITAS	COLON	SABANITAS	SABANITAS
POLICLÍNICA NUEVO SAN JUAN	COLON	SAN JUAN	NVO. SAN JUAN
CENTRO DE SALUD SIN CAMA			
C. DE S. PATRICIA DUNCAN	COLON	BARRIO NORTE	BARRIO NORTE
C. DE S. DE ATENCION INTEGRAL DEL ADOLESCENTE	COLON	BARRIO SUR	BARRIO SUR
C. DE S. BUENA VISTA (DR. HENRY SIMONS)	COLON	BUENA VISTA	BUENA VISTA
C. DE S. CATIVA 1/	COLON	CATIVA	CATIVA
C. DE S. ESCOBAL (SR. CIRILO ESCOBAR)	COLON	ESCOBAL	ESCOBAL (P)
C. DE S. JUVENTINA MONTENEGRO SARDINILLA	COLON	SALAMANCA	SARDINILLA (P)
C. DE S. ICACAL	CHAGRES	SALUD	ICACAL
C. DE S. MIGUEL DE LA BORDA	DONOSO	MIGUEL DE LA BORDA	MIGUEL DE LA BORDA
C. DE S. BELEN	DONOSO	COCLE DEL NORTE 2/	BELEN
C. DE S. PORTOBELO (SRA. BLASINA BERNAL)	PORTOBELO	CABECERA	PORTOBELO
C. DE S. NOMBRE DE DIOS	SANTA ISABEL	NOMBRE DE DIOS	NOMBRE DE DIOS
POLICENTRO DE SALUD			
POLICENTRO DE S. DR. JUAN A. NUÑEZ	COLON	BARRIO NORTE	BARRIO SUR
CENTRO DE SALUD CON CAMA			
C. DE S. PALMAS BELLAS (DR. MIGUEL A. VARGAS)	CHAGRES	PALMAS BELLAS	PALMAS BELLAS
CENTRO DE REHABILITACIÓN INTEGRAL			
CENTRO DE REHABILITACIÓN REINTEGRA	COLÓN	CRISTOBAL	CRISTOBAL
CENTRO PENITENCIARIO			
CENTRO PENITENCIARIO	COLON	CRISTOBAL	CRISTOBAL
ULAPS			
U.L.A.P.S. PORTOBELO	PORTOBELO	CABECERA	PORTOBELO
SUB CENTRO DE SALUD			
S.C. DE S. GIRAL	COLON	BUENA VISTA	EL GIRAL
S.C. DE S. QDA.BONITA	COLON	BUENA VISTA	QUEBRADA BONITA
S.C. DE S. BDA. KUNA	COLON	CATIVA	BDA. PRO-KUNA
S.C. DE S. CUIPO	COLON	CIRICITO	CUIPO (P)
S.C. DE S. PUERTO ESCONDIDO	COLON	CRISTOBAL	PUERTO ESCONDIDO
S.C. DE S.EL LIMON 1/	COLON	LIMON	EL LIMON (P)
S.C. DE S. NVO. VIGIA	COLON	SAN JUAN	NVO. VIGIA (P)
S.C. DE S. PIÑA	CHAGRES	PIÑA	PIÑA (P)
S.C. DE S. RIO INDIO 1/	DONOSO	RIO INDIO	RIO INDIO
S.C. DE S. ISLA GRANDE	PORTOBELO	ISLA GRANDE	ISLA GRANDE
S.C. DE S. MARIA CHIQUITA	PORTOBELO	MARIA CHIQUITA	MARIA CHIQUITA
S.C. DE S. MIRAMAR	SANTA ISABEL	MIRAMAR	MIRAMAR
S.C. DE S. SANTA ISABEL	SANTA ISABEL	SANTA ISABEL	SANTA ISABEL

PUESTO DE SALUD			
P. DE S. LA REPRESA DE CATIVA	COLON	CATIVA	LA REPRESA (P)
P. DE S. CIRICITO 1/	COLON	CIRICITO	CIRICITO (P)
P. DE S. QUEBRAON	COLON	ESCOBAL	QUEBRAON
P. DE S. VILLA ALONDRA	COLON	PUERTO PILON	VILLA ALONDRA
P. DE S. SALAMANQUITA	COLON	SALAMANCA	SALAMANQUITA
P. DE S. BOQUERON ARRIBA	COLON	SALAMANCA	BOQUERON ARRIBA
P. DE S. GATUNCILLO NORTE	COLON	SAN JUAN	GATUNCILLO
P. DE S. GUAYABALITO 1/	COLON	SANTA ROSA	GUAYABALITO (P)
P. DE S. SANTA ROSA	COLON	SANTA ROSA	SANTA ROSA (P)
P. DE S. ACHIOTE	CHAGRES	ACHIOTE	ACHIOTE
P. DE S. LA TAGUA	CHAGRES	ACHIOTE	LA TAGUA
P. DE S. EL GUABO	CHAGRES	EL GUABO	EL GUABO
P. DE S. SANTA FE DEL GUABO	CHAGRES	EL GUABO	STA. FE ARRIBA
P. DE S. LA ENCANTADA	CHAGRES	LA ENCANTADA	LA ENCANTADA
P. DE S. STA. ROSA DE RIO INDIO	CHAGRES	LA ENCANTADA	SANTA ROSA
P. DE S. QUEBRADA BONITA	CHAGRES	LA ENCANTADA	QUEBRADA BONITA
P. DE S. LAS CRUCES	CHAGRES	LA ENCANTADA	LA ENCANTADA
P. DE S. LIMON DE CHAGRES	CHAGRES	LA ENCANTADA	LIMON DE CHAGRES
P. DE S. SEVILLA	CHAGRES	SALUD	NUEVA SEVILLA
P. DE S. LIMON DE DONOSO	DONOSO	MIGUEL.DE LA BORDA	LIMON
P. DE S. RIO DIEGO	DONOSO	MIGUEL.DE LA BORDA	DIEGO
P. DE S. COCLE DEL NORTE	DONOSO	COCLE DEL NORTE	COCLE DEL NORTE
P. DE S. SABANITA VERDE	DONOSO	COCLE DEL NORTE	SABANITA VERDE
P. DE S. CERRO MIGUEL 1/	DONOSO	EL GUASIMO	CERRO MIGUEL DE DONOSO
P. DE S. BOCA DEL CONGAL	DONOSO	EL GUASIMO	BOCA DEL CONGAL
P. DE S. STA. MARIA	DONOSO	EL GUASIMO	SANTA MARIA (P)
P. DE S. VILLA DEL CARMEN	DONOSO	EL GUASIMO	VILLA DEL CARMEN
P. DE S. DE GOBEA	DONOSO	GOBEA	GOBEA
P. DE S. GUASIMO	DONOSO	RIO INDIO	EL GUASIMO (P)
P. DE S. GUAYABALITO DE DONOSO	DONOSO	RIO INDIO	GUAYABALITO
P. DE S. EL PAPAYO 1/	DONOSO	RIO INDIO	EL PAPAYO
P. DE S. CACIQUE	PORTOBELO	CACIQUE	CACIQUE
P. DE S. JOSÉ DEL MAR	PORTOBELO	CACIQUE	JOSÉ DEL MAR
P. DE S. PUERTO LINDO	PORTOBELO	GARROTE	GARROTE O PTO. LINDO
P. DE S. LA GUAIRA	PORTOBELO	ISLA GRANDE	LA GUAIRA
P. DE S. SAN ANTONIO	PORTOBELO	ISLA GRANDE	SAN ANTONIO (P)
P. DE S. PALENQUE	SANTA ISABEL	CABECERA (PALENQUE)	PALENQUE CABECERA
P. DE S. CUANGO	SANTA ISABEL	CUANGO	CUANGO
P. DE S. PALMIRA	SANTA ISABEL	PALMIRA	PALMIRA
P. DE S. PLAYA CHIQUITA	SANTA ISABEL	PLAYA CHIQUITA	PLAYA CHIQUITA
P. DE S. VIENTO FRIO	SANTA ISABEL	VIENTO FRIO	VIENTO FRIO

Complejidad de la Red

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

Se organiza según nivel de atención y grado de complejidad, se cuenta con una red de atención primaria con 13 centros de salud e instalaciones de la CSS (ULAPS, Policlínicas y un Hospital de referencia de segundo nivel de atención.

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

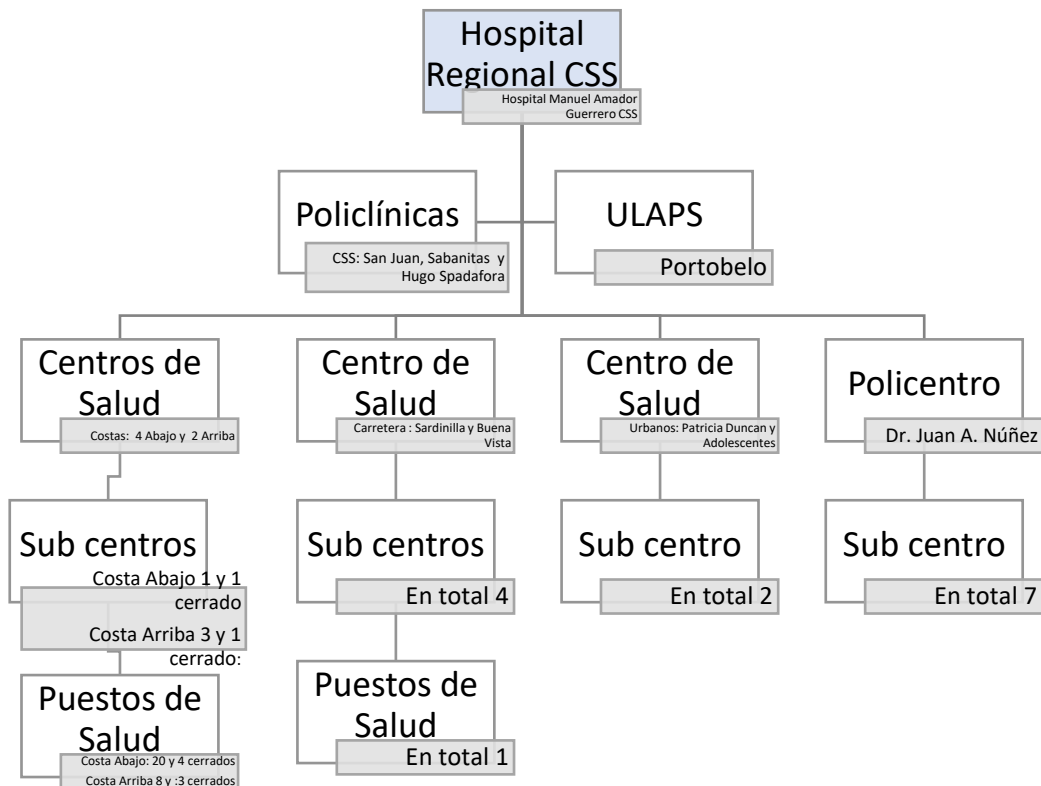
Contamos en el sector público de un policentro, 10 Centros de salud, 17 subcentros habilitados y 2 cerrados, 29 puestos de salud abiertos y 7 cerrados, 2 unidades básicas de atención en red combinada y 4 de red itinerante, un hospital de la CSS.

En el sector privado tenemos 15 clínicas y tres hospitales privados los cuales tienen como función ser entes de lucro y con muy pocas actividades de prevención y/o promoción de la salud.

Estas entidades tienen poca coordinación con el ministerio de salud y sólo brindan información en casos de enfermedades de notificación obligatoria y el reporte de las vacunaciones que realizan.

- Las estructuras correspondientes al primer nivel de atención tenemos los centros de salud, sub centros y puestos de salud deben garantizar la atención mediante la estrategia de atención primaria de salud
- En el primer nivel segundo grado de complejidad tenemos un policentro el cual brinda atención a áreas urbanas pero marginales y con limitaciones económicas
- Las estructuras de nivel especializado básico que corresponden al segundo nivel de atención, en donde se garantiza la atención en salud especializada de menor complejidad, aunque se cuenta con sub especialidades

Red de Servicios de la Provincia de Colón, 2016



Fuente: Elaboración propia.

3. Cuáles son las características de los establecimientos de salud con relación a sus recursos físicos, humanos y tecnológicos? Cuáles son los horarios de atención?

ULAPS de Portobelo de 7:30 am a 3:30 pm

En el Complejo Hospitalario Dr. Manuel Amador Guerrero, los servicios de urgencia trabajan las 24 horas del día los 365 días del año, la atención básica en las salas de hospitalización y quirófanos es de 7:00 am a 3:00 pm de lunes a viernes y el resto del día se maneja por turnos extras en las salas como el quirófano, o sea la atención es continua.

En todas las instalaciones del MINSA se labora de 7:00 a 3:00 pm, Se realiza extensión de horario en los Centros de Salud de Palmas Bellas, Miguel de la Borda, Nombre de Dios, Escobal y Portobelo.

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

En el Complejo Hospitalario Dr. Manuel Amador Guerrero, los servicios de urgencia trabajan las 24 horas del día los 365 días del año, la atención básica en las salas de hospitalización y quirófanos es de 7:00 am a 3:00 pm de lunes a viernes y el resto del día se maneja por turnos extras en las salas como el quirófano, o sea la atención es continua.

En todas las instalaciones del MINSA se labora de 7:00 a 3:00 pm, Se realiza extensión de horario en los Centros de Salud de Palmas Bellas, Miguel de la Borda, Portobelo, Escobal y Nombre de Dios.

El sub-centro de Salud de Isla Grande tiene atención médica las 24 horas los fines de semana (sábado y domingo) y los días festivos.

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

Los criterios aplicados para la sectorización son criterios geográficos y de accesibilidad, epidemiológicos y demográficos, aunados al análisis de los recursos disponibles.

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

Los equipos básicos se conforman para cada sector, con tareas y funciones definidas, se establecen los equipos de apoyo transversal y además se establece claramente la interacción con los equipos de cabecera (II nivel) con la finalidad de mejorar la resolutiveidad y evitar la derivación innecesaria e inefectiva.

7. Qué profesionales conforma el equipo básico?

El equipo básico de atención está conformado por : 1 médico general , 1 enfermera , 1 técnico de enfermería , 1 promotor de la salud , 1 técnico de saneamiento ambiental y un conductor.

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

La provisión directa de servicios de atención a las personas es dirigida a cubrir la totalidad de la población colonense, es especial a las poblaciones más vulnerables.

Según las estadísticas del año 2012, hubo un incremento con respecto al año 2010 de la población económicamente activa de un 51.1 % al 70.4%, con la consecuente disminución en la tasa de desempleo 9.4 al 4.6, teniendo una la población asegurada del el 83.9 % de los cuales el 10.3 corresponde a pensionados, y se atienden en nuestras Instalaciones.

