

La elaboración del Análisis de Situación de Salud (ASIS) contiene diez (10) Fotografías basadas en escenarios de trabajo colaborativos, que facilita un Proceso armónico, inclusivo, participativo y de trabajo en equipo. Cada Fotografía cuenta con una serie de preguntas, que contribuyen a la organización del proceso de búsqueda de información, para orientar el análisis, la caracterización de la situación y el ASIS.

**ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD DE LA REGIÓN DE SALUD DE PANAMÁ ESTE**  
**AÑO 2017**  
**Macro Visión de Salud**

Departamento de Planificación de Salud

---

## **AUTORIDADES REGIONALES**

Yilany Bernardo  
**Directora Regional**

Yitzhak Amat  
**Subdirector Regional**

Julia Soriano  
**Planificadora Regional de Salud**

Johny Cuevas  
**Sub Planificador Regional**

## **COORDINACIÓN**

Julia Soriano  
**Jefa del Departamento de Planificación Regional**

## **EQUIPO TECNICO**

Departamento de Registros Médicos. Licda. Mercedes Palacios  
Licdo. Luis Núñez

Departamento de Salud Pública. Dr. Pedro Sánchez

Departamento de Provisión de los servicios de salud. Solaneich Thompson

Departamento de Promoción de la Salud: Licda. Xiomara Deleón  
Licda Yanín Adames.

Coordinación de Salud Bucal: Dr. Santos Magallón

Coordinadora de Programas. Dra Cristobalina Sánchez

Coordinación de Vigilancia Epidemiológica: Dr. Juan Rodríguez

Coordinación de Programa Ampliado de Inmunizaciones: Licda.Gloribeth Velásquez

Coordinación Regional de Nutrición. Licda. Marimar Salazar

Coordinación Regional de Laboratorios: Licda. Sandra Bethancourth

Coordinación Regional de Farmacia. Licda Dianeth Acosta

Coordinación Regional de Enfermería. Licd. Ana María Ramos

Jefa regional de recursos Humanos: Licda. Petra Palacios

## **APOYO**

Arquimedes Aizprúa  
Apoyo Informático

### **AGRADECIMIENTO**

La Dirección Regional de Panamá Este y el Departamento de Planificación Regional agradecen el apoyo a todo el equipo regional brindado en la actualización del Análisis de la Situación de Salud,

.

## INTRODUCCIÓN

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

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

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

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

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

## METODOLOGÍA DEL PROCESO DE APLICACIÓN DE LA GUIA

- Convocar a los representantes de instituciones y actores involucrados desde el nivel local hasta el regional.
- Presentar la Guía definida
  - Objetivo
  - Plan de trabajo. Informar la fecha programada para la entrega de los resultados del trabajo a realizar.
- Identificar y definir funciones y responsabilidades de acuerdo a competencia, sobre la base de la información requerida para desarrollar la Guía.
- Elaborar el cronograma de actividades del trabajo a nivel local a nivel regional.
- Elaborar el plan de monitoreo y seguimiento de la aplicación de la guía.
- Evaluar el proceso.
- Elaborar el informe final del desarrollo de la guía a nivel local y regional.
- Presentar el informe, al departamento de Análisis de Situación y Tendencia de Salud, de la DIPLAN.

## CONTENIDO GENERAL DE LAS FOTOGRAFÍAS

### **Fotografía N° 1. EL CONTEXTO**

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

### **Fotografía N° 2. ¿CUÁL ES LA DEMANDA Y NECESIDADES DE SERVICIOS?**

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

### **Fotografía N° 3. CARACTERIZACIÓN DE LA OFERTA**

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

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

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

### **Fotografía N° 5: ACTORES Y RED SOCIAL**

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

### **Fotografía N° 6: PROYECCIÓN DE LA RED**

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

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

1. Organización y Funcionamiento

**Fotografía N° 8: INSTRUMENTOS DE GESTIÓN**

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

**Fotografía N° 9: FINANCIACIÓN DE LOS SERVICIOS**

1. Compensación de Costos
2. Fuentes de Financiación
  - Autogestión
  - Aportes
  - Presupuesto del Estado
  - Donaciones
  - Seguro Solidario

**Fotografía N° 10: PROYECTOS DE INVERSIÓN****Análisis de las Desigualdades en salud**

## MINISTERIO DE SALUD

## REGIÓN DE SALUD DE PANAMÁ ESTE

DEPARTAMENTO REGIONAL DE PLANIFICACIÓN DE SALUD  
ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD

## 1. Generalidades

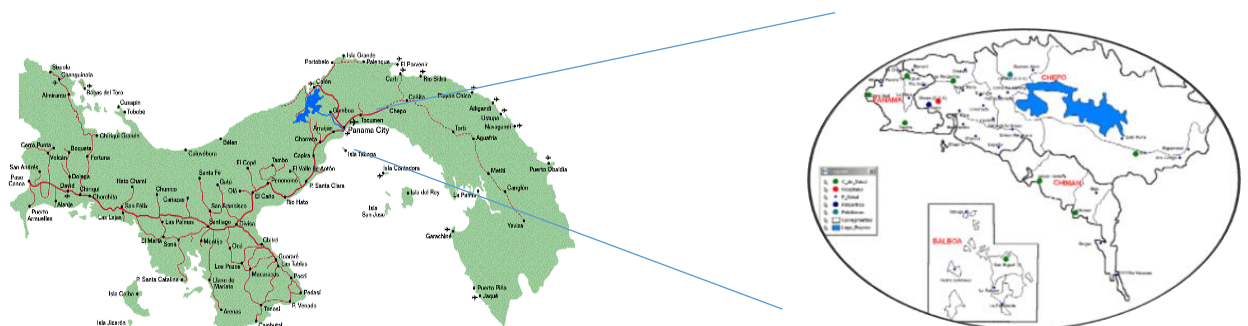
## 1.1. Datos Generales e Históricos de la Región de Salud de Panamá Este

En el año de 1983, considerando que se hacía necesario reestructurar la región de Salud de Panamá Este para agilizar y facilitar el sistema de referencia sanitaria, se conforma mediante resuelto ministerial N° 0333 del 15 de marzo la Región de Salud de Panamá Este (R.S.P.E.)<sup>1</sup>

## 1.2. Localización

La Región de Salud de Panamá Este se encuentra ubicada en la Provincia de Panamá y limita al norte con la Comarca Kunayala, al sur con los corregimientos de Chilibre y San Miguelito, al Este con Darién y al Oeste con el área Metropolitana, cuenta con una extensión territorial de 7,459.6 km<sup>2</sup> aproximadamente.

## Mapa N° 1: Localización Geográfica de la Región de Salud de Panamá Este.



<sup>1</sup> Pagina Web. Ministerio de Salud de Panamá



### 1.3 División Política Administrativa

En cuanto a la responsabilidad sanitaria esta abarca 405 lugares poblados en 22 corregimientos de 4 Distritos; Chepo, Chimán, Balboa y parte del Distrito de Panamá (Corregimiento de San Martín, Corregimiento de Pacora (Exceptuando la Comunidad de Las Garzas) y la comunidad de Cerro Azul perteneciente a el Corregimiento de la 24 de Diciembre). En el distrito de Chepo se cuenta con la Comarca Kuna de Madugandí catalogada a nivel de corregimiento.

**Cuadro N°1: Distritos y Corregimientos de la Región de Salud de Panamá Este.**

Distritos	Corregimientos	Cabecera del Distrito	Año de Fundación <sup>2</sup>	Superficie en Km <sup>2</sup> <sup>3</sup>
CHEPO	Chepo, Cañitas, Chepillo, El Llano, Las Margaritas, Santa Cruz de Chinina, Comarca Madugandí y Tortí	Chepo	1855	4,937
CHIMÁN	Chimán. Brujas, Gonzálo Vásquez, Pásiga y Unión Santeña	Chimán	1886	1,046
BALBOA	San Miguel, La Ensenada, La esmeralda, La Guinea, Pedro González y Saboga	San Miguel	1864	332.9
PANAMÁ	Pacora, San Martín y Cerro Azul	Panamá	1519	

Fuente: INEC. Instituto Nacional de Estadística y Censo – 2015

<sup>2</sup> Se refiere al año en que a través de un instrumento jurídico adquirió características similares a las que tiene en la actualidad, de manera permanente.

<sup>3</sup> Datos preliminares proporcionados por el Instituto Geográfico Nacional "Tommy Guardia", sujetos a revisión. (No incluye las áreas de aguas continentales)

En Panamá Este se cuenta con una zona insular dentro de la cual destacan islas de importancia como son la Isla del Rey y la isla de Pedro González con una superficie de 234 y 14 km<sup>2</sup> respectivamente, ambas ubicadas en el Océano Pacífico en el archipiélago de Las perlas.

Dentro de la Hidrografía podemos mencionar que se cuenta con el Río Bayano con una longitud de 206 kilómetros y el cual es considerado como uno de los ríos más importantes en la vertiente del Pacífico.

Mapa N° 2: Mapa Político Administrativo de la Región de Salud de Panamá Este.



#### 1.4. Clima

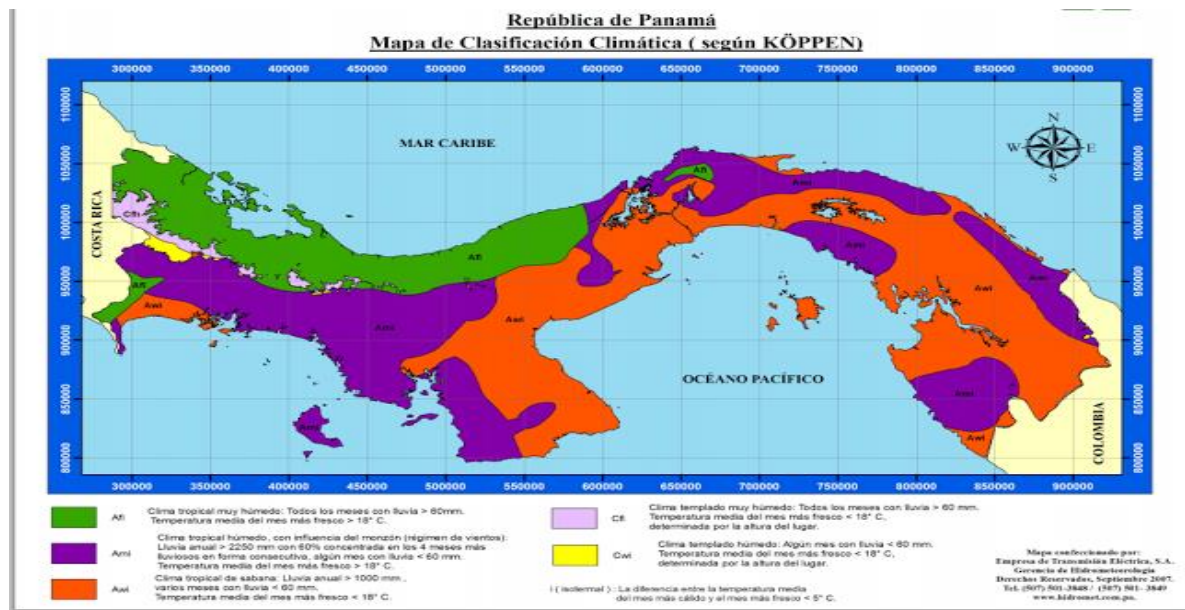
La situación geográfica en las bajas latitudes intertropicales determina que el clima y la vegetación en nuestro país son típicamente tropicales. El clima tropical marítimo, con influencia de los dos mares, se caracteriza por temperaturas moderadamente altas y constantes durante todo el año, con débil oscilación diaria y anual, abundante precipitación pluvial y elevada humedad relativa del aire.

Panamá posee varias cadenas montañosas, en nuestra región tenemos el Arco Oriental del Norte las cuales se elevan poco a poco a otras montañas, no muy altas. Estas montañas se prolongan por la cordillera de San Blas, formada por una sucesión de cerros poco elevados. Este arco comienza en la Sierra

LLorona de Portobelo en la Provincia de Colón, sigue por el nudo del Mamoni en el Distrito de Chepo, y continúa por la serranía de San Blas hasta llegar a la serranía del Darién.

De este arco montañoso nacen importantes ríos que han sido represados, representando una fuente de economía para el país. Tenemos entre estos el río Bayano (Distrito de Chepo)<sup>4</sup>.

### Mapa N° 3: Clasificación Climática (Según KOPPEN)



<sup>5</sup>Según el siguiente mapa, para los distritos de Chepo, Balboa y los Corregimientos de Pacora y San Martín el clima está clasificado como un clima tropical de sabana con lluvia anual mayor a 1000 mm; varios meses con lluvia menor a 60 mm y la temperatura media para el mes más fresco menor a 18°C. Para el Distrito de Chimán el clima es tropical húmedo con influencia del monzón (Régimen de vientos). Lluvia anual mayor a 2250 mm con 60% concentrado en los 4 meses más lluviosos en forma consecutiva, temperatura media del mes más fresco mayor a 18°C.

<sup>4</sup> [binal.ac.pa/binal/component/content/article/.../94-panama-y-sus-contrastes](http://binal.ac.pa/binal/component/content/article/.../94-panama-y-sus-contrastes)

<sup>5</sup> [aventuraspanama2012.blogspot.com/2012/06/clima-de-panama-por-region.html](http://aventuraspanama2012.blogspot.com/2012/06/clima-de-panama-por-region.html)

### 1.5 Ambiente

Panamá es clasificado por la Organización Meteorológica Mundial como una nación con pocos problemas de escasez de agua, cuenta con 500 ríos; de los cuales 350 están en el litoral Pacífico donde se encuentra el área de jurisdicción tratada en este análisis, además de 52 cuencas hidrográficas de los cuales Panamá Este cuenta con 3 ríos y cuencas de gran relevancia : Río Pacora, Río entre Bayano y Santa Bárbara y el Río Bayano el cual alimenta el Lago Bayano en el cual se encuentra la Hidroeléctrica del Bayano.

En Panamá Este las principales cuencas hidrográficas<sup>6</sup> existentes son:

**Cuadro N°2: Ríos, longitud y río principal de las cuencas hidrográficas en Panamá Este.**

Cuenca Hidrográfica	Nombre del río	Área total de la cuenca(Km2)	Longitud (Km)	Río Principal de la cuenca
146	Río Pacora	388	48	Pacora
148	Río Bayano	4984	215	Bayano
150	Entre Bayano y Santa Bárbara	1270	22.4	Chimán

Fuente: ETESA. Empresa de Transmisión Eléctrica S.A. Hidrometeorología.

<sup>6</sup> <http://www.hidromet.com.pa/cuencas.php>

Mapa 4: Cuencas Hidrográficas en la República de Panamá.



<http://www.hidromet.com.pa/cuencas.php>

## FOTOGRAFÍA N° 1. CARACTERIZACIÓN DEL CONTEXTO

1. **¿Describe 3 ó 4 principales problemas político - económico - socio cultural y de género de la región que influyen en la situación de salud y su desempeño? (Considerar inclusive como los conflictos de competencia entre instituciones públicas afecta el desempeño de Salud).**
  - El desempleo, pobreza en algunas zonas específicas y recorte presupuestario donde el efecto en la situación de salud y desempeño conlleva a una población en riesgo con necesidad de cobertura de salud.
  - Leyes sobreprotectoras que brindan múltiples derechos y pocos deberes de los pobladores autóctonos para con el país, con la consecuencia de una especie de amparo, beneficiando solo a un sector de la población panameña con respecto a otros grupos étnicos.
  - Falta de apoyo interinstitucional en área de comarca, al no dotar de vías adecuadas de acceso, servicios de telecomunicaciones eficientes y redes básicas de servicios la no autogestión por parte de la unidad ejecutora, a la

población beneficiada por leyes establecidas que nos limitan en gran medida para la ejecución de pequeños proyectos e ideas que pueden ser implementadas a fin de lograr avances en la cobertura y cumplimiento de indicadores.

- Barrera de comunicación y lenguaje, educación no continuada y el poco apego a las instituciones que brindan educación básica general por parte de la población, que conlleva a la deserción escolar a muy temprana edad.
- Medicina Tradicional vs. Medicina basada en la Evidencia; existe un poco apego a esta última, la cual no se puede llevar a cabo de forma más integral,
- Persiste la duplicación de funciones en lo que a salud se refiere.
- Desempleo, Pobreza y desnutrición infantil.
- Aumento de los casos de violencia e inseguridad
- Proliferación de asentamientos informales en áreas específicas ( Corregimiento de Pacora, San Martín y Chepo)

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

Se realizan esfuerzos en la medida de las capacidades actuales de la instalación para suplir algunas de estas carencias, pero reconocemos que la prioridad que podríamos destacar sería lograr una mayor penetración de nuestra cartera de servicios a las poblaciones beneficiadas para obtener mejores resultados en cuanto a alguna de la problemática allí descrita, además de mayor asignación de presupuesto por parte del nivel regional para poder ejecutar medidas de mayor complejidad

**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.**

En el área administrativa:

- Almacén general → favorece: a la organización adecuada de los insumos o equipos →afecta: espacio físico limitado.
- Seguridad → favorece: vigilancia en el centro de salud las 24 horas → afecta: ausencia de personal y sistema de video vigilancia en el centro de salud.
- Transporte→ favorece: permite realizar misiones oficiales a nivel local →afecta flota limitada y recurso humano limitado.

En el área de promoción de salud:

- Educación para la salud → favorece conocimiento y capacidades afecta→ recurso humano limitado
- Educación sexual y reproductiva → favorece conocimiento y capacidades, afecta→ recurso humano limitado.

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

##### **Alto Comisionado De Las Naciones Unidas Para Los Refugiados (ACNUR)**

Acuerdo Sede Entre El Gobierno de la República De Panamá y el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados

Hecho en Panamá el 1 de abril de 2004

Gaceta Oficial No. 25,506 de 20 de marzo de 2006

Entró en vigor el 1 de abril de 2004.

##### **Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (ACNUDH)**

Acuerdo relativo al establecimiento de la oficina regional para Centroamérica y Panamá entre el gobierno de la República de Panamá y la oficina del alto comisionado de las Naciones Unidas para los derechos humanos

Firmado en Panamá el 12 de febrero de 2007

Entró en vigencia el 12 de febrero de 2007

Nota: Prorrogado indefinidamente por Canje de Notas de 27 de octubre y 2 de diciembre de 2008.

### **Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento (BIRF)**

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

### **Corporación Financiera Internacional**

Acuerdo entre la República de Panamá y la Corporación Financiera Internacional para el establecimiento de una oficina de la corporación en Panamá

Firmado en Panamá el 20 de noviembre de 2013

Entró en vigencia el 20 de noviembre de 2013.

### **Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO)**

Acuerdo Referente A La Cooperación En El Establecimiento De Un Programa De Utilización De Los Servicios De Expertos Nacionales Jubilados

Firmado en Roma el 13 de septiembre de 2000

Entró en vigencia el 13 de septiembre de 2000.

### **Acuerdo Sobre La Utilización De Expertos Para La Cooperación Técnica Entre Países En Desarrollo**

Firmado en Roma el 13 de septiembre de 2000

Entró en vigencia el 13 de septiembre de 2000.

### **Acuerdo Sobre El Establecimiento De La Oficina Subregional De La FAO Para Centroamérica**

Firmado el 20 de junio de 2007



Aprobado mediante Ley No. 68 de 21 de diciembre de 2007

Gaceta Oficial No. 25,948 de 27 de diciembre de 2007

Notificación para la entrada en vigencia de 3 de enero y

26 de julio de 2008

Entró en vigencia el 26 de julio de 2008.

Nota: Da por terminado el Acuerdo Para El Establecimiento De Una Representación En Panamá, Firmado en Panamá el 7 de agosto de 2001.

Aprobado mediante Ley No. 2 de enero de 2002.

### **Fondo Internacional De Desarrollo Agrícola (FIDA)**

Acuerdo Con Respecto Al Establecimiento De La Oficina En Panamá

Firmado en Roma el 10 de septiembre de 2009

Entro en vigencia el 10 de septiembre de 2009.

### **Instituto Latinoamericano De Naciones Unidas Para La Prevención Del Delito Y Tratamiento Del Delincuente (ILANUD)**

Acuerdo De Cooperación Entre El Gobierno De La República De Panamá Y El Instituto Latinoamericano De Naciones Unidas Para La Prevención Del Delito Y El Tratamiento Del Delincuente (ILANUD)

Firmado en San José, Costa Rica el 11 de febrero de 1991

Aprobado mediante Ley No. 14 de 18 de junio de 1991

Gaceta Oficial No. 21,816 de 26 de junio de 1991

Notificación para la entrada en vigencia de 28 de junio de 1991

Entró en vigencia el 28 de junio de 1991

### **Organización De Aviación Civil Internacional (OACI)**

Acuerdo Complementario Al Acuerdo Básico Para La Ejecución De Proyectos De Aviación Civil

Firmado en Panamá el 7 de noviembre de 1996

Entró en vigencia el 7 de noviembre de 1996

Nota: Duración 10 años prorrogables.

**Organismo Internacional De Energía Atómica (OIEA)**

Acuerdo Suplementario Sobre La Prestación De Asistencia Técnica Por El Organismo Internacional De Energía Atómica Al Gobierno De Panamá

Firmado el 21 de febrero y 5 de julio de 1973

Aprobado mediante Ley No. 11 de 8 de noviembre de 1973

Gaceta Oficial No. 17. 495 de 18 de diciembre de 1973.

Acuerdo Para La Aplicación De Salvaguardias En Relación Con El Tratado Para La Proscripción De Las Armas Nucleares En La América Latina

Firmado el 15 de febrero de 1977

Entró en vigencia el 23 de marzo de 1984.

Acuerdo Para La Aplicación De Salvaguardias Con Relación a la OPANAL y el TNP

Firmado el 22 de diciembre de 1988

Nota: No ha entrado en vigencia.

Protocolo Adicional Al Acuerdo Para La Aplicación De Salvaguardias En Relación Con El Tratado Para La Proscripción De Las Armas Nucleares En La América Latina Firmado en Panamá el 11 de diciembre de 2001

Entró en vigencia el 11 de diciembre de 2001.

Acuerdo Referente A La Aplicación De Salvaguardias Con Arreglo Al Tratado De No Proliferación De Armas Nucleares (TNP).

Celebrado mediante Canje de Notas de 6 de noviembre de 1995 y 17 de noviembre de 2003

Aprobado por la Junta de Gobernadores el 20 de noviembre de 2003

Entró en vigencia el 20 de noviembre de 2003.

**Organización Internacional Del Trabajo (OIT)**

Memorándum De Entendimiento

Firmado el 14 de diciembre de 1998

Entró en vigencia el 14 de diciembre de 1998.

**Organización Mundial De La Salud (OMS)**

Convenio Panamá- OMS

Para Proyectos De Salubridad En La Republica De Panamá

Firmado el 9 de noviembre de 1951.

**Organización Para la Prohibición De las Armas Químicas (OPAQ)**

Acuerdo Sobre Los Privilegios e Inmunidades De La OPAQ

Hecho en La Haya el 13 de febrero de 2002

Aprobado mediante Ley No. 27 de 26 de marzo de 2003

Gaceta Oficial No. 24,773 de 2 de abril de 2003

Deposito del Instrumento de Aceptación el 26 demayo de 2003

Entró en vigencia el 26 de mayo de 2003.

**Organización Del Tratado De Prohibición Completa de los Ensayos Nucleares (OTPCEN)**

Acuerdo Sobre la Realización de Actividades Relacionadas con Instalaciones del Sistema Internacional de Vigilancia del Tratado de Prohibición Completa de los Ensayos Nucleares, comprendidos las actividades posteriores a la homologación

Firmado en Viena el 26 de noviembre de 2003

Entró en vigencia el 26 de noviembre de 2003.

**Programa Mundial De Alimentos (PMA)**

Acuerdo para el establecimiento del Despacho Regional del PMA en Panamá Para América Latina y el Caribe

Firmado en Panamá el 20 de diciembre de 2002

Aprobado mediante Ley No. 71 de 3 de diciembre de 2003

Gaceta Oficial No. 24,943 de 9 de diciembre de 2003

Notificación para la entrada en vigencia de 18 diciembre de 2003

Entró en vigencia el 18 de diciembre de 2003.

Memorándum de Entendimiento sobre el Establecimiento del Depósito de las Naciones Unidas para Respuesta Humanitaria (UNHRD) en la República de Panamá

Dado en Panamá el 20 de noviembre de 2008

Entró en vigencia el 20 de noviembre de 2008

Nota: Duración 20 años, prorrogados automáticamente por diez años.

### **Programa De Las Naciones Unidas Para El Desarrollo (PNUD) (UNFPA) (UNODC)(ONUSIDA)**

Acuerdo entre el la República De Panamá y el Programa De Las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD)

Firmado en Panamá el 23 de agosto de 1973

Aprobado mediante Ley No 9 de 8 de noviembre de 1973

Gaceta Oficial No. 17.488 de 7 de diciembre de 1973

Deposito del instrumento de Ratificación el 19 de abril de 1974

Entró en vigencia el 19 de abril de 1974.

Acuerdo Complementario respecto a la Prestación de Servicios de Apoyo

Celebrado mediante canje de notas de 13 y 20 de agosto de 2002

Entró en vigencia el 20 de agosto de 2002.

Acuerdo Relativo al Establecimiento de un Centro De Información De Las Naciones Unidas en Panamá (CINUP)

Firmado en Nueva York el 7 de octubre de 1982

Entró en vigor el 7 de octubre de 1982.

Acuerdo entre el Gobierno de la República de Panamá y la Organización de las Naciones Unidas relativo al desempeño de actividades remuneradas por parte de dependientes de los funcionarios de la ONU en la República De Panamá.

Hecho en Panamá el 5 de diciembre de 2005

Entró en vigencia el 5 de diciembre de 2005.

Acuerdo de Contribución para la creación del Centro Interagencia Regional De Las Naciones Unidas para América Latina y el Caribe en la República de Panamá

Firmado en Panamá el 18 de diciembre de 2007

Entró en vigencia el 18 de diciembre de 2007.

Hasta el 17 de junio de 2008

Nota: Prorroga por canje de Notas de 2 de diciembre de 2008 y 22 de enero de 2009 hasta el 17 de diciembre de 2009.

Acuerdo entre la República de Panamá y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) para el establecimiento de una Oficina Regional en Panamá

Celebrado mediante Canje de Notas de 15 de abril y 21 de mayo de 2008

Entró en vigencia el 21 de mayo de 2008

Nota: Se aplica *mutatis mutandis* el Acuerdo Panamá-PNUD de 23 de agosto de 1973, con excepción del artículo VI.

Memorando de Entendimiento entre el gobierno de la República de Panamá y la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUDD)

Hecho en México el 2 de octubre de 2008

Entró en vigencia el 2 de octubre de 2008.

Acuerdo entre el Gobierno de la República de Panamá y las Naciones Unidas referente al establecimiento de una Oficina Regional y un Centro de Excelencia de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC)

Hecho en Panamá el 24 de marzo de 2009

Entró en vigencia el 24 de marzo de 2009.

Memorando de Entendimiento entre la Autoridad Nacional de Aduanas de la República de Panamá y la Oficina de las Naciones Unidas contra las Drogas y el Delito (ONUDD)

Relacionado con la implementación del proyecto “Proyecto Global de Control de Contenedores”

Firmado en Panamá el 10 y 16 de junio de 2009.

Acuerdo entre la República de Panamá y la Oficina de las Naciones Unidas de Servicios para Proyectos (UNOPS) para el establecimiento de una Oficina en Panamá.

Celebrado mediante canje de notas de 29 de mayo y 12 de junio de 2009.

Entró en vigencia el 12 de junio de 2009.

Nota: Se aplica *mutatis mutandis* el Acuerdo Panamá-PNUD de 23 de agosto de 1973, con excepción del artículo VI.

Acuerdo Entre La República de Panamá y el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre VIH/SIDA (ONUSIDA) para el establecimiento de una oficina en Panamá

Celebrado mediante canje de Notas de 23 de junio y 15 de julio de 2009

Entró en vigencia el 15 de julio de 2009

Nota: Se aplica *mutatis mutandis* el Acuerdo Panamá-PNUD de 23 de agosto de 1973, con excepción del artículo VI.

Acuerdo entre el gobierno de la República de Panamá y las Naciones Unidas referente a las modalidades de cooperación para el establecimiento y funcionamiento de una Oficina Regional y un Centro de Excelencia de la oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC)

Firmado en Panamá el 7 de septiembre de 2009

Entró en vigencia el 7 de septiembre de 2009.

Acuerdo entre el Gobierno de Panamá y el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) para el establecimiento del Centro de Servicio Regional para América Latina y el Caribe del PNUD

Celebrado mediante Canje de Notas 8 y 22 de enero de 2010

Entró en vigencia el 22 de enero de 2010

Nota: Se aplica *mutatis mutandis* el Acuerdo Panamá-PNUD de 23 de agosto de 1973 y el Acuerdo de la Oficina Regional de UNICEF de 9 de agosto de 2001, en particular los artículos VI, IX, X, XI, XII, XVI, XVII, XVIII y XX1, párrafos 1 al 4.

Memorando de Entendimiento entre el Ministerio de Relaciones Exteriores de la República de Panamá y la Oficina de Servicios de Proyectos de las Naciones Unidas acerca de servicios que han de ser proporcionados por la UNOPS con respecto al proyecto “Construcción de las oficinas del Centro Regional para América Latina y el Caribe de las Naciones Unidas”

Financiado con recursos propios del Ministerio De Relaciones Exteriores

Firmado en Panamá el 23 de febrero de 2011

Entró en vigor el 23 de febrero de 2011.

Memorando de Entendimiento entre el Ministerio de Relaciones Exteriores y la Oficina de Servicios de Proyectos de las Naciones Unidas (UNOPS) Acerca de Servicios que han de ser proporcionados por la UNOPS con respecto al Proyecto “Centro Regional de Asistencia Humanitaria”

Financiado con recursos propios del Ministerio De Relaciones Exteriores

Firmado en Panamá el 24 de octubre de 2011

Entró en vigencia el 24 de octubre de 2011

### **Programa De Las Naciones Unidas Para El Medio Ambiente (PNUMA)**

Acuerdo para el Establecimiento de una Oficina Regional del PNUMA en Panamá para América Latina y el Caribe entre el Gobierno de la República de Panamá y las Naciones Unidas

Dado en Panamá el 30 de noviembre de 2006

Aprobado mediante Ley No. 63 de 21 de diciembre de 2007

Gaceta Oficial No. 25,948 de 27 de diciembre de 2007

Nota de comunicación de Aprobación por la República de Panamá de 3 de enero de 2010

Entró en vigencia el 3 de enero de 2008 (Art.XX1.7).

### **Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO)**

Carta De Entendimiento (Panamá - Fundación Ciudad Del Saber – UNESCO)

Firmado el 28 de marzo de 1995

Entró en vigencia el 28 de marzo de 1995.

Carta De Entendimiento (Panamá - UNESCO)(Salón Bolívar)

Firmado el 28 de marzo de 1995.

Acuerdo De Sede

Firmado el 7 de mayo de 1998

Entró en vigor el 7 de mayo de 1998.

Convenio para la creación y funcionamiento en Panamá del Centro Regional Ramsar para la capacitación e investigación sobre humedales en el hemisferio occidental

Firmado en Gland, Suiza el 28 de febrero de 2003

Aprobado mediante Ley No. 33 de 7 de julio de 2004

Gaceta Oficial No. 25,097 de 20 de julio de 2004

Comunicación para la entrada en vigencia de 20 de julio de 2004

Entró en vigencia el 20 de julio de 2004.

### **Fondo De Las Naciones Unidas Para La Infancia (UNICEF)**

Acuerdo Básico de Cooperación

Firmado el 4 de junio de 1998

Aprobado mediante Ley No. 106 de 30 de diciembre de 1998

Gaceta Oficial No. 23,717 de 21 de enero de 1999

Canje de Notas para la entrada en vigencia de 3 de marzo y 9 de julio de 1999

Entró en vigencia el 10 de julio de 1999.

Acuerdo para el establecimiento de una Oficina Regional del UNICEF En Panamá para Latinoamérica y el Caribe

Firmado en Panamá el 9 de agosto de 2001

Aprobado mediante Ley No. 23 de 9 de mayo de 2002

Gaceta Oficial No. 24,551 de 14 de mayo de 2002

Entró en vigencia el 12 de agosto de 2002.

Acuerdo Relativo al desempeño de actividades remuneradas por personas a cargo de los funcionarios del UNICEF en la República de Panamá

Firmado en Panamá el 9 de agosto de 2001

Entró en vigencia el 9 de agosto de 2001.

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



Sí. A continuación sus principales componentes y análisis respectivo de desarrollo:

## **5.1 Oficina de Asuntos Internacionales y Cooperación Técnica del MINSA**

### **5.1.1 Formulaciones/Cooperación Técnica-Financiera:**

Unidad responsable de apoyar y asesorar al Ministro de Salud, Directivos del Ministerio y a los Servicios de Salud en la gestión de las relaciones internacionales del Ministerio de Salud.

Para ello debe promover, activar y facilitar la participación del sector en entes multilaterales, foros y acuerdos internacionales, de modo de lograr el máximo apoyo y recursos financieros y técnicos para la eficaz ejecución de las decisiones de políticas sectoriales.

### **5.1.2 Componentes y Análisis de Desarrollo:**

Relaciones Internacionales

Componente político-institucional, destinado a la proyección de la política exterior panameña en materia de salud e inserción sanitaria de Panamá en el mundo internacional.

Cooperación Externa

Componente de acción destinado a movilizar y aplicar recursos a través de la gestión de programas y proyectos que emprenda el sector, sean estos receptivos o hacia otros países.

## **5.2 Proyecto de Mejora de la Equidad y Desempeño en Salud del PNUD**

### **5.2.1 Formulaciones/Cooperación Técnica-Financiera:**

La unidad responsable es la Unidad de Gestión de Salud, Administrativa y Financiera (UGSAF) encargada de apoyar y asesorar al Ministro de Salud, Directivos del Ministerio y a los Servicios de Salud en la gestión de:

Ejecutar las políticas de salud del MINSA en las regiones sujetas a los contratos con el BIRF y BID y cualquier otro proyecto o programa que contenga recursos provenientes de préstamos internacionales y que le sean asignados por el MINSA, alcanzando los indicadores propuestos.

Administrar los recursos provenientes del crédito y de la contraparte local de los contratos de préstamo bajo su administración.

Efectuar la coordinación operativa entre el MINSA y los Bancos para la ejecución de las actividades programadas.

Coordinar la gestión de los proyectos en los niveles nacional, regional y local.

Implementar una estructura de control interno que aplique los procedimientos acordados en los manuales operativos de los proyectos.

Operar un sistema contable-financiero para el adecuado registro de las transacciones de los proyectos.

Realizar las adquisiciones y contrataciones requeridas para el desarrollo de las actividades del proyecto de conformidad con las políticas de adquisiciones del BID y BIRF, previa autorización del representante legal del MINSA.

Preparar los informes y estados financieros requeridos por los Bancos.

Prestar los servicios de apoyo técnico administrativo y económico a las instancias del MINSA encargadas de la ejecución de los componentes.

Vigilar periódicamente los indicadores de salud.

### **5.2.2 Componentes y Análisis de Desarrollo:**

Convenios de Gestión con los Sistemas Regionales de Salud.

Protección en Salud a Poblaciones Vulnerables mediante la Prestación de una Cartera de Prestaciones Priorizada por Equipos Básicos de Salud organizados en Unidades Básicas de Atención (Prevención, Promoción y Atención) a población específica con necesidades y pobre acceso a las instalaciones de salud, denominados Grupos Poblacionales en base a una gestión por resultados.