La demanda por los servicios es de forma espontánea y % corresponden a morbilidades tanto en las poblaciones de zonas rurales y zonas urbanas de bajo ingreso

El flujo de información no está coordinado, hay poca retroalimentación tercer nivel hacia el primero, entre la caja de seguro social, el MINSA, el sector privado y el sector informal.

No hay coordinación entre las instituciones de salud dándose duplicidad de funciones. Y esta misma crea inequidad entre los dos tipos de pacientes.

Falta de una atención programada de la población discapacitada, no se cuenta con un padrón ni se aplica una normativa para la atención de esta población vulnerable, los centros sólo están habilitados con rampas, pero no se han realizado las adecuaciones en otras partes de las infra estructuras

CENTRO DE SALUD BUENA VISTA						
Nº	PROVINCIA	DISTRITO	CORREGIMIENTO	COMUNIDAD	VIVIENDAS CENSO 2010	POBLACIÓN CENSO 2010
1	COLON	COLON	BUENA VISTA	ALTO DE LA GLORIA No.2	43	140
2				ALTO LA GLORIA	26	87
3				BARRIADA NUEVA ESPERANZA No.1	32	131
4				BARRIADA NUEVA ESPERANZA No.2	40	141
5				BUENA VISTA	1,121	4,077

6				CAMPO ALEGRE	94	371
7				DOS RIOS	106	418
8				EL BOSQUE	16	59
9				EL GIRAL	413	1,522
10				EL VALLE DEL GIRAL	63	254
11				LA COCLESANA	38	147
12				LA LOMA DE LA GLORIA	2	5
13				LAS COLINAS O LAS AMAZONAS	31	105
14				LAS TABLITAS	50	179
15				LOS LOTES DE BUENA VISTA	82	342
16				PEÑAS BLANCAS	114	439
17				PUEBLO GRANDE O ENTRADA DE SARDINILLA	231	843
18				QUEBRADA ANCHA (P)	24	114
19				QUEBRADA BONITA	87	305
20				QUEBRADA BONITA ADENTRO	526	2,229
21				QUEBRADA BONITA ARRIBA	4	14
22				RINCON CALIENTE	3	16
23				RIO DUQUE	358	1,374

CENTRO DE SALUD BUENA VISTA						
N°	PROVINCIA	DISTRITO	CORREGIMIENTO	COMUNIDAD	VIVIENDAS CENSO 2010	POBLACIÓN CENSO 2010
23	COLON	COLON	BUENA VISTA	RIO DUQUE	358	1,374
24				RIO GATUN	2	2
25			LIMON	AGUAS CLARAS	48	192
26				BELLA VISTA	6	30
27				CARTAGENITA (P)	49	187
28				CERRO AZUL	3	8
29				EL VALLE DE QUEBRADA ANCHA	58	204
30				EMBERÁ QUERÁ (P)	11	48

31				GATUN O RIO GATUN (P) (CABECERA)	411	1,679
32				QUEBRADA ANCHA	120	454
33				QUEBRADA ANCHA ARRIBA	26	84
34				QUEBRADA NORBERTO	4	11
35				RÍO DEL JOBO (P)	10	26
36				VILLA LIMON	180	705
37			NUEVA PROVIDENCIA	NUEVA ITALIA (P)	700	2,604
38				NUEVA PROVIDENCIA (P)	133	548
39			SAN JUAN	BARRIADA JUAN DEMOSTENES AROSEMENA (P)	1,932	7,589
40				CAMPANA (P)	11	43
41				EL TECAL	21	67
42				GATUNCILLO	1,257	4,605
43				ISLA VERDE (P)	11	33
44				MADROÑAL (P)	1	5
45				NUEVO SAN JUAN	384	1,494
46				NUEVO VIGIA (P)	615	2,380
47				QUEBRADA ANCHA (P)	14	53
48			SANTA ROSA	AGUAS CLARAS (P)	24	88
49				GUAYABALITO (P)	31	116
50				SANTA ROSA (P)	49	161
TOTAL	1	1	5	50	9,615	36,728

CENTRO DE SALUD ESCOBAL

N°	PROVINCIA	DISTRITO	CORREGI MIENTO	COMUNIDAD	VIVIENDAS CENSO 2010	POBLACIÓN CENSO 2010
1	COLON	COLON	CIRICITO	CAÑA BRAVA (P)	63	305
2				CAÑA BRAVA No.1	9	39
3				CAÑO DE VIVIANO	4	6
4				CAÑO QUEBRADO ARRIBA (P)	11	49
5				CHORRILLO (P)	170	705

6				CIRICITO	27	91
7				CUIPO (P)	92	396
8				FRENTE DE CIRICITO (P)	16	57
9				LOS CEDROS DEL LAGO	20	67
10				MARAÑONCITO	30	148
11				NUEVA AMÉRICA	46	188
12				NUEVO CIRICITO	17	67
13				NUEVO PORVENIR	27	107
14				PABLÓN	9	29
15			CRISTOBAL	ESCOBAL (P)	35	158
16				LOMA FLORES	268	1,169
17			ESCOBAL	CAÑO QUEBRADO (P)	18	64
18				ESCOBAL (P)	483	1,936
19				LA ESTRELLA	6	13
20				LA FLORIDAS	4	6
21				LA ULLAMA (P)	10	35
22				LA VALEROSA (P)	1	2
23				LOS NEGROS	4	14
24		CHAGRES	EL GUABO	CAÑO QUEBRADO ABAJO	3	14
25				EL PEPINO (P)	24	110
TOTAL	1	2	4	25	1,397	5,775

CENTRO DE SALUD ICALAL

N°	PROVINCIA	DISTRITO	CORREGIMIENTO	COMUNIDAD	VIVIENDAS CENSO 2010	POBLACIÓN CENSO 2010
1	COLON	CHAGRES	LA ENCANTADA	EL ASTILLERO	5	20
2				QUEBRADA CRUZ	2	3
3				VENTURA O LA CAÑAZA (P)	6	33
4			SALUD	ICACAL	106	486
5				JIMENEZ (P)	3	11
6				LOS CAMARONES	34	129
7				PUNTA MARGARITA	9	44
8				SALSIPUEDES	28	101
9				SALUD	73	286
10				VEN ACA	2	4

11		DONOSO	RIO INDIO	BRISAS DEL MAR	11	38
12				CASTILLITO	6	24
13				CERRO PELAO (P)	5	19
14				CHARCON (P)	4	10
15				CHILAR (P)	11	37
16				EL GUASIMO	10	43
17				EL JOBITO (P)	5	17
18				LA MONTAÑUELA	1	7
19				LOMA DE PILONCITO O ALTO PILONCITO	1	4
20				MI CAMPO	2	14
21				PILON (P)	7	27
TOTAL	1	2	3	21	331	1,357

CENTRO DE SALUD JUVENTINA M. SARDINILLA						
N°	PROVINCIA	DISTRITO	CORREGIMIENTO	COMUNIDAD	VIVIENDAS CENSO 2010	POBLACIÓN CENSO 2010
1	COLON	COLON	BUENA VISTA	LOS PLAYONES	23	86
2				PUEBLO GRANDE No.2	83	340
3				SARDINILLA (P)	1	4
4			SALAMANCA	CABECERA DE GATUNCILLO	3	12
5				COROZAL	11	43
6				EL PELIGRO	1	2
7				GATUNCILLO ARRIBA	7	20
8				NUEVO OCU	118	470
9				NUEVO PARAISO (P)	173	663
10				NUEVO SAN JOSE	83	336
11				PUEBLO VIEJO (P)	2	15
12				SALAMANCA (P)	162	598
13				SARDINILLA (P)	128	487
TOTAL	1	1	2	13	795	3,076

CENTRO DE SALUD PATRICIA DUNCAN						
N°	PROVINCIA	DISTRITO	CORREGIMIENTO	COMUNIDAD	VIVIENDAS CENSO 2010	POBLACIÓN CENSO 2010
1	COLON	COLON	BARRIO NORTE	BARRIO NORTE	6,650	20,579
TOTAL	1	1	1	1	6,650	20,579

POLICENTRO DE SALUD DR. JUAN A. NÚÑEZ						
N°	PROVINCIA	DISTRITO	CORREGIMIENTO	COMUNIDAD	VIVIENDAS CENSO 2010	POBLACIÓN CENSO 2010
1	COLON	COLON	BARRIO SUR	BARRIO SUR	4,462,	14,076
TOTAL	1	1	1	1	4,462	14,076

CENTRO DE SALUD MIGUEL DE LA BORDA						
N°	PROVINCIA	DISTRITO	CORREGIMIENTO	COMUNIDAD	VIVIENDAS CENSO 2010	POBLACIÓN CENSO 2010
1	COLON	DONOSO	MIGUEL DE LA BORDA (CABECERA)	BATEALES	2	6
2				BOQUILLA DEL MANGO	1	2
3				CIÉNEGA	2	7
4				DIEGO	44	209
5				EL NAZARET O EL CALABAZO	11	42
6				EL TALLO	6	18
7				LOS LAURELES No.1	1	3
8				LOS LAURELES No.2	1	1
9				MANSUETO	4	16
10				MIGUEL DE LA BORDA	123	523
11				NUEVO COPE	8	26
12				NUEVO SAN JUAN	2	7
13				NUEVO VERAGUAS	33	135
14				COCLE DEL NORTE	DEL	BELORIZAL No.1 (P)

15			EL GUASIMO	CERRO DE LA ULLAMA	1	1
16				CERRO VIEJO	3	10
17				EL RESUMIDERO	1	10
18				EL TORNO DEL JOBO	2	3
19				LA BOCA DEL GUASIMO	43	184
20				LA COCA	1	3
21				LA MANTEQUILLA	2	10
22				LA PATRIOTA	2	15
23				LA PATRIOTA ARRIBA	6	27
24				LA TEJA	4	27
25			GOBEA	BAMBITO	4	14
26				GOBEA	92	339
27	VERAGUAS	SANTA FE	CALOVEBORA	BOCA DE RIO SANTIAGUITO	5	47
28				CALETA	2	13
29				CALETA N°2	4	31
30				CALLE LARGA	3	23

CENTRO DE SALUD NOMBRE DE DIOS						
N°	PROVINCIA	DISTRITO	CORREGIMIENTO	COMUNIDAD	VIVIENDAS CENSO 2010	POBLACIÓN CENSO 2010
1	COLON	SANTA ISABEL	CUANGO	CUANGO (P)	87	407
2				MOCOSO	3	9
3				QUEBRADA LA PITA	1	3
4				RÍO SAN JOSE	1	8
5				SAN JUAN	5	15
6			NOMBRE DE DIOS	AGUA MUERTA	1	2
7				LOS MONOS	1	1
8				LOS OLIVOS	2	3
9				NOMBRE DE DIOS	249	872
10			VIENTO FRIO	EL CRUCE	16	43
11				PICY O EL MARAÑON	10	22

12				VIENTO FRIO	107	387
TOTAL	1	1	3	12	483	1,772

CENTRO DE SALUD PALMAS BELLAS

N°	PROVINCIA	DISTRITO	CORREGI MIENTO	COMUNIDAD	VIVIENDAS CENSO 2010	POBLACIÓN CENSO 2010			
1	COLON	CHAGRES	NUEVO CHAGRES (CABECERA)	NUEVO CHAGRES	114	410			
2				PUNTA GRANDE O PUNTA DEL MEDIO	17	89			
3			PALMAS BELLAS	JIMENEZ (P)	JIMENEZ (P)	4	25		
4					JIMENITO	2	12		
5					LA LOMA EL PANAMA	22	99		
6					LAS MARGARITAS	8	34		
7					LOS ALGARROBOS	1	1		
8					MATEO	41	178		
9					MATEO ARRIBA	2	16		
10					PALMAS BELLAS	319	1,337		
11					PIÑA	EL ENCANTO	EL ENCANTO	1	1
12							LAS NUBES	4	15
13			PIÑA (P)	109			415		
14			PUNTA DEL MEDIO	10			51		
15			TARASCON	23			96		
TOTAL	1	1	3	15	677	2,779			

CENTRO DE SALUD PORTOBELO

N°	PROVINCIA	DISTRITO	CORREGI MIENTO	COMUNIDAD	VIVIENDAS CENSO 2010	POBLACIÓN CENSO 2010
1	COLON	PORTO BELO	PORTOBELO (CABECERA)	AL OTRO LADO	6	15
2				ALTOS DE LA CRUZ	30	202
3				BUENAVENTURA	92	378

4				CAN CAN	15	63
5				CASCAJAL	2	2
6				EL GUANCHE	73	287
7				IGUANITA	39	152
8				ISLA DEL PADRE	1	3
9				LA ESCUCHA	32	124
10				LANGOSTA O PLAYA LANGOSTA	38	165
11				MARCO ANTONIO	2	5
12				MARIA SOTO	39	188
13				MECHI	56	255
14				NUEVO TONOSI	168	575
15				PORTOBELLO	366	1,393
16				PUERTO FRANCES	3	4
17				PUNTA GORDA	14	50
18				RESIDENCIAL SAN MARINO	13	40
19				RIO BONITO	1	1
20				RIO GUANCHE	2	5
21				RIO PIEDRA NO.2 (P)	1	5
22				RIO PIEDRA No.1	123	538
23				VALLE DE LA MEDIA LUNA	13	60
24			GARROTE	SAN ANTONIO (P)	35	129
25			MARIA CHIQUITA	COCO SOLO	65	275
26				EL ASERRIO	6	19
27				EL PORTETE	14	66
28				LAS MERCEDES O VILLA LAURA	91	367
29				LAS MERCEDITAS	82	352
30				MARIA CHIQUITA	371	1,268
31				RIO BRAZO CHICO	2	4

CENTRO DE SALUD PORTOBELLO						
N°	PROVINCIA	DISTRITO	CORREGIMIENTO	COMUNIDAD	VIVIENDAS CENSO 2010	POBLACIÓN CENSO 2010
32	COLON	PORTOBELLO	MARIA CHIQUITA	RIO MADRE VIEJA	4	21
33				RIO MANGA INDIO O MANGA INDIO	6	13

34				RIO PIEDRA No.2 (P)	7	27
35				SIERRA LLORONA (P)	2	3
TOTAL	1	1	3	35	1,814	7,054

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

Es un conjunto de prestaciones que se le brinda a la población y que se encuentra bajo la responsabilidad de cada instalación y por ende bajo la región de salud. Responde a las necesidades a las que son susceptibles las comunidades y deben ser atendidas en el primer nivel de atención.

No hemos incluido los servicios de manera exhaustiva sino que la instalación de salud de red fija e itinerante trabaja según las normas del MINSA contenidas en guías y protocolos que definen los alcances de cada una de las 15 actividades que la componen. Sus actividades comprenden servicios dirigidos a individuos, familias y grupos organizados de la comunidad y están enmarcadas en las tres (3) modalidades de atención establecidas por el MINSA (promoción, prevención y atención). Contiene intervenciones básicas, enfocadas en el objetivo de garantizar un buen estado de salud en las comunidades.

10. Presentar la cartera de servicios que ofrece la región para la red fija, por instalación y para la red itinerante? Cuál es el costo de los productos incluidos en la cartera de servicio?

Red fija:

Servicios de promoción de salud

1. Saneamiento ambiental.

Comprende las siguientes actividades:

- El diagnóstico y control de factores de riesgo en las viviendas, relacionados con la calidad de agua y las fuentes, la disposición de excretas y la disposición de la basura.
- Identificación de factores de riesgos en las viviendas

2. Educación para la salud.

Comprende las siguientes actividades:

- Promoción de las inmunizaciones
- Promoción de los controles de salud en menores de 59 meses
- Promoción de los controles prenatales
- Promoción de los controles puerperales
- Promoción de la lactancia materna
- Promoción de la salud bucal
- Identificación de signos de alarma por IRA's, EDA's y embarazos de alto riesgo.

3. Educación sobre alimentación y nutrición.

Comprende las siguientes actividades:

- Consejería individualizada a la niñez menor de 24 meses
- Consejería individualizada a embarazadas
- Visita domiciliar a niños y niñas menores de 24 meses con problemas de alimentación y cuidados de salud
- Educación sobre alimentación apropiada para el/la menor de 59 meses
- Educación sobre alimentación y nutrición a embarazadas, puerperas y madres lactantes

4. Organización y capacitación para la participación comunitaria.

Comprende las siguientes actividades:

- Organización y capacitación de Comités de Salud y Juntas Administradoras de Acueducto Rural (JAAR's) nuevas o inactivas
- Capacitación a los Comités de Salud y Juntas Administradoras de Acueducto Rural (JAAR's) en comunidades donde existan.
- Identificación y capacitación de los promotores de salud de acuerdo al Manual de Promotores.
- Identificación y capacitación de monitoras comunitarias
- Reuniones grupales con las madres de niños/as menores de 24 meses
- Reunión comunitaria con los líderes y autoridades
- Encuesta alimentaria de la niñez menor de 24 meses

Servicios de prevención de salud

5. Inmunizaciones

6. Control prenatal, educación y orientación a la mujer embarazada y referencia para la atención institucional del parto

7. Control de crecimiento y desarrollo en menores de 59 meses, control de escolar, adolescente y adulto.

8. Control puerperal

9. Atención integral para las mujeres en edad fértil.

Comprende las siguientes actividades:

- Toma de muestra de Papanicolaou a mujeres de 15 años y más, con vida sexual activa o a partir de los 20 años sin inicio de vida sexual activa.
- Examen de mamas
- 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 con vida sexual activa.

10. Monitoreo del crecimiento a nivel comunitario

- Monitoreo de la tendencia de crecimiento en la niñez menor de 24 meses y embarazadas
- Referencia de niños menores de 24 meses y embarazadas

Servicios de atención de salud

11. Atención a la morbilidad

- Atención de las morbilidades agudas como IRA's, EDA's, enfermedades infectocontagiosas de la piel y otras.
- Atención de enfermedades inmunoprevenibles
- Seguimiento y controles de salud a pacientes con enfermedades crónicas
- Atención primaria de las urgencias
- Atención de morbilidad general

12. Distribución de complemento alimentario a niños menores de 6 a 59 meses en riesgo nutricional, con desnutrición moderada y severa, embarazadas y puérperas de bajo peso

13. Atención al déficit de micronutrientes menores de 59 meses, escolares, MEF, embarazadas y puérperas.

14. Captación de sintomáticos respiratorios y referencias de personas afectadas por tuberculosis.

15. Diagnóstico y control de la Malaria y la Leishmaniasis

Red Itinerante:

Servicios de promoción de salud

16. Saneamiento ambiental.

Comprende las siguientes actividades:

- El diagnóstico y control de factores de riesgo en las viviendas, relacionados con la calidad de agua y las fuentes, la disposición de excretas y la disposición de la basura.
- Identificación de factores de riesgos en las viviendas

17. Educación para la salud.

Comprende las siguientes actividades:

- Promoción de las inmunizaciones
- Promoción de los controles de salud en menores de 59 meses
- Promoción de los controles prenatales
- Promoción de los controles puerperales
- Promoción de la lactancia materna
- Promoción de la salud bucal
- Identificación de signos de alarma por IRA's, EDA's y embarazos de alto riesgo.

18. Educación sobre alimentación y nutrición.

Comprende las siguientes actividades:

- Consejería individualizada a la niñez menor de 24 meses
- Consejería individualizada a embarazadas
- Visita domiciliar a niños y niñas menores de 24 meses con problemas de alimentación y cuidados de salud
- Educación sobre alimentación apropiada para el/la menor de 59 meses
- Educación sobre alimentación y nutrición a embarazadas, púerperas y madres lactantes

19. Organización y capacitación para la participación comunitaria.

Comprende las siguientes actividades:

- Organización y capacitación de Comités de Salud y Juntas Administradoras de Acueducto Rural (JAAR's) nuevas o inactivas
- Capacitación a los Comités de Salud y Juntas Administradoras de Acueducto Rural (JAAR's) en comunidades donde existan.
- Identificación y capacitación de los promotores de salud de acuerdo al Manual de Promotores.
- Identificación y capacitación de monitoras comunitarias
- Reuniones grupales con las madres de niños/as menores de 24 meses
- Reunión comunitaria con los líderes y autoridades
- Encuesta alimentaria de la niñez menor de 24 meses

Servicios de prevención de salud

20. Inmunizaciones

21. Control prenatal, educación y orientación a la mujer embarazada y referencia para la atención institucional del parto

22. Control de crecimiento y desarrollo en menores de 59 meses, control de escolar, adolescente y adulto.

23. Control puerperal

24. Atención integral para las mujeres en edad fértil.

Comprende las siguientes actividades:

- Toma de muestra de Papanicolaou a mujeres de 15 años y más, con vida sexual activa o a partir de los 20 años sin inicio de vida sexual activa.

<ul style="list-style-type: none"> - Examen de mamas - 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 con vida sexual activa.
<p>25. Monitoreo del crecimiento a nivel comunitario</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitoreo de la tendencia de crecimiento en la niñez menor de 24 meses y embarazadas - Referencia de niños menores de 24 meses y embarazadas
<p><u>Servicios de atención de salud</u></p>
<p>26. Atención a la morbilidad</p> <ul style="list-style-type: none"> - Atención de las morbilidades agudas como IRA's, EDA's, enfermedades infectocontagiosas de la piel y otras. - Atención de enfermedades inmunoprevenibles - Seguimiento y controles de salud a pacientes con enfermedades crónicas - Atención primaria de las urgencias - Atención de morbilidad general
<p>27. Distribución de complemento alimentario a niños menores de 6 a 59 meses en riesgo nutricional, con desnutrición moderada y severa, embarazadas y puérperas de bajo peso</p>
<p>28. Atención al déficit de micronutrientes menores de 59 meses, escolares, MEF, embarazadas y puérperas.</p>
<p>29. Captación de sintomáticos respiratorios y referencias de personas afectadas por tuberculosis.</p>
<p>30. Diagnóstico y control de la Malaria y la Leishmaniasis</p>

En el Complejo Hospitalario Dr. Manuel Amador Guerrero, se ofrecen los servicios de urgencias y hospitalización de pacientes.

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

La cartera de servicio en la red itinerante no se cobra a los beneficiarios pues es gratuita y priorizada a los grupos protegidos por la ley de gratuidad (menores de 5 años, discapacitados y embarazadas); aunque se extiende más allá a los adultos con enfermedades crónicas y a la atención de las morbilidades encontradas aunque esta no es su prioridad.

12. Existen y se aplican protocolos de atención?

La metodología para la elaboración de los protocolos ha sido: revisión de las normas establecidas en el MINSA, reuniones técnicas con los responsables de programas del MINSA, revisiones con personal con experiencia en el trabajo de campo, y ajustes a la factibilidad real en las zonas rurales de difícil acceso.

13. Cada qué tiempo se revisan los protocolo de atención?

En la red itinerante y fija se entregaron junto con el reglamento operativo los protocolos que responden a las normas de atención a la población del MINSA, pero no poseemos información de quienes la elaboran ni quienes la revisan o cada cuanto tiempo son revisadas.

14. Cómo se articulan la red formal pública y la privada?

No hay articulación formal excepto en los casos de enfermedades de notificación obligatoria donde las instalaciones privadas deben reportar al MINSA las mismas, sin embargo no hay un monitoreo que fortalezca esta interacción.

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

Si, X.

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

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

Los mecanismos con que funciona el SURCO, es el uso correcto del formulario validado y revisado, por el cual desde un nivel de menor complejidad se refiere a uno de mayor complejidad al paciente con la finalidad de que retorne, resolver morbilidades y manejos, que posteriormente puedan continuar control en el nivel primario, gracias a la contra referencia; donde el especialista especifique el tratamiento y el monitoreo que requiere cada paciente.

El sistema cuando se realiza, es efectivo, porque permite en la mayoría de las morbilidades, ahorrar tiempo al paciente ya que continúa tratamiento supervisado en el primer nivel de atención. Y se descongestiona el tercer y segundo nivel de atención de tantas citas innecesarias, por medicamentos o recetas, o por controles que se pueden realizar en un nivel primario.

Consideramos que la dificultad se encuentra en la respuesta. También en la utilización del formato completo porque nada más en la CSS se utiliza una sola hoja, porque ellos dicen que los formularios son pocos y que para cumplir la referencia optimiza y solo usan una y además dependen del MINSA para la reproducción del documento cuando ellos pueden también reproducirla.

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

En todas las instalaciones del MINSA, en Colón se utiliza sistemáticamente el formulario de SURCO de manera correcta.

El marco legal del surco es: LEY N° 68 DEL 20 DE NOV. 2003

RESOLUCIÓN MINISTERIAL N° 422 del 9 de dic. 2003 Que regula el (SURCO) Sistema Unico de Referencia y Contra referencia.

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

La principal dificultad en el funcionamiento del SURCO en la región, ha sido la falta de implementación del mismo por parte de las autoridades Institucionales de la CSS, quienes son los responsables del segundo nivel de atención, ya que cuentan con el Hospital Amador Guerrero, y la Policlínica Hugo Spadafora. Estas son las instalaciones hacia donde refieren nuestros centros de salud, de donde solo responden un “2%” las contra referencias. Consideramos que el espacio del interlineado es insuficiente para plasmar adecuadamente las anotaciones requeridas. La actitud del funcionario para devolver la contra referencia.

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

Todos los Centros de Salud de la provincia de Colón cuentan con adecuaciones específicas para la población con discapacidad.

21. Existen en su región los centros reintegra?

El Centro de Rehabilitación Integral de la Provincia de Colón se encuentra ubicado en carretera transistmica, corregimiento de Cristóbal, frente a la Policlínica Dr. Hugo Spadafora de la CSS.

22. ¿Cómo se están fortaleciendo los sistemas de referencia y contra referencia de pacientes entre los niveles de atención? Si es así ¿Cómo? A qué modelo de atención responden?

El fortalecimiento a nivel del MINSA es que a todos los funcionarios que ingresan al sistema se incluye el SURCO dentro de la inducción. No se utiliza ningún otro formulario.

Bolsones desprotegidos

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

En todos lados hay, pero principalmente se presenta en los distritos de Santa Isabel y Donoso .

2. Cuáles son los principales riesgos que los afectan?

Distrito de Donoso:

- algunos de padres de familia no son responsables en cumplir
 - con sus citas previas de vacunación.
- factores económicos y áreas de difícil acceso
- rrhh con multiplex funciones en diferentes programas MINSA.
- la cobertura y la calidad de la atención se encuentran limitadas por la insuficiente dotación del recurso humano de enfermería.(una sola enfermera) MINSA.
- falta de transporte oportuno y permanente en las instalaciones de salud.
- desarrollo de actividades paralelas a las acciones intensivas de vacunación
- accesibilidad la mayoría de los corregimientos son por transporte acuático y caballos. permanente
- se realizan muy pocas visitas domiciliarias
 - para buscar inasistentes.

3. Cómo están las coberturas de vacunación contra el DPT, Polio, Hexavalente, en los menores de un año, contra el Sarampión en los niños de 1-4 años y contra el Tétanos en las mujeres en edad fértil en esos bolsones desprotegidos?. Cómo están las coberturas de vacunación contra el VPH en niñas adolescentes?

**Cobertura de las Principales vacunas por distrito , Colón Rep. de Panamá .
Enero a diciembre del 2016 .**

Distrito	Polio Hexavalente %	Sarampión %	VPH %	Tétano mujeres en edad fértil %
Colón	64.12	73	33.5	3.32
Chagres	108	125	23.87	18.07
Donoso	30.43	51	13.93	5.75
Portobelo	82.46	111	47.57	7.61
Santa Isabel	47.56	88	45.07	3.93

Recursos humanos

1. ¿Cuáles han sido los principales cambios introducidos en la planificación y la gestión de los recursos humanos (por ejemplo en el reclutamiento, la asignación a puestos de trabajo, el número de trabajadores, los mecanismos de redistribución, el despido u otros)?

El gobierno actual no ha realizado despidos.

Los principales cambios introducidos en estos puntos son: Se ha implementado y orientado a las oficinas institucionales de recursos regionales en los procesos de gestión de los subsistemas de reclutamiento, selección, evaluación, clasificación, retribución, trámites de registro y control y otros aspectos de administración de personal en el marco de las políticas de descentralización.

Se ha llegado a un consenso de validar los modelos de gestión descentralizada de recurso humano integral y participativo hacia el incremento de los principios de eficiencia, eficacia, calidad y equidad.

En la asignación a puestos de trabajo hay personal que se está jubilando o renuncian y no están siendo reemplazados y esto conlleva también a que el personal no este fijo en una instalación sino que se rote para cumplir con las múltiples necesidades de la población.

En cuanto al número de trabajadores en todos los departamentos e instalaciones hay escasez de personal. Debe ser acorde al servicio que se presta para ofrecer una atención de calidad. Como ejemplo tenemos el caso del departamento de mantenimiento del MINSA que cuenta solo con 6 unidades a los que les corresponde atender 69 instalaciones de salud a nivel provincial.

Mecanismos de redistribución no va acorde con la necesidad de la población pues no hay personal suficiente para dar la debida atención.

Muchas veces nombran personal en esos que no están calificados para las funciones y mucho menos cumplen con el perfil que necesita para el cargo que va a desempeñar y en el aspecto gremial se toman represalias contra los dirigentes gremiales por defender los derechos de los agremiados.