### **5.3 U.S. Agency for International Development (Agencia de Desarrollo Internacional de los Estados Unidos)**

#### **5.3.1 Formulaciones/Cooperación Técnica-Financiera:**

USAID es la agencia norteamericana encargada de la cooperación internacional oficial de EE.UU. Apoya y desarrolla gran número de proyectos en los países que comprenden su área de interés y en los temas que la agencia ha definido como prioritarios.

#### **5.3.2 Componentes y Análisis de Desarrollo:**

Seguridad alimentaria, Seguridad y paz (conflicto), Derechos Humanos, Agua y saneamiento, Derechos civiles para poblaciones específicas, Salud primaria, ambulatoria y hospitalaria (este último en desarrollo y en ejecución en Panamá).

### **5.4 Programa Iniciativa Salud Mesoamérica del PNUD**

#### **5.4.1 Formulaciones/Cooperación Técnica-Financiera:**

La unidad responsable es la Unidad de Gestión de Salud, Administrativa y Financiera (UGSAF) encargada de apoyar y asesorar al Ministro de Salud, Directivos del Ministerio y a los Servicios de Salud en la gestión de los mismos puntos enunciados en la sección 5.2.1.

#### **5.4.2 Componentes y Análisis de Desarrollo:**

La iniciativa plantea metas que respaldan los esfuerzos de los gobiernos de la región para cerrar la brecha en materia de cobertura y calidad de salud, a través de inversiones de probada eficacia para el 20% más pobre de la población mesoamericana, principalmente mujeres y niños menores de cinco años.

## **5.5 Programa de Mejoramiento de la Equidad y Fortalecimiento de los Servicios de Salud del PNUD**

### **5.5.1 Formulaciones/Cooperación Técnica-Financiera:**

La unidad responsable es la Unidad de Gestión de Salud, Administrativa y Financiera (UGSAF) encargada de apoyar y asesorar al Ministro de Salud, Directivos del Ministerio y a los Servicios de Salud en la gestión de los mismos puntos enunciados en la sección 5.2.1.

### **5.5.2 Componentes y Análisis de Desarrollo:**

Convenios de Gestión con los Sistemas Regionales de Salud.

Mejoramiento de la equidad en la prestación de los servicios de salud.

Fortalecimiento de los servicios de la red primaria de atención.

## **5.6 Programa de Protección Social – Apoyo a la Red de Oportunidades del PNUD**

### **5.6.1 Formulaciones/Cooperación Técnica-Financiera:**

La unidad responsable es la Unidad de Gestión de Salud, Administrativa y Financiera (UGSAF) encargada de apoyar y asesorar al Ministro de Salud, Directivos del Ministerio y a los Servicios de Salud en la gestión de los mismos puntos enunciados en la sección 5.2.1.

### **5.6.2 Componentes y Análisis de Desarrollo:**

Provisión de un Paquete de Atención Integral de Servicios de Salud y Nutrición mediante la Prestación de una Cartera de Prestaciones Priorizada por Equipos Básicos de Salud organizados en Unidades Básicas de Atención (Prevención, Promoción y Atención) a población indígena de áreas comarcales con necesidades y pobre acceso a las instalaciones de salud, denominados Grupos Poblacionales en base a una gestión por resultados.

## 5.7 Dirección de Programación de Inversiones del Ministerio de Economía y Finanzas (MEF)

### 5.7.1 Formulaciones/Cooperación Técnica-Financiera:

Analizar y emitir dictamen técnico y recomendaciones de los proyectos o estudios básicos que solicitan financiamiento para su ejecución considerando el cumplimiento de los lineamientos de las estrategias y políticas de desarrollo del Gobierno y su viabilidad socioeconómica con respecto al área o sector al que pertenecen.

Preparar el programa anual y plurianual de Preinversión e inversión pública, en coordinación con el Fondo de Preinversión y las instituciones del Sector Público de acuerdo a las normativas establecidas por el Sistema Nacional de Inversiones Públicas

(SINIP), con el propósito de concretar las opciones de Preinversión e inversión más rentable y compatible con la política económica y social y las metas macroeconómicas del Gobierno.

Realizar anualmente el seguimiento financiero y físico del programa de Preinversión e inversión, mediante el sistema de información del Sistema Nacional de Inversiones Públicas (SINIP) y la debida coordinación con las entidades ejecutoras, para mejorar la eficiencia en la ejecución presupuestaria.

Coordinar los programas de capacitación del sector público y el desarrollo de metodologías en formulación y evaluación de proyectos, a fin de mejorar la calidad de la Preinversión pública.

Mantener un inventario actualizado de los proyectos de inversión pública debidamente evaluados, dentro del sistema de información del Sistema Nacional de Inversiones Públicas (SINIP), para la preparación anual del programa de Preinversión Pública.

Participar en la preparación y evaluación de programas y proyectos que se financien con recursos de los organismos bilaterales y multilaterales de crédito, así como el seguimiento de su ejecución, para garantizar su

adecuada consideración dentro del programa anual y plurianual de inversiones públicas.

Elaborar sobre la base de las políticas nacionales y sectoriales, una política anual de inversión pública, las metodologías, precios sociales, e indicadores de seguimiento para la gestión de las inversiones públicas.

Coordinar las acciones a seguir para el planeamiento y gestión de la inversión pública nacional y controlar la formulación y evaluación de los proyectos de inversión a ser realizados junto al cumplimiento de las metodologías pautas y procedimientos establecidos.

Establecer y mantener actualizado el sistema de información de programas y proyectos, el cual debe proporcionar información adecuada, oportuna y confiable sobre el comportamiento físico y financiero de los proyectos de inversión pública, que permitan el seguimiento de forma individual y agregada conforme a los planes establecidos por el Gobierno Nacional.

Promover y auspiciar todo tipo de acciones para el apoyo informativo, técnico y de capacitación, acerca de los proyectos de inversión pública.

Establecer y mantener los canales de comunicación entre el sector público y privado, a fin de facilitar acuerdos que permitan identificar y apoyar los programas y proyectos de inversión.

Informar trimestralmente al Órgano Ejecutivo de forma individual y agregada de la evaluación y seguimiento de los procesos de gestión de las inversiones.

Administrar el Sistema Nacional de Inversión Públicas (SINIP).

#### **5.7.2 Componentes y Análisis de Desarrollo:**

**Inversión Pública No Financieras:** Promover la planificación, monitoreo y evaluación de la inversión pública no financieras, a través del Sistema Nacional de Inversión Pública, con el fin de contribuir al logro de los objetivos de desarrollo planteados en el plan de gobierno.

**Sistema de Información:** Ser una Dirección reconocida por su capacidad de generar información oportuna y de alta calidad para la toma de decisiones,

promoviendo el desarrollo del personal, el manejo de la tecnología y la calidad del servicio.

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

Sí. A continuación los actores, el abordaje y las estrategias:

### **6.1 Ministerio de Desarrollo Social (MIDES)**

#### **6.1.1 120 a los 65**

Es el programa Especial de Transferencia Económica a los Adultos Mayores (hombres y mujeres) que consiste en la entrega de 120.00 balboas mensuales a las personas adultas mayores de 70 años o más sin Jubilación ni Pensión, en condiciones de riesgo social, vulnerabilidad, marginación o pobreza.

.

#### **6.1.2 Proyecto de Alfabetización muévete por Panamá**

El MIDES, como entidad ejecutora del Proyecto Muévete por Panamá a nivel nacional realiza visitas periódicas a los ambientes de aprendizaje para supervisar en campo el desarrollo de la metodología y la participación activa de las personas iletradas. Además, cuenta con registros estadísticos que se actualizan mensualmente para conocer los avances del Proyecto en el territorio nacional. De igual manera, se llevan registros fílmicos y fotográficos de los ambientes de aprendizaje a nivel nacional y de la evolución gradual de las personas iletradas a medida que van adquiriendo los conocimientos básicos de la lecto- escritura. Por otro lado, el Gobierno Nacional mantiene una alianza de cooperación con la UNESCO que está brindando asesoría técnica para el buen desarrollo del Proyecto y la disminución del número de personas iletradas en el país.

#### **6.1.3 Programa del Ángel Guardián**

Las Personas con Discapacidad constituyen en Panamá como país en desarrollo, una de las poblaciones más vulnerables por su situación de exclusión, aislamiento

y falta de acceso a oportunidades para su inserción e integración socio-económica en condiciones de equidad.

El Programa Ángel Guardián viene a ser uno de los pilares que mitiga y da respuesta a un sin número de necesidades que por la naturaleza de su condición demandan, incluyendo a las personas con discapacidad en el marco de promoción de un modelo de desarrollo inclusivo y del reconocimiento de estas personas como sujetos de derechos.

Las Personas con Discapacidad, tienen gastos adicionales para satisfacer las mismas necesidades de las personas sin discapacidad; esto genera las condiciones propicias para que las personas con discapacidad se mantengan entre las más pobres y sufran la exclusión económica y social.

Conforme a los resultados de la Primera Encuesta de Discapacidad (PENDIS-2006), Censo de Población y Vivienda 2010 y la Encuesta de Niveles de Vida del 2008, se ha logrado definir la población meta a la cual está dirigido el Programa Ángel Guardián.

La Ley N° 39 de 14 de junio de 2012, crea un programa especial de asistencia económica para las Personas con Discapacidad Severa en condición de dependencia y pobreza extrema.

.

#### **6.1.4 Red de Oportunidades**

La Red de Oportunidades, es un proyecto de alta sensibilidad social que tiene como objetivo insertar a las familias en situación de pobreza y pobreza extrema, en la dinámica del desarrollo nacional, garantizando los servicios de salud y educación, todo lo cual mejora sustancialmente la calidad de vida de 72,563 hogares beneficiarios. Más de 362,815 personas beneficiadas mediante las Transferencias Monetarias Condicionadas -TMC.

#### **6.1.5 Redes Territoriales**

Entre los años 2005 y 2006 se realizó un estudio en el cual revela una desorganización comunitaria en pobreza y pobreza extrema, con ausencia de coordinación interinstitucional, inexistencias de programas para disminuir la



pobreza y pobreza extrema, pocas ofertas de los servicios de las instituciones, la falta de grupos organizados, la falta de interés de los líderes comunitarios a integrarse a con la comunidad a desarrollar problemas sociales y estructurales, por consiguiente, se propone el diseño del proyecto de redes territoriales para que, en la medida de lo posible, éstas sean base del desarrollo del capital social y poder adquirir una mejor calidad de vida.

En la actualidad se cuenta con 185 Redes Territoriales en 116 corregimientos, en 53 Distritos, y en 193 lugares poblados fortalecidos y funcionando a nivel Provincial, Regional y Comarcal en las comunidades de extrema pobreza, riesgo social, marginación y vulnerabilidad social conformadas por 1,300 líderes y lideresas, beneficiando alrededor de 50,000 personas directamente y más de 100,000 indirectamente.

#### **6.1.6 Dirección de Subsidios Estatales**

La Dirección de Subsidios Estatales se rige bajo el Decreto Ejecutivo N° 54 del 16 de julio de 2002.

La Dirección Nacional de Subsidios Estatales establece las pautas para regular los subsidios que el Estado otorga a los Patronatos, Fundaciones, Asociaciones y Organizaciones sin fines de lucro, dedicadas al desarrollo de programas sociales con la finalidad de lograr el fortalecimiento de la familia, la comunidad y grupos de población vulnerables en el territorio nacional.

Esta dirección también supervisa cuidadosamente cada gasto efectuado por las organizaciones subsidiadas, tomando en cuenta el presupuesto aprobado y los límites establecidos para cada programa o proyecto.

#### **6.2 Autoridad de la Micro, Pequeña y Mediana Empresa**

Desarrolla proyectos y programas con una visión de reducir la brecha de pobreza en la población necesitada y vulnerable mediante capacitaciones y apoyo logístico en la creación y mantenimiento de la micro, pequeña y mediana empresa.

### **6.3 Ministerio de Salud:**

#### **6.3.1 Políticas de Salud 2010 – 2015 Política 3**

Eje II: Mejorando la Calidad y el Acceso de la Población a los Servicios de Salud.

Política 3: Mejorar el acceso a los servicios integrales de salud con equidad, eficiencia, eficacia y calidad.

### **6.4 Programa de Ayuda Nacional**

#### **6.4.1 Ayuda A Comunidades Marginadas:**

Este programa se ejecuta a nivel nacional con la finalidad de atender las necesidades comunitarias relacionadas a equipos, herramientas, vehículos, así como insumos en general.

#### **6.4.2 Programa De Nutrición:**

Ofrece un almuerzo diario en las escuelas públicas con el objetivo de mejorar las condiciones nutricionales de los escolares y disminuir gradualmente las altas tasas de morbilidad y mortalidad, así como elevar el nivel de escolaridad en las áreas de influencia del proyecto.

#### **6.4.3 Promoción A La Cultura y El Deporte:**

Está orientado a fortalecer las actividades deportivas a nivel nacional como una medida para reducir o mitigar los efectos de la delincuencia juvenil, y desde luego para mejorar la calidad de vida de la jóvenes. Lo anterior se ha logrado mediante el mejoramiento, rehabilitación y construcción de infraestructura deportiva, así como la entrega de insumos deportivos.

#### **6.4.4 Proyectos Sociales:**

Tiene como finalidad el desarrollo de proyectos sociales y el suministro de insumos en general como respuesta a las necesidades identificadas a nivel nacional. De igual forma se brinda respuesta adecuada y expedita a los problemas que le son presentados al Presidente de la República durante las giras de trabajo que realiza a nivel nacional.

#### **6.4.5 Infraestructura Social:**

Dirigido al financiamiento de obras de infraestructura social del país y tiene como objetivo la ejecución de proyectos originados de solicitudes espontáneas de grupos marginados que organizadamente presentan sus necesidades en las oficinas del PAN.

#### **6.4.6 Construcción De Viviendas:**

Está orientado a mejorar la calidad de vida de familias desfavorecidas y en condiciones de pobreza y pobreza extrema mediante un proceso de Mejoramiento del Hogar y promover un modelo innovador de intervención multi-sectorial entre los sectores público, privado y la sociedad civil. El mismo es ejecutado por el PAN en coordinación con el Ministerio de Vivienda.

CONADES es una organización pública comprometida con la integración de los esfuerzos de desarrollo sostenible, que rompe paradigmas, integra la institucionalidad pública y privada, sustituye enfoques sectoriales, focaliza la acción pública sobre los territorios y población, promueve la participación ciudadana, identifica las demandas locales e integra de manera coherentes las políticas de estado, relacionadas con la conservación ambiental, el desarrollo económico y el desarrollo social. Propicia la equidad social, desarrollo humano y la protección de los recursos naturales y ambientales en la perspectiva de las futuras generaciones.

### **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?**

7.1 A continuación se presentan algunas instituciones que son facilitadoras con el MINSA para llevar a cabo la ejecución de las políticas sociales de una

manera mancomunada para el beneficio de la población de responsabilidad de Panamá Este:

**Cuadro N 3: Instituciones Facilitadoras con el Ministerio de Salud y su Mecanismo de conducción.**

Instituciones Facilitadoras con el MINSA	Programas Sociales	Mecanismo de Conducción
MIDES	RED DE OPORTUNIDADES	Mediante los servicios de prevención, promoción y atención de salud se garantiza que cada persona que ingresa y forma parte de la Red de Oportunidades tenga acceso a la salud con equidad como requisito necesario para el pago determinado a los beneficiarios del programa. Por otra parte todos los beneficiarios de la Red de Oportunidades tienen el beneficio de gratuidad en las instalaciones de salud.
MIDES	Programa de Ángel Guardián	Por medio de los servicios de prevención, promoción y atención de salud se hace posible que cada persona que ingresa y forma parte del Programa del Ángel Guardián disponga de un documento que certifique su condición de salud garantizando así un seguimiento de su salud mediante los diferentes programas del MINSA en las instalaciones donde estos acuden.
MIDES	120 a los 65	Mediante los servicios de prevención, promoción y atención de salud se garantiza que cada persona que ingresa y forma parte de 120 a los 65 disponga de un documento que certifique su condición de salud como requisito del programa y que además tengan acceso a la salud con equidad para el pago

Despacho de la primera Dama	Campaña de la cinta Rosada	A través de una coordinación que permite el fortalecimiento de los servicios de prevención y promoción de la salud en el proceso de detección temprana del cáncer de mama, incentivando a la población femenina en la importancia del autoexamen de mamas y en la realización de mamografías en el grupo meta en riesgo.
Secretaría Nacional para el Plan de Seguridad Alimentaria Nutricional	Apoyo a la Salud Nutricional y Población	Se fortalecen las políticas sociales en materia de salud nutricional a la población infantil, maternal y tercera edad mediante las coordinaciones entre el MINSA y el SENAPAN.
Secretaría Nacional de Discapacidad	Apoyo a la Salud Poblacional	Por medio de los servicios de prevención, promoción y atención de salud se hace posible que cada persona con discapacidad disponga de un documento que certifique su condición de salud y un carné emitido por el Departamento de Salud Pública garantizando así un seguimiento de su salud mediante los diferentes programas del MINSA en las instalaciones donde estos acuden. Por otra parte todos los beneficiarios tienen el beneficio de gratuidad en las instalaciones de salud.
CSS	Prestación de Servicios de Urgencias Ortopédicas, Gineco-obstetricia, Pediatría y Cirugía a población No Asegurada	Hospital Regional de Chepo de la CSS brinda servicios de Urgencias, Ortopedia, Gineco-obstetricia, Pediatría y Cirugía a pacientes No Asegurados trasladados de urgencias desde los Centros de Salud del área fortaleciéndose así los procesos de atención a la población vulnerable.

## 7.2 Cuadro N°4: Nivel de participación en el Consejo de Coordinación Provincial y en el Consejo Técnico Municipal:

Asuntos Tratados	Descripción	Nivel de Participación
Festividades	Carnavales	Promoción de Salud y Prevención
Actividades folclóricas, socioculturales y Deportivas	INAC, MEDUCA, Alcaldía	Promoción de Salud y Prevención
Contingencia	Operativos de Salud ante enfermedades Emergentes	Promoción de Salud y Prevención

### 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.

Los programas sociales regionales se incorporan a las políticas de salud toda vez que ellos van a facilitar a la población de más bajos ingresos económicos los recursos para que puedan acceder a los bienes esenciales ya sean educación, salud, mejora de las viviendas, etc. los cuales inciden directamente en indicadores como el índice de desarrollo humano y el cual es una medición del progreso de las personas en dimensiones esenciales para el aumento de sus capacidades.

### 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.

Investigar

### 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 impacto a la población se ha visto afectada por las amenazas creadas por el propio hombre lo que incide en las contaminaciones de las fuentes hídricas,(Río

Pacora), deforestación de la cuenca de los ríos importantes, (Bayano y Chimán) y los manglares en el Distrito de Balboa, quemas descontroladas (Distrito de Chepo), utilización de plaguicidas en áreas agrícolas (Tortí, El Llano, Chepo y Las Margaritas)) y sobre todo la existencia de vertedero a cielo abierto aumentando el número de casos de morbilidad y el aumento de la estancia hospitalaria de la población expuesta.

**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?**

Sí, la legislación existente favorece la participación social en la gestión sanitaria, sin embargo, si se requiere de ciertos cambios en materia de facilitación de los procesos y capacitación de los actores claves en materia de sincronización de sistemas organizacionales, actitud del recurso humano y empoderamiento de los procesos y mecanismos de incentivos para fortalecer la motivación.

En cuanto a las formas de participación social, ver la tabla de la respuesta a la pregunta N°7.

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

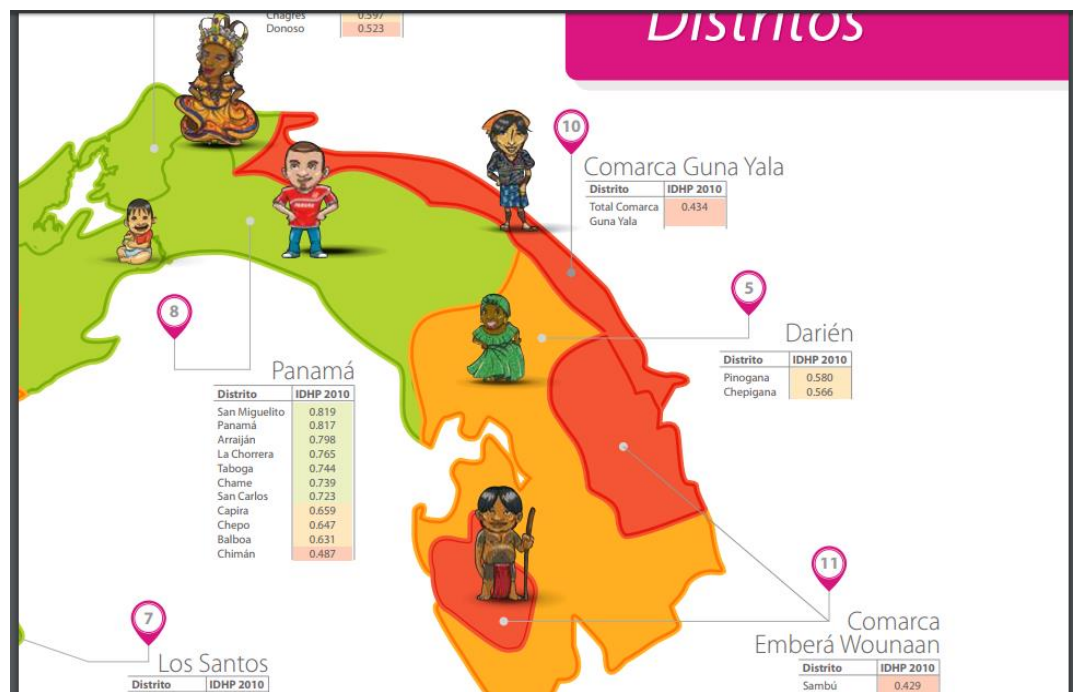
**12.1 Índice de Desarrollo Humano**

El Índice de Desarrollo Humano es un indicador elaborado por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, que busca medir el progreso medio de los países en términos de vida larga y saludable, educación, y nivel de vida digno.

Panamá presenta un desarrollo humano medio alto, pero con diferencias marcadas entre provincias y dentro de las provincias, diferencias en los distritos. Este indicador presenta valores de 0 a 1, en el cual 1 representa el valor más alto en desarrollo humano.

El promedio nacional en 2014 llegó a 0.779; superando el promedio nacional está la provincia de Panamá con un índice de 0.8 lo que representa un índice alto.

En los distritos de Panamá Este observamos ( Ver Figura N°1) que el menor índice



**Figura N° 1: Índice de Desarrollo Humano según distritos en la provincia de Panamá.<sup>7</sup>**

Lo presenta el distrito de Chimán y el más alto las áreas pertenecientes al distrito de Panamá que se encuentran bajo jurisdicción de la región de salud de Panamá este, es decir Pacora y San Martín; Chepo y Balboa se mantienen con un índice bastante parecido, 0.647 y 0.631 respectivamente.

El nivel de Desarrollo humano en Chimán se explica teniendo en cuenta que este indicador se ve afectado por menor cobertura a nivel secundario e ingreso temprano a el mercado laboral. (analfabetismo en Chimán : 14%) el más alto porcentaje del resto de los distritos.

En cuanto al nivel de vida el Distrito de Chimán presenta el mayor porcentaje de pobreza y pobreza extrema con respecto a los otros 3 distritos, 69.4% y 33.1%

<sup>7</sup> Atlas de Desarrollo Humano Local. 2015.



respectivamente además de presentar el más alto porcentaje en deterioro habitacional.

Resulta importante destacar la relevancia que las transferencias por programas tienen para asegurar el acceso a los bienes esenciales pero que a su vez reafirma la importancia de generar capacidades en las personas para que puedan generar sus propios ingresos y mejorar su entorno.

El acceso a los servicios básicos de agua potable, condición de la vivienda, acceso a electricidad también influyen este indicador, Chimán presentó para 2010 sólo el 50% de acceso a agua potable o mejorada.

## 12.2. Índice de Desigualdad de Género

El índice de desigualdad de género fue desarrollado por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) en el 2010 para medir las desventajas que pueden experimentar las mujeres con respecto a los hombres en tres dimensiones: salud reproductiva, empoderamiento y mercado laboral.

Este índice es una medida compuesta que se interpreta cómo la pérdida en desarrollo humano potencial causado por las desigualdades en los logros entre hombres y mujeres en las 3 dimensiones.

El IDG fluctúa entre 0 y 1. El 0 indica que los hombres y mujeres están en igualdad de condiciones, el 1 sugiere que las mujeres tienen las peores condiciones posibles en todas las dimensiones ponderadas.

No fue posible encontrar estadísticas o cálculos de este indicador por distritos en Panamá por lo cual mencionaremos el IDG de País el cual es de 0.58 (2014) empeorando desde el 2009 cuando era de 0.56 calificando a Panamá como una nación de alta desigualdad de género, donde las pérdidas de logro por desigualdad son significativas y en el que aún hay retos importantes.

Haciendo comparación entre provincias y comarcas; la provincia de Panamá presentó el menor IDG con 0.54 y el mayor IDG lo presentó la Comarca Kuna Yala con 0.87 en 2014; Kuna Yala muestra un empeoramiento significativo en la tasa de mortalidad materna lo que mantiene un alto índice de desigualdad.

El IDG revela que las mujeres enfrentan importantes desventajas en todas las provincias y las pérdidas en su desarrollo humano superan el 54% en todos los casos.<sup>8</sup>

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

Si se han establecido estrategias de concertación, sin embargo no son suficientes, este aspecto debe ser fortalecido.

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

Es importante mencionar en esta oportunidad, que por mandato constitucional se le atribuye al Ministerio de Salud en representación del Estado, la facultad de regular todas y cada una de las situaciones que guarden relación con la salud de la población panameña. De igual forma es importante resaltar que nuestra carta fundamental también hace referencia a que los derechos y garantías que son consagrados en la misma deben considerarse como mínimos y no excluyente de otros.

Por otro lado se cuenta con el Decreto de Gabinete No. 1 del 15 de enero de 1969, a través del cual se crea el Ministerio de Salud, se determina su estructura y funciones y se establecen las normas de integración y de coordinación de las instituciones del sector salud.

En este mismo sentido se puede advertir que la misma excerta legal establece que el Ministerio de Salud como órgano de la función ejecutiva tendrá a su cargo la determinación y conducción de la política de salud del gobierno del país y estará

---

<sup>8</sup> [www.undp.org](http://www.undp.org). Atlas de Desarrollo Humano Local. 2015.pdf.

investido de las prerrogativas y facultades que la constitución y la ley confiere a los Ministerios de Estado.

Por otro lado se establece que corresponde al Ministerio de Salud el estudio, formulación, ejecución del plan nacional de salud y la supervisión y evaluación del todas las actividades que se realicen en el sector, en concordancia con la planificación del desarrollo y mediante la coordinación de los recursos que se destinan a los cuidados de la salud tanto por las instituciones dependiente del Estado, como por las autónomas o semiautónomas.

Por todo lo anterior se puede comprobar de que es el Ministerio de Salud en representación del Estado a quien le corresponde la regulación, supervisión de todas y cada una de las instalaciones que por sus características funcionales de desarrollo tenga que ver con la salud de la población panameña; es decir, Ministerio de Salud ente rector de la instalaciones autónomas, semiautónomas, (públicas y privadas en materia de salud pública.)

**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.**

A nuestro juicio y en virtud de lo cuestionado se considera que el Ministerio de Salud como ente rector y regulatorio de lo referente a la salud de la población panameña se ha caracterizado por la emisión de normativas que han venido a ampliar los contextos de las materias que por disposición fundamental son competencia de esta dependencia administrativa.

Para ello ha sido el mismo Ministerio de Salud a través de las distintas direcciones nacionales y generales que se han encargado de generar proyectos de Decretos Ejecutivos, Resoluciones, instrucciones **internas**, a fin de unificar, reglamentar y lograr de esta forma el fiel cumplimiento de las disposiciones legales en materia de salud pública.

En este mismo orden de ideas el Ministerio de Salud en la actualidad mantiene el estudio y revisión de algunos proyectos de modificación de disposiciones sanitarias a fin de mantener actualizados todos y cada uno de los trámites que son competencias de esta institución, pues bien como es conocimiento público cada día surgen nuevas enfermedades, epidemias, establecimientos de interés sanitarios, etc., con nuevas características y en ello se ha enmarcado el Ministerio de Salud, a fin de que la regulación este acorde a lo que se presenta en el mundo globalizado que nos rodea.

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

En atención a la competencia de las distintas áreas de fiscalización se procede a expresar lo expuesto en el Decreto de gabinete 1 de 1969 la estructura organizativa del Ministerio de Salud que a la letra dice:

Artículo 2 ° (...)

Artículo 3° La estructura organizativa del Ministerio de Salud será la que se indica:

a. El nivel Ministerial, como organismos político-administrativos superior encargado de la determinación y ejecución de la política de salud en el país por medio de la planificación de las acciones y la coordinación y orientación de todas las entidades del sector;

b. El nivel de la Dirección general de Salud y servicios técnicos normativos de supervisión y auxiliares de administración, como órgano directivo normativo, fiscalizador y asesor del nivel ministerial con la responsabilidad de dirigir, normatizar, coordinar, y supervisar la ejecución de los planes de salud; y

c. El Nivel de las Regiones de la salud y los servicios que las integran como órganos ejecutivos operacionales con la responsabilidad de ejecutar los programas y obtener el máximo de rendimiento de los recursos.

De la norma ut supra citada, a claras luces se observa la distribución equitativa de las funciones que mantiene el Ministerio de Salud a través de las distintas unidades ejecutoras y los diferentes sectores, esto en atención a las facultades inherentes a cada unidad y con las excepciones que por mandato han sido atribuidas al Ministerio de Salud, por la funciones que le han sido concedidas.

#### **16. Existen normas sanitarias para el funcionamiento de establecimiento público y el MINSA fiscaliza el cumplimiento de éstas.**

En esta oportunidad nos corresponde manifestar que en efecto el Ministerio de Salud como ente rector y regulatorio de la salud de la población panameña, mantiene un compendio normativo en atención a los establecimientos públicos, que por las actividades que realizan requieren de supervisión y/o fiscalización por parte del Ministerio de Salud, a través de los distintos funcionarios responsables y previamente autorizados para estos fines.

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

### **DEMANDA Y NECESIDAD DE SERVICIOS**

#### **2.1 Indicadores Demográficos**

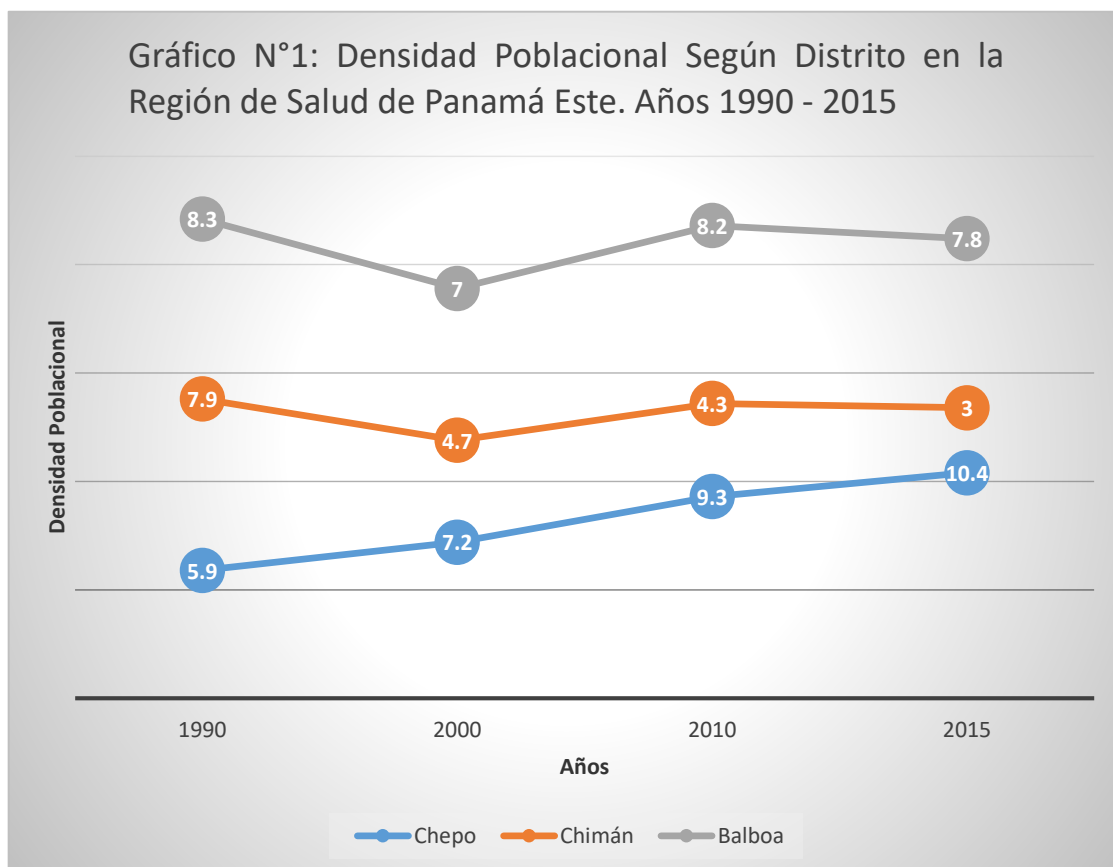
##### **2.1.1 Densidad de Población:**

**Cuadro N°5: Distribución poblacional en la Región de Salud de Panamá Este según área. Años 2000 -2010.**

Área	2000			2010		
	Total	Masc.	Fem.	Total	Masc	Fem
Urbana	72,883	39,125	33,758	69,571	34,807	34,764
Rural No indígena	28,817	16,078	12,739	31,983	16,595	15,388
Rural Indígena	5,343	2,776	2,567	7,536	3939	3,597

Fuente: INEC.

Los datos presentados en el cuadro n°5 son tomados del Censo poblacional del 2000 y 2010; en la misma observamos la distribución por área de la población de responsabilidad de la región, tanto para el año 2000 y 2010 el mayor número de población se encuentra ubicado en el área urbana esto debido a que bajo responsabilidad de la R.S.P.E. se encuentra el Corregimiento de Pacora el cual es el corregimiento con mayor número de pobladores seguido del corregimiento de Chepo cabecera, luego en número le continúa el área rural no indígena y seguidamente el área rural indígena. Observando la variación en el tiempo observamos un leve descenso de la población ubicada en el área urbana y aumentos en las áreas rurales indígenas y no indígenas, esto nos indica que debido a la población la mayor demanda de recursos en atención de salud se dará en el área urbana, por lo cual además las estrategias de intervención deben definirse prioritariamente para dicha área.



Fuente: INEC

En cuanto a la densidad poblacional por distritos observamos que en el distrito de Chepo se observa un incremento con respecto a 1990 pasando de 5.9 a 9.3 habitantes por Km<sup>2</sup> y con tendencia al aumento en 2015, el Distrito de Balboa se mantiene casi constante, de 8.3 en 1990 a 8.2 en 2010 y el distrito de Chimán tiene una variación hacia la disminución de 7.9 en 1990 a 4.3 en 2010 lo que nos puede estar indicando un éxodo de la población hacia otros lugares.

Según los datos censales del INEC dentro del Distrito de Chepo los corregimientos con mayor densidad poblacional son el corregimiento de Chepillo con 263,3 hab/Km<sup>2</sup> y el corregimiento de Chepo cabecera con 46 hab/Km<sup>2</sup> para 2010 y el de menor densidad poblacional la Comarca Kuna de Madugandí. En el Distrito de Chimán el corregimiento con mayor densidad fue el corregimiento de Chimán y los que presentaron menor densidad poblacional fueron Pásiga y Gonzálo Vásquez, ambos con una densidad poblacional de 2.2 habitantes por Km<sup>2</sup> y para el Distrito de Balboa la mayor densidad la presenta el Corregimiento de Saboga con 88.5 y el de menor densidad el Corregimiento de la Ensenada con 1.4 hab/Km<sup>2</sup>.