**2. ¿Cómo se capacitan los recursos que sirven en la red informal de salud (parteras, curadores y otros)?
¿Quién ejecuta esta actividad y quien la supervisa?**

No existen actualmente parteras empíricas en la Región de Salud de Colón. No tenemos sistematizados como MINSA esta información, los conocimientos que se tienen son informales por medio de los promotores de salud comunitarios voluntarios. Informalmente se conoce la existencia de curanderas en Miguel de la Borda, Nombre de Dios, Portobelo, Ciudad Centro y Cativá.

3. ¿Cómo se actualizan las competencias técnico-administrativas y clínicas del personal de salud, sus horas semanales asignadas en las actividades clínico-asistenciales, administrativas, docencias, capacitación, urgencias, de promoción y prevención, visitas comunitarias, giras de salud y otras?

Se actualizan a través de la capacitación continua del Recurso humano y cada disciplina tiene un cronograma de educación de servicio de acuerdo a la necesidad de su servicio cada dos meses. También se realizan capacitaciones de acuerdo a las disposiciones del nivel nacional y epidemiológico del país. Existen deficiencias en cuanto a las actualizaciones y docencias sobre todo a nivel administrativo en donde incluso llevan años sin recibir alguna capacitación o docencia. A nivel de gremios de salud si se realizan seminarios y congresos anuales, hay departamentos que realizan docencias semanales de 1 o 2 horas a la semana sin embargo, sigue habiendo deficiencias en donde las asignaciones son pocas y no se llega muchas veces a actualizar a todo el personal

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

Cada nivel local realiza su diagnóstico de salud y priorización de problemas, la debilidad la encontramos en la supervisión. el equipo de salud participa por medio de los representantes de los diferentes gremios.

5. ¿Cómo determina el equipo de salud los costos de la atención sanitaria? ¿Cuáles son las actividades con mayor peso en la definición de estos costos?

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

MINSA: Se dan casos en que los Directores o Administradores han implementado los costos reales en algunos servicios, ya sea porque no se daba este servicio y se aprovecha o se ajusta la tarifa vigente. Es potestad de cada Director Regional, con el aval del Ministro de Salud.

CSS: responde que si

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

SI

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

Sí X

Universidad de Panamá y UDELAS, pero el proceso interno el MINSA los desconoce, aunque MINSA participa en el análisis de la necesidad de recurso. Hasta ahora la Universidad Regional de Colón prepara profesionales de salud de enfermería y técnicos en farmacia sin embargo no se da la formación de profesionales de salud en las otras ramas y tampoco existen universidades regionales donde se puedan estudiar diplomados, maestrías o postgrados para que el personal se mantenga actualizado.

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

Hay gremios que tienen cambios de categoría (Técnicos) y la parte administrativa también actualmente reciben cambio de categoría acorde a la antigüedad pero una gran parte es acorde a decisiones políticas. La relación de ingresos en el sector salud es inversamente proporcional o sea muy baja pues no está acorde con la calificación, años de estudio a nivel universitario, capacidad, trabajo que se realiza, múltiples funciones asignadas entre otras cosas.

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

En la actualidad se ha dado mejoras en el salario de varios gremios unos más que otros, haciéndolo competitivo con el sector privado. Todavía las condiciones laborales y la asignación de funciones en el sector privado la hacen atrayente.

Recurso Humanos y Desarrollo de la Fuerza Laboral

Disminución del recurso humano en todas las disciplinas desde el año 2009 al año 2014.

Se han jubilado personal sin ser reemplazados.

Renuncia de profesionales por mejores ofertas de trabajo (ya sean salariales, condiciones laborales, infraestructuras, equipos, horarios y estabilidad laboral) siendo nuestra mayor competencia la CSS y el sector privado.

Recurso humano técnico por contrato que no se renuevan.

Falta de personal formado.

La información sobre la cantidad de recursos humanos y su distribución geográfica en la provincia sólo está disponible para el sector público; donde la mayor cantidad de recursos se encuentran condensados en la zona urbana.

Se aúna a esta escasez de personal, el hecho de que en la provincia no se está formando más recursos en el área de salud; ya sea a que acudan a las universidades en la capital para su formación profesional y/o técnica, o que tengan una oferta interna en la provincia donde tenemos 5 extensiones universitarias, sólo dos ofrecen preparación en licenciaturas y técnicos en el área de la salud las cuales no corresponden con la demanda necesarias

Los procesos de selección, reclutamiento y asignación de lugar de trabajo o de funciones no son objetivos; influyen muchos factores que no tienen nada que ver con la preparación, actitudes o aptitudes del personal

No hay por parte de la institución un interés en apoyar la educación continua; ni se incentiva al personal que por sus medios se capacita. No sólo con el hecho de mejor remuneración económica sino de asignación de funciones acordes con sus estudios.

MÉDICOS(AS), ENFERMERAS(OS) Y ODONTÓLOGOS(AS) EN LAS INSTALACIONES DE SALUD DE LA REPÚBLICA: MARZO DE 2009-12 Y 2013, SEGÚN CIUDADES DE PANAMÁ Y COLÓN, PROVINCIA

Año, ciudad, provincia y comarca indígena	Médicos(as)		Enfermeras(os)		Odontólogos(as)	
	Número	Habitantes por médico(a) (1)	Número	Habitantes por enfermera(o) (1)	Número	Habitantes por odontólogo(a) (1)
2009	4,686	768	4,317	834	1,032	3,488
2010	5,121	715	4,453	822	1,091	3,356
2011	5,551	671	4,744	785	1,114	3,343
2012	6,025	629	5,138	737	1,232	3,074
2013 (P)	6,068	635	5,158	747	1,208	3,188
Ciudad de Panamá	3,276	141	2,262	204	473	976
Ciudad de Colón	132	289	131	291	20	1,909
Colón	223	1,202	219	1,224	48	5,583

(1) Con base en la estimación de la población total, al 1 de julio del año respectivo.

Fuente: Instalaciones de salud que funcionan en la República de Panamá.

Las nuevas ideas no son tomadas en cuenta; sólo se toman en cuenta lo que un grupo privilegiado pueda pensar que es correcto, de otra manera no hay cabida para los cambios o no son apoyados.

Número de médicos, enfermeras y odontólogos por habitantes de la ciudad y Provincia de Colón

Ciudad y Provincia	Médicos (as)		Enfermeras (os)		Odontólogos (as)	
	Número	Habitantes por médico (a)	Número	Habitantes por enfermera (o)	Número	Habitantes por odontólogo (a)
Ciudad de Colón	101	423	144	297	15	2,851
Provincia de Colón	196	1,323	221	1,173	39	6,650

Fuente: INEC

Recurso Humano (Inspectores de Saneamiento Ambiental) para la vigilancia Preventiva de la Salud a la Población y al Ambiente en Colón

Actualmente la Provincia de Colon cuenta con 23 inspectores técnicos de Saneamiento Ambiental 11 están en once instalaciones de Salud y 12 están realizando la vigilancia Sanitaria en los recintos portuarios (Sanidad Marítima) en turnos Rotativos 24/7 de los cuales el 60% está arriba de los 50 años y un 39% está por debajo de los <50 años lo cual debemos cumplir con la política del Relevo generacional.

De acuerdo al censo de población y vivienda del año 2010 la provincia tiene una población de 241 948 habitantes y **63 502 viviendas** el cual aplicamos como cobertura que por cada **2000 vivienda debe contar con un inspector** indicando que tenemos un déficit de 48 Inspectores de SANEAMIENTO Ambiental, de los cuales 32 cubrirían las instalaciones que tienen déficit de inspectores como lo son la Policlínica de Nvo. San Juan, Buena Vista, Cuipo, Policentro Juan A. Nuñez, Policlínica Hugo Spadafora, Policlínica de Sabanitas, Miguel de La Borda y 16 Inspectores de Saneamiento Ambiental que cubrirán los recintos Portuarios, Aeropuerto, Puerto de las Mineras Petaquilla Gold y Minera Panamá, Secciones de Planos y Evaluación de Estudios de Impacto Ambiental, programas adoptados por convenios internacionales como la Ley Tabaco, Ozono (Sustancias agotadoras de la capa de oxígeno), Basilea, Estocolmo y la continua Migración, el Crecimiento demográfico , e invasiones de globos de terrenos por parte de la Población y Nuevas Barriadas así las afuera de la ciudad.

Además, no se cuenta con transporte y equipo de monitoreo Ambientales para el levantamiento de las Auditorías Ambientales de los establecimientos de Interés Sanitario para determinar el grado de afectación a la salud ocupacional y al ambiente.

Insumos Sanitarios y Sistema De Abastecimiento y Suministro

- 1. ¿Cuál es el número de farmacias funcionando? ¿Cuántas son farmacias comunitarias? ¿Quién y Cómo se administran estas últimas?.**

Hay 10 farmacias de MINSA, en CSS 5 farmacias y 47 farmacias comunitarias funcionando.

Todas las farmacias para que puedan abrirse necesita un regente farmacéutico y estos son los responsables de todo lo que pase en estas.

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

Sí X

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

Sí X

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

Sí X ya salió el preliminar y mandamos nuestras recomendaciones.

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

Sí nos basamos en los cuadernillos.

6. Conoce y utiliza la herramienta LSS/SUMA, para la sistematización de los inventarios de medicamentos, médico quirúrgicos, laboratorios, odontología, imagenología en su almacén regional, hospital regional o instalaciones de mayor capacidad resolutive?

Sí se conoce la herramienta y estamos tratando su implementación.

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

Se ha utilizado algunas veces cuando se ha tenido actualizado.

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

No

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

No

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

Sí ,

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

No pero hay ciertas especialidades que si lo poseen como ginecología y obstetricia .

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

El 100 % de las farmacias privadas cuenta con farmacéutico. Ellos habitualmente se concentran de 4 pm a 12 am y cuando ellos no están son cubiertos por técnicos de farmacia; pero con registro.

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

El 100% de las farmacias de la red pública de servicios de salud (CSS y MINSA) , cuentan con farmaceuta . Su horario es variable en cada instalación.

14. Cuántos laboratorios clínicos, de agua, de alimentos están funcionando?

Tenemos sólo un laboratorio de agua y 2 clínicos.

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

Sí X El Instituto Conmemorativo Gorgas que funge como laboratorio de Salud Pública de referencia nacional.

16. Son uniformes las tarifas de los laboratorios y medicamentos para los usuarios? NO.

Con que criterios se definen esas tarifas? Criterio local.

Existe margen de ganancia para las instalaciones de salud? Cuál es?. NO.

17. Existe un laboratorio de referencia definido para citología?

No X.

18. Cómo se prioriza la adquisición de medicamentos, insumos de odontología, médico quirúrgico, laboratorio e imagenología? Por el consumo.

Se cuenta con una oficina regional dependencia de Farmacia y Drogas, encargada de vigilar que se cumpla con la Ley 1 de medicamentos; tanto en el sector público como privado.

En el sector privado encontramos farmacias inmersas en grandes comercios, como lo son los supermercados son ocho en total y acerca de 30 farmacias como establecimientos comerciales y un hospital privado que alberga una dependencia de una cadena de farmacias. Encontramos también venta de productos medicinales en las tiendas, kioscos y abarroterías, se venden medicamentos no controlados y controlados como antibiótico.

En el sector público, poseemos en el MINSA de 10 farmacias las cuales seis son atendidas por farmacéuticos y cuatros por asistentes de farmacias, contamos con un depósito Regional de medicamentos el cual tiene un Farmacéutico y dos Asistentes de Farmacia administrándolos

En el año 2009 se implementan las políticas de medicamentos y por medio de la comisión Nacional de Medicamentos de Panamá, se han dado avances en la elaboración de una lista nacional de medicamentos esenciales y especializados.

Desde ese mismo año se trabaja en un sistema de abastecimiento y suministros y con la consecuente sistematización de los inventarios a través del programa LSS/Suma.

En nuestra región la implementación del LSS/Suma se ha retrasado en un año su implementación con respecto a las otras; se comenzó desde este año la alimentación del programa que dando pendiente su utilización a cabalidad para el despacho de todos los insumos y el registro del consumo mensual de los insumos sanitarios (solo se realizan en 2 de los 5 tipos de insumos).

Se han realizado una evaluación de los almacenes por el Nivel Nacional y se han presentado dos levantamientos de proyectos para la mejora del área física de los almacenes que han estado limitados por la estructura física y por falta de presupuesto

Gasto anual en insumos médico quirúrgico en la Provincia de Colón, por año.

INSUMO	2010	2011	2012
Medicamento	1,067,405.78	1,315,347.57	1.106, 711.43
G.P.C.M	4.1891	5.1673	4.2852
Laboratorio	153,933.43	133,905.75	229,90930
G.PCL.	0.6041	0.5260	0.8902
Med. Quirúrgico	91945.95	27965608	99397.04
GPC. MQ	0.3608	1.0986	0.3848
Odontología		91,489.52	84,66283
G.PCO.		0.3594	0.3278

Fuente: Elaboración propia

Disposición de insumos y aseguramiento de almacenaje



Fuente: Elaboración propia

Equipo y Tecnología

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

Sí, alrededor del 40%.

Existen en las instalaciones de salud equipos descartados y equipos sin descartar. Como autoclaves de mesa, sillones dentales, nebulizadores, esfigmomanómetros. Actualmente la Región de Salud de Colón no cuenta con lugares específicos para ubicar equipos que están fuera de uso, por lo tanto se encuentran en distintos depósitos de los centros de salud.

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

Si, alrededor del 30%.

- El ultrasonido básico ubicado en el consultorio de ginecología del Policentro Juan Núñez.
- Unidad dental marca credo ubicado en el Centro Integral del Adolescente.
- Autoclaves de mesa ubicadas en los consultorios de odontología de los centros de salud de Patricia Duncan, Buena Vista, Escobal, Icacal y Nombre de Dios. A pesar de que estos equipos ya han cumplido con su vida útil, son equipos reparables ya que todavía cuentan con repuestos.
- Cada centro de salud cuenta con alrededor de 2 a 3 pesas mecánicas que ya han pasado su vida útil actualmente se está en proceso de cambio y algunas de éstas son descartadas trasladadas a puestos de salud cercanos.
- En la mayoría de los consultorios de odontología de los centros de salud cuentan con cavitrones, lámparas de fotocurado y amalgamadores que ya han pasado su vida útil, sin embargo algunos equipos cuentan con repuestos.
- Desfibriladores de Nombre de Dios y las baterías de la mayoría de los equipos ubicados en Buena Vista, Sardinilla, Palmas Bellas que deben ser cambiadas después de dos años según requerimientos de fábrica .

3. Existe algún listado de equipos para su reposición

Sí.