Es importante destacar que en la Región de Salud de Panamá Este se cuenta con 2 corregimientos pertenecientes al Distrito de Panamá, los cuales son el corregimiento de Pacora para el cual la densidad de población para 2010 fue de 131.4 y el corregimiento de San Martín cuya densidad fue de 33.5 hab/Km<sup>2</sup>. Una característica importante en el corregimiento de Pacora, Chepo y San Martín es la disponibilidad de terrenos y por su cercanía al área metropolitana se ha constituido en la opción de crecimiento de la ciudad por la proliferación de barriadas formales y por asentamientos informales que en gran parte de los casos sucede en terrenos privados”.

### **2.1.2. Crecimiento Natural o Anual**

La tasa de crecimiento medio anual indica el ritmo de crecimiento de la población en promedio anual, en un período determinado. Es decir que es la

proporción constante en que la población aumenta o disminuye cada año en un período determinado, ya sea tanto por el crecimiento natural como por los procesos migratorios.

**Cuadro N° 6: Población Total de la Región de Salud de Panamá Este según Distrito y tasa de crecimiento medio anual. Censos 1990 -2000-2010 y Estimación 2010 -2020.**

Distrito	Tasa de crecimiento medio anual		
	Censo		Estimación
	1990- 2000	2000- 2010	2010 - 2020
Balboa	1.9	1.8	1.8
Chepo	2.0	2.7	2.0
Chimán	2.9	-2.0	-0.2
Panamá <sup>9</sup>	1.9	1.8	1.8

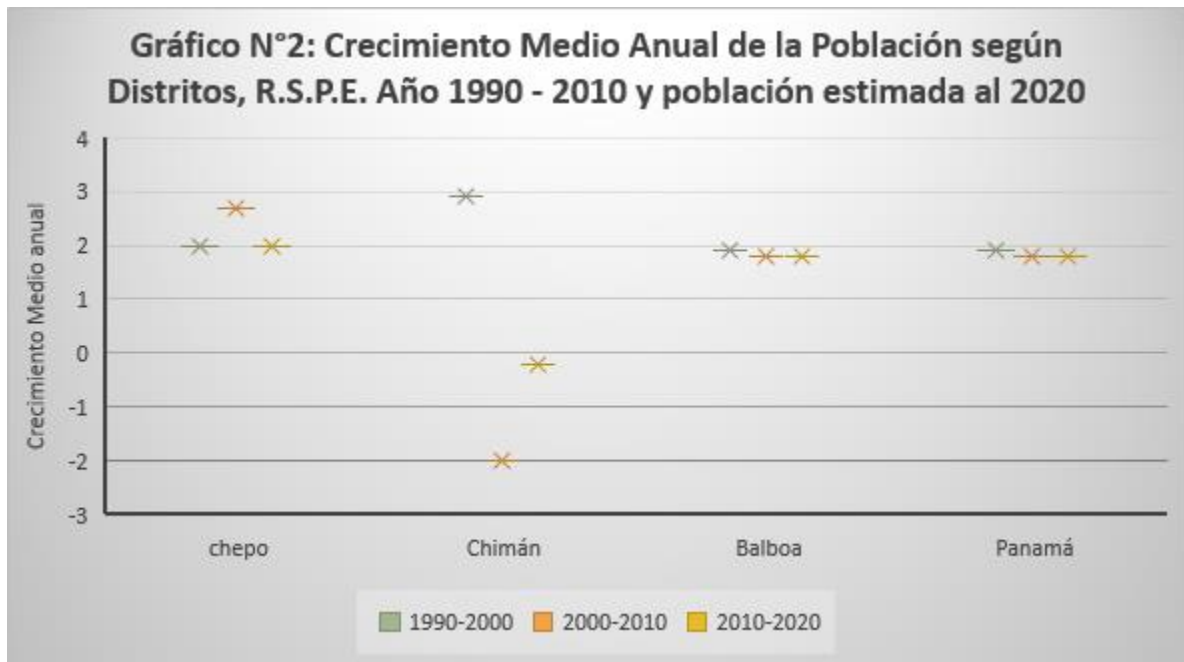
Fuente: INEC. Panamá.

Según los datos de la tabla N° 6 el crecimiento de la población aumenta en el Distrito de Chepo y según estimaciones al 2020 este crecimiento disminuirá, el Distrito de Balboa y Panamá se mantendrán constante en su crecimiento según lo proyectado hasta 2020 y en cuanto al distrito de Chimán observamos un decrecimiento marcado lo cual puede estar influenciado por procesos migratorios de la población en busca de mejores oportunidades laborales, educativas, entre otras.

<sup>9</sup> Para efectos de este análisis, el Distrito de Panamá lo conforman el Corregimiento de Pacora y San Martín.



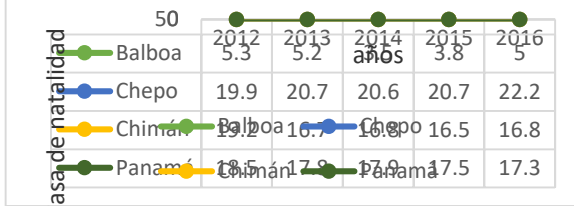
El crecimiento medio anual puede estar influenciado por el crecimiento vegetativo o natural el cual depende de factores biológicos y socioeconómicos, entre otros. El componente demográfico migratorio interviene de manera substancial en el aumento o disminución de las poblaciones como es el caso del distrito de Chimán el cual presentó un crecimiento negativo lo que nos indica disminución en la cuantía de sus habitantes, por el contrario el resto de los distritos de la Región de salud presentan crecimientos positivos.



Fuente: INEC.

### 2.1.3 Tasas de Natalidad, Tasa Global y Tasa General de Fecundidad.

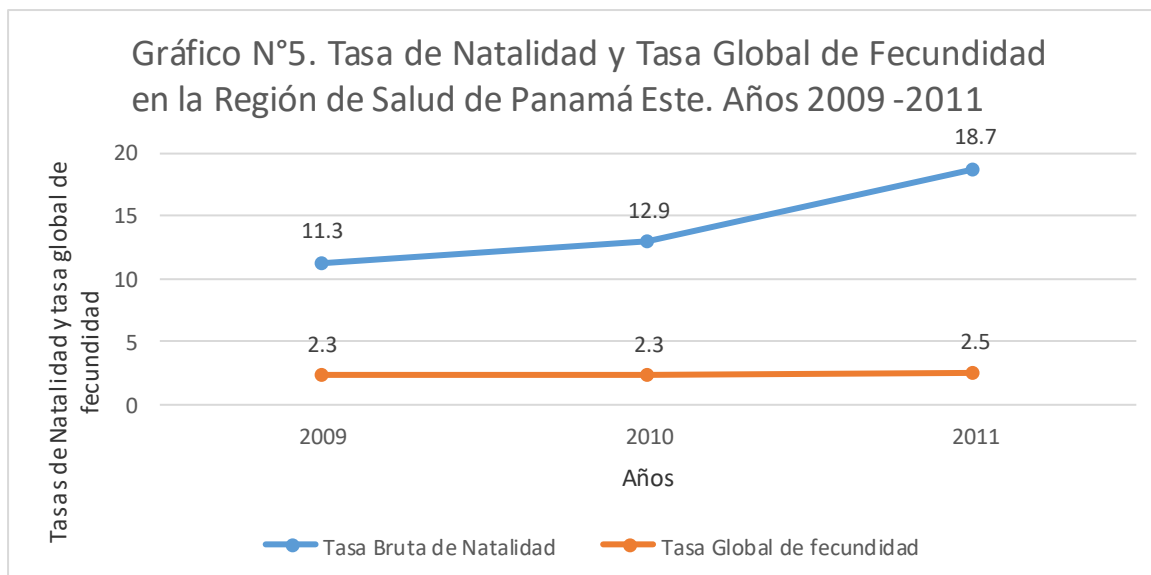
Gráfico N° 3: Tasa Bruta de Natalidad por distritos en la la Región de Salud de Panamá Este. Años 2012 -...



Fuente: Registros Estadísticos del Ministerio de Salud. Panamá.

La tasa de natalidad en los distritos de Panamá Este (número de nacimientos por cada 1000 habitantes en un año) fue en 2016 mayor en el distrito de Chepo con 22.2 nacimientos por cada 1000 mujeres y la más baja la presento en el mismo año el distrito de Balboa con una tasa de 5.0.

Si miramos la evolución de la tasa de natalidad en los diversos distritos vemos que ha bajado en el distrito de Chimán y el distrito de Panamá con respecto al 2012.



Fuente: Registros Estadísticos del Ministerio de Salud. Panamá.

El comportamiento de ambas tasas a nivel regional del año 2009 a 2011 indica que para 2011 Panamá Este presentó una tasa de 18.7 y una tasa global de fecundidad de 2.5, esta cifra asegura que la pirámide de población de Panamá Este se mantenga estable, ya que para ello es necesario que cada mujer tenga al menos 2,1 hijos de media.

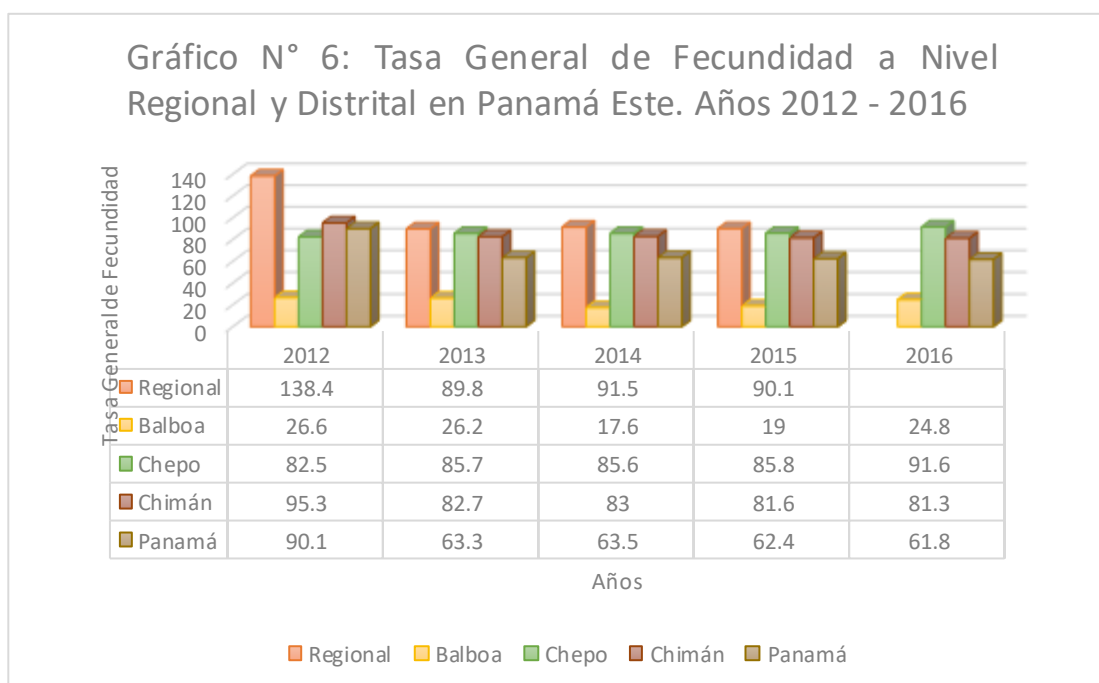
Para establecer los parámetros de los niveles de la fecundidad se utiliza a nivel de país la clasificación propuesta por el Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) en 2008, para los países de América Latina, la cual es aplicable a nivel nacional y a escala subnacional (Provincias y comarcas). Según esta clasificación la región de Salud de Panamá Este la clasificaríamos en un nivel de fecundidad intermedio.

A nivel de País la tasa de natalidad para 2011 fue de 20.19 y la tasa global de fecundidad 2.50.

**Cuadro N° 7. Tasa General de Fecundidad Regional y por Distrito en Panamá Este. Años 2012 – 2016.**

Nivel Regional/Distrital	2012	2013	2014	2015	2016
Regional	138.4	89.8	91.5	90.1	96.9
Balboa	26.6	26.2	17.6	19.0	24.8
Chepo	82.5	85.7	85.6	85.8	91.6
Chimán	95.3	82.7	83	81.6	81.3
Panamá	90.1	63.3	63.5	62.4	61.8

Fuente: Cálculo basado en datos proporcionados por el Departamento de Estadística Nacional. MINSA. Panamá.



Fuente: Cálculo basado en datos proporcionados por el Departamento de Estadística Nacional. MINSA. Panamá.

En el gráfico N° 6 se presenta la Tasa General de Fecundidad a nivel de toda la Región Panamá Este la cual para el año 2015 fue de 90.1 nacimientos con vida por cada 1000 mujeres entre 15 a 49 años con respecto al 2012 se observa un descenso a nivel regional.

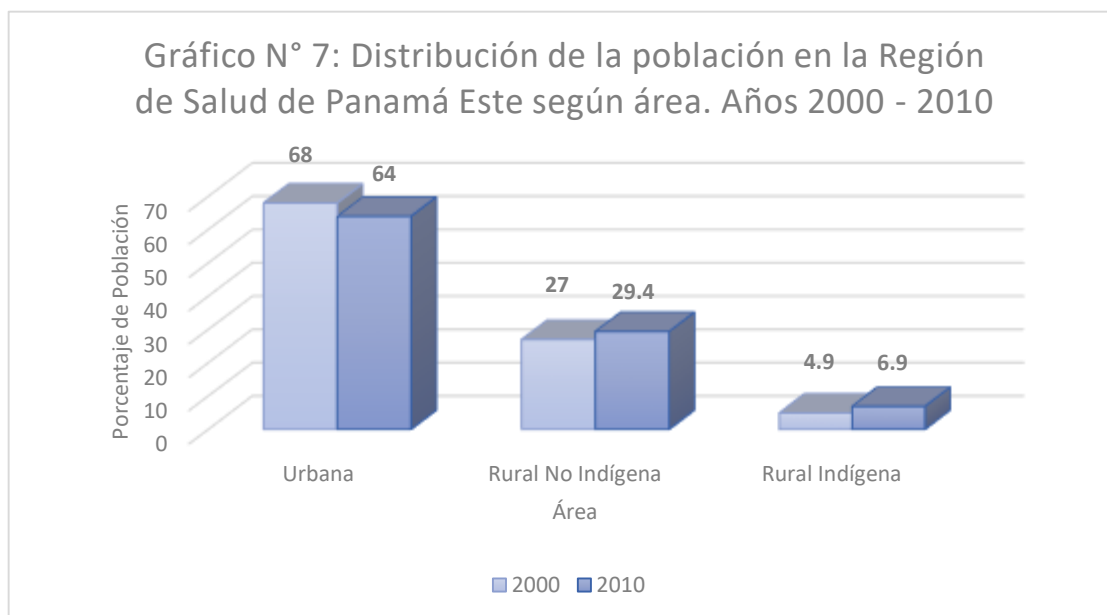
Si hacemos referencia a los distritos los que presentaron tasas más altas fueron el distrito de Chepo con 91.6, seguido del distrito de Chimán con 81.3 y los de menor tasa presentada para 2016 fueron el Distrito de Balboa y Panamá.

#### 2.1.4. Distribución de la Población según área.

Cuadro N° 8: Distribución de la Población por Distritos y según área de residencia. Años 2000.

Región/ Distrito	2000							
	Total		Urbana		Rural No Indígena		Rural Indígena	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Región	107,043	100	72883	68	28817	27	5343	4.9
Balboa	2336	2.1	-	-	2250	2.1	86	0.1
Chepo	35497	33.1	11334	10.5	19933	18.6	4230	3.9
Chimán	4086	3.8	-	-	3059	2.8	1027	0.9
Panamá	65124	60.8	61549	57.4	3575	3.3	-	-
	2010							
Región/ Distrito	Total		Urbana		Rural No Indígena		Rural Indígena	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Región	108657	100	69571	64	31983	29.4	7546	6.9
Balboa	2271	2.0	-	-	2586	2.4	128	0.1
Chepo	46139	42.4	17077	15.7	22923	21.1	6139	5.6
Chimán	3343	3.1	-	-	2064	1.8	1279	1.1
Panamá	56904	52.3	52494	48.3	4410	4.0	-	-

Fuente: INEC. Censo de Población y vivienda 2000 y 2010



Fuente: INEC.

Para el año 2010 en la Región de salud de Panamá Este el 64% de la población se encuentra ubicada en el área urbana siendo el mayor porcentaje; este porcentaje lo aporta mayormente el corregimiento de Pacora y el corregimiento de Chepo cabecera; el 29.4 % lo encontramos en el área rural no indígena; para este mismo año la población indígena en esta área fue de 6.9 %.

Si observamos la tendencia en la distribución de la población hay una disminución de un 4% en el área urbana, sin embargo, tanto en el área rural no indígena como en el área rural indígena se observa un aumento de 2%.

Es preciso señalar que los corregimientos con mayor densidad poblacional son Pacora y el corregimiento de Chepo, el cual presentó una densidad de población de 9.3 hab/Km<sup>2</sup> mayor que el resto de los distritos estas áreas presentan algunas características que favorecen esta condición como la accesibilidad, cercanía a la ciudad, mejores centros educativos y servicios básicos de salud, entre otros.

### 2.1.5. Razón de Dependencia

**Cuadro N°9: Razón de Dependencia en la Región de salud de Panamá Este. Año 2010 -2017.**

Años	Razón de Dependencia
2010	56.6
2016	51.2
2017	50.8

Fuente: Registro de Estadísticas del Ministerio de Salud

En la Región de salud de Panamá Este para el año 2017 de cada 100 personas 50.8 son dependientes, si se compara con el año 2010 hay un descenso de 5.8%.

La razón de dependencia es importante para el desarrollo del presupuesto público, ya que divisa gastos sociales (como las jubilaciones) están ligados a dicha tasa.

A mayor tasa, mayor carga para la población activa.

### 2.1.6. Migración

Según Omar Moreno, la migración interna introduce cambios en las variables que definen la estructura y la dinámica de las poblaciones de un territorio. A su vez, estas variable pueden contribuir a generar desventajas adicionales a los territorios con mayores niveles de pobreza y menores niveles de competitividad porque la migración no sólo implica la transferencias de

personas de un territorio a otro sino también las potencialidades de crecimiento demográfico, competitividad económica y capacidad, dada la selectividad por edad, sexo y educación de la migración<sup>10</sup>.

La migración reciente se refiere a aquella situación en la que los migrantes residen en un lugar distinto al que lo hacían en una fecha fija anterior, normalmente 5 años.

En Panamá Este los distritos con menor flujo migratorio fueron para 2010, Balboa (682) y Chimán (959) al calcular las tasas de inmigración obtenemos que Chepo se presenta con la mayor tasa de inmigración de los distritos, con (30.4) por cada 1000 habitantes; por el contrario, dentro de los distritos con la mayor tasa de migración por cada 1000 habitantes están Chimán (44.6) y Balboa (40.6)

En el caso de los orígenes de las personas que tuvieron como destino los distritos en los cuales se presentó las mayores tasas de inmigración, tenemos que aquellas personas que pertenecían al distrito de Panamá se distribuyeron en un 36% en el Distrito de Chepo, segundo lugar después de Arraijan.

A parte del distrito de Panamá, que aportó el 36% de inmigrantes al distrito de Chepo, también los de Chepigana (9.4%); San Miguelito (8.1%) y Chimán (4.4%) fueron importantes fuentes de movimientos migratorios.

A pesar que el Distrito de Chimán está menos distante que Chepigana (Darién) el aporte de inmigrantes es el doble debido a que las personas de dicho distrito buscaron acercarse más a la capital del país en pro de encontrar mejores oportunidades.

---

<sup>10</sup> H. Domenach y M. Picovet: El Carácter de la Reversibilidad en el estudio de la migración, 1990.



La tasa neta de migración reciente representa el efecto neto de la inmigración y la emigración de la población de un determinado distrito, expresando una ganancia o pérdida de población de dicho distrito durante los últimos 5 años previos al censo.

Habrà una ganancia cuando la inmigración sea mayor que la emigración y una pérdida en caso contrario dependiendo del capital humano.

**Cuadro N° 10: Tasa Neta de Migración por Distrito en Panamá Este. Censo 2000 -2010**

Distrito	Migración Neta			
	2000	2010	Diferencia	Situación
Balboa	-50.6	-23.6	27.0	-
Chepo	-1.0	10.5	11.5	1
Chimán	-5.6	-27.0	-21.3	+
Panamá	8.6	11.5	3.0	+

Fuente: INEC. Panamá

Al comparar los cambios de los flujos migratorios entre el censo de 2000 y 2010, aquellos distritos que en el 2000 tenían una tasa neta de migración negativa y en el 2010 pasaron a tenerla positiva fue solamente el Distrito de Chepo, este distrito pasó de ser un área expulsora en el 2000 a ser receptora en el 2010. Esto puede explicarse debido a la expansión física (infraestructuras, viviendas, etc.) de los distritos cabeceras y a la densidad poblacional lo que hizo que las personas

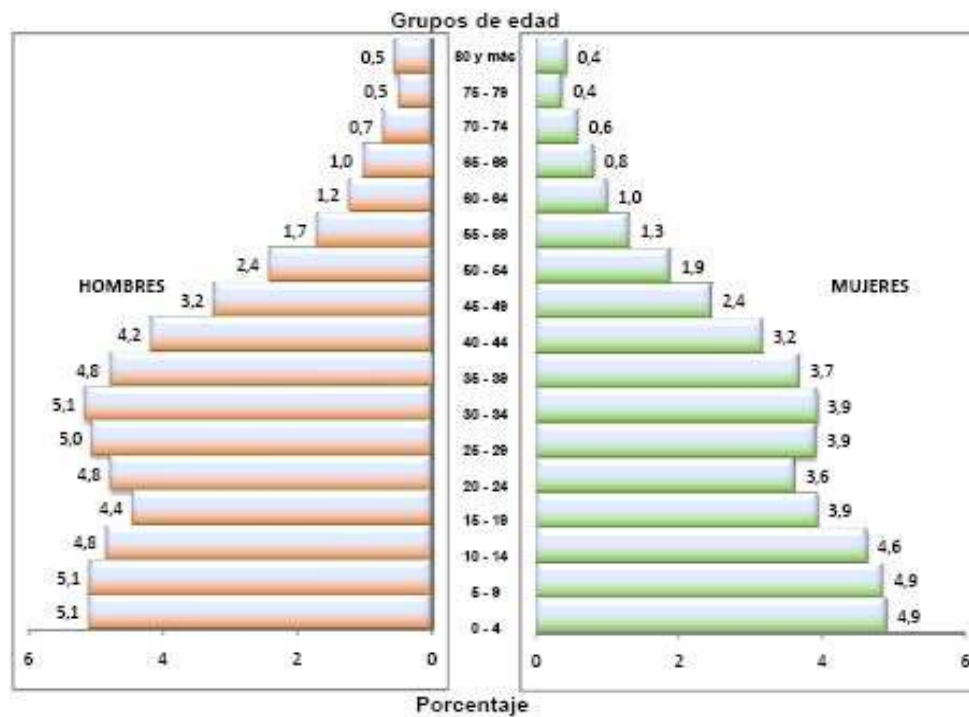
migraran desde las zonas periféricas a dichas áreas. El incremento de viviendas en el período antes mencionado fue de 3,531.

Los flujos migratorios se dan principalmente por la población empleada en búsqueda permanente de mejoramiento de sus condiciones socioeconómicas.

### 2.1.8 Estructura de la Población por Grupo de Edad

La población estimada para 2015 fue de 137,228 habitantes. El 55.3% correspondió a la población adulta de 20 – 59 años. El 17.7% a los adolescentes de 10 a 19 años, el 7.3% eran adultos mayores y el 9.7% tenía menos de 5 años de edad. El 45.3% eran mujeres y el 54.6% hombres. El índice de masculinidad es de 0.83.

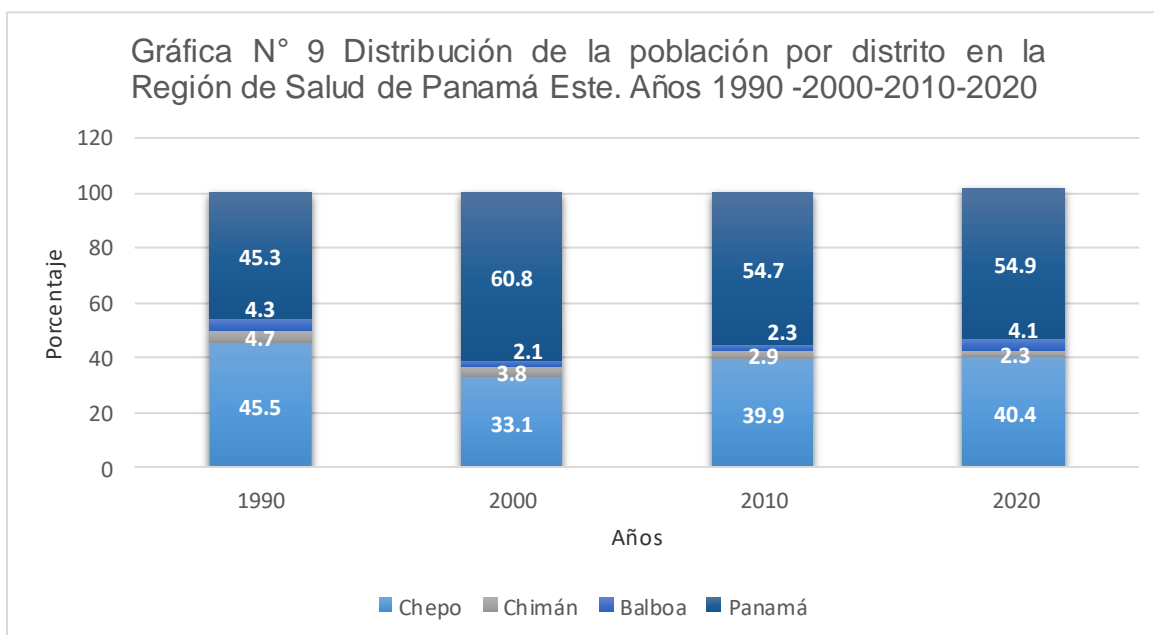
Gráfico N°8: Pirámide de Población de la Región de Salud de Panamá Este por Sexo y Edad . Año 2015



Fuente: Departamento de Registros y Estadísticas del MINSA. Población Estimada 2015.

Es una pirámide poblacional en transición en la que predomina la población joven y la población en edad productiva, en cuanto al sexo predomina el sexo masculino. En cuanto a la distribución de la población regional por distrito observamos que el mayor porcentaje lo encontramos en el distrito de Panamá, en el corregimiento de Pacora y San Martín en el que el porcentaje para 1990 era de 45.3%, y para 2000 un 60.8%, presentando un descenso en 2010 a 54.7%; proyectando la población, este distrito ocupará un 54.9% es decir 81,972 personas. de la población regional para 2020.

En segundo lugar está el Distrito de Chepo el que presentó para 1990 45.3 de la población regional y para el 2020 proyecta ocupar el 40.4%. Los distritos con menor porcentaje poblacional fueron inicialmente en 1990 Balboa seguido de Chimán pero si observamos la evolución a lo largo de los años hasta 2010 se mantiene el mismo comportamiento pero para 2020 pasará a menor porcentaje el Distrito de Chimán es decir será el menor de los distritos con un 2.3% de la población regional.

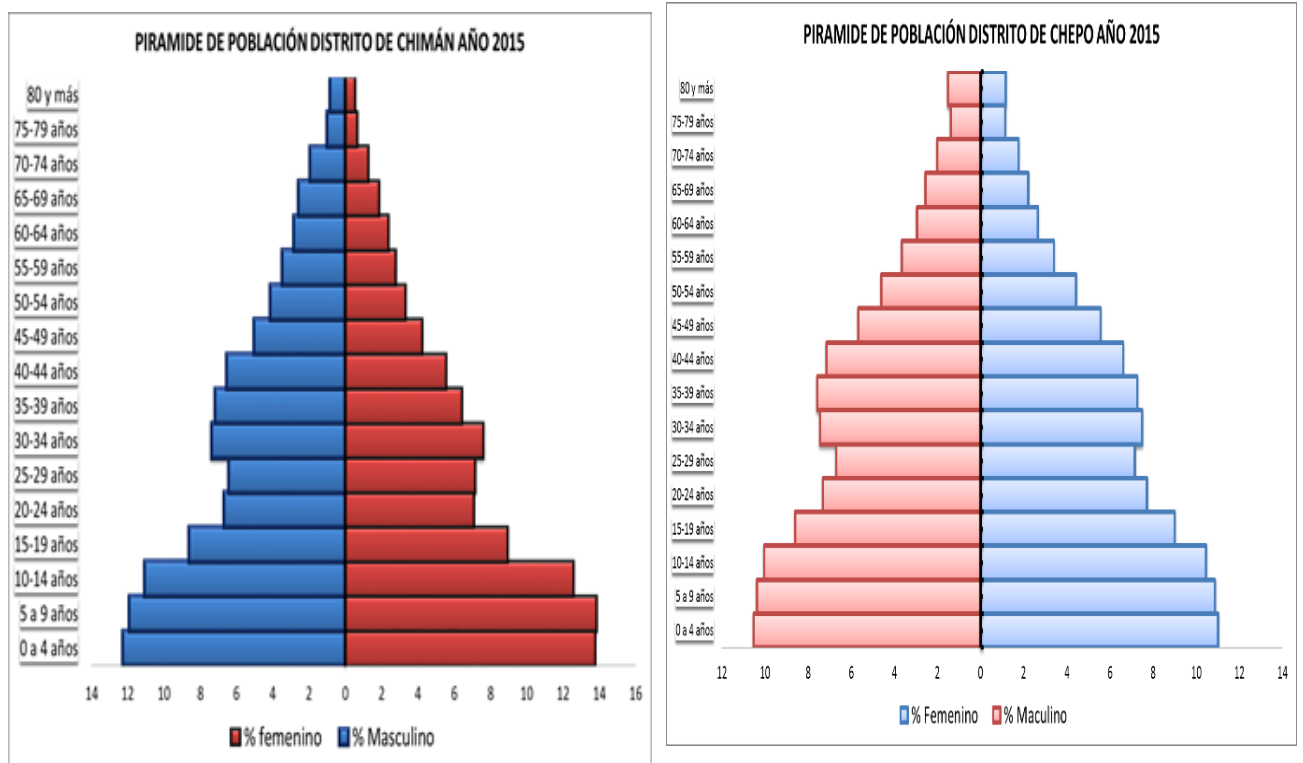


Fuente: INEC

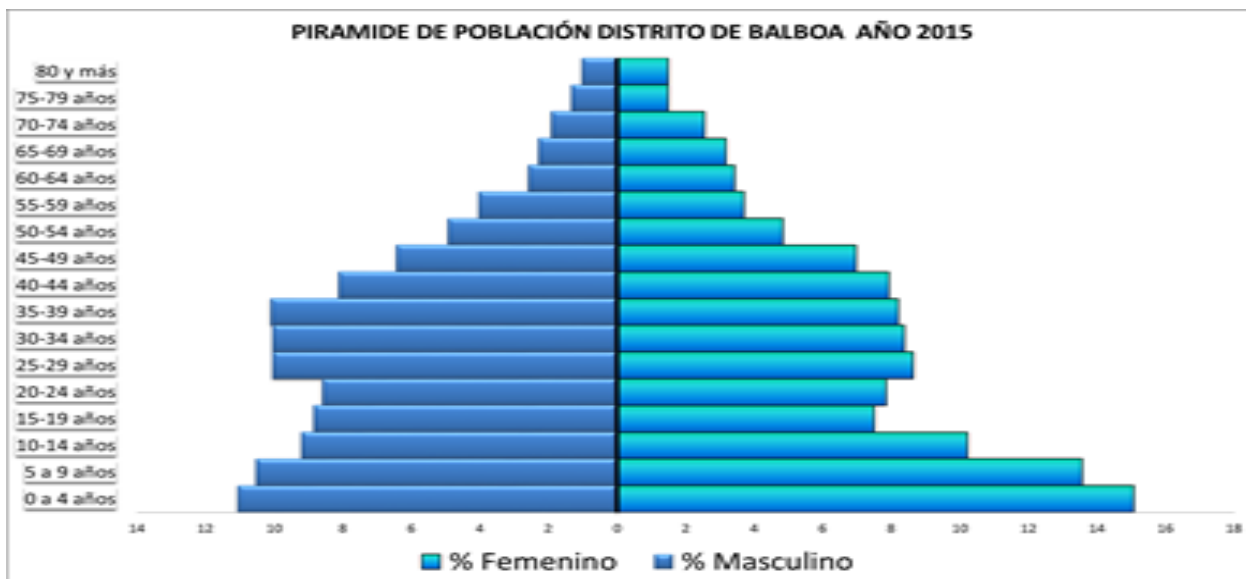
Al analizar los datos de INEC (2010) los corregimientos más grandes son: En el Distrito de Balboa San Miguel Cabecera (1110) y Saboga (762); en el distrito de Chepo, Chepo cabecera (21868) y Tortí (9928); en el distrito de Chimán, Chimán cabecera (1226) y Unión Santeña (1069) y el corregimiento de Pacora con (62,377).

Los corregimientos más pequeños son: Distrito de Balboa: La Guinea (91) y la Ensenada (102); en Chepo: Santa Cruz de Chinina (1690) y Chepillo (271); Chimán: Gonzálo Vásquez (93) y Pásiga (502).

### Gráfico N°10: Pirámides Poblacionales según Distritos de Responsabilidad en la Región de Salud de Panamá Este. Año 2015.



Fuente: Departamento de Planificación. Región de Salud de Panamá Este. Año 2015



Fuente: Departamento de Planificación. Región de Salud de Panamá Este. Año 2015

Observando las estructuras de las pirámides de población en los distritos de la región de Salud, el comportamiento es similar, prevaleciendo las bases anchas lo cual nos indica que nuestra población está compuesta principalmente de población joven y por otro lado ocupa un lugar importante la población en edad productiva. Que es la que se espera contribuya al crecimiento económico y mejore los niveles de bienestar en la población.

Según un análisis presentado en el “Atlas de Desarrollo Humano Local: Panamá 2015, Panamá se encuentra en ese período único de bonanza, en el que, durante los próximos años, contará con una cada vez mayor fuerza de trabajo, en su mayoría jóvenes. Por ello, esta oportunidad está condicionada por la inversión que se haga hoy, las familias, los gobiernos, en los niños y jóvenes para atender sus necesidades y crear oportunidades que les permitan participar y ser beneficiarios del desarrollo del país..