Policentro Juan A. Nuñez	Pesas mecánicas, ultrasonido básico, electrocauterio.
Patricia Duncan	Rayos X periapical/ Pan, amalgamador, nebulizadores de uso doméstico, pesas mecánicas y camillas de examen.
Buena Vista	Cavitrón, rayos X periapical y lámpara de fotocurado .
Sardinilla	Cavitrón , rayos x periapical , amalgamador , nebulizadores de uso doméstico .
Portobelo	Lámpara de fotocurado, compresor, cavitrón, rx periapical, amalgamador, nebulizadores de uso doméstico y camillas de observación.
Nombre de Dios	Autoclave, unidad dental (en excelentes condiciones), cavitron, amalgamador, nebulizadores de uso doméstico incubadoras abiertas neonatales y desfibrilador.

Palmas Bellas	Autoclave y unidad dental (ambos en excelentes condiciones), cavitron, amalgamador, nebulizadores de uso doméstico, incubadoras abiertas neonatales y desfibrilador.
Icacal	Autoclave, cavitron , nebulizadores de uso doméstico y camillas de exámen.
Miquel de la Borda	Amalgamador , cavitron , nebulizadores de uso doméstico y camillas de exámen físico ginecológico .
Escobal	Autoclave , lámpara de fotocurado , nebulizadores de uso doméstico e incubadoras abiertas neonatales.
Centro Integral del adolescente	Cavitron , compresor, unidad dental, lámpara de fotocurado , autoclave y camillas de exámen ginecológico .

No se asigna presupuesto a la región para la compra de equipo médico, ha quedado centralizada, y desde entonces se ha hecho difícil la gestión de los mismos, esta misma situación se da para el mantenimiento de los mismos.

Número de camas por instalación /Número de camas por habitante

Nombre de la Instalación	Institución/No. de camas			
	Total	MINSA	CSS	PRIVADO
No. Total de camas			285	
• SALA 3 NEONATOLOGIA			20	
• SALA 11 PEDIATRIA			24	
• UTI			6	
• SALA 4 PATOLOGIA OBSTETRICA			33	
• SALA DE PUERPERIO			23	
• SALA 5 CIRUGIA MUJERES			36	

• SALA 2 CIRUGIA HOMBRES			46	
• SALA 8 MEDICINA INTERNA HOMBRES			38	
• SALA 1 MEDICINA INTERNA MUJERES			45	
• URGENCIAS			14	
No. de servicios de imagenología		1	1	
• No. De Ultrasonidos		1	2	
• No. De Rayos X		1	2 (4 PORTÁTILES)	
• No. De Panorex		1	0	
• No. De Periapical		1	0	
• No. De CAT			2	
• No. De Mamógrafos		1	0	
• No. De Equipos de resonancias magnéticas			0	
No. de Laboratorios Clínicos			1	
No. de Bancos de Sangre			1	
No. de Farmacias		10	1	
No. de Sillones Dentales Completos Incompletos			2	

En esta misma línea solo contamos con un mamógrafo digital que opera por telemedicina y un aparato de rayos X que tiene ya dos años dañados que opera igual. El porcentaje de retiro de resultados es del 74% por lo que se ha tomado como estrategia llamar a los pacientes para que retiren sus resultados.

Salud bucal

Basado en la Provisión de los Servicios de Salud, el departamento de salud bucal en la Región de colón está comprometido a mejorar y elevar la calidad de la salud bucal de la población. Por tal motivo a través del tiempo hemos incrementado el número de Odontólogos, mas no así el de las TAO (Técnicos en Asistencia Odontológica).

Las condiciones laborales otorgadas por la CSS en relación 1: 1, y las mejores condiciones laborales y salariales, promueven una migración del RRHH.

Desde el año 2010 la población de la Provincia de Colón ha sufrido un incremento del 1% a 2 % cada año, más sin embargo existe una disminución en el número de consultas, debido esto a los severos daños que presentan los equipos odontológicos. La falta de un Biomédico en la Región está afectando seriamente la vida útil de los mismos. A la fecha contamos con 10 Centros de salud, 1 Policentro, cuyos equipos tiene más de 10 años de vida (Plan Korea). Esto ha significado que los mismos ya no funcionan en forma adecuada por consiguiente esto afecta directamente la atención, disminuyendo el número de consultas y el % de pacientes terminados.

A continuación, presentaremos un cuadro de mando actualizado de los años 2010 al 2014 (enero a septiembre), detallado de los indicadores e impactos del Departamento.

MINISTERIO DE SALUD					
DIRECCION GENERAL DE SALUD					
DEPARTAMENTO DE SALUD BUCAL					
INFORME GENERAL POR REGION DE SALUD					
AÑO 2010 - 2011-2012-2013 - 2017					
DATOS GENERALES	2010	2011	2012	2013	2017
	COLON	COLON	COLÓN	COLÓN	COLÓN
Población de responsabilidad	254,552	254,552	258,262	268,002	245,665
N° de instalaciones sanitarias	63	63	63	63	63
N° total de odontólogos	16	19	22	25	23
N° de odontólogos internos	5	5	1	3	4
N° de odontólogos por contrato	0	3	3	0	0
N° de odontólogos permanentes	16	16	18	22	23
N° total de técnicos en asistencia odont.	7	7	10	6	8
N° de técnicos por comité u otro	2	2	1	4	0

N| de técnicos por el MINSA	7	7	9	6	8
N° de técnicos en mantenimiento biomédico	1	0	0	0	0
EQUIPAMIENTO					
N° de sillones	15	15	16	17	16
Completos	7	7	7	9	10
Incompletos	8	8	9	7	6
Rayos X	7	7	7	8	7
Cavitrón	13	13	13	13	10
Puntas de cavitrón	126	126	110	200	105
Esterilizador autoclave	10	10	8	8	8
Esterilizador de calor seco	0	0	2	2	2
Unidad ultrasónica	2	2	2	2	2
Piezas de mano de alta velocidad	79	79	96	100	100
Piezas de mano de baja velocidad	24	24	40	44	44
Amalgamador	12	12	11	11	11
Lámpara de foto curado	14	14	12	12	13
INFRAESTRUCTURA					
N° de consultorios independientes	1	1	1	1	1
N° consultorios sin divisiones	14	14	14	14	14
N° de lavamanos	13	13	13	13	13
Área de Rayos X independiente	2	2	2	2	2

Área de desinfección, limpieza y esterilización	1	1	1	1	2
Área de recepción	1	1	1	1	1
Área de depósito de materiales	1	1	1	1	2
Baños	0	0	0	0	0
INDICADORES DE PROCESO					
ACTIVIDADES					
Total de consultas	35,709	24898	31,374	27,659	24,908
Total de primeras consultas	27,577	20,222	24,724	23,356	19,693
Total de re consultas	8,132	4676	6,650	4,303	5,215
Total de actividades	133,542	97,032	119,129	81,762	74,823
Total de actividades preventivas	107,558	78,104	94,901	68,286	60,039
Total de actividades curativas	25,984	18,928	24,228	13,476	14,784
Total de actividades educativas	178	352	42	700	1867
Total de actividades / investigación	0	4	2	1	2
Total de pacientes terminados	5,209	4,502	5,783	5,886	4,893
Total de horas sillón disponibles	12,515	6,500	19,106	6,393	1,920
INDICADORES DE RENDIMIENTO					
Total de horas sillón trabajadas	16,925	12,624	16,894	13,931	14,118
Promedio de consultas por hora	2.11	2	1.85	2	1.76

Promedio de actividades por hora	7.89	7.7	7.05	6	5.3
Promedio de actividades por consulta	3.73	3.9	3.79	3	3
Total de horas del programa escolar	0	321	766	1,900	1,084
Total de horas administrativas	2,911	1,729	5,123	1,039	1,881
Total de horas de actividades comunitarias	204	204	334	292	157
INDICADORES DE RESULTADO					
Cobertura del Servicio de Salud Bucal	30.6	7.9	12.32	10.32	7.22
Cobertura de 0 a 4 años	16.1	14.2	17.08	51.63	30.71
Cobertura de 5 a 9 años	26.7	22	25.6	49.63	32.85
Cobertura de 10 a 14 años	21.3	14	17.81	58.2	24.18
Cobertura de 15 a 19 años	13.97	11	14.46	17.3	28.23
Cobertura de 20 a 59 años	10.7	7	8.82	24.2	12.86
Cobertura de 60 y más	8.84	6.3	8.04	18.75	14.04
Cobertura de las embarazadas	43.55	36.7	45.17	69.39	37.96
Cobertura de manipuladores de alimentos	17.49	10.1	12.91	100 +	44.65
Cobertura en escolares	46.4	50.1	55.86	28.3	31.74
Impacto 0 a 4 años	40.4	45.3	49.56	75.77	72.12
Impacto 5 a 9 años	14.9	26.1	26.11	22.7	32.05
Impacto 10 a 14 años	20.5	17.4	17.59	20.13	21.68

Impacto 15 a 19 años	19.9	13	13.28	8.57	6
Impacto 20 a 59 años	12.6	15.1	16.88	9.54	9.6
Impacto de 60 y más	14.5	13	15.88	11.55	7.06
Impacto de las embarazadas	12.3	12.5	13.34	8.94	4.8
Impacto de manipuladores de alimentos	20.5	23.6	27.8	14.79	15.3
Impacto en escolares	11.2	25	24.32	25	29.35
Concentración	1.29	1.23	1.26	1.18	1.26
Tasa de odontólogo X 10,000 hab.	1.56	1.9	0.09	0,93	0.88

Requerimos del nombramiento de 8 Odontólogos a la fecha y 10 TAOS para cubrir las necesidades reales de RRHH, ya que tenemos a la fecha 2 MINSA- CAPPs en construcción en Cuipo y Limón, y que han de entrar en funcionamiento en el año 2015.

Por tal motivo solicitamos se asignen los recursos necesarios en mejora de la calidad y la gestión del servicio de salud Bucal de nuestra provincia.



Fotografía 4: Satisfacción del usuario

Listas de espera y Mora quirúrgica

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

No .

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

Horario de Servicios

- 1. En qué horario se ofrecen los servicios de salud? (Consultas externas de hospitales y de Centros de Salud). En horario de 7am – 3pm y extensión de horario.**
- 2. La población está satisfecha con los horarios actuales**

No hay lugares que reclaman atención 24 hrs ; como Icacal , Barrio Sur y Buena Vista .

- 3. Se ha realizado alguna propuesta de modificación de horarios, ya sea para la prolongación de las horas de apertura o de los días de funcionamiento de las instalaciones?.**

No ya que por razones de accesibilidad, demanda y seguridad , sólo se propuso Buena Vista .

- 4. Cuáles son los servicios que se brindan en los horarios ampliados? Qué limitantes se reportan en la implementación de los servicios en horario ampliado?.**

Medicina general, inyectables, inhaloterapia , REGES , farmacia y caja .

Como limitante tenemos la asignación presupuestaria.

Mecanismos de medición de la satisfacción de los clientes

- 1. Los establecimientos de salud desarrollan encuestas de satisfacción de usuarios?**

No se propone que para el 2018 se realice una con apoyo regional.

- 2. ¿Cuál es el porcentaje de establecimientos con aplicación periódica de estudios o encuestas de satisfacción del usuario, buzón de sugerencias, centro de llamadas u otras?**

El 100 % de las instalaciones tienen buzón de sugerencias y a nivel de la región contamos con un centro de llamadas de quejas manejado con el servicio de Promoción de la Salud.

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

Sí , cual es el resultado cuando se realizó en el 2009 se tomó en cuenta las quejas, para realizar los cambios.

4. Se realizan las auditorias sociales en su región?

Sí ,

5. ¿Cuáles son los resultados y los mecanismos de intervención?

Los resultados mayormente arrojan una insatisfacción del usuario, porque estos indican que no se respeta el calendario de atención de los servicios básicos de salud, programado por las redes fijas y la red itinerante .

6. Se comparten estos resultados?

Sí , se elabora un plan de mejora en función de los nudos críticos detectados en la comunidad.

7. Conocen el programa de humanización?

Sí ,

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

No

Control de Calidad

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

Sí , de expedientes.

2. ¿Qué programas de calidad se han establecido? ¿Qué impacto han tenido en el funcionamiento regional? Aún no.

3. Conoce sobre el observatorio de calidad que está en la página web de MINSA, donde se encuentran los indicadores de calidad y cuadro de mando? Sí , Si se han tomado en cuenta para los POAS.

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

Sí , se le ha pedido a cada centro su POA de Calidad .

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

Sí , se aplicó este año las encuestas de estándares de calidad .

6. Están establecidos los mecanismos específicos para la canalización de los reclamos y la adjudicación de quejas de los distintos actores del sector? Sí , sólo a nivel regional. El 311 , aunque estamos atrasados con algunas respuestas.



**Fotografía 5:
Actores y red
social**

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

Con base a la Política Nacional de Salud y Lineamientos Estratégicos del Ministerio de Salud, en esta región, bajo la responsabilidad del Departamento de Promoción de la Salud se mantiene la estrategia de Participación Social por medio de los Comité de Salud y Juntas de Acueducto Rurales ya que son reconocidos jurídicamente por el Ministerio de Salud. Los aspectos jurídicos a los que nos referimos son: Decreto de Gabinete N° 401 de 29 de diciembre de 1970 el mismo fomenta la integración de la población en la planificación y ejecución de los Programas del Ministerio de Salud, también existe el Decreto Ejecutivo N° 1839 de 5 de diciembre de 2014, que dicta un nuevo marco regulatorio de las Juntas Administradoras de Acueductos Rurales (JAARs) como organismos co-responsables con el Estado de la administración, operación, mantenimiento y ampliación de los sistemas de abastecimiento de agua potable rural. Existen otros mecanismos para promover el apoyo de la población en el agestión de salud como son los siguientes: Comisión Provincial de Directivos de Comité de Salud y Juntas de Acueductos Rurales, Comisión Intersectorial contra el Dengue, Zika y Chikungunya, Grupos de pacientes con Diabetes con características de grupos de pares en la prevención y control de la Diabetes. En la Clínica de Tratamiento Antirretroviral (TAAR) se coordina la Comisión Multisectorial

Otro mecanismo de intervención comunitaria es mediante la selección de Auditores Sociales que residen en las 507 comunidades que se benefician con la Estrategia de Extensión de Cobertura. Este actor comunitario recibe un entrenamiento para desempeñar algunas tareas que contribuyan al cumplimiento de las funciones de los Equipos itinerantes y de la red fija. En la región existen 95 Auditores Sociales. Con respecto a la prevención y control de VIH/sida la Clínica TAAR coordina la Red Multisectorial de Atención Integral y Continua en VIH de Colón (RMAICVC). El Departamento de Salud Mental mantiene el grupo de Farmacodependientes. Comisión Intersectorial contra el Dengue. Los centros de Salud que desarrollan el Programa de Atención Integral del Adolescentes organizan los grupos de pares.