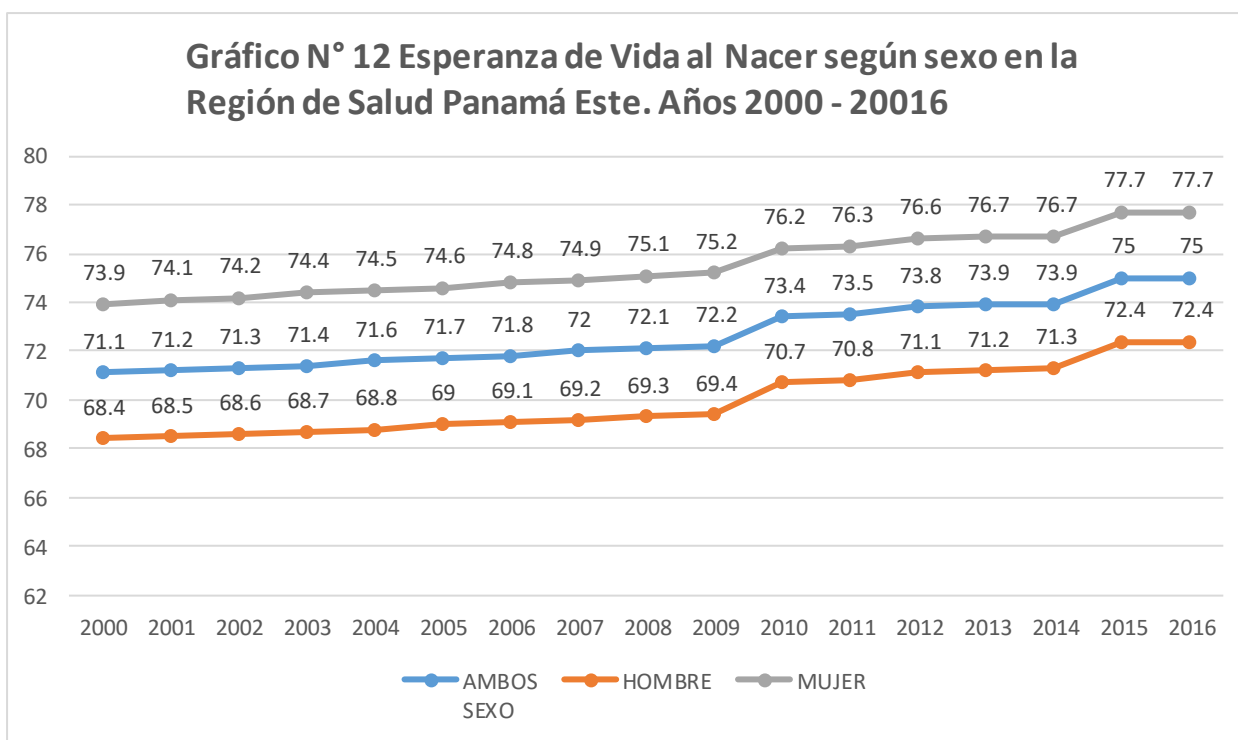
El conocer los cambios en la estructura de edades en nuestros territorios es importante porque impacta el proceso de desarrollo económico de esas zonas, ya que el comportamiento de la población cambia según la etapa del ciclo de vida en que se encuentra.. Además cada etapa del ciclo de vida se relaciona con

capacidades y vulnerabilidades que llaman a priorizar en inversiones claves para atender las demandas específicas de cada una.

### 2.1.9. Esperanza de Vida al Nacer

**Cuadro N° 11: Esperanza de Vida al Nacer según sexo y Distritos en la Región de Salud de Panamá Este. Años 2010 – 2016.**

REGION/ DISTRITO	2010			2011			2012			2013			2014			2015			2016		
	TOTAL	H	M	TOTAL	H	M	TOTAL	H	M	TOTAL	H	M	TOTAL	H	M	TOTAL	H	M	TOTAL	H	M
BALBOA	72.22	69.4	75.18	72.28	69.47	75.24	75.59	69.78	75.53	72.68	69.9	72.87	72.9	70.14	75.81	72.99	70.25	75.86	73.15	70.44	76
CHEPO	75.49	73.04	78.06	75.56	73.12	78.12	75.87	73.44	78.42	75.97	73.57	75.66	76.21	73.82	78.71	76.29	73.94	78.77	76.44	74.13	78.92
CHIMAN	72.44	69.63	75.48	72.5	69.7	75.54	72.85	70.02	75.83	72.95	70.14	73.16	73.17	70.37	76.11	73.25	70.48	76.16	73.41	70.67	76.3
PANAMA	78.15	75.32	81.13	78.22	75.4	81.19	78.55	75.74	81.51	78.66	75.87	78.64	78.9	76.13	81.81	78.99	76.24	81.87	79.17	76.44	82.02



Fuente: Departamento de registros Médicos y Estadísticas de Salud del MINSA. Panamá

La esperanza de vida al nacer se constituye en una medida para reflejar el nivel de la mortalidad, debido a que se encuentra libre del efecto de la estructura por edades. También identifica el promedio de años que podría vivir una persona desde su nacimiento hasta el final de su vida, si prevalece la estructura de mortalidad observada desde su nacimiento.

Tomando como referencia una clasificación de la Esperanza de Vida, utilizada por el Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) en el 2008, para los países de América Latina, la cual es aplicada a nivel subnacional, se tiene que los límites propuestos son los siguientes: Alta Mortalidad,  $E^{\circ} < 66$ ; Moderadamente Alta,  $66 \leq E^{\circ} < 71$ ; Mortalidad intermedia,  $71 \leq E^{\circ} < 76$ ; Baja mortalidad  $76 \leq E^{\circ} < 81$ ; Muy baja mortalidad  $E^{\circ} \geq 81$ . Por consiguiente, la esperanza de vida para los distritos de Panamá Este se clasificarían de la siguiente manera:<sup>11</sup>

Nivel de Mortalidad	Esperanza de Vida al nacer						
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Alto							
Moderadamente Alto							
Intermedio	Balboa Chepo Chimán	Balboa Chepo Chimán	Balboa Chepo Chimán	Balboa Chepo Chimán	Balboa Chimán	Balboa Chimán	Balboa Chimán
Bajo	Panamá	Panamá	Panamá	Panamá	Panamá Chepo	Panamá Chepo	Panamá Chepo
Muy Bajo							

3 distritos (Chepo, Chimán y Balboa) se mantienen en un nivel intermedio desde el 2010 hasta el 2013 siendo el más bajo nivel en nuestra área y las áreas del distrito de Panamá en un nivel de mortalidad bajo; a partir del año 2014 el distrito de Chepo acompaña en este nivel al distrito de Panamá hasta el año 2016

<sup>11</sup> [www.contraloria.gob.pa/inec/archivos/P4911COMENTARIOS.pdf](http://www.contraloria.gob.pa/inec/archivos/P4911COMENTARIOS.pdf)

permaneciendo Balboa y Chimán constantes en su nivel intermedio lo cual se explica al tener presente las condiciones de ruralidad, dispersión geográfica y menor cobertura de los servicios de salud que caracteriza a estas áreas.

Según datos de la OMS, Panamá para el 2015 tenía una esperanza de vida al nacer de 77.8 años; Panamá Este presenta una esperanza de vida de 75 años manteniéndose en 2 años debajo de la esperanza de vida de país pero con una tendencia al incremento dejando en evidencia el mejoramiento en las condiciones de salud, no obstante, es importante que en esta área se organicen y se establezcan estrategias y acciones en beneficio de cada uno de los grupos etáreos, principalmente la población de adultos mayores.

## Situación de Salud, Aspectos Económicos y Sociales

### 2.2. Aspectos Socioeconómicos

#### 2.2.1 Población Económicamente Activa

**Cuadro N° 12: Población Económicamente Activa Según Distritos en la Región de Salud de Panamá Este. Año 2010**

	CHEPO	CHIMAN	BALBOA	PANAMA
POBLACIÓN TOTAL	46139	3343	2721	56904
POBLACION ACTIVA ECONOMICAMENTE	17703	1306	1197	17441
OCUPADA	17765	1251	1086	16209
DESOCUPADA	938	55	111	1232
POBLACION NO ACTIVA ECONOMICAMENTE	18328	1150	886	

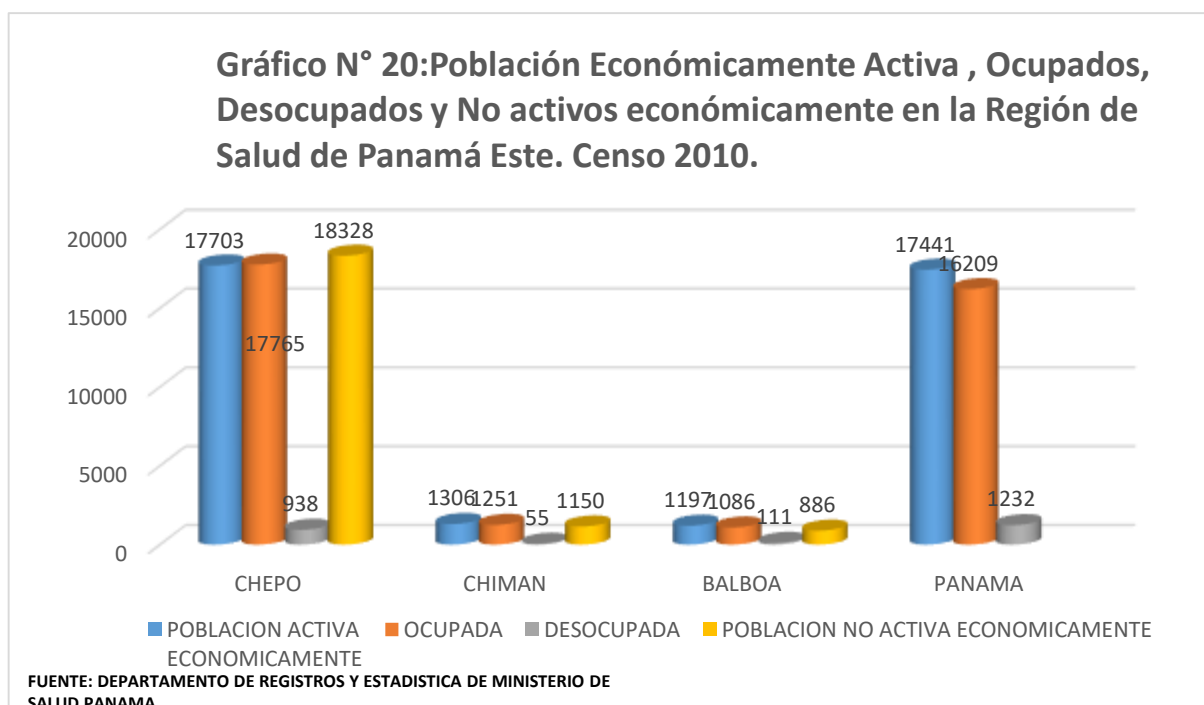
Fuente: INEC. Contraloría General de la República. Censo de Población y vivienda 2010.



La población económicamente activa observada en el censo de 2010 fue de 37,647 habitantes lo que representa un 60% si tomamos en cuenta que la población total en edad de trabajar es de 62,738 habitantes para esta Región; hay que señalar que es más predominante la población masculina que la femenina. La población masculina fue de 36,511 habitantes y la femenina fue de 14,976 habitantes.

Es evidente que existe un gran diferencial por sexo, en la probabilidad o frecuencia con que hombres y mujeres se integran a la actividad económica.

Con base en el índice de masculinidad en la población económicamente activa en Panamá Este, predomina más la fuerza laboral masculina (Con 243 hombres por cada 100 mujeres)



De acuerdo con los resultados de los censos nacionales de 2010, el 7.1% de la población económicamente activa o fuerza laboral estaba cesante ese año. En la región de salud de Panamá Este podemos decir que de los 37,647 habitantes

activos económicamente el 96% están ocupados y el 6.2% está desocupado porcentaje que se acerca a lo presentado a nivel de país. El distrito con mayor porcentaje de desocupados es el Distrito de Balboa con 9.2% y el que menos porcentaje de desocupados es el Distrito de Chimán seguido del Distrito de Chepo.

Según información del Ministerio de Economía y Finanzas presentada en el Atlas Social de Panamá<sup>12</sup> se presentan aquí la tasa de desocupación (%) por corregimientos los cuales para 2010 en nuestra región se comportaron de la siguiente forma:

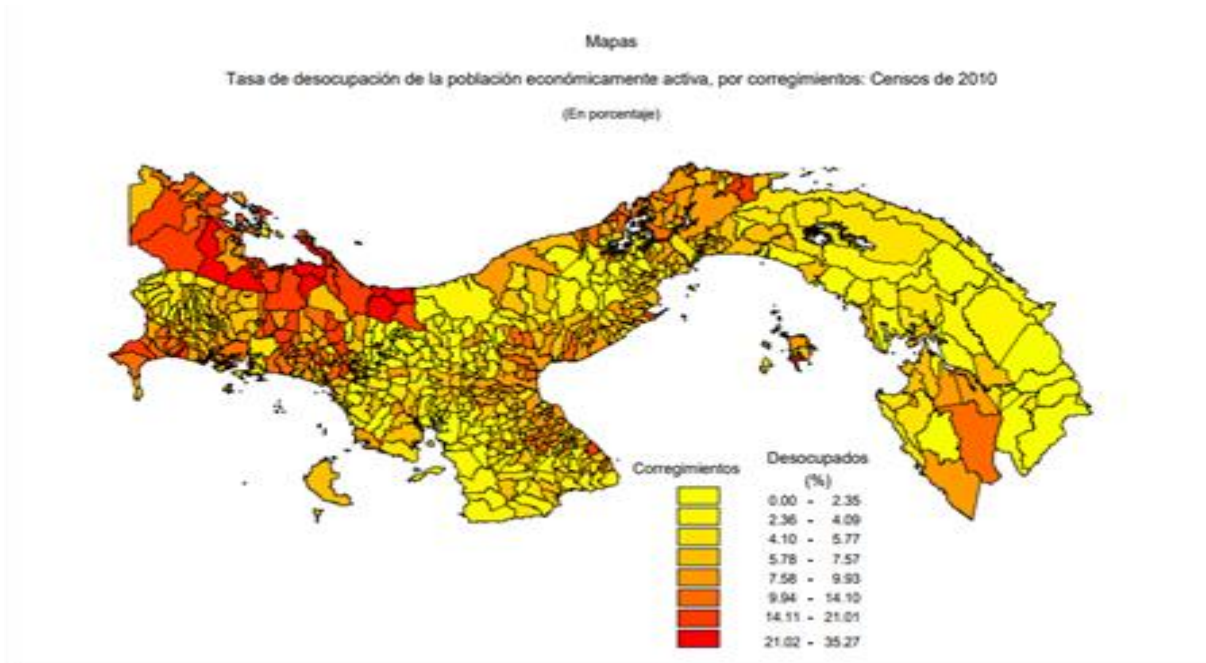
En el Distrito de Panamá, San Martín y Pacora con tasas de desocupación de 3,9% y 6.9%; en el Distrito de Chimán las tasas presentadas fueron; Unión Santeña 1.7%, Pásiga 6.8%, Gonzálo Vásquez 0%, Chimán Cabecera 3.2%, Brujas 6.5%; para el Corregimiento de Chepo, Tortí 3.9%, Santa Cruz de Chinina 3.8%, Las Margaritas 5.6%, El Llano 4.2%, Comarca Kuna de Madugandí 4.9%, Chepo cabecera 6.0%, Chepillo 6.1% y Cañitas 4.6%. En el Distrito de Balboa las tasas de desocupación fueron: San Miguel cabecera 8.9%; Saboga 4.7%, Pedro González 4.9%, La Guinea 3.2%, La esmeralda 25.7% y la Ensenada 6.3%.

Se observa que el Corregimiento de Gonzálo Vásquez no presenta desocupación porque tienen muy poca población joven en formación y por el contrario numerosas amas de casa o pensionados.

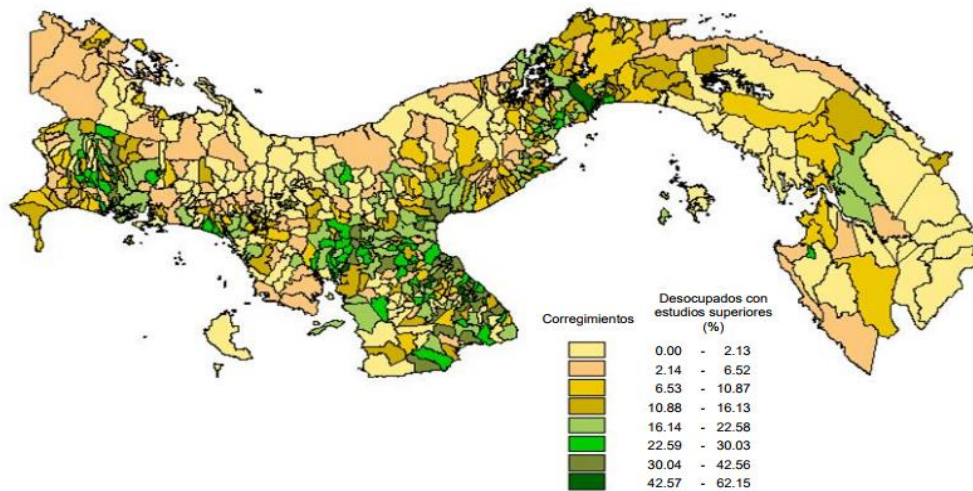
El Corregimiento con más alta tasa de desocupación fue La Esmeralda el cual contaba con 290 personas con 15 años y más, de los cuales 171 eran económicamente activos y 119 inactivos, distribuidos así: 74 amas de casa, 13 estudiantes, 4 pensionados, 2 discapacitados y 5 mayores de 70 años.

---

<sup>12</sup> Ministerio de Economía y Finanzas, Atlas Social de Panamá.



Tasa de desocupación de la población económicamente activa con educación superior, por corregimientos: Censo de 2010  
(En porcentaje)

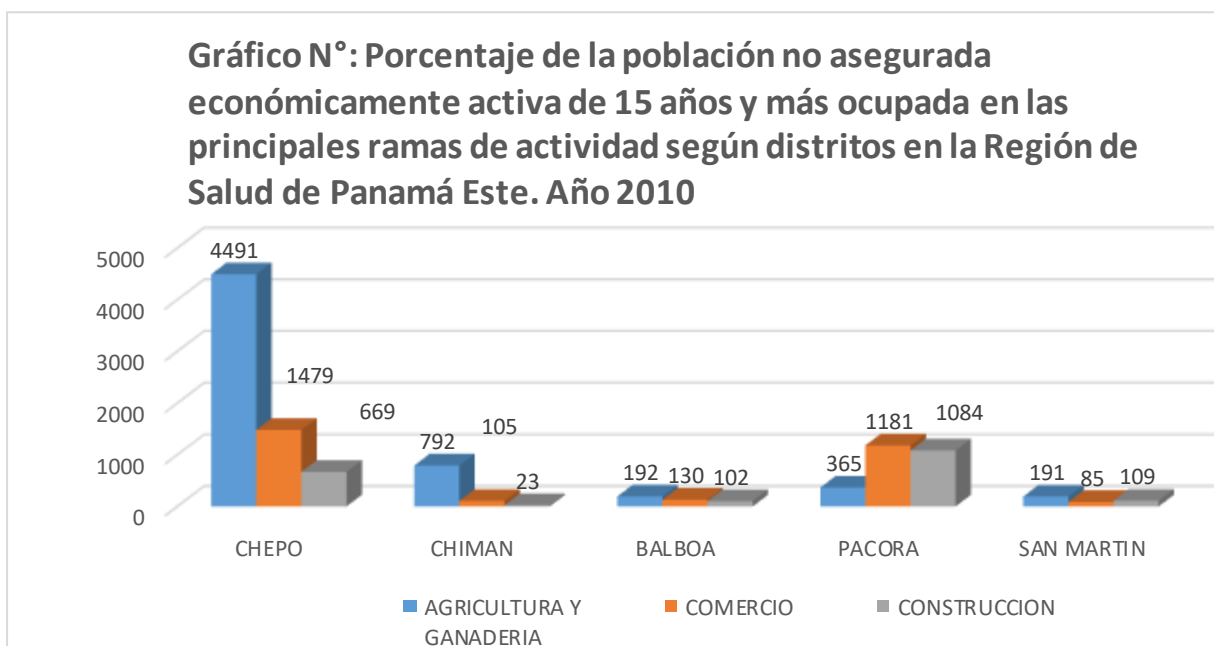


### 2.2.2 Tasa de Actividad

**Cuadro N° 13: Porcentaje total de la población no asegurada económicamente activa de 15 y más años ocupada en las principales ramas de actividad según distritos en la región de Salud de Panamá Este. Año 2010.**

Distritos	TOTAL DE POBLACION	% TOTAL	TOTAL OCUPADOS	AGRICULTURA Y GANADERIA	COMERCIO	CONSTRUCCION
CHEPO	46139	64.5	9455	4491	1479	669
CHIMAN	3343	92.7	1078	792	105	23
BALBOA	2721	71.4	619	192	130	102
PACORA	52494	49.4	6128	365	1181	1084
SAN MARTIN	4410	44.5	696	191	85	109

Fuente: INEC. Contraloría General de la República de Panamá.



Fuente: INEC. Contraloría General de la República de Panamá.

En cuanto a las principales ramas de actividad observamos que prevalecen la agricultura y la ganadería (Sector primario) en los distritos de Chepo, Chimán y

Balboa y en el Corregimiento de San Martín, sin embargo en el Corregimiento de Pacora prevalece en primer instancia el comercio y la construcción (Sector secundario y terciario)

A nivel de País es bueno hacer referencia al análisis presentado por la Contraloría General de la República, y cito textualmente: “En Panamá, a través del tiempo, se ha producido una concentración de la población en edades económicamente activas. El aumento de la participación económica por parte de la mujer es la tendencia registrada en las últimas décadas, por ende, este aumento también es observado en la proyección realizada para el período 2010 – 2020. El incremento de la fuerza laboral femenina es el reflejo de las políticas públicas encaminadas a la permanencia de la mujer en la actividad económica, a pesar del papel que juega la mujer dentro de la sociedad”<sup>13</sup>

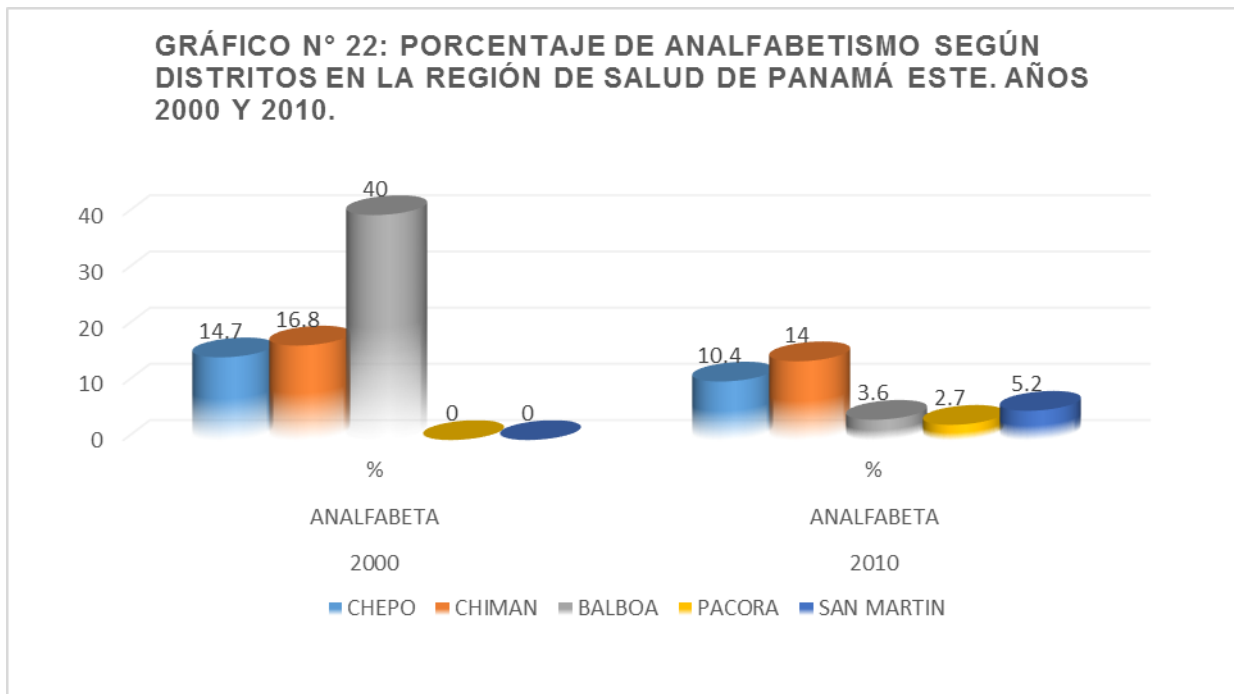
### 2.2.3. Porcentaje de Analfabetismo

**Cuadro N° 14: Porcentaje de Analfabetismo en los Distritos de la Región de Salud de Panamá Este. Años 2000 y 2010.**

DISTRITOS	2000	2010
	ANALFABETA	ANALFABETA
	%	%
CHEPO	14.7	10.4
CHIMAN	16.8	14
BALBOA	40	3.6
PACORA	0	2.7
SAN MARTIN	0	5.2

Fuente: INEC. Contraloría General de la República

<sup>13</sup> [www.contraloria.gob.pa/inec/archivos/P7751Monografia](http://www.contraloria.gob.pa/inec/archivos/P7751Monografia)



Fuente: INEC. Contraloría General de la república de Panamá. Censo 2000 y 2010.

En cuanto al analfabetismo observamos en general una reducción importante en el porcentaje del mismo del año 2000 con un 71.5% a un 35.9% para el 2010.

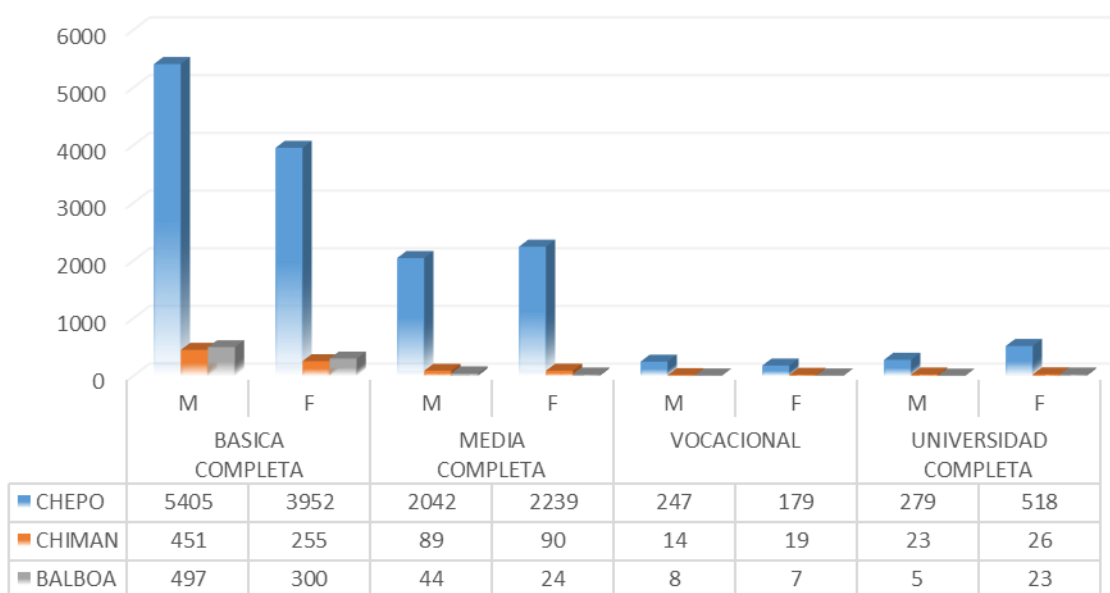
Es importante destacar que la dimensión educativa es parte importante en el índice de desarrollo humano de los países y en Panamá este nuestros distritos se mantienen entre el 86% y el 97% de alfabetismo lo cual es el comportamiento seguido a nivel nacional en donde la mayoría de las provincias mantienen tasas que superan el 90% , con excepción de Bocas del Toro y Darién, en las comarcas el alfabetismo se ubica debajo del 80%, que es el mismo comportamiento en el distrito de Chepo y Chimán en donde contamos con poblaciones indígenas (Kunas y Emberá, principalmente)

## 2.2.4. Escolaridad de la Población

Cuadro N° 15: Escolaridad de la Población según Distritos en la Región de Panamá Este

DISTRITO	ESCOLARIDAD											
	BASICA COMPLETA			MEDIA COMPLETA			VOCACIONAL			UNIVERSIDAD COMPLETA		
	TOTAL	M	F	TOTAL	M	F	TOTAL	M	F	TOTAL	M	F
CHEPO	9357	5405	3952	4281	2042	2239	426	247	179	797	279	518
CHIMAN	706	451	255	179	89	90	33	14	19	49	23	26
BALBOA	797	497	300	68	44	24	15	8	7	28	5	23

GRÁFICO N° 23: ESCOLARIDAD DE LA POBLACIÓN SEGÚN SEXO Y DISTRITOS EN LA REGIÓN DE SALUD DE PANAMÁ ESTE. AÑO 2010.



Fuente: INEC. Contraloría General de la República de Panamá. Años 2010.

En cuanto a la escolaridad de la población observamos que se mantienen el mayor número en el nivel básico completo y media completa, pero disminuye notablemente en el nivel vocacional y universitario sobretodo en los distritos de Chimán y Balboa, los cuales son los distritos con menor acceso a centros educativos superiores y con más dispersión en su población.

**Cuadro N°16 Indicadores relacionados a la población de 6 a 11 años de edad y la asistencia escolar según Distritos y Corregimientos en la región de salud de Panamá Este. Año 2010**

<i>Distritos</i>	<i>Corregimientos</i>	<i>% de la Población de 6 a 11 años de edad por Km2</i>	<i>Densidad de personas de 6 a 11 años de edad por Km2</i>	<i>Tasa de asistencia escolar en %</i>	<i>% del total de niños escolarizados sin grado aprobado con 8 – 11 años de edad</i>	<i>% de la población no escolarizada de 6 – 11 años de edad con hogares sin nivel educativo</i>	<i>Concentración de la población no escolarizada de 6 a 11 años en el quintil de menor ingreso de los hogares</i>
<b>Balboa</b>		<b>12.7</b>	<b>8.1</b>	<b>98.8</b>	<b>0.0</b>	<b>0.0</b>	<b>25.0</b>
	La ensenada	13.2	1.4	100	-	-	-
	La Esmeralda	18.1	13.3	98.9	-	0	100
	La Guinea	14.5	2.8	100	-	-	-
	Pedro González	11.0	4.4	96.6	-	0	0
	Saboga	8.8	86.0	98.4	-	0	0
	San Miguel (Cabecera)	12.7	8.8	99.2	-	0	0
<b>Chepo</b>		<b>13.7</b>	<b>9.3</b>	<b>96.1</b>	<b>36.1</b>	<b>40.1</b>	<b>4.5</b>
	Cañitas	12.1	7.0	98.3	-	20	40
	Chepillo	15.3	263.3	100	-	-	-
	Chepo (Cabecera)	13.3	46.5	98.3	28.6	22.2	24.4
	Camarca Madugandí	18.8	2.1	84.8	43.5	63.1	51.6
	El LLano	12.8	6.0	97.8	16.7	12.5	25
	Las Margaritas	11.4	18.9	97.7	0.0	7.7	46.2
	Santa Cruz Chinina	14.1	4.5	95.0	50	0.0	72.7
	Tortí	14.2	9.5	97.1	25.0	18.4	44.7
<b>Chimán</b>		<b>18.4</b>	<b>3.2</b>	<b>96.6</b>	<b>15.4</b>	<b>9.5</b>	<b>42.9</b>
	Brujas	18	4.3	95.2	0	0	16.7
	Chimán Cabecera	17.8	4.3	98.6	0	66.7	33.3
	Gonzálo	18.7	2.2	100	-	-	-



	Vásquez					
	Pásiga	21.2	2.2	90.3	12.5	0
	Unión	17.9	2.5	98.2	50	0
	Santeña					33.3
<b>Panamá</b>		<b>10.0</b>	<b>425.5</b>	<b>98.4</b>	<b>34.0</b>	<b>3.6</b>
	San Martín	7.9	33.5	99.1	25.0	40
	Pacora	12.3	131.3	97.8	26.8	7.7
						9.9

Fuente: Atlas Social de Panamá. Asistencia escolar de la población de 6 a 11 años de edad. Ministerio de economía y Finanzas. Censo 2010.

Observando la presente tabla en la cual se presentan los principales indicadores relacionados con la escolaridad de la población de 6 a 11 años de edad basados en el censo de 2010 de la Contraloría de Panamá, podemos decir que el mayor porcentaje de población en edad escolar de 6 a 11 años de edad se encuentra ubicado en el distrito de Chimán, el cual para 2010 presentó un 18.4% y el menor porcentaje lo presentó el distrito de Panamá.

De los 30 corregimientos que conforman nuestra región de salud los que menos población escolar de 6 a 11 años presentaron fueron San Martín y Saboga con menos de 9% y el resto de los corregimientos con más de 10%; el que más alto porcentaje presentó fue el corregimiento de Pásiga (21.2%), seguido de Gonzalo Vásquez (18.7%) y Brujas (18%) todos ubicados en el Distrito de Chimán.

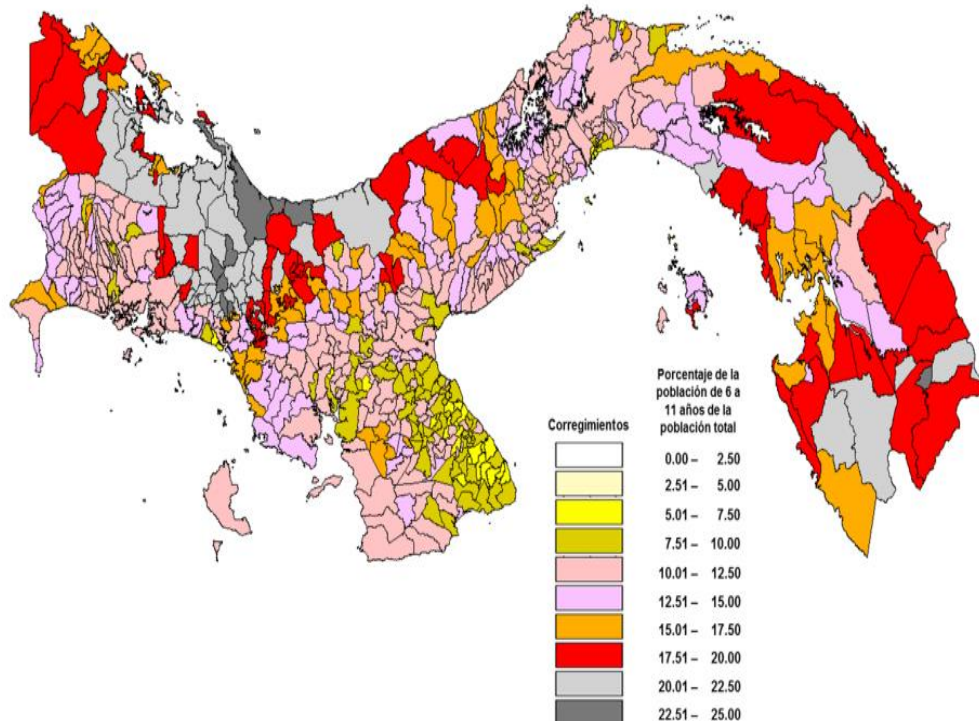
En los 4 distritos se observaron tasas de asistencia escolar arriba del 95% ; la más alta tasa de asistencia escolar la presentó el Distrito de Balboa ; al hacer el análisis a nivel de Corregimiento , los que menos asistencia escolar presentaron fueron la Comarca Kuna de Madugandí con un porcentaje de asistencia escolar de 84.8%, seguido de Pásiga con 90.3%, el resto de los corregimientos presentan tasas arriba de 95%.

En cuanto al porcentaje de niños escolarizados sin grado aprobado, a nivel de distritos el mayor porcentaje se encuentra en el Distrito de Chepo con 36.1%; y dentro de este distrito en el corregimiento de la Comarca Kuna de Madugandí con un 43.5%, además del corregimiento de Unión santeña con 50% y el cual se ubica dentro del Distrito de Chimán.