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

Inventario de Organizaciones Comunitarias que apoyan acciones de salud

Organización	Total
Juntas Administradora de Acueducto Rural con personería jurídica – JAAR	114
Comité de Salud	112
Iglesias de diferentes denominaciones	7
ONG's y Clubes Cívicos	23 *
Organizaciones de pacientes o grupos específicos: tercera edad, pacientes con Diabetes, adolescentes, escolares caza mosquitos, promotores de salud voluntarios	22
Otros: Directores y maestros coordinadores de salud escolar en 22 escuelas de la provincia	

*Fuente: Gobernación de la Provincia de Colón

3. ¿Qué tipo de apoyo generan estas organizaciones?

Los aspectos jurídicos que regulan la organización de Comité de Salud y JAARs establecen las funciones o intervención de las mismas en la gestión de salud en tal sentido los Comités de Salud participan en el desarrollo de los programas de salud poblacional y ambiental en conjunto con algunos equipos locales que los consideran parte del sistema de salud, en especial las prioridades como prevención de enfermedades transmitidas por vectores, promoción de las campañas de salud organizadas por el nivel local o regional. Las Juntas Administradoras de Acueducto Rural son cogestores en conjunto con el Ministerio de Salud de la administración, operación, mantenimiento y ampliación de los acueductos.

Los grupos específicos participan de procesos educativos sobre situaciones preventivas (autocuidado de la salud estilos de vida saludable de control según normas de programas). El énfasis es la orientación para que se conviertan en grupo de pares.

Los directores de escuelas y maestros de salud escolar, colaboran con la puesta en práctica de ciertos principios de escuelas saludables como también en la vigilancia y control de las prioridades de salud del escolar: lavado de manos, alimentación y nutrición, control de los Aedes y saneamiento ambiental, comedores escolares, salud bucal. En área rural se incluye la cloración del agua para consumo humano y uso del calzado.

4. Se ha realizado algún análisis de actores sociales?

La planificación de actividades del Dpto. considera reuniones capacitante bimensuales con líderes comunitarios, / Promotores de Salud Voluntarios, directivos de Comité de Salud y Juntas de Acueductos Rurales, igual proceso ocurre con el grupo de pacientes con Diabetes u ONG como también Grupos Cívicos. La comunicación establecida ha permitido desarrollar los siguientes ejes de análisis:

Relación MINSA actores sociales: manifiestan ser consciente de la presencia de la institución en las comunidades mediante diferentes acciones: giras de atención, campañas contra el Dengue, atención en las escuelas, reuniones comunitarias para escogencias de Comité de Salud y Juntas de Acueductos Rurales. También la existencia de centros de salud en todos los distritos y en algunos incluye la atención de noche y fines de semanas. En el área rural los actores sociales valoran positivamente la relación con los Asistentes de Salud por ser el recurso de salud más próximos, igual opinión expresan del departamento Calidad de Agua por la asesoría técnica permanente para el buen funcionamiento de las infraestructura de los acueductos rurales también se refieren al Dpto. de Promoción de la Salud por el desarrollo permanente de las reuniones comunitarias, seminarios sobre para la prevención y control de enfermedades, las asesorías continuas para la operación, mantenimiento y administración de los acueductos rurales.

Intenciones: Todos los integrantes de las organizaciones anotados han expresado su interés por colaborar en las acciones de salud que se les proponen, en la medida en que se les tome en cuenta y que la posibilidad de intervenir este a su alcance.

Conflictos: Mencionaron varios conflictos servicios de salud –población como horario de atención y medicamentos. (En algunos centros la intención es muy tarde aunque la gente madrugue, igual opinaron que la falta de medicamentos no les atrae visitar al Médico, y mucho prefieren quedarse en casa o ir al curandero)

A nivel interno en las comunidades expresaron la actitud indiferente de los moradores en ciertas comunidades para apoyar los trabajos de salud en la comunidad en especial mantenimiento y operación los de acueductos. Asumir responsabilidad directiva de los Comités de Salud y Juntas de Acueducto, integrarse a la lucha contra los Aedes,

En otro aspecto informaron los Líderes Comunitarios, los Promotores de Salud Voluntarios que en ocasiones no se sienten respaldados por las autoridades locales para que la población cumpla con su responsabilidad y ejemplifican con el pago por servicio del acueducto rural, eliminación adecuada de la basura, eliminación de criaderos, entre otros.

Necesidades: a pesar de señalar su buena relación con el sector salud los entrevistados dejan claro que entre sus necesidades se encuentran mantener más comunicación con los funcionarios de salud, que siembres puedan obtener sus medicamentos, para otros el laboratorio es otra necesidad. Igualmente que la “gente” se interese por la salud y que se integre a los trabajos en la comunidad.

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

Durante las reuniones de grupo focal con participantes de los cinco distritos aseguran que conocen de la existencia de curanderos y que conocen a personas que acuden a atenderse, pero no se atrevieron a dar nombre ni ubicación. Y que acuden de todas las edades pero le dan mayor credibilidad a que los que más se atienden son los niños y mujeres. Opinan que donde hay más es en la Costa Debajo de Colón, que incluye Distrito de Colón, Chagres y Donoso. También opinaron que los curanderos “conversan más con la gente que los doctores”. Según su experiencia algunas personas combinan ir al Médico y al curandero. Consideran que en las comunidades hay mucha creencia en los curanderos.

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

Fortaleza	Debilidades
Existe un cronograma anual de reuniones con los médicos directores, permite la comunicación, análisis de situación de la salud y toma de decisiones en conjunto nivel regional y local.	Algunos proyectan una desmotivación Trabajo en equipo, débil Sobre carga de trabajo Escasez de recurso humano Predominio de actividades de atención por morbilidad
Por la característica de la oferta de servicios se mantiene el contacto o presencia del MINSA en las comunidades: giras de atención, reuniones, investigaciones, organizaciones Comité de Salud y JAAR, supervisión a los acueductos	Estructura del servicio es tradicional aunque ha presentado modificaciones: Extensión de horarios incluye fines de semana, extensión de cobertura. Insatisfacción con el proceso administrativo para la obtención de bienes e insumos .
Ei proceso de Programación Local se mantiene	
Existe la unidad docente regional con rol de actualización y capacitación – permite la comunicación entre ambos niveles-	

Extensión de horario y los equipos itinerantes y red fija, contribuye a la satisfacción de la población	
-La supervisión que mantienen ciertas coordinaciones y/o disciplinas facilita a los equipos identificar debilidades y proponer alternativas de mejora.	
- Reuniones intersectoriales.	

7. Como se percibe la estrategia de extensión de cobertura, la atención integral a la niñez con una base comunitaria (monitoras) y la atención de la población que pertenece a la Red de Oportunidades y a la población que está en los 120/70.

La evaluación realizada por los auditores sociales refleja una buena aceptación por la población no obstante, esta estrategia no ha sido bien valorada por los funcionarios del MINSA de la región de Colón, debido a que nunca se cumplen con las metas programadas, además de manera permanente el recurso humanos es rotativo por las renuncias continuas de los profesionales siempre deben cambiar de recurso humano por deserción, esta situación dificulta mantener un equipo consolidado.

En la región se iniciaron acciones para poner en marcha el trabajo con (20) monitoras como apoyo, a nivel comunitario, responsables de la vigilancia control del menor de cinco pero esta innovación sólo funcionó por un año, la información obtenida no revela que las mujeres que se comprometieron a asumir este rol se sintieron defraudadas por la empresa responsable de los grupos itinerantes debido a que no dejó claro los incentivos y por ende esta estrategia no funcionó

Con respecto a la Red de oportunidades, además de ser atendidos en las diferentes unidades ejecutoras de la red fija, también han sido incluidas en la atención de la estrategia de extensión de cobertura, en especial a los que padecen enfermedades crónicas, se mantiene permanente comunicación con el MIDES.

8. Como se perciben las resoluciones y decretos que establecen la gratuidad de algunos servicios de salud (Decreto Ejecutivo 329 de 14 de julio de 2009, Decreto Ejecutivo 428 de 15 de diciembre de 2004, Resolución 321 de 18 de agosto de 2005 y Decreto Ejecutivo 546 de 21 de noviembre de 2005). Se aplican estos decretos en las instalaciones hospitalarias y ambulatorias de la región?

Para la población en general el establecimiento de la gratuidad para acceder a los servicios de salud ha tenido una buena acogida, porque sienten que pueden buscar respuesta a su problema de salud aunque no tengan dinero.

Es importante anotar que para la población que demanda servicios en las instituciones de la CSS los aspectos jurídicos arriba anotados no califican por lo que genera disconformidad, debido a que no son válidos en esa institución, razón por la cual deben pagar por los servicios en las instalaciones de la CSS incluyendo el hospital regional.



Fotografía 6: Proyección de la red

Adecuaciones de la oferta

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

El MINSA además de ser rector de la Salud en Panamá, primordialmente es Atención primaria y la promoción de la Salud es pilar para la realización de este.

En resumen deben de concebirlo como la base, su razón de ser. Todos los profesionales en el sector; debemos de ser especialistas y vivir todo lo que tenga que ver con medicina preventiva, estilo de vida saludable; todo lo concerniente con mantener el estado de salud.

De esa manera, se logrará verdaderamente inspirar, estimular y venderle a la población que atendemos el gusto, el placer de cuidarse y vivir saludablemente.

2. Es necesario la conformación de equipos básicos en el proceso de cambio en la atención de la salud-enfermedad? Cómo se debe adecuar la oferta de servicios en términos de los equipos básicos de salud? Cómo debe darse la alternabilidad de roles? En qué aspectos puede ser considerada esta estrategia?

SI X , se trabaja a través de PSPV .

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

Sí X , menciones cuales: JAPAS , Gira barco hospital , Cataratón apoyo de iglesia internacional y Censo de salud preventiva.

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

Sí__x__, cuales utilizan : TODAS .

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

No X .

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

Sí__

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

Sí X , captamos pacientes para las cirugías de mayor demanda para coordinar con las ONG que nos apoyen a realizarlas , la Clínica Amigable y servicio amigable para adolescentes.

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

Sí X , se ha solicitado prioridad de atención del RN antes de los 8 días ; para captar enfermedades de riesgo de manera oportuna y el Censo de salud preventiva .

9. **Cómo se da la planificación de servicios en el nivel local? Qué participación tienen los diferentes actores sociales? . Los auditores sociales y el equipo de salud .**

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

Sí X .

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

Sí X , **Qué criterios utilizaron en la definición?** los usados para resaltar los grupos vulnerables .

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

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

Sí___, hay que fortalecer la capacidad gerencial y planificación de los servicios de salud , a través del desarrollo del proceso educativo continuo ; vía UDR .

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

Sí X ,

Adecuación de la Cartera de servicios

1. **La eficacia y calidad de las acciones deben ser evaluadas periódicamente. Con base a qué criterios? Quién y Cómo se evalúan?**

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

Se revisa de manera semestral y se adecua en base a la necesidad identificada y al nombramiento de recurso humano priorizado.

3. **En qué instalaciones se desarrolla el modelo de atención individual, familiar, comunitario y ambiental? . El 100% de las instalaciones.**

4. **Cuáles considera usted que son las mejoras que deben efectuarse en la red de servicios, para desarrollar el modelo de médico funcional antes definido?.** Conformar verdaderas redes (RISS).

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


6. **Se utiliza el TRIAGE.**

No X en las instalaciones del MINSA pero si en el servicio de urgencias del Hospital Manuel Amador Guerrero de la CSS.

7. **¿Los Proveedores públicos y privados están obligados a prestar el mismo conjunto de beneficios..... Preguntar???? NO**

Ampliación de cobertura

- 1. Cuáles son los servicios básicos integrales que deben incorporarse para ampliar la cobertura de servicios? Cómo se incluyen en la cartera de servicios? Y Cuáles son los servicios intermedios y administrativos que requieren ser ampliados en apoyo a este proceso? .** Salud ambiental, administradores de áreas, ginecólogos, pediatras y laboratorio.
- 2. La estrategia de disminución de oportunidades perdidas es una opción para ampliar coberturas? Cómo y Cuándo se aplican? Quién las aplica?.** Se trata con cada centro, según su poder de resolución.
- 3. Cuál es el mecanismo de coordinación administrativa (informes, archivo de expedientes y otras) establecido por las regiones con las organizaciones extra institucionales? .** Entrega de informes de atención.
- 4. En qué medida se articula la estrategia de extensión de cobertura con las acciones rutinarias de la red fija?.** Hay poca coordinación.
- 5. Se integran los datos de cobertura provenientes de instalaciones de la CSS y del sector privado?.** Si, en algunos programas PAI y Salud sexual y reproductiva.
- 6. Se cuenta con un sistema de información único?.** No en cuanto a expedientes, sí; en PAI Y SVE .



**Fotografía 7:
Caracterización
del sistema
regional y
proyecciones**

1. En su región de salud como se ejerce el rol de rectoría de la autoridad sanitaria? Se cumplen y vigilan las Funciones Esenciales de Salud Pública, las de regulación, las de conducción y las de armonización de la provisión de los servicios de salud? Cómo lo hace? Quiénes participan? Cuándo se efectúan estas funciones?

El rol de rectoría se realiza en forma parcialmente en lo que compete a Normas de Seguridad, desarrollo de programas, servicios poblacionales y Salud Pública como: plan de agua y saneamiento, DEPA, Saneamiento, Epidemiología.

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

Sí ___ Conocemos el del MINSA que tiene una dirección regional a la cual están adscritas los demás departamentos y servicios, supuestamente debe existir una coordinación con el IDAAN, CSS. El Gobierno Provincial. En el Organigrama se considera que hay Departamentos a nivel Regional (hay secciones que deben estar a nivel de departamentos como por ejm Enfermería), contamos con el organigrama Distrital pero se debe adecuar la estructura orgánica a la división política de Distritos.

3. En el entendido de que la regionalización permite el enfoque sistémico en la organización sanitaria, es necesario cambiar el ordenamiento político administrativo existente? Es decir, crear nuevas regiones o modificar las existentes? Por qué?

Se requiere que los tomadores de decisiones y a nivel político realizan coordinación efectiva para que se minimice la dualidad de instalaciones. Solo hay que fortalecer con recurso humano, material y financiero lo existente.

4. Considera que el organigrama responde a las necesidades para el funcionamiento efectivo de la organización, explique.

Sí X , Por el momento lo que se debe de mejorar , es su ejecución, ya que muchas veces no se cumplen las líneas de mando , dando como resultado desorden y descoordinación.