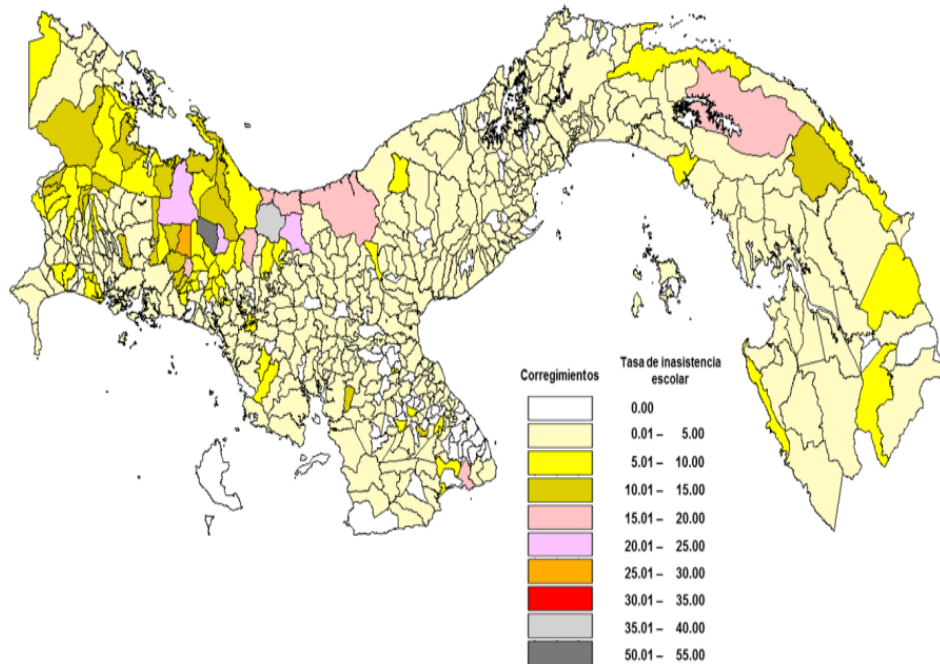
En cuanto al indicador porcentaje de la población no escolarizada de 6 – 11 años de edad con hogares sin nivel educativo se observó el mayor porcentaje en la Comarca Kuna de Madugandí con 63.1% y Chimán cabecera con 66% y por último en cuanto al ingreso de los hogares de la población no escolarizada , la mayor concentración de la población de 6 – 11 años de edad no escolarizada se encontró en el Corregimiento de Ea Esmeralda (100%) seguido de Pásiga (66.7%) en el Distrito de Chimán , San Martín (60%) en el Distrito de Panamá y la Comarca Kuna de Madugandí (51.6%) en el Distrito de Chepo.

## Mapas

Porcentaje de la población de 6 a 11 años de edad con respecto a la total, por corregimientos: Censo de 2010



Tasa de inasistencia escolar de la población de 6 a 11 años de edad, por corregimientos: Censo de 2010  
(En porcentaje)



### 2.2.5. Déficit Habitacional

El déficit habitacional es el indicador cuantitativo y cualitativo del problema de vivienda.

Es el total de soluciones de viviendas que se requieren para que las familias que carecen de ella tengan acceso a este derecho social en condiciones óptimas.

El deterioro parcial: se identifica como aquellas viviendas que tiene deterioro de piso, techo y paredes.

El deterioro parcial: se identifica como aquellas viviendas que tienen deterioro de piso, techo y paredes.

El deterioro total: Se refiere a las viviendas que desde sus inicios fueron construidas con materiales que no eran adecuados y aquellas casas condenadas identificadas.

El hacinamiento: es cuando se identifica una densidad de más de 2 personas por cuarto.

Estas tres categorías son analizadas y ponderadas para obtener el índice de deterioro habitacional de cada una (INDHAB).

Al realizar la investigación sobre este dato no fue posible encontrar estudios o registros de este indicador sin embargo, haciendo uso de lo descrito anteriormente nos atrevimos a hacer el cálculo de este indicador utilizando datos censales del 2010 sobre hacinamiento y viviendas condenadas<sup>14</sup> de los cuales hicimos la sumatoria y calculamos el porcentaje total de viviendas en deterioro.

Los datos obtenidos fueron los siguientes:

**Cuadro N° 17: Déficit Habitacional en la región de salud de Panamá este. Año 2010**

Distritos	Déficit Habitacional Total (%)	Hacinamiento (%)	Deterioro Total (%)	Deterioro Parcial (%)
Balboa	4.09	4	-	0.9
Chepo	34.1	12.6	-	21.5
Chimán	48.3	20.3	-	28
Panamá (Pacora y san Martín)	21.5	13.9	-	7.6

Fuente: Atlas Social de Panamá. Censo 2010.

<sup>14</sup> Atlas Social de Panamá. Ministerio de Economía y Finanzas. Censo 2010

El mayor déficit habitacional a nivel Regional se concentra en la Comarca Kuna de Madugandí en el Distrito de Chepo con un 71.2%

Analizando los datos de crecimiento poblacional podemos identificar los ejes hacia donde se expande o crece la ciudad; para ello, la dinámica poblacional se relacionará con las unidades de vivienda construidas y con la superficie construida en los distritos de Panamá este, el de mayor crecimiento de población intercensal es el Corregimiento de Pacora ubicado en parte del Distrito de Panamá.

En el siguiente cuadro observaremos las variaciones absolutas y relativas de población para este corregimiento tomando los datos del año 2000 y 2010.

**Cuadro N° 18: Crecimiento Poblacional en términos absolutos y relativos del Corregimiento de Pacora. Años 200 – 2010.**

<b>Corregimiento</b>	<b>Población 2000</b>	<b>Población 2010</b>	<b>Variación Absoluta 2000 - 2010</b>	<b>Variación Relativa 2000 - 2010</b>
Pacora	61,549	117,898	56,349	6.03

Fuente: INEC. Contraloría General de Panamá. Censo de población y vivienda 2000 – 2010.

Pacora ocupa el primer lugar en la variación de la población y su importancia en términos de crecimiento de la ciudad, este corregimiento participa con un 30% del total de la población en el Distrito de Panamá de allí su importancia en el comportamiento social, económico en la región de salud de Panamá Este.

Este comportamiento poblacional descrito está directamente relacionado con el lugar que ocupa en cuanto número de viviendas construidas<sup>15</sup> en el período, con 4,193 unidades, teniendo una gran dinámica en los últimos 3 años aportando por encima de 1000 unidades de viviendas por año.

<sup>15</sup> Datos con base a permisos de construcción concedidos por la dirección de obras y construcciones del Municipio de Panamá. Oficina de ingeniería municipal

**Cuadro N° 19 Número de Unidades de viviendas en el Corregimiento de Pacora. Años 2009 – 2012.**

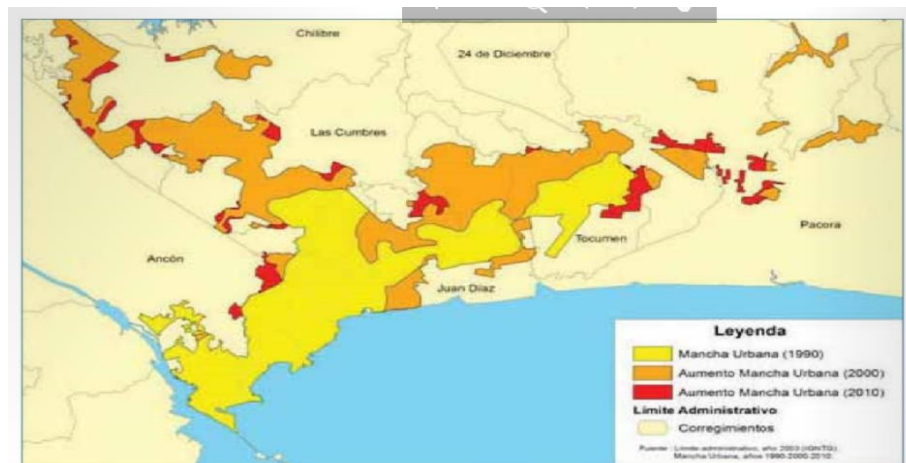
Corregimiento	Total	2009	2010	2011	2012
Pacora	4,193	580	1215	1312	1086

Fuente: INEC: Contraloría General de la República. Elaborado en base a permisos de construcción por la Dirección de Obras y Cosrucciones del Municipio de Panamá. Oficina de Ingeniería

Este crecimiento poblacional marcado en esta área conlleva implicaciones sociales, económicas, ambientales que inciden en las condiciones de salud de nuestra región; entre las consecuencias que mencionaremos están:

- Poca disponibilidad de servicios básicos ( Salud, agua potable, disposición de desechos sólidos, transporte, etc)
- Aumento de hacinamiento
- Desempleo
- Aumento de problemas sociales como violencia, robos, drogadicción, pandillas, etc
- Utilización de áreas verdes y bosques para construcción de viviendas lo que implica un impacto negativo en el ambiente
- Más acceso a las áreas de ríos importantes lo que significa aumento en la contaminación de los mismos

**Figura N°2: Evolución de la Mancha Urbana en el Distrito de Panamá. Años 1999 – 2000 y 2010**



## 2.2.6. Incidencia de la Pobreza

Cuadro N° 20: Pobreza General y Pobreza extrema según Distritos en la Región de Salud de Panamá Este. Año 2015

<i>Distritos</i>	<i>Corregimientos</i>	<i>Población 2015</i>	<i>Pobreza General</i>	<i>Pobreza Extrema</i>
<b>Balboa</b>		<b>3,152</b>	<b>28.8</b>	<b>12.2</b>
	La ensenada	108	47.4	25.4
	La Esmeralda	614	49.7	31.3
	La Guinea	96	40.7	10.3
	Pedro González	312	44.1	18.3
	Saboga	804	10.1	1.7
	San Miguel (Cabecera)	1218	23.8	6.7
<b>Chepo</b>		<b>55,347</b>	<b>36.5</b>	<b>16.8</b>
	Cañitas	2,956	21.8	5.3
	Chepillo	297	37.9	12.9
	Chepo (Cabecera)	25,566	19.1	4.9
	Comarca Madugandí	5,071	90.7	74.2
	El Llano	3,166	47.8	19.2
	Las Margaritas	5,783	29.6	10.7
	Santa Cruz Chinina	1737	49.7	19.3
	Tortí	10,771	51.5	21.7
	<b>Chimán</b>		<b>3,515</b>	<b>57.7</b>
Brujas		686	47.1	23.4
Chimán Cabecera		1207	58.6	24.5
Gonzálo Vásquez		91	57.4	36.5
Pásiga		488	50.6	20.5
Unión Santeña		1043	67.6	33.3
<b>Panamá</b>			<b>73,148</b>	<b>42</b>
	San Martín	67,120	25.5	3.1
	Pacora	6,028	16.5	5.8

Fuente: INEC. Contraloría General de la república

Según la encuesta de propósitos múltiples, los niveles de pobreza general en Panamá están en aproximadamente 23% y el de pobreza extrema en 10%.

Analizando el comportamiento de la pobreza general y la pobreza extrema en la Región de salud de Panamá Este; esta región está conformada de 4 distritos en los cuales el mayor porcentaje de pobreza general se presenta en el Distrito de Chimán con 57.7% seguido del Distrito de Panamá con 42%, el distrito de menor

porcentaje de pobreza general fue Balboa con 28.8%.; sin embargo, si hacemos la observación a nivel de corregimientos vemos que el comportamiento varía como es el caso en el Distrito de Chepo el cual presenta a la Comarca Kuna de Madugandí con 90.7% de pobreza general, siendo el corregimiento con más pobreza general en la Región, seguido de Unión Santeña con 67.6% y Chimán cabecera con 58.6%.

En cuanto a los corregimientos menos pobres se observaron Saboga con 10.1%, Pacora con 16.5% y Chepo Cabecera con 19.1%.

Al analizar la distribución de la pobreza extrema, el mayor porcentaje de indigencia se presenta en el distrito de Chimán con 26.5% y el menor porcentaje en el distrito de Panamá con 8.9%.

De los corregimientos de Panamá Este los situados con mayor porcentaje de pobres extremos fueron la Comarca Madugandí nuevamente con 74.2%, Gonzalo Vázquez con 36.55 y Unión Santeña con 33.3%, estos 2 últimos situados en el Distrito de Chimán.

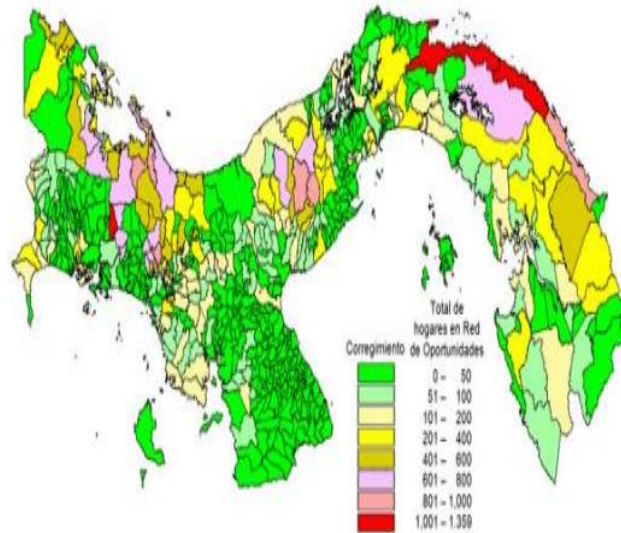
Los niveles de pobreza en este caso están relacionados a 2 factores importantes como son la ubicación geográfica y la accesibilidad a empleos formales; y la etnia. El Distrito de Chimán es el distrito más inaccesible de nuestra área y la Comarca a parte del grupo étnico que la compone también es una de las áreas menos accesibles de nuestra región de salud.

Este tipo de análisis nos debe llevar a definir con claridad las diferentes políticas sociales del gobierno con el fin de reducir los niveles de pobreza existentes en aquellas áreas identificadas como más vulnerables.

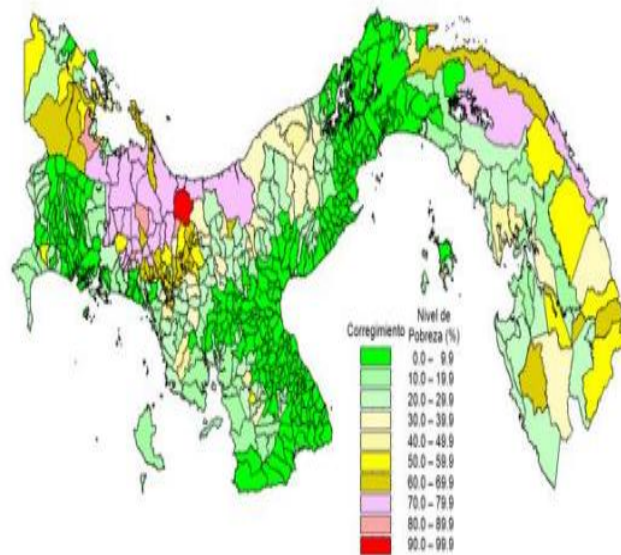


Haciendo una relación de los distritos más pobres y el número de familias beneficiadas con programas de transferencia monetaria como la Red de oportunidades observamos que efectivamente el (PRO) está focalizado en el área

Total de hogares en el programa Red de Oportunidades, por corregimientos: Año 2016



Incidencia de pobreza extrema, por corregimientos: Año 2015  
(En porcentaje)



Con mayor porcentaje de pobreza extrema con 600 a 800 hogares en la red.

## 2.2.7 Cuadro N° 21 Coeficiente de GINI

Distritos	Corregimientos	Ingreso Promedio	Coeficiente de Gini
		Percapita	
<b>Balboa</b>		<b>257.7</b>	<b>0.48</b>
	La ensenada	187.3	0.49
	La Esmeralda	253.5	0.62
	La Guinea	186.4	0.41
	Pedro González	208.9	0.51
	Saboga	299.9	0.36
	San Miguel (Cabecera)	257.2	0.44
<b>Chepo</b>		<b>207.0</b>	<b>0.51</b>
	Cañitas	242.2	0.40
	Chepillo	187.7	0.42
	Chepo (Cabecera)	256.9	0.40
	Comarca Madugandí	51.0	0.45
	El Llano	162.5	0.44
	Las Margaritas	260.5	0.48
	Santa Cruz Chinina	157.3	0.44
	Tortí	153.6	0.45
		<b>144.9</b>	<b>0.48</b>
<b>Chimán</b>	Brujas	194.7	0.52
	Chimán Cabecera	134.1	0.43
	Gonzálo Vásquez	190.8	0.58
	Pásiga	156.7	0.44
	Unión Santeña	111.8	0.42
<b>Panamá</b>		<b>279.9</b>	
	San Martín	270.5	0.40
	Pacora	289.3	0.40

Fuente: Ministerio de Economía y Finanzas.

En el presente cuadro se presentan datos relacionados al ingreso promedio percápita por distritos y corregimientos y el mismo describe que a nivel distrital el mayor ingreso promedio percápita está en el distrito de Panamá con B/.279.9, y el menor ingreso promedio se presenta en el Distrito de Chimán con B/ 144.9; si hacemos la observación por corregimientos, los que presentan menores ingresos son en primer lugar la Comarca Kuna de Madugandí con B/ 51.0 .

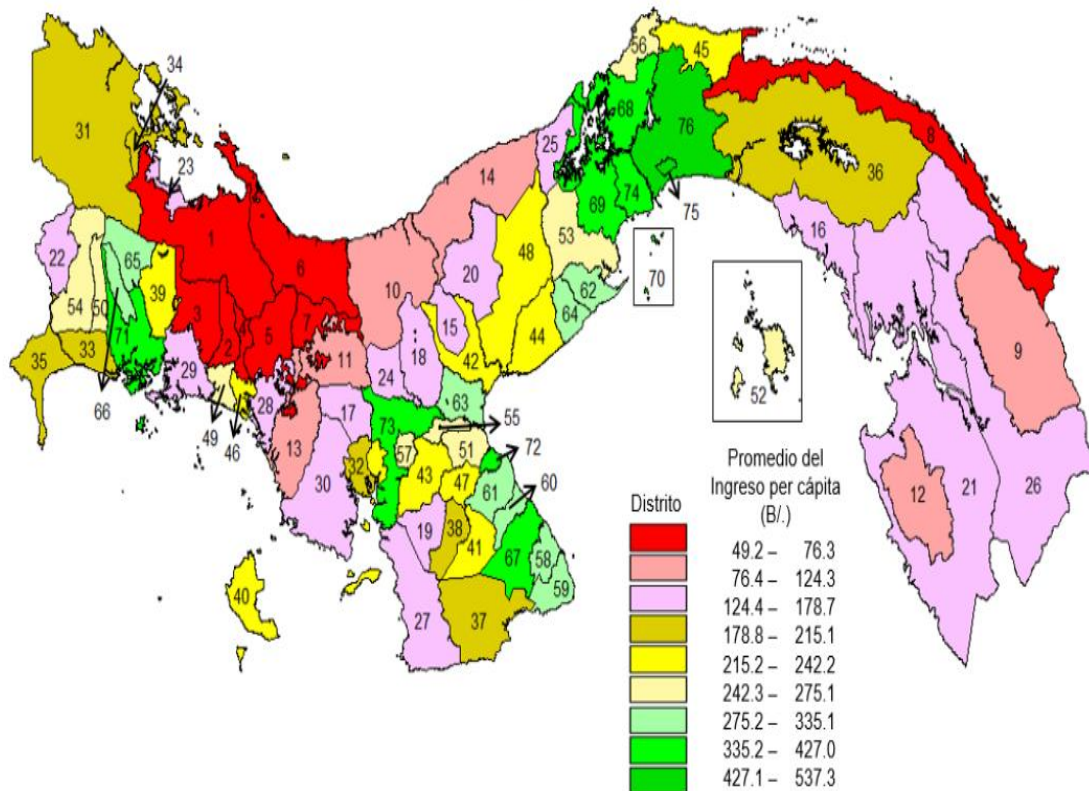
En cuanto al índice de GINI a nivel de País para 2015 fue de 0.48; es importante destacar que el índice de Gini es un indicador que mide la desigualdad en la

distribución de las riquezas, un índice de Gini igual a 1 representa “perfecta desigualdad”, mientras que un índice de Gini igual a 0 representa “perfecta igualdad”, teniendo esto en cuenta vemos que el Distrito con mayor desigualdad en la distribución de sus riquezas es el distrito de Chepo (0.51), seguidos de Balboa y Chimán en los cuales el IG es igual a 0.48.

En cuanto a los corregimientos el que presentó mayor índice de Gini fue Saboga (0.36) y el menor la Esmeralda (0.62).

Mapa No. 16. Ingreso promedio per cápita y su orden, por distritos: Año 2015

(En Balboas)



Fuente: Atlas Social de Panamá, Tomo 1, Necesidades básicas insatisfechas. Ministerio de Economía y Finanzas.

### 2.2.8. Principales Etnias Predominantes.

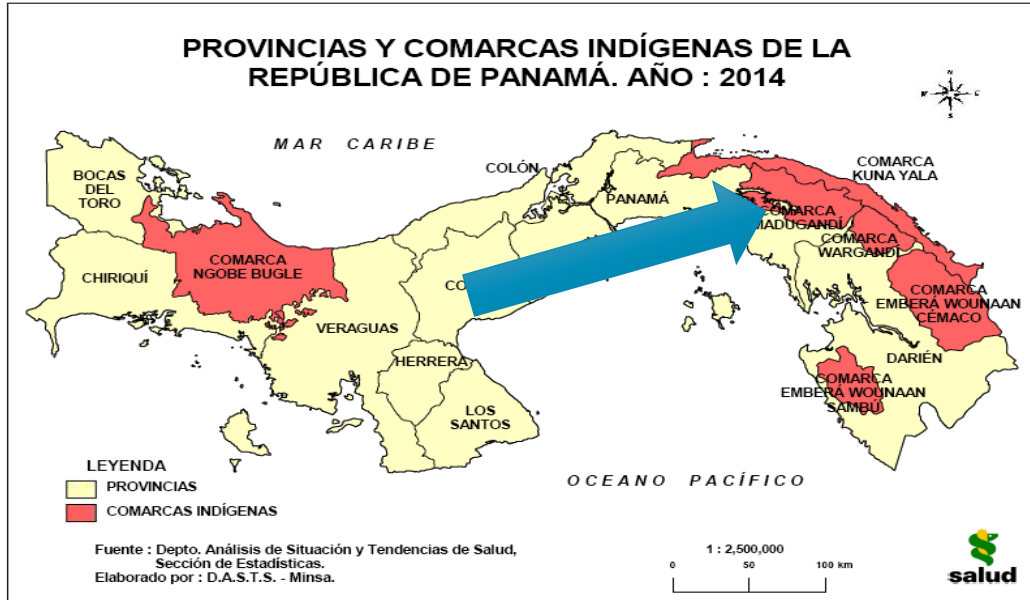
Es importante destacar que existen 2 grandes grupos humanos en el país y por ende en nuestra región; los no indígenas y los indígenas dentro de estos grupos mencionaremos los que predominan en nuestra región.

**Los grupos no indígenas lo conforman los siguientes:**

- **Grupo Hispano indígena:** Constituye uno de los grupos humanos de mestizaje más importantes. Está ubicado en el litoral Pacífico. Su actividad económica se desarrolla en todas las áreas, con especial énfasis en la agricultura, la ganadería y el comercio. Se caracteriza por la conservación y fomento de las tradiciones y costumbres del país.
- **Población Afro colonial:** Son los descendientes de los esclavos africanos traídos al Istmo durante la colonización española. Unos, al rebelarse y huir de la esclavitud, poblaron la costa atlántica, regiones selváticas del Bayano, y el Archipiélago de Las Perlas, además, en Pacora, San Miguel y Chepo.
- **Los grupos Indígenas:**

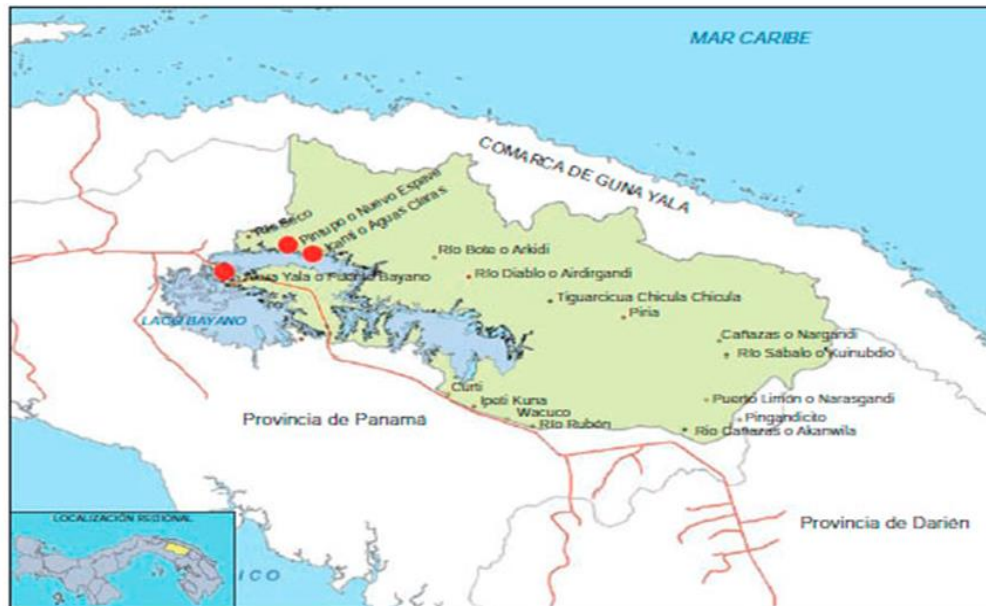
Representan aproximadamente el 14% del total de la población de la Región de salud; están constituidos por los siguientes grupos:

- **Guna:** Se localizan principalmente en la región continental de pluvial selvas del Río Bayano; en la Comarca de Madugandí, constituida por un área geográfica del distrito de Chepo (Provincia de Panamá); Este grupo representó el 19.3% (80,526 personas) del total de la población indígena de la República y en Panamá Este representan el 7.4 % de la población regional y de los grupos indígenas existentes representan el 51%.



Fuente: Departamento de Estadísticas y Registros de Salud. MINSAL-2014

Mapa N°6: Localización Geográfica de las Comunidades que forman parte de la Comarca Kuna de Madugandí



Fuente: ICGES.2012

La Comarca Madugandí creada mediante ley 24 del 12 de enero de 1996<sup>16</sup>, cuenta con una superficie de 2076 Km<sup>2</sup>. En el período censal 2000 – 2010 la

<sup>16</sup> Diagnóstico de la Población Indígena en Panamá en base a los censos de Población y Vivienda del 2010. Contraloría General de la República.

población indígena pasó de 3,305 habitantes a 4,271 presentando un incremento de 966 indígenas, sin embargo, el incremento basado en la población estimada para 2016 fue de 1,838 habitantes.

La densidad de población para los años 2000, 2010 y 2016 es respectivamente 1.6, 2.1 y 2.4 hab./Km<sup>2</sup>. La densidad poblacional significa presión sobre la tierra entre las comunidades al interno de la comarca, pues si aumenta la población y los recursos necesarios para la producción de alimentos permanecen igual entre ellos, el recurso tierra, obviamente habrá menos alimentos y más bocas que alimentar.

- **Emberá:** Originarios del Chocó colombiano, se encuentran concentrados en un área del Corregimiento de Tortí en el Distrito de Chepo y en el Corregimiento de Majé en el Distrito de Chimán principalmente, según el censo de 2010 el porcentaje de esta etnia en nuestra región fue de 5.6 % de la población regional y el 39 % de los grupos indígenas existentes.
- **Ngabe Buglé:** Anteriormente denominado “guaimíes”. Se ubican, principalmente en la Comarca Ngabe- Buglé, formada de la segregación de tierras de las provincias de Chiriquí, Bocas del Toro y Veraguas. Este es el conglomerado más numeroso, representan el 62.3% (260,058 personas) del total de la población indígena censada en el 2010<sup>17</sup>. En Panamá Este este grupo ocupa el tercer lugar después de los Gunas y los Emberá Wounann con un 1.1% del total de la población regional y un 8.1% del total de los grupos indígenas existentes y se encuentran ubicados en su mayoría en el Distrito de Chepo.

A continuación, presentamos en el siguiente cuadro la distribución de los grupos indígenas según distrito.

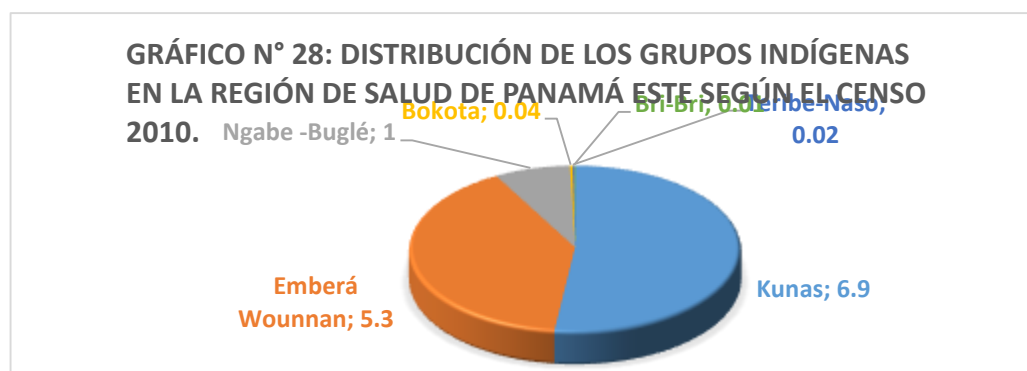
---

<sup>17</sup> Análisis de Situación de Salud. Ministerio de Salud. Panamá 2015. Pag.29

### Cuadro N°22: Población Indígena en los Distritos de la Región de Salud de Panamá Este. Censo 2010.

DISTRITO	Población Total (Censo 2010)	Kunas		Emberá - Wounnan		Ngabe-Buglé		Bokota		TeribeE/Naso		Bri-Bri	
		N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
CHEPO	49385	3779	6.7	1711	3.06	583	1.04	23	0.04	14	0.002	5	0.008
CHIMÁN	3594	8	0.01	1247	2.2	22	0.03	-	-	-	-	1	0.001
BALBOA	2911	107	0.19	7	0.01	4	0.007	2	0.003	-	-	-	-
TOTAL	55890	3894	6.9	2965	5.3	609	1.0	25	0.04	14	0.02	6	0.01

Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Censo. INEC



Fuente: INEC. Censo de Población y vivienda 2010.

Según el Censo de población del año 2010 los principales grupos indígenas que conforman nuestra región de salud son lo kunas y los emberá – wounnan.

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

Las tendencias esperadas son aumento en enfermedades vectoriales debido al aumento de viviendas por la proliferación de asentamientos informales y formales.

. El Ministerio de Vivienda y Ordenamiento territorial MIVIOT en un informe brindado al diario La Prensa el 23 de febrero de 2016 menciona que en el área Este de la Provincia de Panamá se han legalizado 19 asentamientos informales.

Los efectos esperados:

- Modernización del sistema de abastecimiento de agua y alcantarillados
- Aumento de la Violencia social y pandillerismo
- Construcción de mentalidades y conductas que permean del resto de los habitantes modificando estilos de vida social, económico etc.
- Aumento de la demanda de otros servicios básicos como educación y salud
- Aumento en la demanda de transporte público
- Aumento en la demanda de empleos
- Toma ilegal de tierras, aumento descontrolado de construcciones.

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

Eventos	Núm. de Casos 2017	Núm. de casos 2016	Distritos a priorizar	Población 2017	Tasa 2017	Población 2016	Tasa 2016	Riesgos
Dengue - Chepo	329	164	Chepo	5219 2	6	5122 0	3	Brotos, Dengue Grave, muerte
Dengue - Panamá			Panamá	7516 4	4	7415 8	2	
Tuberculosis - Complejo penitenciario	134	113	Complejo Penitenciario	1100 0	12	1068 5	11	Brotos, Coinfección, Resistencia, Muerte
Infecciones Respiratorias - Regional	4770	4089	Regional	1393 30	34	1372 28	30	Mala Segregación, No tenemos agente etiológico, desconocimiento de agente circulante
Intoxicaciones Alimentarias - Chepo	33	27	Chepo	5219 2	1	5122 0	1	Brotos, Abordaje deficiente, Pobre tipificación
Malaria - Comarca Guna Madugandí	135	180	Comarca Guna Madugandí	5222	26	5143	35	Brotos, reemergencia
Diarreas - Chepo	7486	6849	Chepo	5219 2	14 3	5122 0	13 4	Brotos, Pobre tipificación, caracterización de casos
Diarreas - Panamá			Panamá	7516 4	10 0	7415 8	92	

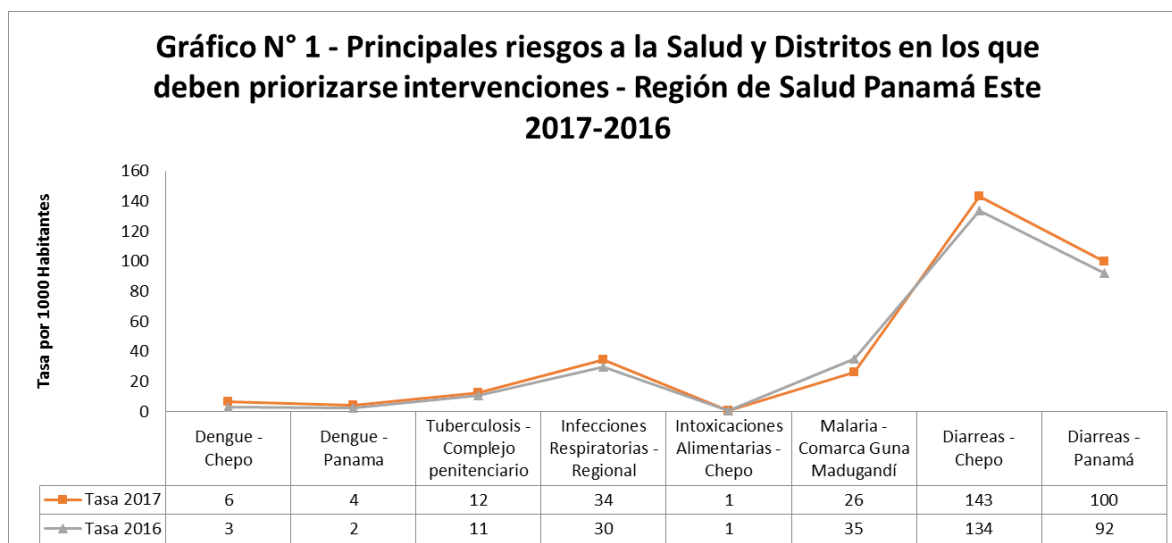
Fuente: Departamento de Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica regional.



Los riesgos son dirigidos a las condiciones propias de las comunidades de nuestra Región como lo son

- ✓ Invasiones (migración de población hacia el área este del país) lo que conlleva a:
  - Hacinamiento
  - Poca ventilación
  - Deficiencia en la accesibilidad al agua potable (mal almacenamiento del agua)
  - Saneamiento pobre

Causando brotes de diarreas, dengue, intoxicaciones alimentarias, enfermedades respiratorias.



Fuente: Departamento de Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica de la Región de salud de Panamá Este.

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

Los principales productos agrícolas de la Región son; el arroz, maíz y culantro. En menor cantidad se producen el ñame, la yuca, el sorgo, y el frijol de bejuco. Actividades de relevancia en el área también lo son la ganadería y la pesca. ( Ver cuadro N° 23)

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

**Cuadro N° 23: Hectáreas de Cultivo Según Tipo de Productos y Distritos en la región de salud de Panamá Este. Año 2012**

Distritos/ Corregimientos	Hectáreas de Cultivo								
	Arroz	Maíz	Ají dulce	Frijol de Bejuco	Poroto	Name	Yuca	Culantro	Zapallo
TOTAL									
Balboa	210.11	54.62	0	6.24	0.12	509	19.8	707	0
Chepo	3,737.3	1,361.8	81.4	262.55	14.24	156.2	232.5	70,496	17.19
Chimán	427.33	135.47	0.01	17.91	0.63	5.40	7.9	2,597	0
Pacora	3,301.8	90.34	0.34	386.67	3.60	0.89	21.2	10,150	501.96
San Martín	29.32	33.76	0.23	30.47	0.60	3.16	15.8	679	0.03

Fuente: INEC.2012

La Regional de Panamá Este cuenta con una población ganadera de 141,470 bovinos y un total de 1,785 fincas.<sup>18</sup>

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

- Programas Pro cuencas (2009 – 2014) invierte en el mantenimiento del patrimonio natural de 11 cuencas priorizadas entre las cuales se encuentra la cuenca del Bayano para garantizar el potencial de generación de energía, abastecer el suministro de agua potable y satisfacer la demanda de los recursos hídricos para las actividades productivas.
- Programa Regional de reducción de la vulnerabilidad y degradación ambiental (PREVDA) para las cuencas de los ríos Pacora y Río Indio.
- Manejo Forestal Sostenible en la Comarca de Madugandí (Cuenca del Río Bayano) el cual consiste en un programa de fiscalización, supervisión y control para los bosques manejados y el monitoreo y verificación de los planes de aprovechamiento forestales
- El Ministerio de Ambiente, Ministerio de Desarrollo Agropecuario, la asociación Nacional para la conservación de la naturaleza, asociación Nacional de reforestadores y afines de Panamá y la Cámara de Comercio, Industrias y Agricultura de Panamá son los principales en el programa Alianza por el millón en el que se busca reforestar 10,000 hectáreas en el país. Este programa se pretende ejecutar entre los años 2015 – 2035.

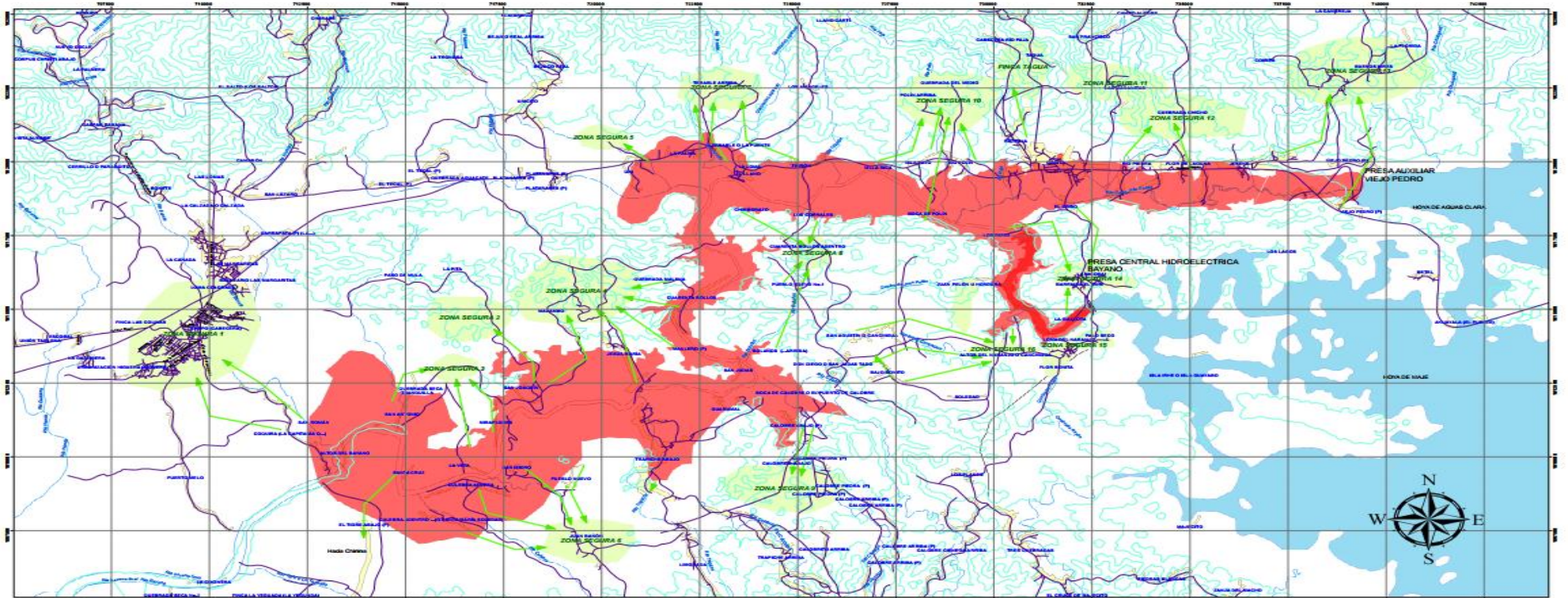
<sup>18</sup> [https://www.mida.gob.pa/Proyectos\\_y\\_programas](https://www.mida.gob.pa/Proyectos_y_programas).

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









Las comunidades en riesgo de ser afectadas por desastres naturales, específicamente las que se encuentran aguas arriba y aguas debajo de la represa del Bayano están:

- 53 comunidades aguas abajo de la Represa Bayano, lo cual corresponde a un 10%
- 14 comunidades aguas arriba de la Represa Bayano, corresponde a un 2.66%
- Distrito de Balboa, se afecta en un 30% (comunidad de San Miguel) Vientos Huracanados y Trombas Marinas.
- Corregimientos de Las Margaritas se afectan en un 20%
- Chepo Cabecera en un sufren afectaciones en un 10% ,de sus sectores por efectos de crecidas Cíclicas y Súbitas del Rio Mamoní.(Cada 20-25 añ

# MAPA DE LAS COMUNIDADES DE RIESGO A INUNDACIONES CON SUS RESPECTIVAS ZONAS SEGURAS



## Legenda

-  Rutas de Evacuación
-  Vías de comunicación
-  Alerta Roja Bayano
-  Zonas Seguras
-  Presa Bayano
-  Lago Bayano
-  Lago Viejo Pedro
-  Alerta Roja Viejo Pedro



CONSULTORIA, ESTUDIOS Y DISEÑOS, S.A.

BETHUNA, CALLE 10 LA GIGAMA  
CABA EL LUGAR 38  
TELÉFONO 2082 3080807  
CORREO: cedsa@cedsa.com.pa  
www.cedsa.com.pa



PROYECTO: PLAN DE ACCIÓN DURANTE EMERGENCIAS PARA EL COMPLEJO HIDROELECTRICO CHIRIQUI (CENTRALES ESTI, LA ESTRELLA Y LOS VALLES) Y CENTRAL HIDROELECTRICA BAYANO.

PROMOTOR: AES PANAMA, S.A.

ESCALA: 1:45,000 PROYECCIÓN: UTM WGS 84

MAPA CENTRAL HIDROELECTRICA BAYANO  
RUTAS DE EVACUACIÓN  
PLAN DE ACCIÓN DURANTE EMERGENCIAS (PADE)

Según el Ministerio de ambiente en el área de Panamá Este se registraron para 2015 ,9 eventos de emergencia y desastres ambientales y 1 para 2016 relacionados con contaminación y vertimiento de aguas residuales; en cuanto a incendios forestales en 2015 y 2016 se registraron 171 incendios con un total de 4,824,86 hectáreas de herbazales y pastos afectados.

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

- Explotaciones dedicadas a producción de leche las cuales representan el 10% del total de producción anual en Panamá en el orden de los 4,200,000 litros y se dá principalmente en el Corregimiento de Tortí, Distrito de Chepo.
- Cultivo de arroz mecanizado; yuca, ñame, otoi y ñampí.
- Producción de Carne, ovina y caprina.
- Empresas agroindustriales localizadas en Chepo, Tortí, Cañitas, La Mesa, entre otras.
- Confección de artesanías.
- Agroturismo; actualmente hay 24 fincas inscritas en Chepo, San Martín, Las Margaritas, Bayano y Cerro Azul, actividad que va en incremento.
- Pesca; desempeñada principalmente en Chimán y el Distrito de Balboa; esta actividad es importante en el área debido a que genera la comercialización de especies importantes como: camarones, langostinos, corvina, revoltura, cazón, etc.
- La industria de la madera lleva aproximadamente 30 años de existir en esta área, en los últimos 15 años han proliferado empresas internacionales interesadas en desarrollar esta actividad en Panamá.

### **Condiciones del Saneamiento Básico**

**¿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**

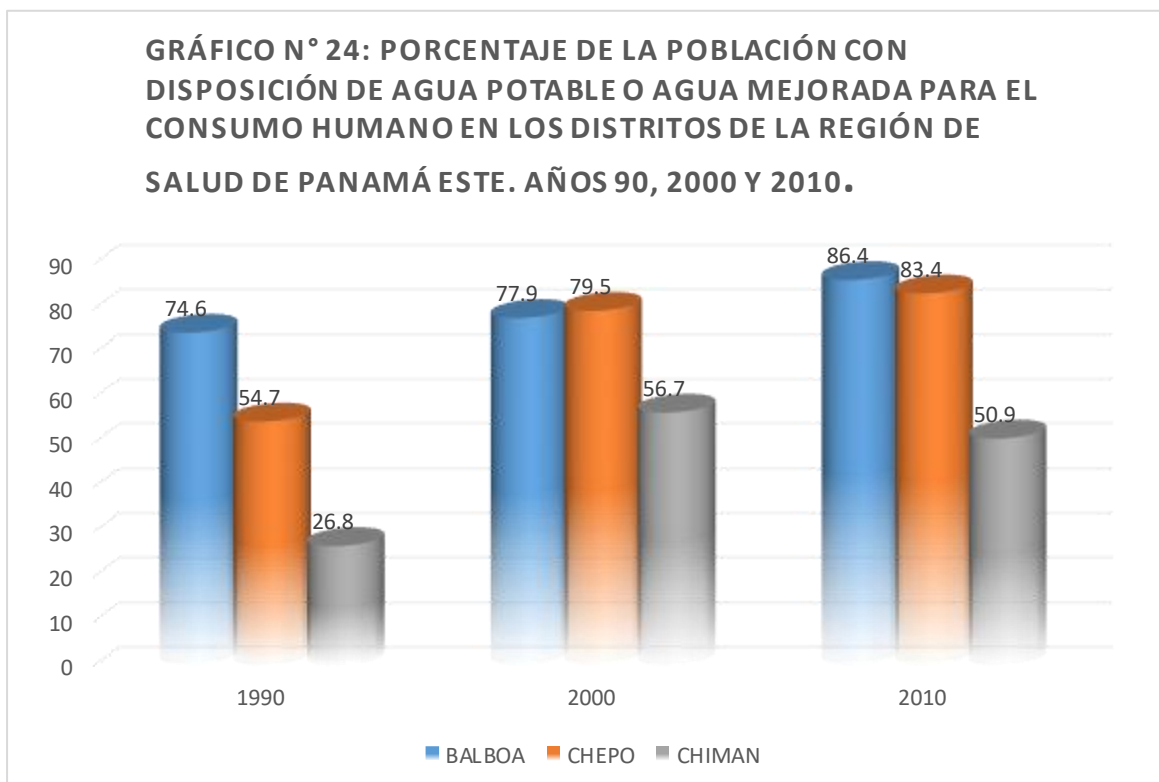
## 2.3 Condiciones de Saneamiento Básico

### 2.3.1. Agua Potable

**Cuadro N° 22: Porcentaje de la Población con disposición de agua potable o agua mejorada para el consumo humano en los Distritos de la Región de Salud de Panamá Este. Año 1990 – 2000 - 2010.**

DISTRITOS/AÑOS	1990	2000	2010
BALBOA	74.6	77.9	86.4
CHEPO	54.7	79.5	83.4
CHIMAN	26.8	56.7	50.9

Fuente: INEC. Censos de Población y Vivienda 1990, 2000 y 2010.



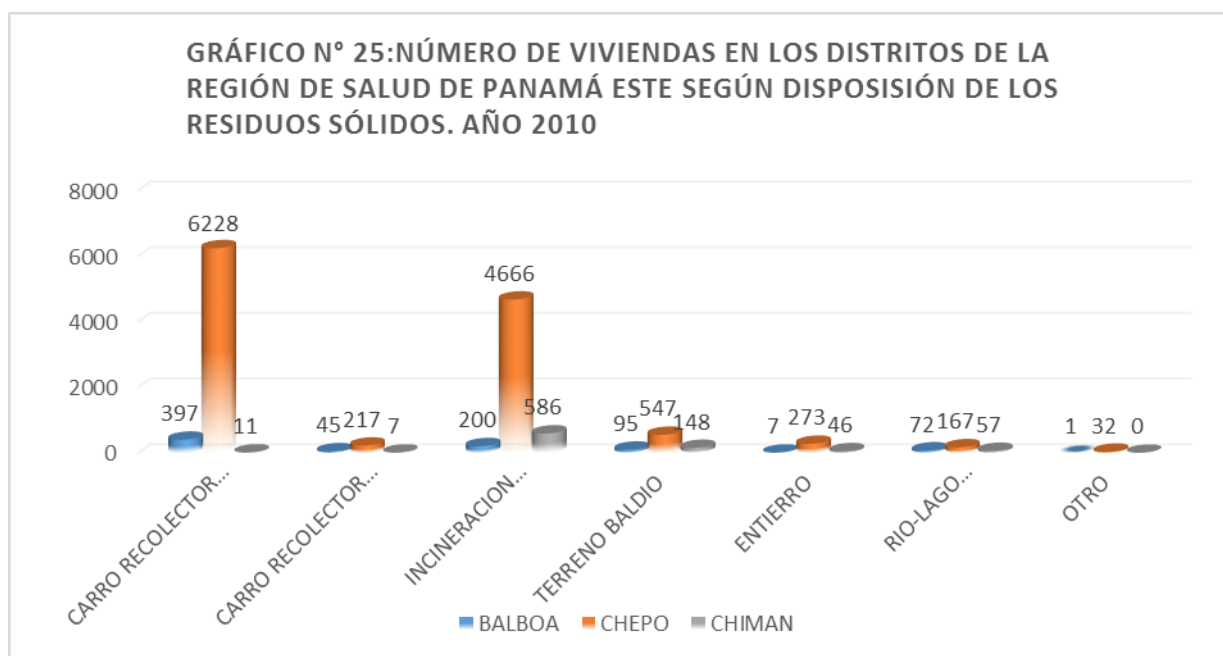
Fuente: INEC. Censos de Población y Vivienda 1990, 2000 y 2010

## 2.3.2 Residuos Sólidos

Cuadro N° 23: Disposición de Residuos sólidos en los Distritos de la Región de Salud de Panamá Este. Años 2010.

DISTRITO	TOTAL	CARRO RECOLECTOR PUBLICO	CARRO RECOLECTOR PRIVADO	INCINERACION O QUEMA	TERRENO BALDIO	ENTIERRO	RIO-LAGO QUEBRADA MAR	OTRO
BALBOA	817	397	45	200	95	7	72	1
CHEPO	12130	6228	217	4666	547	273	167	32
CHIMAN	855	11	7	586	148	46	57	0

Fuente: INEC. Censos de Población y Vivienda 2010



Fuente: INEC. Censos de Población y Vivienda 1990, 2000 y 2010

En cuanto a la disposición de los residuos sólidos en los distritos de la RPE según datos del censo de 2010 la mayor cantidad de viviendas censadas hacen uso de la recolección de los residuos a través de carro de recolección pública 12,130 viviendas reportaron este mecanismo estando ubicadas principalmente en las áreas más accesibles, en este caso en el Distrito de Chepo; no podemos dejar de mencionar que un número importante; 38% hace uso de la incineración o quema,

en este distrito lo cual puede explicarse debido a que existen áreas en las cuales este servicio público no es brindado ejemplo, Comarca Madugandí, Tortí, entre otras.. En cuanto a las áreas menos accesibles, Balboa presenta el mismo comportamiento del Distrito de Chepo pero en mucho menos proporción, lógicamente por la diferencia de población; en el Distrito de Chimán sin embargo el manejo de los desechos sólidos se dá principalmente por incineración.

El manejo inadecuado de los residuos sólidos es una necesidad nacional y se ha convertido en uno de los principales problemas ambientales, por su impacto directo e indirecto, sobre las poblaciones, especialmente en las áreas más pobladas.

### 2.3.3. Disposición Adecuada de Aguas residuales y servidas.

.

## 2.4. Situación de Salud

### 2.4.1. Mortalidad

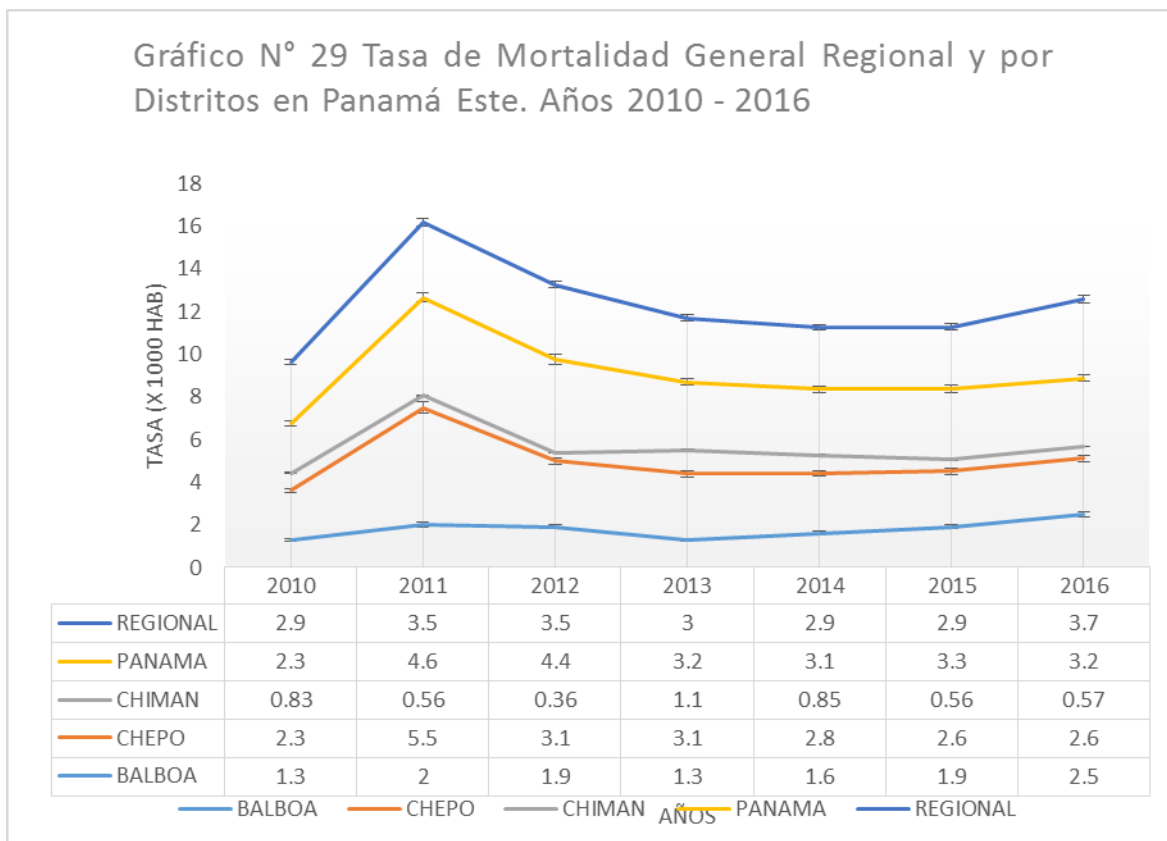
#### 2.4.1.1. Mortalidad General

**Cuadro N° 24. Tasa de Mortalidad General por Distritos en la Región de Salud de Panamá Este. Años 2010 -2016.**

DISTRITO	2010		2011		2012		2013		2014		2015		2016	
	N°	TASA	N°	TASA	N°	TASA	N°	TASA	N°	TASA	N°	TASA	N°	TASA
BALBOA	4	1.3	6	2	6	1.9	4	1.3	5	1.6	6	1.9	8	2.5
CHEPO	118	2.3	135	5.5	146	3.1	169	3.1	151	2.8	146	2.6	251	2.6
CHIMAN	3	0.83	3	0.56	2	0.36	4	1.1	3	0.85	2	0.56	5	0.57
PANAMA	158	2.3	200	4.6	194	4.4	216	3.2	216	3.1	243	3.3	244	3.2
REGIONAL	283	2.9	344	3.5	398	3.5	393	3	375	2.9	397	2.9	508	3.7

Fuente: Departamento de Estadísticas de Ministerio de Salud de Panamá.



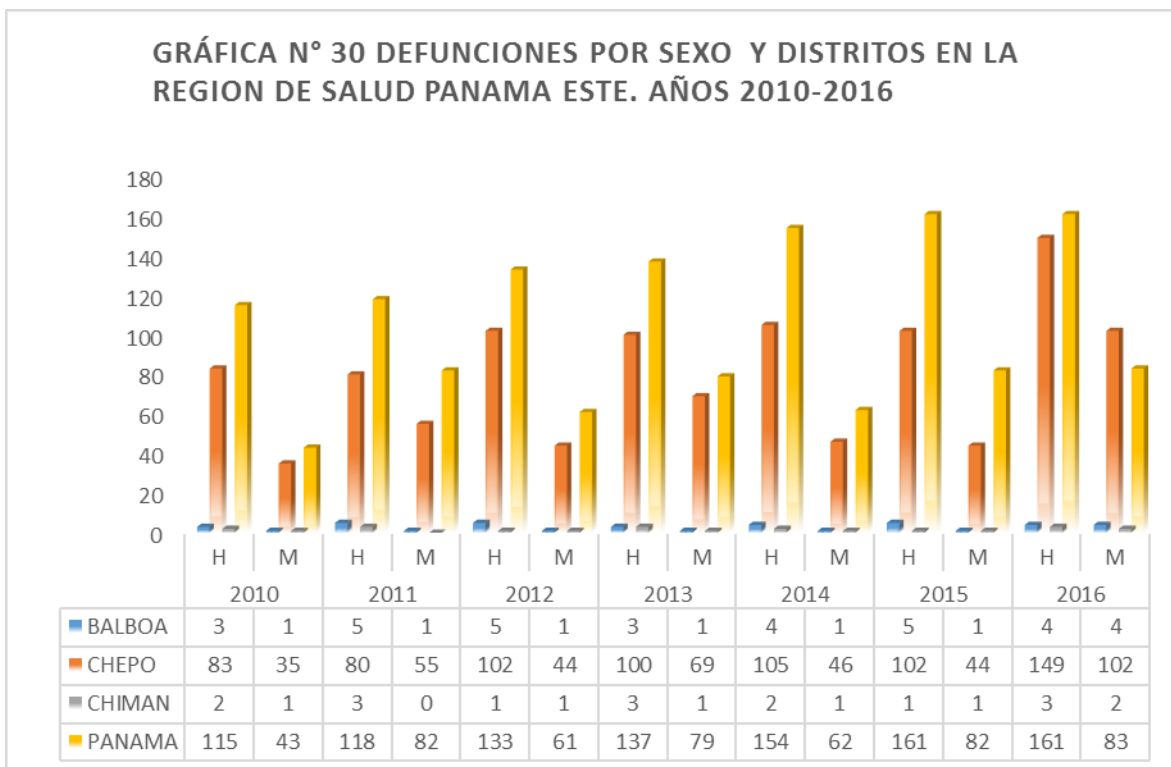


Fuente: Departamento de Estadísticas de Ministerio de Salud de Panamá.

### Cuadro N° 25. Defunciones por Sexo y Distrito en la Región de Salud de Panamá Este. Años 2010 – 2016.

REGION/ DISTRITO	2010			2011			2012			2013			2014			2015			2016		
	TOTAL	H	M	TOTAL	H	M	TOTAL	H	M	TOTAL	H	M	TOTAL	H	M	TOTAL	H	M	TOTAL	H	M
BALBOA	4	3	1	6	5	1	6	5	1	4	3	1	5	4	1	6	5	1	8	4	4
CHEPO	118	83	35	135	80	55	146	102	44	169	100	69	151	105	46	146	102	44	251	149	102
CHIMAN	3	2	1	3	3	0	2	1	1	4	3	1	3	2	1	2	1	1	5	3	2
PANAMA	158	115	43	200	118	82	194	133	61	216	137	79	216	154	62	243	161	82	244	161	83

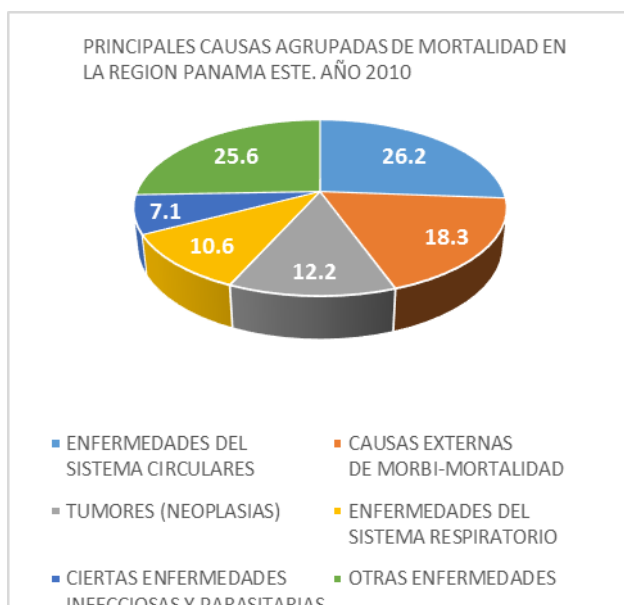
Fuente: Departamento de Estadísticas del Ministerio de Salud de Panamá.



Fuente: Departamento de Estadísticas del Ministerio de Salud Panamá.

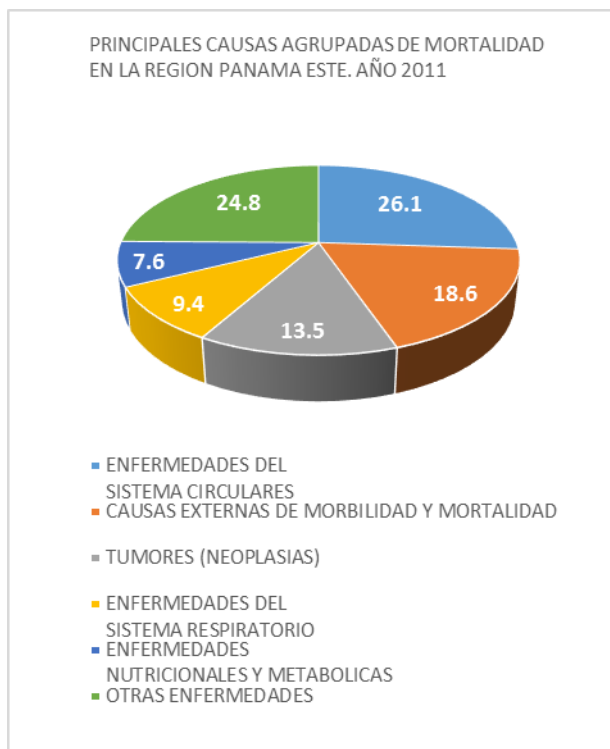
**Cuadro N° 26: Causas Agrupadas de Mortalidad en la Región de Salud de Panamá Este. Años 2010,2011,2012, 2013 Y 2016**

2010		
PRINCIPALES CAUSAS	TOTAL	%
ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO	86	26.2
CAUSAS EXTERNAS DE MORBI-MORTALIDAD	60	18.3
TUMORES (NEOPLASIAS)	40	12.2
ENFERMEDADES DEL SISTEMA RESPIRATORIO	35	10.6
CIERTAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS	23	7.1
OTRAS ENFERMEDADES	84	25.6
<b>TOTAL</b>	<b>328</b>	<b>100</b>



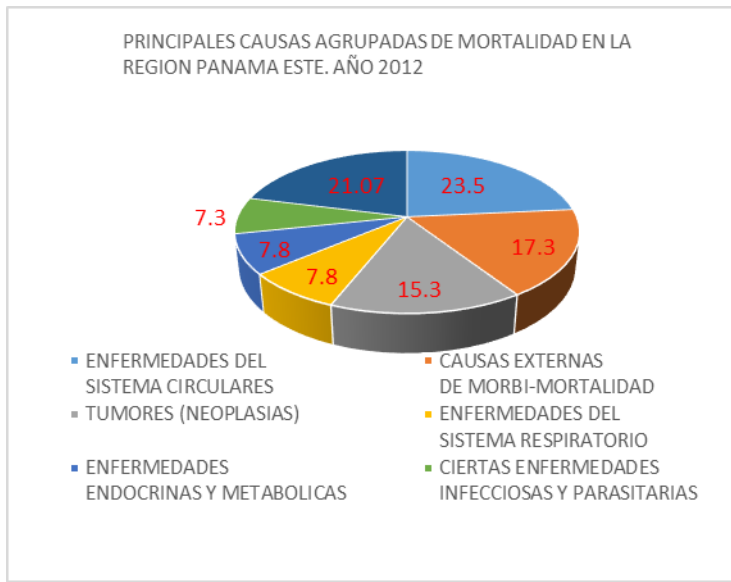
Fuente: Departamento de Estadística del Ministerio de Salud de Panamá.

2011		
PRINCIPALES CAUSAS	TOTAL	%
ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO	106	26.1
CAUSAS EXTERNAS DE MORBILIDAD Y MORTALIDAD	76	18.6
TUMORES (NEOPLASIAS)	55	13.5
ENFERMEDADES DEL SISTEMA RESPIRATORIO	38	9.4
ENFERMEDADES NUTRICIONALES Y METABOLICAS	31	7.6
OTRAS ENFERMEDADES	101	24.8
TOTAL	407	100



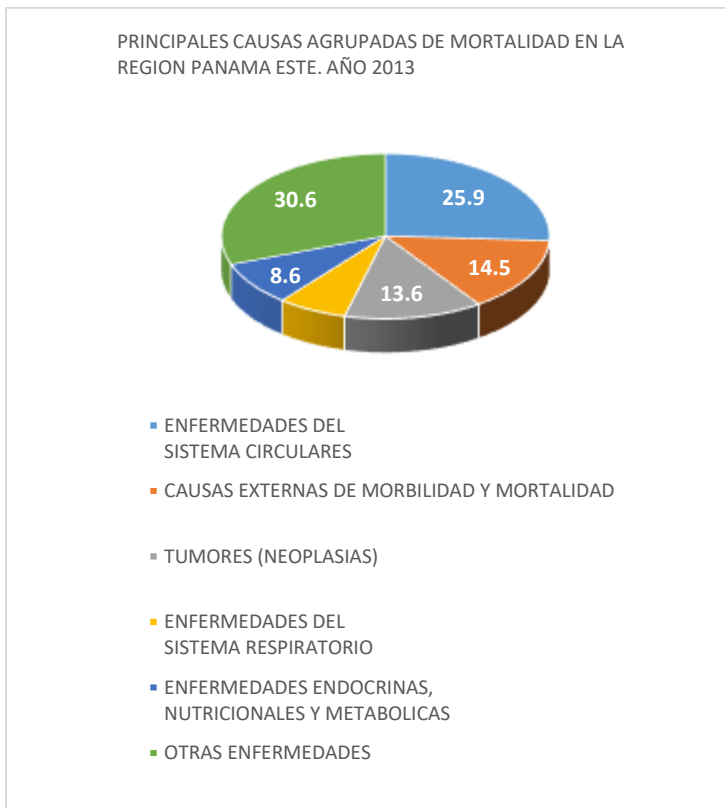
Fuente: Departamento de Estadística del Ministerio de Salud de Panamá.

2012		
PRINCIPALES CAUSAS	TOTAL	%
ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO	96	23.5
CAUSAS EXTERNAS DE MORBI-MORTALIDAD	70	17.3
TUMORES (NEOPLASIAS)	62	15.3
ENFERMEDADES DEL SISTEMA RESPIRATORIO	32	7.8
ENFERMEDADES ENDOCRINAS Y METABOLICAS	32	7.8
CIERTAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS	30	7.3
OTRAS ENFERMEDADES	86	21.07
TOTAL	408	100



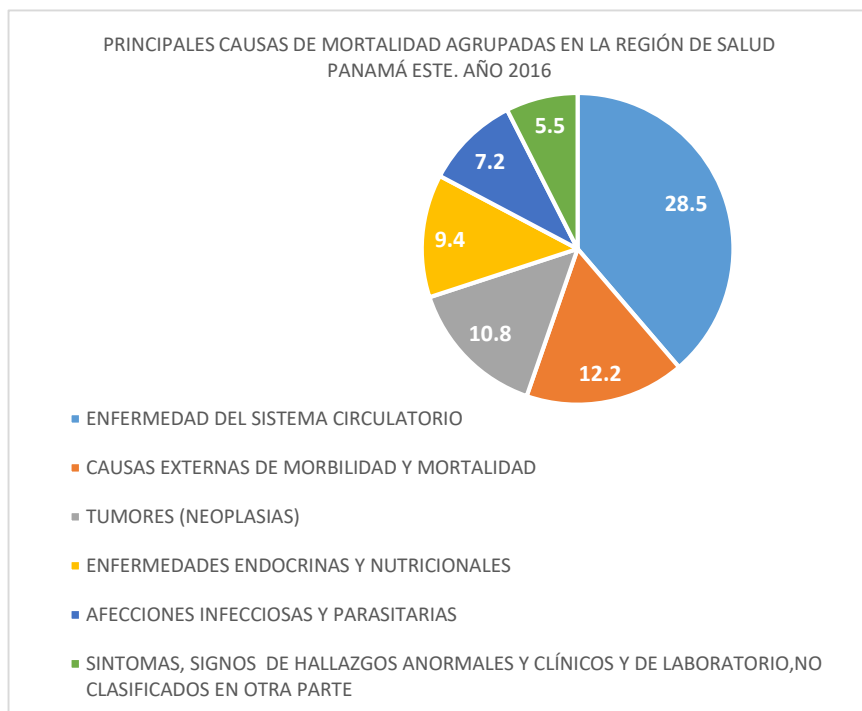
Fuente: Departamento de Estadística del Ministerio de Salud de Panamá.