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

El avance ha sido nulo ya que consideramos debe darse tomando en cuenta la búsqueda de la equidad en salud, priorizando a los grupos humanos postergados, desarrollando y mejorando la capacidad resolutive y gerencial de los servicios de salud del nivel local para su desempeño eficiente. Debe darse desde el punto de manejo presupuestario y toma de decisiones técnicas. el grado de avance del proceso de descentralización es muy limitado. Este proceso debe darse de acuerdo a los presupuestos regionales ya que cada región conoce su situación y sus necesidades reales.

Los aspectos que deben ser tomados en consideración deben ser de acuerdo a los servicios que se brindan, los programas que lleva la institución, la capacidad de trabajo del personal, entre otros.

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

Se mantiene nulo .

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

Sí X este no podrá desarrollarse adecuadamente a nivel regional , mientras no esté organizada a nivel nacional .

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

Se requiere modificación en el área administrativa, dar viabilidad y sostenibilidad a la estructura distrital.

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

Sí X .

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

Es parcial .

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

Sí X

Para la elaboración del POA regional se realiza en base a las políticas regionales. Las políticas en relación al aspecto de recurso humano para realizar las tareas y cumplir con las políticas no se cumple, la dotación de insumos no es acorde a las necesidades de los pacientes crónicos, la promoción de la salud sino es por Tabaco no se tiene presupuesto para realizar las tareas. Las políticas de salud no están acorde a las necesidades regionales, éstas son muy generalizadas ya que cada región tiene necesidades propias

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

Sí X

El POA sea introduce anualmente al SIMEPLANS a todos los niveles, cada región de salud puede tener sus formas en el monitoreo..

En la Región de Salud de Colón cada CS, departamento y demás introduce su información y planificación monitorea su ejecución.

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

Los cambios súbitos en el rumbo de las prioridades, prevalece la decisión nacional con alguna capacitación, movilización de recurso que desprograma las tareas regionales. Nos imponen giras que no están ajustadas a nuestro diagnostico o prioridades. Se pueden solventar los nudos críticos favoreciendo la descentralización pero con presupuesto acorde a cada región en particular.

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

La toma de decisiones se da en función de resultados de un diagnóstico, de la necesidad de un servicio, de la evaluación planificada de los programas.

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

Responden a una programación regional que se realiza a través de una jornada de trabajo en la institución donde se evalúa la programación local con todos los jefes y coordinadores de salud (UDR) en el sector público, para el sector privado se realiza en situaciones puntuales como epidemiológicas, etc.

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

Todos los centros cuentan con computadoras y para el 2016 , el 33.3 % de las instalaciones de salud contaban con el SEIS .

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

En Colón se implementó el SEIS en los Centros de Salud de Buena Vista, Palmas Bellas, Adolescentes, Patricia Duncan y Policentro Dr. Juan A. Núñez.

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

Sí X

Se lleva la Teleradiología y Espirometría en el Policentro Dr. Juan A. Núñez.

Desde el 2016 cinco centros de salud de la región implementaron el Sistema de expediente electrónico (SEIS) y a través de los meses irá aumentando el número de centros con este .



Fotografía 8: Instrumentos de Gestión

Planificación regional y programación local

1. Con qué frecuencia actualiza su análisis de situación de salud? Quiénes participan y cómo participan?

Se realiza anual con los equipos locales y regionales, con reuniones de análisis, discusión y búsqueda de alternativas.

2. La planificación regional es participativa?

Sí X.

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

Se realiza de esta manera ya que consideramos que una planificación sin la participación de los involucrados es estéril, así que en la búsqueda de que esta participación sea eficiente y pertinente se puntualiza en la utilidad que esta estrategia brinda al proceso de trabajo a desarrollar.

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

Se realiza mediante reuniones periódicas, mensuales, ya que consideramos que la concertación social en la región es fundamental para promover un mejor desarrollo.

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

Sí X.

En nuestra región de salud hemos procurado manera una relación estrecha con las otras instituciones mediante el impulso y desarrollo de las reuniones intersectoriales de manera permanente como estrategia de planificación conjunta para el logro de objetivos.

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

La convocatoria es realizada como una forma de incorporar en el proceso de gestión regional a todos los actores, mediante reuniones conjuntas, que reúnan a todos los sectores y actores de la región para la resolución de conflictos. Se prioriza en convocar actores relevantes como empresa privada, organizaciones sociales, entidades de gobierno y ONGs.

6. Cómo se evalúan las metas establecidas? Se dispone de indicadores de evaluación de insumos, proceso y resultados? Quién, Con qué, Cuándo, Cómo se efectúa la evaluación?

Se realiza de manera periódica y sistemática la evaluación de los progresos como tareas que permiten la toma de decisiones pertinentes y oportunas y el manejo de información expedita. La evaluación y monitoreo de los planes está bajo la responsabilidad del departamento de planificación, con la participación de los Coordinadores Regionales y Jefes de Departamento quienes utilizando las herramientas diseñadas para tales propósitos y conforme a cronograma establecido verifiquen los avances o desviaciones de lo planificado. Se realiza a partir de indicadores establecidos en cada programa, proyecto y actividad, incorporados a los planes dando lugar a informes trimestrales, semestrales y anuales.

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

Sí . El plan quinquenal de inversión y el POA .

8. Se utilizan los análisis de situación y las prioridades para la elaboración de los mismos?

Sí X

9. Estos planes incluyen a otras entidades del sector?

Sí X.

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

La utilización de los formatos de consumo para saber la necesidad real de Medicamentos, la utilización de máximos y mínimos, se logra un avance en el almacenamiento control de inventario, mejor distribución.

Presupuestación por producto y resultado

1. Los presupuestos de funcionamiento e inversión se realizan con base en los objetivos definidos durante el proceso de planificación o en base a los resultados?

Sí X . No manejamos el proyecto de inversión a nivel de la Región esto lo establece el nivel nacional, pero en cuanto a la elaboración del presupuesto de funcionamiento se realiza en base al análisis de los objetivos y resultados

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

En base a análisis realizados anteriormente el 80% del presupuesto corresponde al pago de salarios, planillas, turnos, gastos fijos etc y el 20% restante se asigna a la atención de la población, funciones de salud pública y ambiente.

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

Sí X. Consideramos que el Convenio que actualmente manejamos en útil.

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

Sí X . Porque cuando se elabora el Convenio se establecen compromisos por programas, departamentos y secciones.

Incentivos

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

Sí X. Bono de desempeño anual , pago de beca para seminarios, maestría y congresos .

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

Sí X .

3. ¿Cuáles han sido introducidos? Hasta ahora el bono de productividad.

4. ¿Para qué categorías de personal? Para todo el personal administrativo y de salud en todas las categorías.

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

Sí X. Se aplica en base a la productividad.

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

Sí X

Sistema de Abastecimiento y suministro

1. **Hay un sistema de inventario para los insumos sanitarios?**

Sí X. A través de las tarjetas de entrada y salida.

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

Actualmente tenemos el sistema ISTHMO que su intención primaria es actualizar y mejorar el proceso de compra, pero en su lugar a complicado y entorpecido esta.

Todo cambio para mejor es bienvenido, pero no para empeorar.

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

Se evalúan de acuerdo a la celeridad del despacho, a las respuestas de los reclamos de garantía.

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

Presupuesto ley, funcionamiento y autogestión, donación de la Lotería Nacional de Beneficencia.

5. **Conoce las modalidades de compra?**

Sí X. Al contado y actualmente ISTMO.

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

Sí X Se ha presentado por varios años consecutivos y reposa dentro del banco de Proyectos de SINIP la Construcción del Depósito Regional de Biológicos y en cuanto al de insumos sanitarios se ha realizado por medio del Plan de Mantenimiento anual que se asigna a la Región por medio de fases.

SISTEMA DE INFORMACION EN SALUD

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

Sí X .

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

Sí X . Actualmente se cuenta con el Sistema de vigilancia en salud (SISVIG)

3. **Cómo se evalúa la calidad de la información? Quiénes y cuándo se evalúa? Se aplica la auditoria informática?. No.**

4. **Se han definido los usos y contenidos de información? Quién los define?**

Sí X. Los usos están definidos en base a los programas por grupo etarios, ambiental, promocional y producción de los servicios y la administración utiliza la información financiera y planificación

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

Es directa con REGES principalmente y fuentes del SISVIG.

6. El sistema de información gerencial contempla centro de producción claramente establecidos, que respondan a las necesidades y complejidad de la instalación de salud?

Sí X. Cada instalación tiene un código sanitario mediante el cual REGES consigna la información.

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

Sí X.

Equipamiento y tecnología

Cuadro 16.

NUMERO DE CAMAS POR INSTALACION /NUMERO DE CAMAS POR HABITANTE

Nombre de la Instalación	Institución/No. de camas			
	Total	MINSA 2017	CSS	PRIVADO
No. Total de camas				
• Corta estancia - URGENCIAS	18	Policentro (2), Buena Vista (3), Sardinilla (3), Portobelo (3), Nombre de Dios (2), Palmas Bellas (2), Escobal (2) e Icacal (1) .		
•				
•				
•				
•				
•				
No. de servicios de imagenología				
• No. De Ultrasonidos	4	Patricia Duncan (1), Buena Vista (1), Palmas Bellas (1), Policentro (1) .		
• No. De Rayos X	1	Policentro (1).		
• No. De Panorex	1	Patricia Duncan (1)		
• No. De Periapical	3 nuevos 6 excediendo tiempo de vida útil. 4 sin funcionamiento .	Policentro (1), Patricia Duncan (1), Buena Vista(1), Sardinilla (1), Portobelo (1), Nombre de Dios (1), Palmas Bellas (1), Icacal (1), Miguel de la Borda (1) y Escobal (1).		
• No. De CAT	0			
• No. De Mamógrafos	1 en funcionamiento , bajo contrato de mantenimiento .	Policentro (1)		
• No. De Equipos de resonancias magnéticas	0			
No. de Laboratorios Clínicos				
No. de Bancos de Sangre				
No. de Farmacias				
No. de Sillones Dentales Completos Incompletos	18	Policentro (3), Patricia Duncan (3), Buena Vista (2), Sardinilla(2),		

Completos	11	Portobelo(1) ,Nombre de Dios (1) , Palmas Bellas (1), Icacal(1), Miguel de la Borda (1) y Escobal (2) . Policentro Patricia Duncan Buena Vista Sardinilla Nombre de Dios Palmas Bellas Adolescente.
Incompletos	7	Miguel de la Borda Escobal Icacal Sardinilla Buena Vista Portobelo .

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

8. Cuáles son los mecanismos establecidos para el reporte de los estudios imágenes realizados?
Tele radiología, el único que existe por el momento está dañado.



Fotografía 9: Financiación de los servicios

Compensación de costos

1. Existen convenios de compensación de costos con la CSS en la región y en los hospitales, comente sus experiencias?.

Sí X . Es un Convenio centralizado CSS-MINSA, todos los términos pactados se ejecutan a nivel central, financiación, facturación y compensación.

Desde el año 1998 se mantiene un Convenio de compensación de prestación de servicios de salud a nivel del interior del país, en el cual se incluye la Región de Salud de Colón. Este convenio es renovado todos los años, último convenio firmado fue en el año 2012. Ambas instituciones desarrollan un sistema de costeo. Costo por proceso, datos históricos, costos unitarios promedios por centros de producción y/o servicios.

En la actualidad la Región de Colón no cuenta con unidades de costos que desarrollen el programa. Se ha capacitado a varios funcionarios, sin embargo por necesidad de recurso humano lo transfieren a otras unidades administrativas.

2. ¿Qué mecanismos se aplican para el análisis de la información de costos, como se relacionan los costos con la producción, con el rendimiento, los recursos y los resultados? ¿Qué decisiones se toman a partir de este análisis?

Todos los informes que generan el sistema de Costo 20, que arroja la producción del servicio (incremento, disminución, actividades), que tienen que ver con la demanda y gastos incurridos que nos dan los indicadores que se presentan para medir rendimiento; las autoridades son los que toman las decisiones con relación al mismo. Mediante el sistema Safiro se realiza el análisis de la información y se maneja en base al abastecimiento de los insumos y medicamentos que mantiene la unidad al día.

3. ¿Qué aspectos de la atención sanitaria determinan sus costos? ¿Cómo influyen la tecnología de punta, las decisiones de diagnóstico y tratamiento de los profesionales, en la complejidad de los servicios de salud y duplicidad de los servicios?

Lo que determinan los costos tienen que ver con los componentes de mano de obra, gastos incurridos, insumos, servicios generales y administrativo que dan los servicios de consulta externa, hospitalización y servicios intermedios, la tecnología ayuda que las decisiones se tomen de manera oportuna ya que tenemos la información en el menor tiempo posible. El nivel de atención que se brinde, los recursos con que se cuente en la instalación de salud (desde el recurso humano, equipos, infraestructuras, etc). Entre más complejo, y con mayores recursos mejor es la atención y mayores son los costos.

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

NO X. De acuerdo al Convenio Pr-Denfa-70, estos mismos responden a las tarifas que aplica el MINSA, para el cobro de los pacientes no asegurados, las cuales deben ser actualizadas por el MINSA, quien las provee, deben ajustarse de acuerdo a la producción de servicios, de acuerdo con el gasto real y todas las variables que lo componen. Las tarifas establecidas y que son variables en cada región, datan desde los años 80, poco se han ajustado, porque esto implica un precio político, que nadie quiere afrontar.

Una vez que se determinan los costos unitarios reales de los servicios y/o actividades que se brindan en nuestras instalaciones de salud, se debería evaluar la posibilidad de ajustar los mismos a la población. Pero para hacer esto se requiere un estudio previo de la condición socio-económica de los diversos distritos o comunidades, de manera tal que no afecte la salud de la población. La experiencia nos ha indicado que si se suben los precios a

la población no acude a atenderse en los niveles primarios (Prevención), y se encarece la atención del segundo y tercer nivel (Curación).

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

No hay duplicidad en la Provincia, se mantienen carteras convenidas y separadas. En cuanto a la compensación de costos, esta no se maneja a nivel regional sino es el nivel nacional quien establece los términos pactados en el Convenio, la financiación y elabora la factura correspondiente.

Fuentes de financiación

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

En la Región de salud de Colón aporta por medio del Fondo de Autogestión de Sanidad Marítima, una suma importante que nos permite pagar turnos. Comprar insumos que por medio de presupuesto ley no se pueden adquirir.

2. El Co - Pago de la atención de salud se fija en función de la capacidad de pago de los usuarios.

No X. En cuanto a los pacientes que acuden a buscar atención médica, la atención brindada no se basa en la capacidad de pago, se le pide que vaya él o un familiar al departamento de cobro (Costo 20) y se realiza un arreglo de pago en lo que pueda y si el paciente ingresa en condición de gravedad y sin familiar, un mensajero hace la gestión para apuntar los gastos que el paciente requiera para su atención; a todos los pacientes se les atiende.