2013		
PRINCIPALES CAUSAS	TOTAL	%
ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO	121	25.9
CAUSAS EXTERNAS DE MORBILIDAD Y MORTALIDAD	67	14.5
TUMORES (NEOPLASIAS)	63	13.6
ENFERMEDADES DEL SISTEMA RESPIRATORIO	32	6.8
ENFERMEDADES ENDOCRINAS, NUTRICIONALES Y METABOLICAS	40	8.6
OTRAS ENFERMEDADES	143	30.6
<b>TOTAL</b>	<b>466</b>	<b>100</b>



Fuente: Departamento de Estadística del Ministerio de Salud de Panamá

2016		
PRINCIPALES CAUSAS	TOTAL	%
ENFERMEDAD DEL SISTEMA CIRCULATORIO	145	28.5
CAUSAS EXTERNAS DE MORBILIDAD Y MORTALIDAD	62	12.2
TUMORES (NEOPLASIAS)	55	10.8
ENFERMEDADES ENDOCRINAS Y NUTRICIONALES	48	9.4
AFECCIONES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS	37	7.2
SINTOMAS, SIGNOS DE HALLAZGOS ANORMALES Y CLÍNICOS Y DE LABORATORIO, NO CLASIFICADOS EN OTRA PARTE	28	5.5
<b>TOTAL</b>	<b>508</b>	<b>100</b>

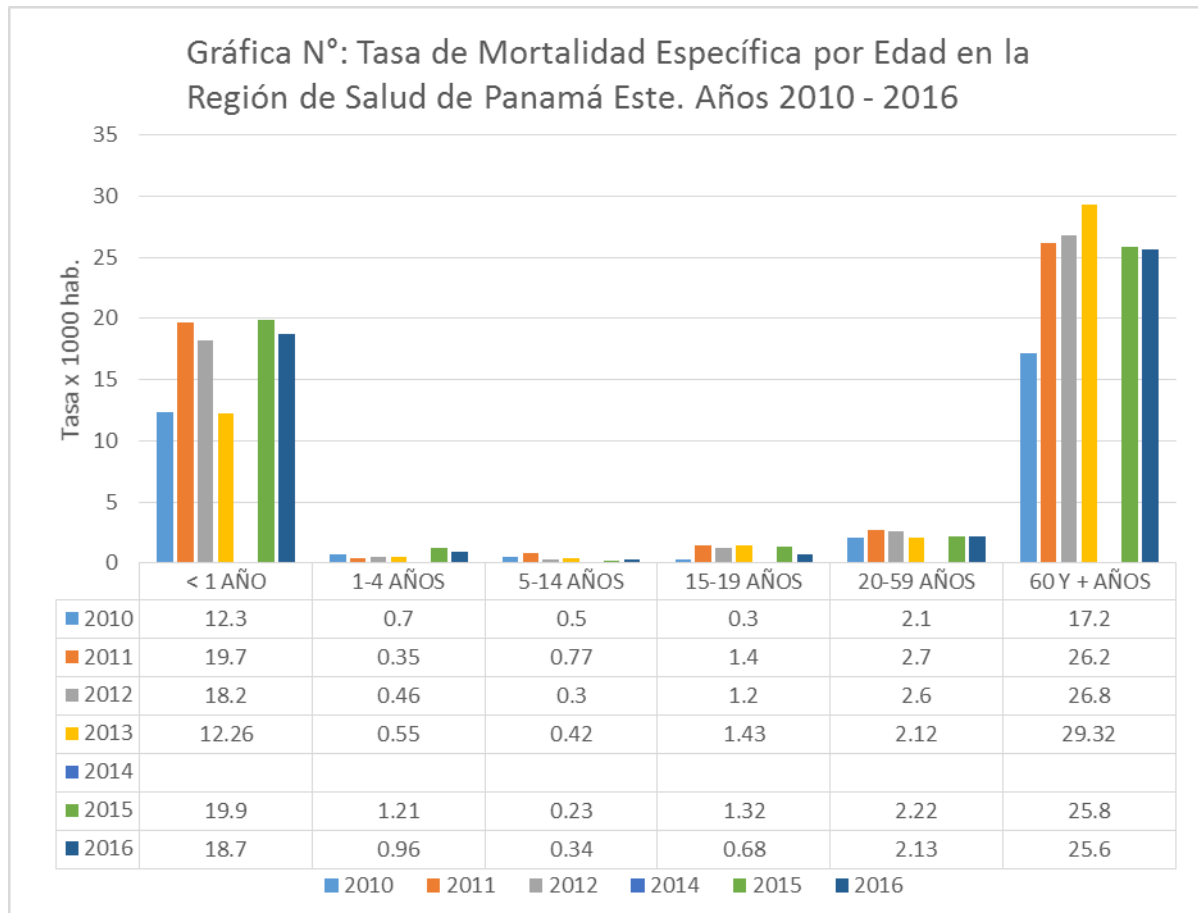


Fuente: Departamento de Estadísticas del Ministerio de Salud Panamá

**Cuadro N°27 Tasa de Mortalidad Específica por Edad en la Región de salud de Panamá Este. Años 2010 - 2016.**

GRUPO ETAREO	2010		2011		2012		2013		2015		2016	
	N°	TASA	N°	TASA	N°	TASA	N°	TASA	N°	TASA	N°	TASA
< 1 AÑO	26	12.3	42	19.7	39	18.2	34	12.26	39	10.9	38	18.7
1-4 AÑOS	6	0.7	3	0.35	4	0.46	5	0.55	14	1.21	11	0.96
5-14 AÑOS	10	0.5	15	0.77	6	0.3	12	0.42	6	0.23	9	0.34
15-19 AÑOS	3	0.3	13	1.4	12	1.2	15	1.43	15	1.32	8	0.68
20-59 AÑOS	107	2.1	136	2.7	135	2.6	146	2.12	169	2.22	162	2.13
60 Y + AÑOS	126	17.2	199	26.2	212	26.8	254	29.32	250	25.8	260	25.6

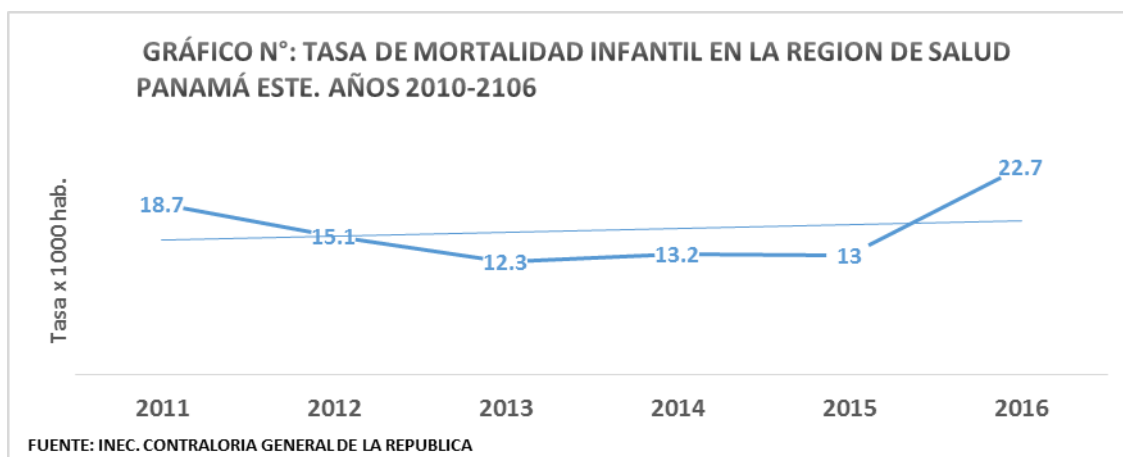
Fuente: Departamento de Estadísticas del Ministerio de Salud Panamá



Fuente: Departamento de Estadísticas del Ministerio de Salud Panamá.

### 2.4.1.2. Mortalidad Infantil

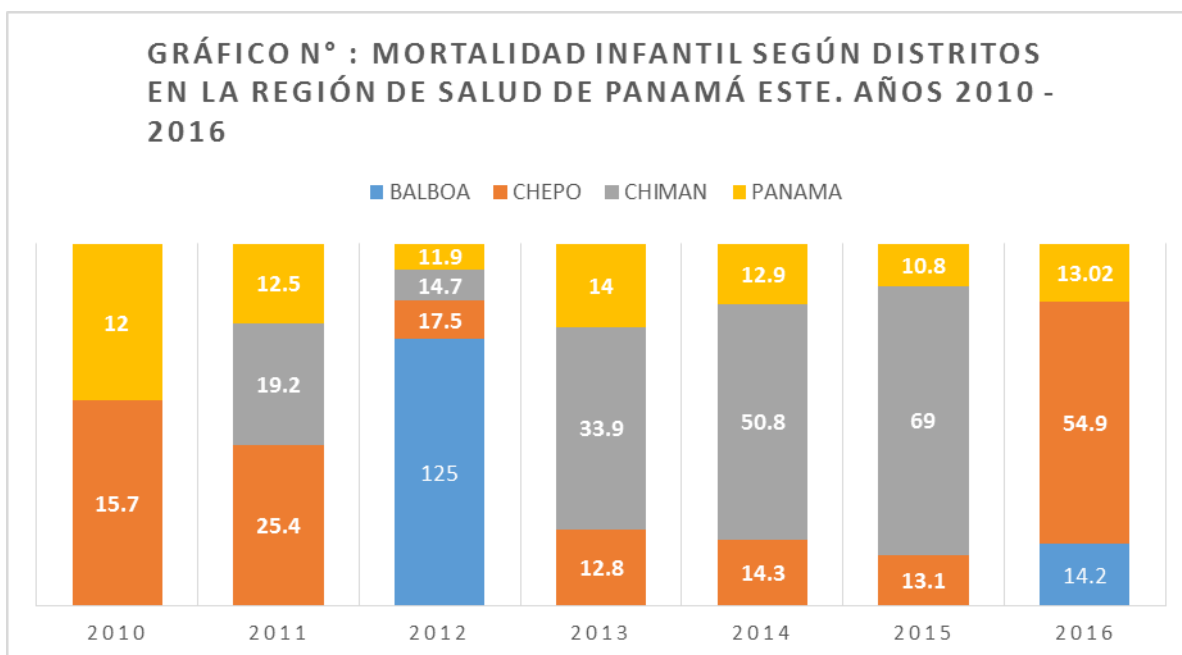
- Grupo Menor de 1 Año:



Cuadro N°28: Tasa de Mortalidad Infantil según Distritos en la Región de Salud de Panamá Este. Años 2010 – 2016.

DISTRITO	2010		2011		2012		2013		2014		2015		2016	
	N°	TASA	N°	TASA	N°	TASA	N°	TASA	N°	TASA	N°	TASA	N°	TASA
BALBOA	0	0	0	0	2	125	0	0	0	0	0	0	1	14.2
CHEPO	12	15.7	23	25.4	18	17.5	14	12.8	16	14.3	15	13.1	27	54.9
CHIMAN	0	0	1	19.2	1	14.7	2	33.9	3	50.8	4	69	0	0
PANAMA	203	12	228	12.5	228	11.9	263	14	248	12.9	208	10.8	18	13.02

Fuente: Departamento de Estadísticas del Ministerio de Salud Panamá



Fuente: Departamento de Estadísticas del Ministerio de Salud Panamá.

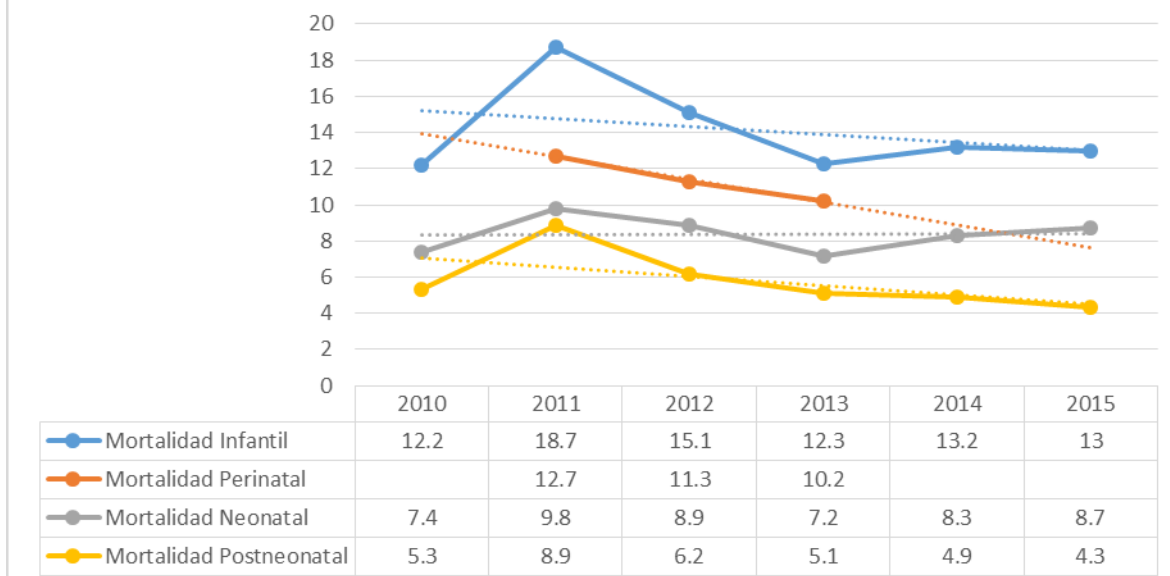
**Cuadro N° 29: Tasas de Mortalidad Infantil, Perinatal, Neonatal y Posneonatal en la Región de Salud de Panamá Este. Años 2010 – 2015.**

Tasas	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Mortalidad Infantil	12.2	18.7	15.1	12.3	13.2	13
Mortalidad Perinatal		12.7	11.3	10.2		
Mortalidad Neonatal	7.4	9.8	8.9	7.2	8.3	8.7
Mortalidad Postneonatal	5.3	8.9	6.2	5.1	4.9	4.3

Fuente: Departamento de Registros Médicos y Estadísticas del MINSA.

**Gráfico N° 15: Tasas de Mortalidad Infantil, Perinatal, Neonatal y Posneonatal en la Región de Salud de Panamá Este. Años 2010 – 2015.**

Gráfico N° 17: Tasa de Mortalidad Infantil, Perinatal, Neonatal y Posneonatal en la Región de Salud de Panamá Este. Años 2010 - 2015



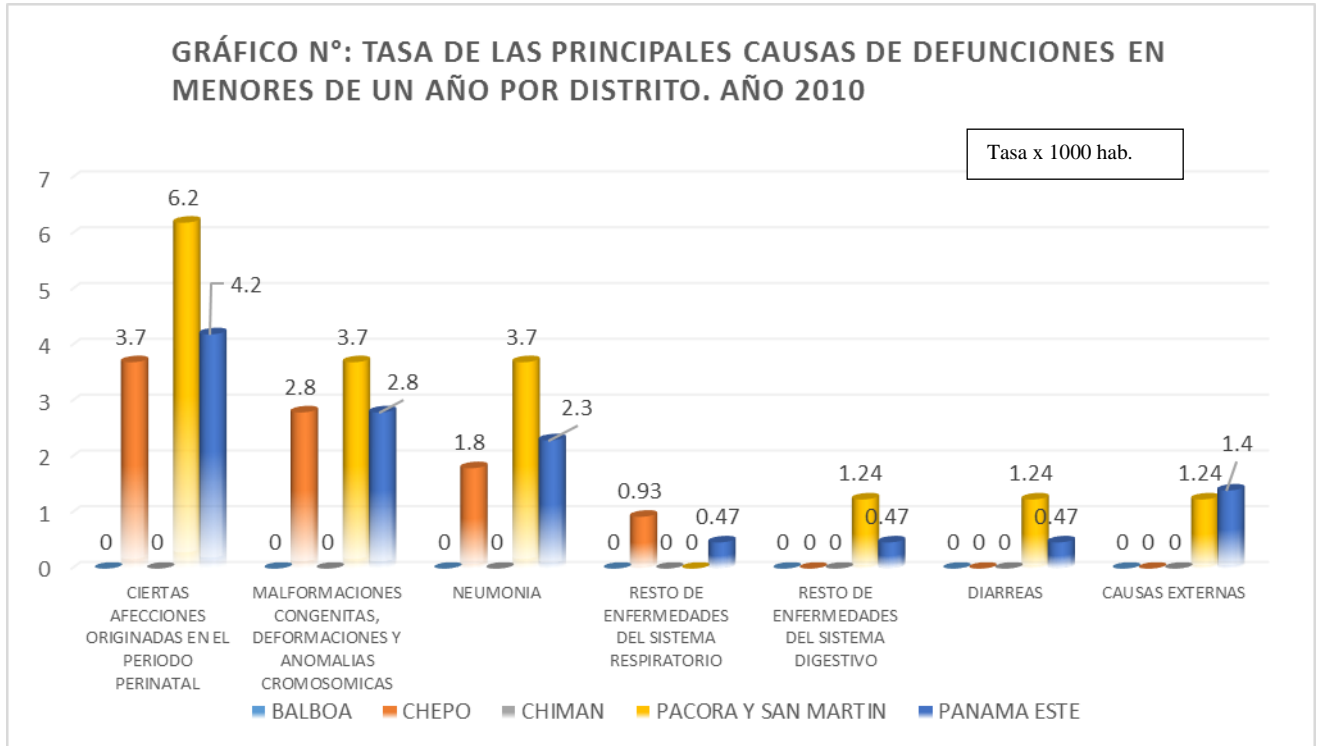
Fuente: Departamento de Registros Médicos y Estadísticas del MINSA.

Cuadro N 30 : Principales causas de Defunción en la Población Menor de 1 año por Distritos. En la Región de Salud de Panamá Este. Año 2010.

DISTRITO	Total		CIERTAS AFECCIONES ORIGINADAS EN EL PERIODO PERINATAL		MALFORMACIONES CONGENITAS, DEFORMACIONES Y ANOMALIAS CROMOSOMICAS		NEUMONIA		RESTO DE ENFERMEDADES DEL SISTEMA RESPIRATORIO		RESTO DE ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO		DIARREAS		CAUSAS EXTERNAS	
	N°	TASA	N°	TASA	N°	TASA	N°	TASA	N°	TASA	N°	TASA	N°	TASA	N°	TASA
BALBOA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CHEPO	12	11.2	4	3.7	3	2.8	2	1.8	1	0.93	0	0	0	0	2	0
CHIMAN	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
PACORA Y SAN MARTIN	14	17.4	5	6.2	3	3.7	3	3.7	0	0	1	1.24	1	1.24	1	1.24
PANAMA ESTE	26	12.3	9	4.2	6	2.8	5	2.3	1	0.47	1	0.47	1	0.47	3	1.4

Fuente: Departamento de Registros Médicos y Estadísticas del MINSA



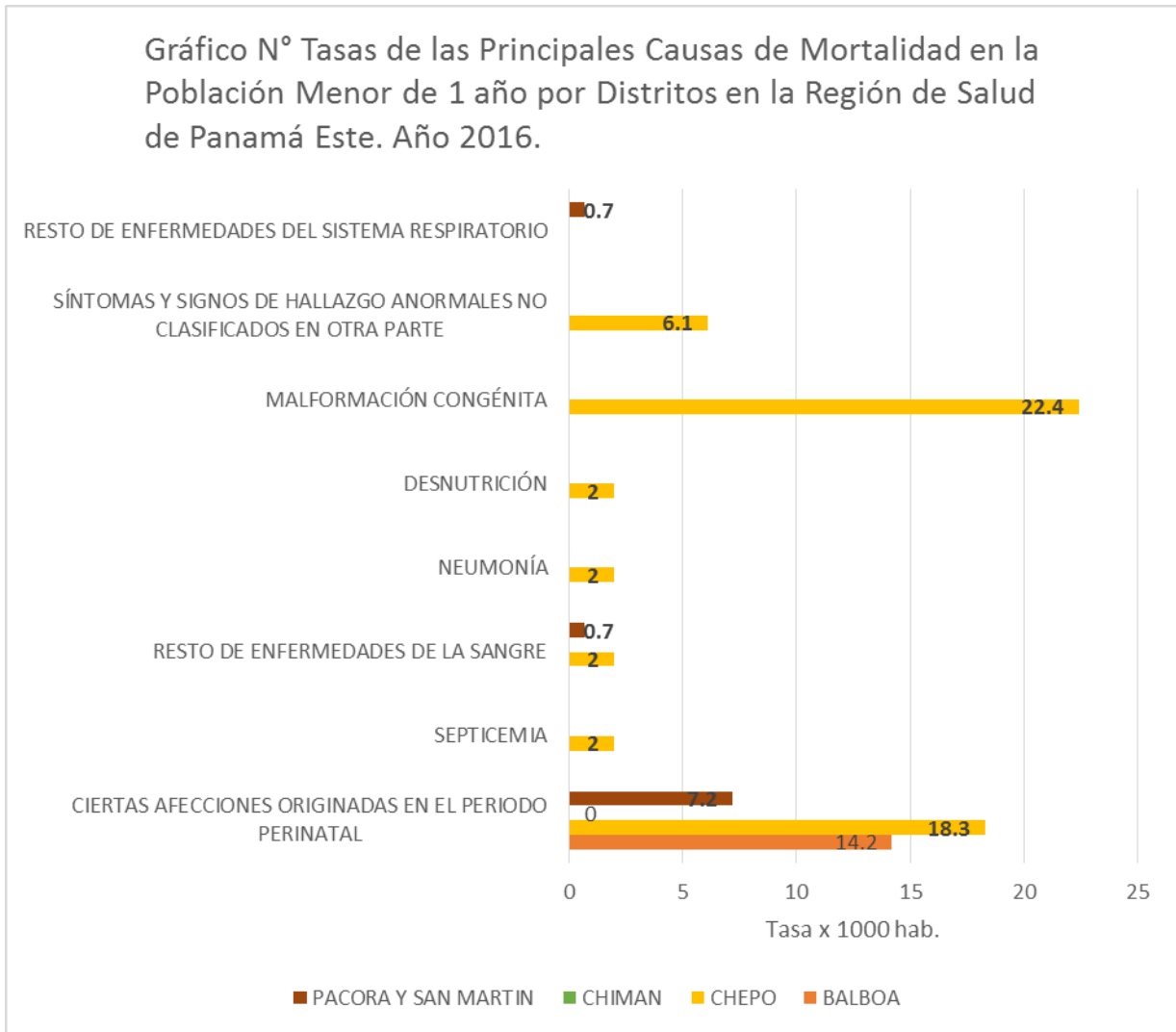


Fuente: Departamento de Registros Médicos y Estadísticas del MINSA

Cuadro N 31° : Tasa de las principales Causas de Defunción en el Menor de 1 año por Distritos en la Región de Salud de Panamá Este. Año 2016.

DISTRITOS	TOTAL		CIERTAS AFECCIONES ORIGINADAS EN EL PERIODO PERINATAL		SEPTICEMIA		RESTO DE ENFERMEDADES DE LA SANGRE		NEUMONÍA		DESNUTRICIÓN		MALFORMACIÓN CONGÉNITA		SÍNTOMAS Y SIGNOS DE HALLAZGO ANORMALES NO CLASIFICADOS EN OTRA PARTE		RESTO DE ENFERMEDADES DEL SISTEMA RESPIRATORIO	
	N°	TASA	N°	TASA	N°	TASA	N°	TASA	N°	TASA	N°	TASA	N°	TASA	N°	TASA	N°	TASA
BALBOA	1	14.2	1	14.2														
CHEPO	27	54.9	9	18.3	1	2.03	1	2.03	1	2.03	1	2.03	11	22.4	3	6.1	1	2.03
CHIMAN	0	0																
PACORA Y SAN MARTIN	18	13.02	10	7.2			1	0.72					6	4.3			1	0.72

Fuente: Departamento de Registros Médicos y Estadísticas del MINSA



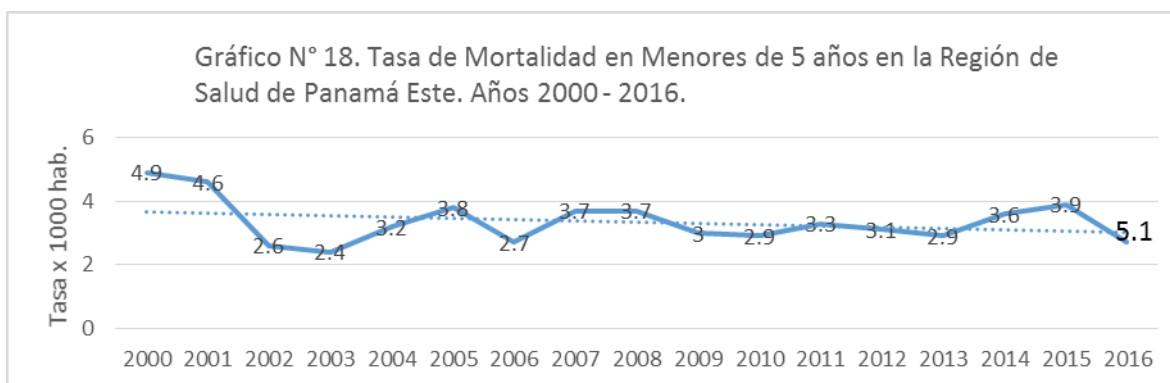
Fuente: Departamento de Registros Médicos y Estadísticas del MINSA

- **Grupo de 1 – 4 años de Edad.**

Cuadro N° 32: Tasa de Mortalidad en Menores de 5 años en la Región de Salud de Panamá Este. Años 2000 – 2015.

AÑOS	TASA DE MORTALIDAD EN MENORES DE 5 AÑOS (x 1000 hab.)
2000	4.9
2001	4.6
2002	2.6
2003	2.4
2004	3.2
2005	3.8
2006	2.7
2007	3.7
2008	3.7
2009	3
2010	2.9
2011	3.3
2012	3.1
2013	2.9
2014	3.6
2015	3.9
2016	5.1

Fuente: Registros y Estadísticas de Salud. Ministerio de Salud de Panamá.



Fuente: Registros y Estadísticas de Salud. Ministerio de Salud de Panamá

Cuadro N° 33 Principales Causas de Mortalidad en el Grupo Etáreo de 1 – 4 años en la Región de Salud de Panamá Este. Años 2013 y 2016.

PRINCIPALES CAUSAS DE DEFUNCIONES POR GRUPO ETAREO. AÑO 2013	
1-4 AÑOS	
CAUSAS	N°
MALFORMACIONES CONGENITAS DEL CORAZON	2
DIARREA Y GASTROENTERITIS	1
NEUMONIAS	1
TODAS LAS DEMAS CAUSAS EXTERNAS	1
TOTAL	5

PRINCIPALES CAUSAS DE DEFUNCIONES POR GRUPO ETAREO. AÑO 2016	
1-4 AÑOS	
CAUSAS	N°
DIARREAS Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO	3
DESNUTRICIÓN	3
SÍNTOMAS, SIGNOS Y HALLAZGOS ANORMALES CLÍNICOS Y DE LABORATORIOS	3
SEPTICEMIA	1
MALFORMACIONES CONGÉNITAS Y ANOMALÍAS CROMOSÓMICAS	1
TOTAL	12

Fuente: Registros y Estadísticas de Salud. Ministerio de Salud de Panamá

Cuadro N° 34 Principales Causas de Mortalidad en la población de 60 años y más en la Región de Salud de Panamá Este. Años 2013 y 2016.

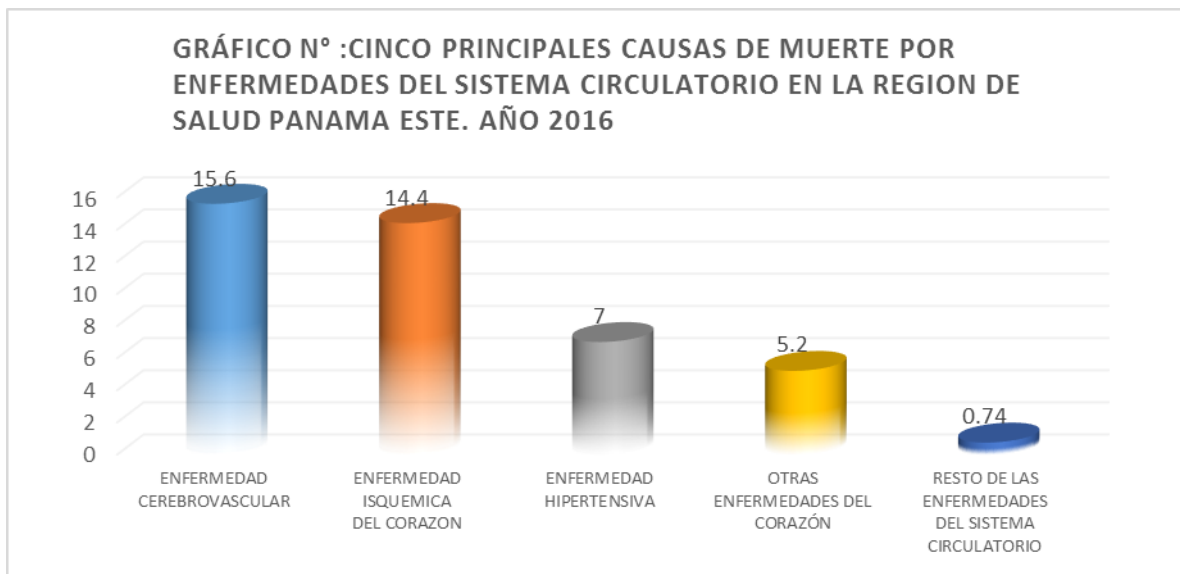
PRINCIPALES CAUSAS DE DEFUNCIONES POR GRUPO ETAREO. AÑO 2013		PRINCIPALES CAUSAS DE DEFUNCIONES POR GRUPO ETAREO. AÑO 2016	
60 Y + AÑOS		60 Y + AÑOS	
CAUSAS	N°	CAUSAS	N°
TUMORES MALIGNOS	39	ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR	42
ENFERMEDAD CEREBRO VASCULAR	31	ENFERMEDAD ISQUÉMICA DEL CORAZÓN	39
ENFERMEDAD ISQUEMICA DEL CORAZON	23	TUMORES (NEOPLASIAS)	34
DIABETES MELLITUS	23	DIABETES MELLITUS	28
OTRAS CAUSAS	96	OTRAS CAUSAS	126
TOTAL	212	TOTAL	269

Fuente: Registros y Estadísticas de Salud. Ministerio de Salud de Panamá

Cuadro N° 35 CINCO PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE POR ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO EN LA REGION DE SALUD PANAMA ESTE. AÑO 2016

CAUSAS	Nº	%
TOTAL DE DEFUNCIONES	269	100
ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR	42	15.6
ENFERMEDAD ISQUEMICA DEL CORAZON	39	14.4
ENFERMEDAD HIPERTENSIVA	19	7
OTRAS ENFERMEDADES DEL CORAZÓN	14	5.2
RESTO DE LAS ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO	2	0.74

Fuente: Registros y Estadísticas de Salud. Ministerio de Salud de Panamá

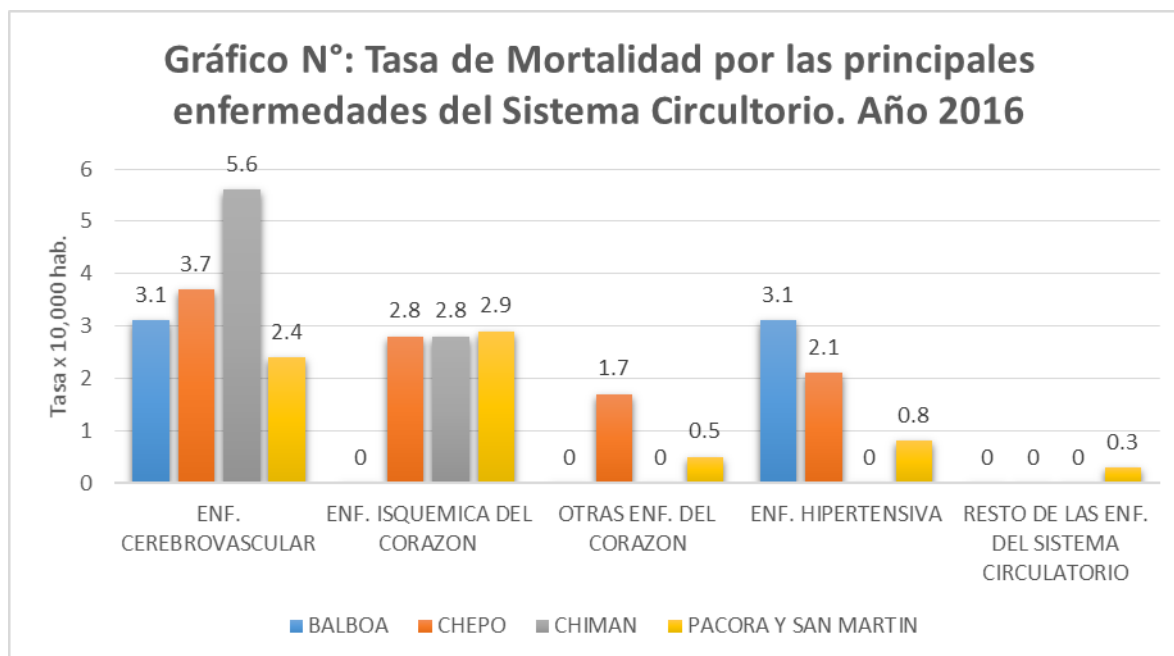


Fuente: Registros y Estadísticas de Salud. Ministerio de Salud de Panamá

Cuadro N° 36: TASA DE MORTALIDAD DE LAS PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE POR ENFERMEDADES DEL SISTEMACIRCULATORIO POR DISTRITO. AÑO 2016

DISTRITOS	TOTAL		ENF. CEREBROVASCULAR		ENF. ISQUEMICA DEL CORAZON		ENF. HIPERTENSIVA		OTRAS ENF. DEL CORAZÓN		RESTO DE LAS ENF. DEL SISTEMA CIRCULATORIO	
	Nº	TASA	Nº	TASA	Nº	TASA	Nº	TASA	Nº	TASA	Nº	TASA
TOTAL	116	8.4	42	3	39	2.8	19	1.3	14	1.02	0	0.0
BALBOA	2	6.2	1	3.1	0	0.0	1	3.1	0	0.0	0	0.0
CHEPO	59	10.4	21	3.7	16	2.8	12	2.1	10	1.7	0	0.0
CHIMAN	3	8.5	2	5.6	1	2.8	0	0.0	0	0.0	0	0.0
PACORA Y SAN MARTIN	51	6.8	18	2.4	22	2.9	6	0.8	4	0.5	2	0.3

Fuente: Registros y Estadísticas de Salud. Ministerio de Salud de Panamá

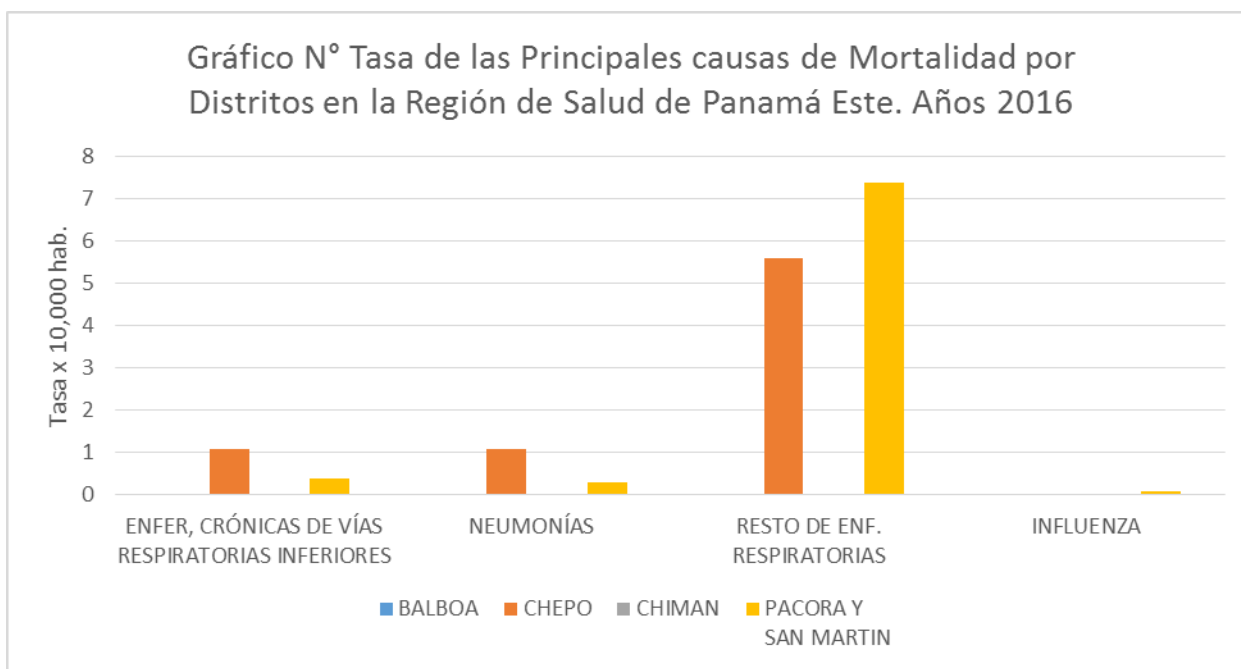


Fuente: Registros y Estadísticas de Salud. Ministerio de Salud de Panamá

Cuadro N° 37: Tasa de las principales causas de mortalidad por enfermedades respiratorias en la Región de Salud de Panamá Este. Año 2016