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

Se considera en la CSS que la atención de gratuidad afecta el presupuesto ya que no hay ingresos.

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

El aporte técnico financiero que más aporta en el Región de Salud de Colón es OPS, UNICEF, UNFPA, BID, Capacity Project, UNSAID, CDC/URC, Gessaword, en cuanto a las empresas privadas MIT, Zona Libre de Colón, Banco General, Lotería Nacional de Beneficiencia Pública, SENACYT, INDICASAT.

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

NO X. Hay saturación porque no hay suficiente recurso humanos en los servicios intermedios, pero también los costos son elevados para las personas con bajos recursos.

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

No X. Todo viene a nivel nacional.

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

La cooperaciones externas se realizan a través del nivel nacional, en el nivel regional realizamos coordinaciones con Zona Libre, ONG, MIT y Clubes cívicos.

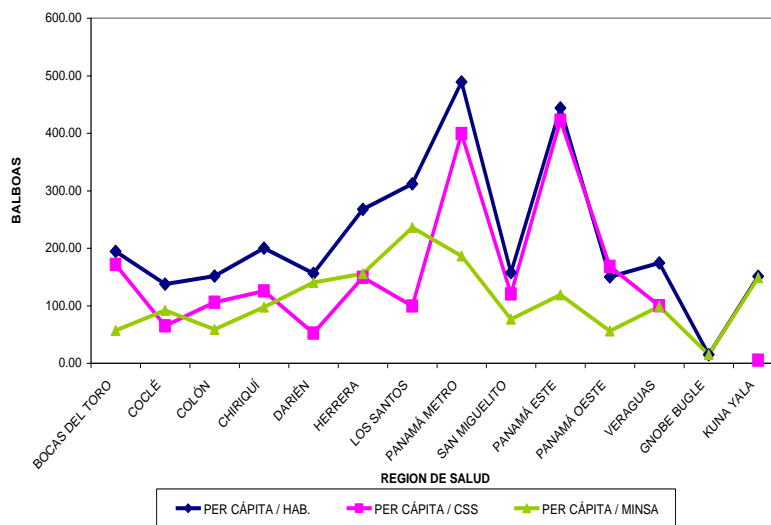
8. ¿El sector salud está en conocimiento de los marcos legales e institucionales y los procedimientos para obtener recursos de la cooperación externa para el sector salud?

No X. Lo realiza el nivel nacional.

Financiamiento de la Salud

La Gestión de las funciones del Sistema de Salud, tanto en el Ministerio de Salud como en la Caja del Seguro Social, se caracteriza por practicar una gerencia centralizada, tradicional y carente de estímulos y recompensas para los trabajadores de la salud con la consiguiente insatisfacción y desmotivación de las personas de la organización, en adición no se cuenta con un plan de inversiones orientado al mantenimiento preventivo de las instalaciones de salud, por tanto independientemente de cuanto se invierta para mejorar la red de servicios, continua el deterioro de las instalaciones y servicios lo que limita la capacidad de respuesta y su calidad.

ASIGNACIÓN PERCAPITA POR MINISTERIO DE SALUD Y CAJA DE SEGURO SOCIAL SEGUN REGION DE SALUD Y PAIS



a. Gasto Público Social

ANÁLISIS INTEGRAL DEL FINANCIAMIENTO DEL SECTOR SALUD PANAMEÑO

PROVINCIA / REGIÓN	HABITANTES	ASEGURADOS	NO ASEGURADOS	PRESUPUESTO			PER CÁPITA / HAB.	PER CÁPITA / CSS	PER CÁPITA / MINSA
				MINSA	CSS	NACIONAL			
				\$	\$	\$			
REPÚBLICA DE PANAMÁ	2,815,644	1,999,020	816,624	320,732,700	397,308,395	718,041,095	255.02	198.75	113.91
BOCAS DEL TORO	88,983	71,254	17,729	5,055,698	12,232,242	17,287,940	194.28	171.67	56.82
COCLÉ	200,541	140,612	59,929	18,462,910	9,144,149	27,607,059	137.66	65.03	92.07
COLÓN	200,808	175,585	25,223	11,802,737	18,618,535	30,421,272	151.49	106.04	58.78
CHIRIQUÍ	363,624	297,596	66,028	35,364,509	37,333,514	72,698,023	199.93	125.45	97.26
DARIÉN	47,964	14,604	33,360	6,731,607	763,214	7,494,821	156.26	52.26	140.35
HERRERA	102,018	76,399	25,619	15,869,122	11,413,628	27,282,750	267.43	149.39	155.55
LOS SANTOS	83,120	63,482	19,638	19,619,538	6,303,104	25,922,642	311.87	99.29	236.04
PANAMÁ METRO	704,117	533,137	170,980	131,459,078	212,790,508	344,249,586	488.91	399.13	186.70
SAN MIGUELITO	331,692	222,877	108,815	25,394,966	26,835,598	52,230,564	157.47	120.41	76.56
PANAMÁ ESTE	43,334	33,382	9,952	5,149,837	14,092,276	19,242,113	444.04	422.15	118.84
PANAMÁ OESTE	339,200	190,476	148,724	18,939,407	32,030,510	50,969,917	150.27	168.16	55.84
VERAGUAS	207,136	157,097	50,039	20,441,138	15,671,424	36,112,562	174.34	99.76	98.68
GNOIBE BUGLE	110,619		110,619	1,628,029		1,628,029	14.72		14.72
KUNA YALA	32,411	15,555	16,856	4,814,124	79,693	4,893,817	150.99	5.12	148.53

Fuente: Investigación realizada por el Dr. César Quintero en base a cifras de la Contraloría General de la República, Dirección de Estadística y Censo; Ministerio de Salud y la Caja de Seguro Social de Panamá.

Hemos realizado el cálculo de la asignación de los recursos económicos en el sector salud público con grandes dificultades, producto de los particulares registros contables de cada una de las instituciones involucradas. Algunos valores a nivel regional y nacional han sido calculados de manera directa o indirecta dependiendo de la disponibilidad de la información para el año 2000, período sobre el cual también contamos con suficientes indicadores y tasas relativas a la salud, cosa que nos permitiría hacer algunos análisis y realizar reflexiones e inferencias pertinentes.

La asignación per cápita para el sector salud público, estimada por habitante resultó en 255.02 balboas por persona. La correspondiente a la CSS fue de 198.75 y para el MINSA fue de 113.91, teniendo en este caso como denominador a toda la población panameña.

Solamente 4 de las 14 regiones de salud exhibieron cocientes superiores al promedio nacional, correspondiendo en orden decreciente a la región de Panamá Metro con 488.91, Panamá Este con 444.04, Los Santos con 311.87 y Herrera con 267.43.

Por debajo del promedio nacional, encontramos en el último lugar a la recién creada región Gobe Bugle con 14.72 balboas por habitante, seguida en orden ascendente por Coclé con 137.66, Panamá Oeste y Kuna Yala con 150. Luego siguen Colón, Darién y San Miguelito con menos de 160, Veraguas con 174 y Bocas del Toro y Chiriquí con un poco menos de 200.

Resalta la gran diferencia en la asignación per cápita a favor del MINSA en las regiones de Kuna Yala con 30 veces la cantidad asignada, 14 veces en Gobe Bugle en donde no se consigna asignación por parte de la Caja, y casi 3 veces el valor en Darién.

La CSS asigna mayor presupuesto relativo en comparación al MINSA, en casi 3 veces superior per cápita, en las regiones de Panamá Oeste, Panamá Este y Bocas del Toro. La CSS duplica el per cápita en la región de Panamá Metro.

Análisis y reflexiones más profundas deberán realizarse para explicar las razones de tales decisiones en la asignación de las dos instituciones en las diferentes regiones de salud y deberá tratarse de homogenizar este cociente o derivarse las atenciones que se dispensan en algunas entidades suprarregionales y en el nivel nacional, para efectivamente descentralizar y desconcentrar los servicios de salud que ofrecemos a la población panameña.

Gestión del Recurso Humano en Salud

Los principales cambios introducidos en estos puntos son: Se ha implementado y orientado a las oficinas institucionales de recursos regionales en los procesos de gestión de los subsistemas de reclutamiento, selección, evaluación, clasificación, retribución, trámites de registro y control y otros aspectos de administración de personal en el marco de las políticas de descentralización.

Se ha llegado a un consenso de validar los modelos de gestión descentralizada de recurso humano integral y participativo hacia el incremento de los principios de eficiencia, eficacia, calidad y equidad. A nivel regional se planifica anualmente y se realizan las gestiones para el nombramiento de personal nuevo pero a nivel nacional se ha metido la política lo que dificulta gravemente ya que la mayoría de las veces si no se está inscrito en el partido de gobierno no se da el nombramiento, además de que a veces no se cuenta con el presupuesto para nombramientos permanentes al personal que ya está trabajando, mientras que por puestos políticos se nombra a alguien nuevo permanente.

En la asignación a puestos de trabajo hay personal que se está jubilando o renuncian y no están siendo reemplazados y esto conlleva también a que el personal no este fijo en una instalación, sino que se rote para cumplir con las múltiples necesidades de la población.

En cuanto al número de trabajadores en todos los departamentos e instalaciones hay escasez de personal. Debe ser acorde al servicio que se presta para ofrecer una atención de calidad. Como ejemplo tenemos el caso del departamento de mantenimiento del MINSA que cuenta solo con 6 unidades a los que les corresponde atender 69 instalaciones de salud a nivel provincial.

Mecanismos de redistribución no va acorde con la necesidad de la población pues no hay personal suficiente para dar la debida atención.

Despido u otros aspectos generales lamentablemente en cada cambio de gobierno se dan despidos sobre todo a nivel administrativo lo que implica que muchas veces nombran personal en esos que no están calificados para las funciones y mucho menos cumplen con el perfil que necesita para el cargo que va a desempeñar y en el aspecto gremial se toman represalias contra los dirigentes gremiales por defender los derechos de los agremiados.

No existen actualmente parteras empíricas en la Región de Salud de Colón. No tenemos sistematizados como MINSA esta información, los conocimientos que se tienen son informales por medio de los promotores de salud comunitarios voluntarios. Informalmente se conoce la existencia de curanderas en Miguel de la Borda, Nombre de Dios, Portobelo, Ciudad Centro y Cativá.

En la Región de Colón se realiza la capacitación continua del Recurso humano y cada disciplina tiene un cronograma de educación de servicio de acuerdo a la necesidad de su servicio cada dos meses. También se realizan capacitaciones de acuerdo a las disposiciones del nivel nacional y epidemiológico del país. Existen deficiencias en cuanto a las actualizaciones y docencias sobre todo a nivel administrativo en donde incluso llevan años sin recibir alguna capacitación o docencia. A nivel de gremios de salud si se realizan seminarios y congresos anuales, hay departamentos que realizan docencias semanales de 1 o 2 horas a la semana, sin embargo, sigue habiendo deficiencias en donde las asignaciones son pocas y no se llega muchas veces a actualizar a todo el personal

Cada nivel local realiza su diagnóstico de salud y priorización de problemas, la debilidad la encontramos en la supervisión. el equipo de salud participa por medio de los representantes de los diferentes gremios para la toma de decisiones en salud.



Fotografía 10: Proyectos de inversión

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

Consideramos que la Región de Salud de Colón cuenta con las instalaciones de salud necesaria y suficiente para establecer las RIISS, el único elemento a establecer es las coordinaciones efectivas en cuanto a competencias y responsabilidades.

2. Qué criterios deben cumplirse para presentar proyectos de inversión? Cuáles de los criterios establecidos por el MEF presentan dificultad debido a su complejidad o a las limitaciones de recursos en la región?

Los criterios que deben cumplir es el diagnóstico de que efectivamente la población presenta una brecha de acceso que solamente se puede cubrir a través de la construcción de una instalación nueva de salud. En Colón hemos sido muy cuidadosos en este sentido pero lamentablemente tenemos un gran número de proyectos históricos que reposan en el Banco de proyectos sin que efectivamente se les asigne una partida presupuestaria aunque cuenten con la aprobación.

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

Sí_X_ El Centro de Salud de Sardinilla ha sido beneficiado en dos ocasiones por medio de la Embajada de Japón para la adquisición de una ambulancia y para la remodelación de la instalación de salud.

Cuentan ustedes con un Plan Quinquenal de Inversiones actualizado?

Sí X.

Conclusiones

Por medio de este análisis de salud hemos podido identificar algunos problemas prioritarios que se traducirán en estrategias, actividades y alianzas estratégicas para el abordaje intersectorial como:

A. Problemas Relacionados con la Atención a la Población:

Incremento de casos de VIH y SIDA, incremento de casos de Tuberculosis, Tasa de incidencia de IRA elevadas, Aumento de casos de diarrea, baja captación de niños, prenatales y puérperas con problemas de desnutrición, Alto porcentaje de abortos como causa de mortalidad materna, estilos de vida inadecuados (consumo de grasas, sedentarismo, tabaquismo, etilismo), alta incidencia de Hipertensión arterial y Diabetes mellitus en la población.

B. Problemas Relacionados con la Calidad del Ambiente:

Falta de cloración de agua en los acueductos rurales, red de distribución de agua potable obsoleta en las áreas urbanas, sistema de alcantarillado deteriorado y turbinas dañadas lo que favorece las inundaciones en época de lluvia, contaminación de la bahía por falta de tratamiento de las aguas servidas, inadecuada disposición de los desechos sólidos, deterioro del ecosistema, producto de estilos de vida inadecuados.

C. Problemas Relacionados con la Gestión de Salud:

Insuficiente Recurso Humano, técnico y profesional en algunas áreas, transporte inadecuado e insuficiente para realizar las actividades programadas, presupuesto insuficiente que permita a la región satisfacer las demandas.

Bibliografía

1. Ministerio de Salud de Panamá, 2015-2025. Políticas y Estrategias de Salud, República de Panamá.
2. Ministerio de Salud de Panamá, 2010-2015. Políticas y Estrategias de Salud, República de Panamá.
3. Ministerio de Salud de Panamá, 2011-2015. “Plan Estratégico Nacional para la Prevención y el Control Integral de las Enfermedades No Transmisibles y sus Factores de Riesgo”. República de Panamá.
4. Ministerio de Salud de Panamá, 2013. Situación de salud en Panamá.
5. Ministerio de Salud de Panamá, 2007. Situación de Salud Mental en Panamá

Links

<http://panama.unfpa.org/poblacion-panama>

<http://www.minsa.gob.pa>

<http://www.contraloría.gob.pa>

<http://www.miambiente.gob.pa>

<http://www.mef.gob.pa>

<http://www.css.org.pa>

http://www.gacetaoficial.gob.pa/pdfTemp/27708_A/49707.pdf