DISTRITO	TOTAL		ENF. CRÓNICAS DE VÍAS RESPIRATORIAS INFERIORES		NEUMONÍAS	RESTO DE ENF. RESPIRATORIAS		INFLUENZA	
	N°	TASA	N°	TASA		N°	TASA	N°	TASA
TOTAL	26	1.8	9	0.6	9	7	0.51	1	0.13
BALBOA	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CHEPO	18	1.3	6	1.1	7	5	0.8	0	0
CHIMAN	0	0	0	0	0	0	0	0	0
PACORA Y SAN MARTIN	8	1.1	3	0.4	2	2	0.3	1	0.13

Fuente: Registros y Estadísticas de Salud. Ministerio de Salud de Panamá



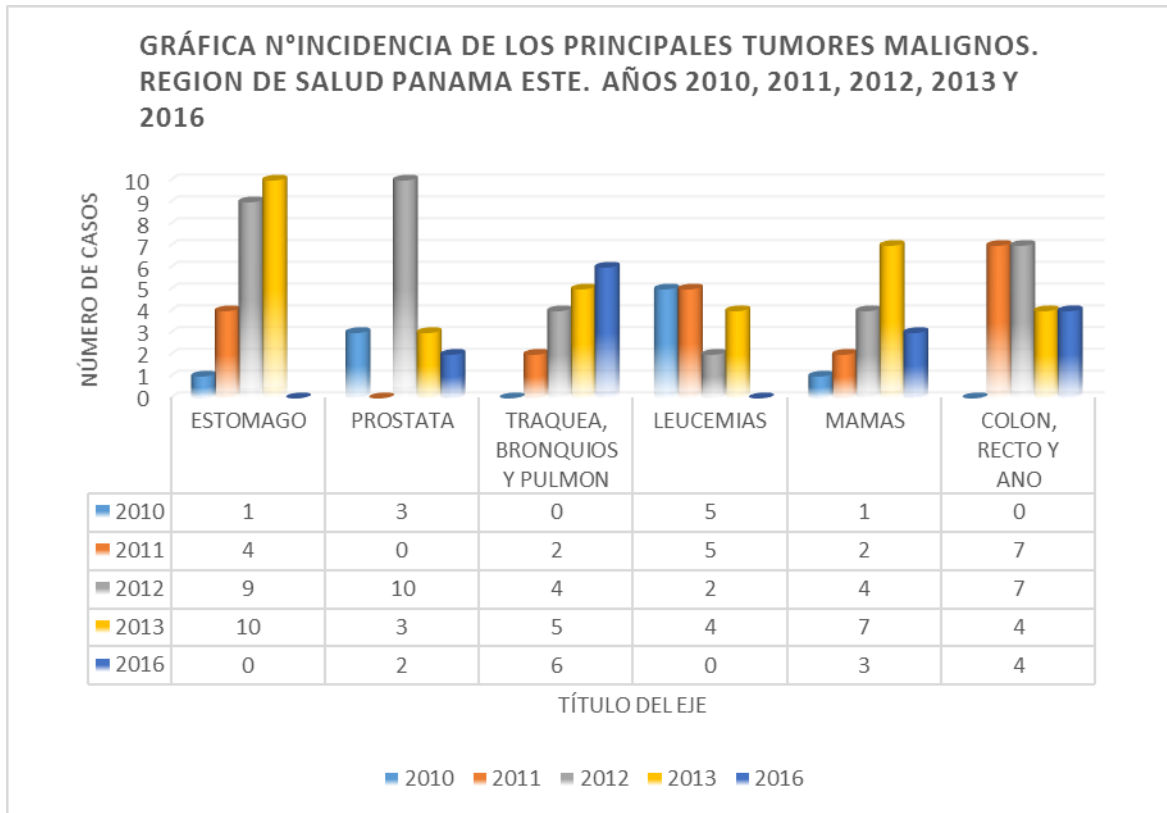
Fuente: Registros y Estadísticas de Salud. Ministerio de Salud de Panamá



Cuadro N° 38 : INCIDENCIA DE LOS PRINCIPALES TUMORES MALIGNOS. REGION DE SALUD PANAMA ESTE. AÑOS 2010, 2011, 2012, 2013 Y 2016

PRINCIPALES TUMORES	AÑOS				
	2010	2011	2012	2013	2016
ESTOMAGO	1	4	9	10	0
PROSTATA	3	0	10	3	2
TRAQUEA, BRONQUIOS Y PULMON	0	2	4	5	6
LEUCEMIAS	5	5	2	4	0
MAMAS	1	2	4	7	3
COLON, RECTO Y ANO	0	7	7	4	4

Fuente: Registros y Estadísticas de Salud. Ministerio de Salud de Panamá

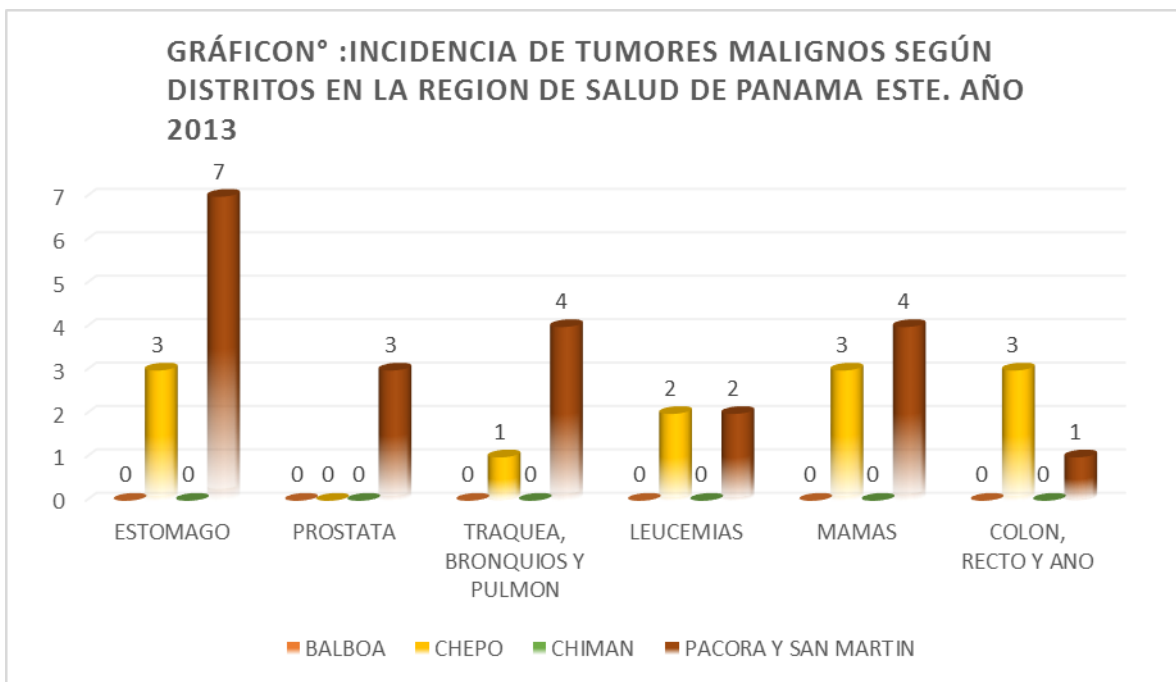


Fuente: Registros y Estadísticas de Salud. Ministerio de Salud de Panamá

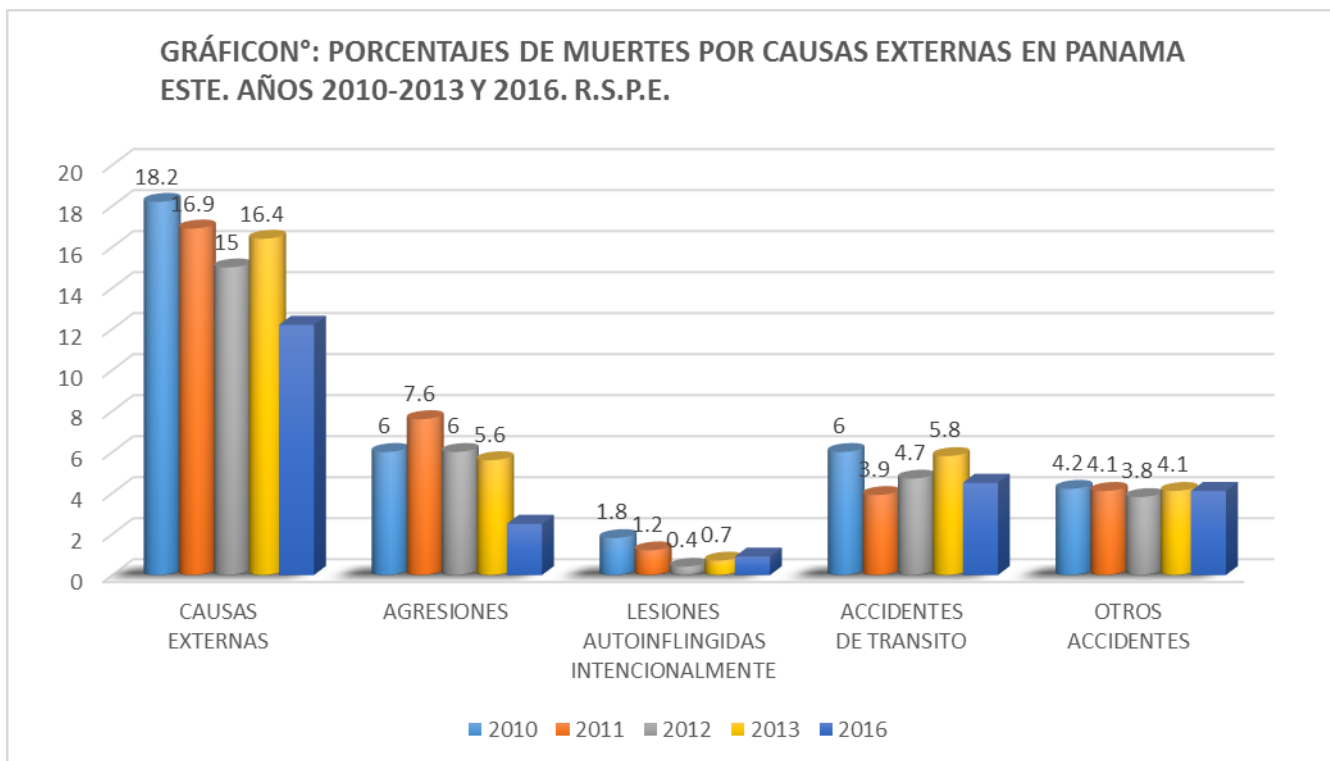
Cuadro N° 39: INCIDENCIA DE TUMORES MALIGNOS SEGÚN DISTRITOS EN LA REGION DE SALUD DE PANAMA ESTE. AÑO 2013

DISTRITO	ESTOMAGO	PROSTATA	TRAQUEA, BRONQUIOS Y PULMON	LEUCEMIAS	MAMAS	COLON, RECTO Y ANO
	N°	N°	N°	N°	N°	N°
BALBOA	0	0	0	0	0	0
CHEPO	3	0	1	2	3	3
CHIMAN	0	0	0	0	0	0
PACORA Y SAN MARTIN	7	3	4	2	4	1

Fuente: Registros y Estadísticas de Salud. Ministerio de Salud de Panamá



Fuente: Registros y Estadísticas de Salud. Ministerio de Salud de Panamá



Fuente: Registros y Estadísticas de Salud. Ministerio de Salud de Panamá

CUADRO N°: 40 PORCENTAJES DE MUERTES POR CAUSAS EXTERNAS EN PANAMA ESTE. AÑOS 2010-2013

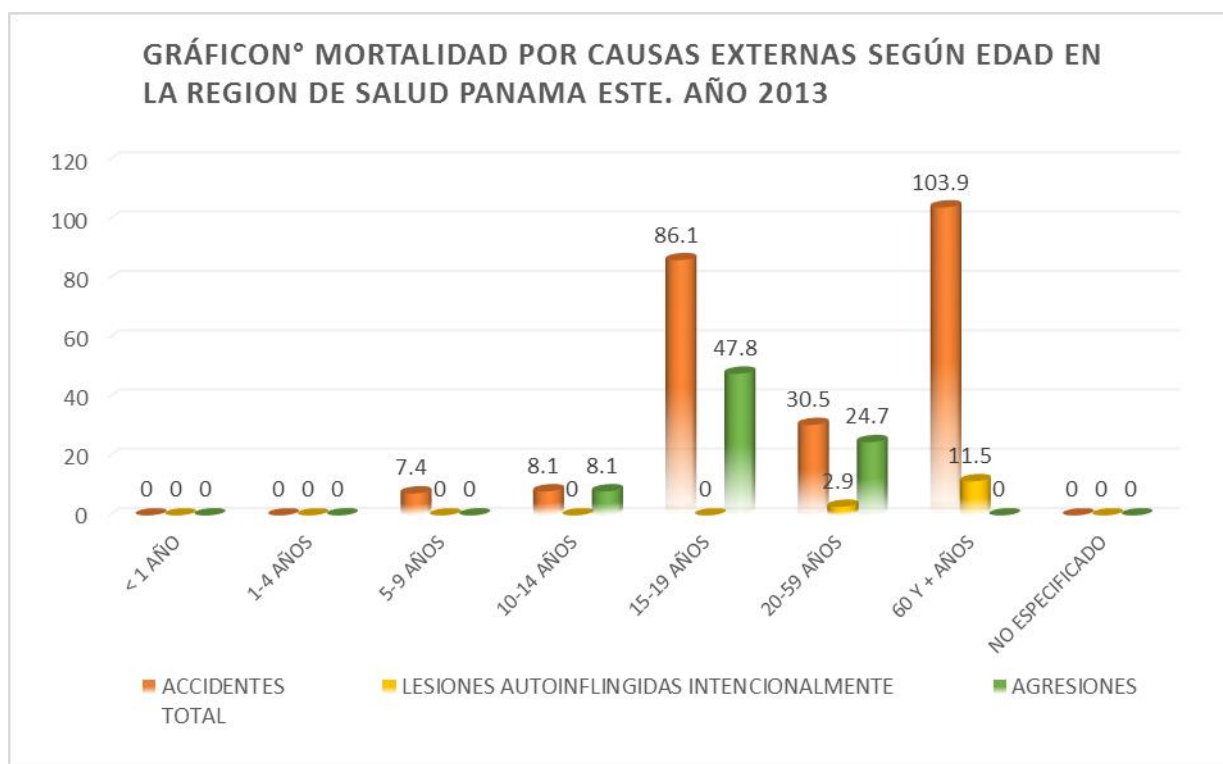
AÑOS	TOTAL DEFUNCIONES	CAUSAS EXTERNAS		AGRESIONES		LESIONES AUTOINFLINGIDAS INTENCIONALMENTE		ACCIDENTES DE TRANSITO		OTROS ACCIDENTES	
		N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
2010	328	60	18.2	20	6	6	1.8	20	6	14	4.2
2011	407	69	16.9	31	7.6	5	1.2	16	3.9	17	4.1
2012	466	70	15	28	6	2	0.4	22	4.7	18	3.8
2013	408	67	16.4	23	5.6	3	0.7	24	5.8	17	4.1
2016	508	62	12.2	13	2.5	5	0.9	23	4.5	21	4.1

Fuente: Registros y Estadísticas de Salud. Ministerio de Salud de Panamá

CUADRO N 41°: MORTALIDAD POR CAUSAS EXTERNAS SEGÚN EDAD EN LA REGION DE SALUD PANAMA ESTE. AÑO 2013 (TASA X 100000 HAB)

	ACCIDENTES TOTAL		LESIONES AUTOINFLINGIDAS		AGRESIONES TOTAL	
	Nº	TASA	Nº	TASA	Nº	TASA
TOTAL	41	32.2	3	2.3	23	18
< 1 AÑO	0	0	0	0	0	0
1-4 AÑOS	0	0	0	0	0	0
5-9 AÑOS	1	7.4	0	0	0	0
10-14 AÑOS	1	8.1	0	0	1	8.1
15-19 AÑOS	9	86.1	0	0	5	47.8
20-59 AÑOS	21	30.5	2	2.9	17	24.7
60 Y + AÑOS	9	103.9	1	11.5	0	0
NO ESPECIFICADO	0	0	0	0	0	0

Fuente: Registros y Estadísticas de Salud. Ministerio de Salud de Panamá



Fuente: Registros y Estadísticas de Salud. Ministerio de Salud de Panamá

CUADRO N° 42: PROMEDIO DE DEFUNCIONES ANUAL, MENSUAL Y DIARIOS DE MUERTES POR CAUSAS EXTERNAS. AÑO 2013

TOTAL	CAUSAS EXTERNAS	AGRESIONES	SUICIDILESIONES AUTOINFLINGIDAS INTENCIONALMENTES	ACCIDENTES DE TRANSITO	OTROS ACCIDENTES
TOTAL ANUAL	67	23	3	24	17
PROMEDIO MENSUAL	5.6	1.9	0.2	2	1.4
PROMEDIO DIARIO	0.18	0.06	0.006	0.06	0.04

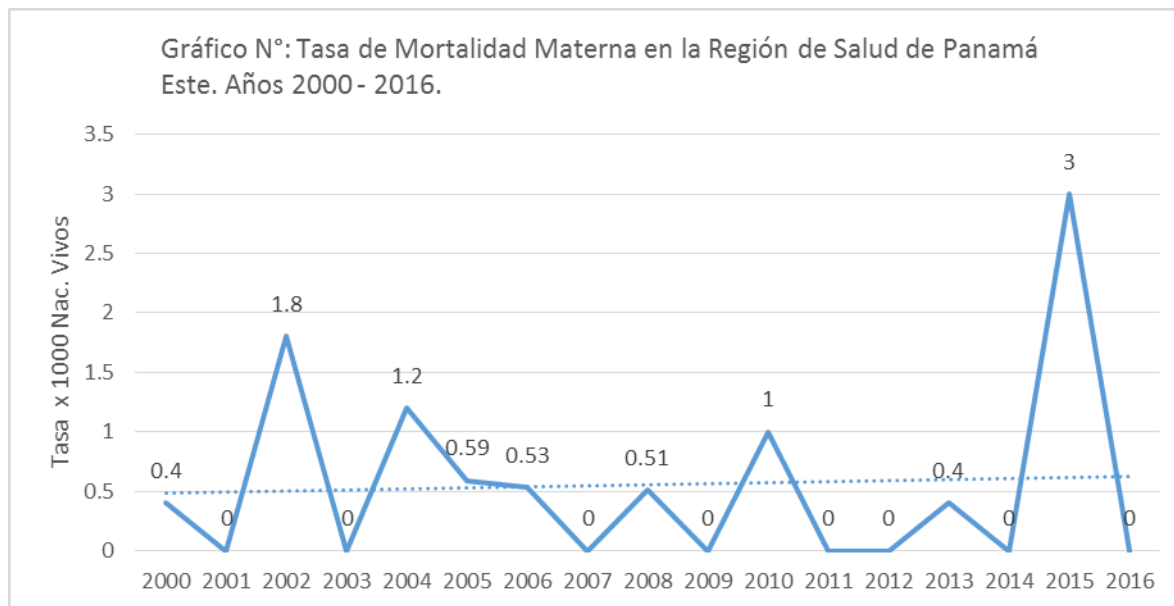
Fuente: Registros y Estadísticas de Salud. Ministerio de Salud de Panamá.

#### 2.4.1.2. Mortalidad Materna

Cuadro N° 43: Tasa de Mortalidad Materna en la Región de Salud Panamá Este. Años 2000 - 2016

AÑOS	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
N°	1	0	3	0	2	1	1	0	1	0	2	0	0	1	0	1	0
TASA	0.4	0	1.8	0	1.2	0.59	0.53	0	0.51	0	1	0	0	0.4	0	3	0

Fuente: Registros y Estadísticas de Salud. MINSA, Panamá



Fuente: Departamento de Registros y Estadísticas de Salud. MINSA, Panamá.

CUADRO N°44 DEFUNCIONES MATERNAS POR DISTRITOS EN PANAMA ESTE, SEGÚN AÑOS. 2010 A 2014.

DISTRITO	AÑOS						
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
TOTAL	2	0	0	1	0	0	0
BALBOA	0	0	0	0	0	0	0
CHEPO	* 2	0	0	1	0	0	0
CHIMAN	0	0	0	0	0	0	0
PANAMA	0	0	0	0	0	0	0

Fuente: Departamento de Registros y Estadísticas de Salud. MINSA, Panamá

CUADRO N° 45 CAUSAS DE MUERTE MATERNA EN LA REGION PANAMA ESTE. DURANTE LOS AÑOS 2010 AL 2016

AÑO	Nº	CAUSA DE MUERTE
2010	2	*ECLAMPSIA EN PERIODO NO ESPECIFICADO *SEPSIS PUERPERAL
2011	0	
2012	0	
2013	1	MUERTE OBSTETRICA DIRECTA
2014	0	
2015	0	
2016	0	

Fuente: Registros y Estadísticas de Salud. Ministerio de Salud de Panamá

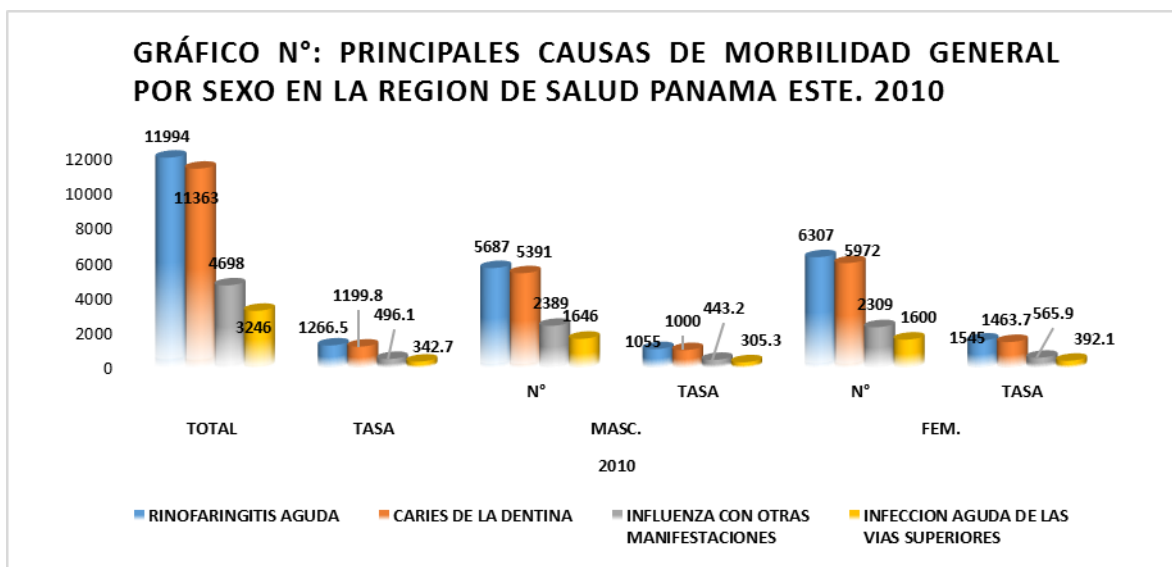
## 2.4.2. Morbilidad

### 2.4.2.1. Morbilidad General

	2010					
	TOTAL	TASA	MASC.		FEM.	
			N°	TASA	N°	TASA
RINOFARINGITIS AGUDA	11994	1266.5	5687	1055	6307	1545
CARIES DE LA DENTINA	11363	1199.8	5391	1000	5972	1463.7
INFLUENZA CON OTRAS MANIFESTACIONES	4698	496.1	2389	443.2	2309	565.9
INFECCION AGUDA DE LAS VIAS SUPERIORES	3246	342.7	1646	305.3	1600	392.1

Fuente: Departamento de Registros y Estadísticas de Salud. Región de Salud de Panamá

Este.



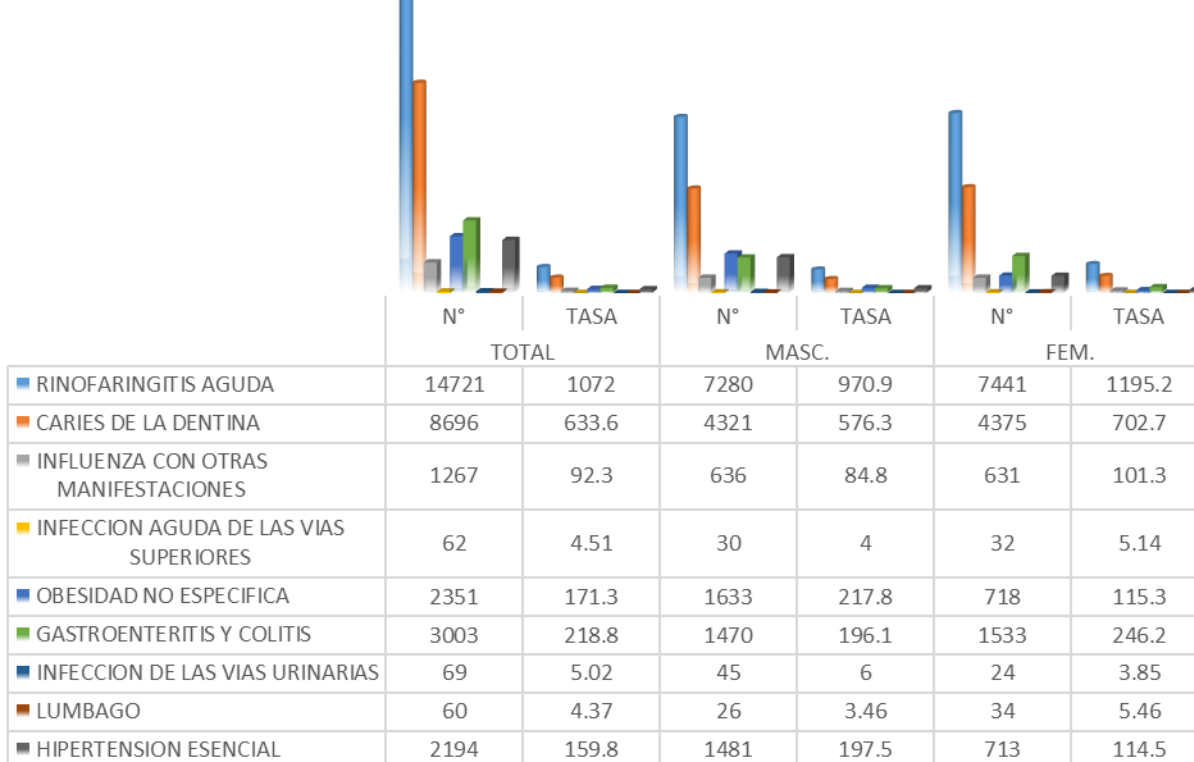
Fuente: Departamento de Registros y Estadísticas de Salud. Región de Salud de Panamá Este.

CUADRO N° 47: PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD GENERAL POR SEXO EN LA REGION DE SALUD PANAMA ESTE. 2016

	TOTAL		MASC.		FEM.	
	N°	TASA	N°	TASA	N°	TASA
RINOFARINGITIS AGUDA	14721	1072	7280	970.9	7441	1195.2
CARIES DE LA DENTINA	8696	633.6	4321	576.3	4375	702.7
INFLUENZA CON OTRAS MANIFESTACIONES	1267	92.3	636	84.8	631	101.3
INFECCION AGUDA DE LAS VIAS SUPERIORES	62	4.51	30	4	32	5.14
OBESIDAD NO ESPECIFICA	2351	171.3	1633	217.8	718	115.3
GASTROENTERITIS Y COLITIS	3003	218.8	1470	196.1	1533	246.2
INFECCION DE LAS VIAS URINARIAS	69	5.02	45	6	24	3.85
LUMBAGO	60	4.37	26	3.46	34	5.46
HIPERTENSION ESENCIAL	2194	159.8	1481	197.5	713	114.5

Fuente: Departamento de Registros y Estadísticas de Salud. Región de Salud de Panamá Este.

GRÁFICO N°: PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD GENERAL POR SEXO EN LA REGION DE SALUD PANAMA ESTE. 2016



Fuente: Departamento de Registros y Estadísticas de Salud. Región de Salud de Panamá Este.

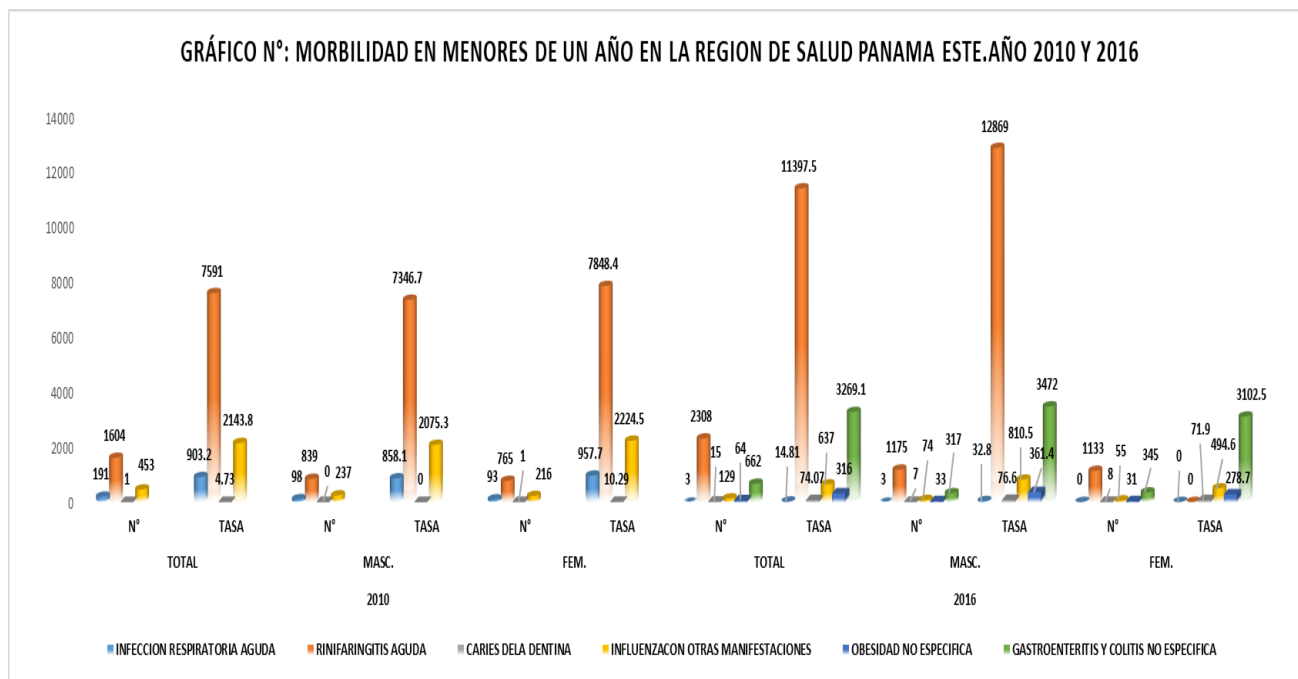


2.4.2.1. Morbilidad en el Menor de 1 año.

CUADRO N°48: MORBILIDAD EN MENORES DE UN AÑO EN LA REGION DE SALUD PANAMA ESTE. AÑO 2010 Y 2016

	2010						2016					
	TOTAL		MASC.		FEM.		TOTAL		MASC.		FEM.	
	N°	TASA	N°	TASA	N°	TASA	N°	TASA	N°	TASA	N°	TASA
INFECCION RESPIRATORIA AGUDA	191	903.2	98	858.1	93	957.7	3	14.81	3	32.8	0	0
RINIFARINGITIS AGUDA	1604	7591	839	7346.7	765	7848.4	2308	11397.5	1175	12869	1133	10.188
CARIES DELA DENTINA	1	4.73	0	0	1	10.29	15	74.07	7	76.6	8	71.9
INFLUENZACION OTRAS MANIFESTACIONES	453	2143.8	237	2075.3	216	2224.5	129	637	74	810.5	55	494.6
OBESIDAD NO ESPECIFICA							64	316	33	361.4	31	278.7
GASTROENTERITIS Y COLITIS NO ESPECIFICA							662	3269.1	317	3472	345	3102.5

Fuente: Departamento de Registros y Estadísticas de Salud. Región de Salud de Panamá Este.



Fuente: Departamento de Registros y Estadísticas de Salud. Región de Salud de Panamá Este.

### 2.4.2.3. Morbilidad en el Grupo de 1 – 4 años

CUADRO N° 49 : MORBILIDAD EN NIÑOS DE 1 A 4 AÑOS EN LA REGIÓN DE SALUD PANAMA ESTE. AÑOS 2010 Y 2016

ENFERMEDADES	2010						2016					
	TOTAL		MASC.		FEM.		TOTAL		MASC.		FEM.	
	N°	TASA	N°	TASA	N°	TASA	N°	TASA	N°	TASA	N°	TASA
INFECCION RESPIRATORIA AGUDA	1034	1225.1	549	1206.8	485	1246.4	14	12.31	10	16.8		
RINIFARINGITIS AGUDA	4142	4907.5	2063	4535.1	2079	5343.1	0	0	2327	3929.4	2599	4770.5
CARIES DE LA DENTINA	646	765.4	300	659.4	346	889.2	483	424.8	237	400.2	246	451.5
INFLUENZA CON OTRAS MANIFESTACIONES	1172	1388.6	592	1301.3	580	1490.6	365	321	192	324.2	173	317.5
GASTROENTERITIS Y COLITIS NO ESPECIFICAS							2243	1972.7	1125	1899.6	1118	2052.1
OBESIDAD NO ESPECIFICA							55	48.37	23	38.8	32	58.7

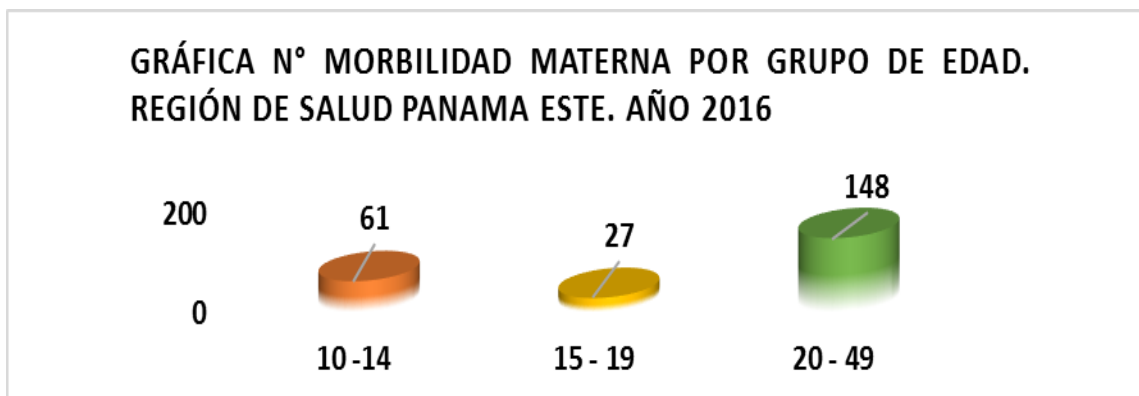
Fuente: Departamento de Registros y Estadísticas de Salud. Región de Salud de Panamá Este.

### 2.4.2.4. Morbilidad Materna

CUADRO N°50: MORBILIDAD MATERNA POR GRUPO DE EDAD. REGION DE SALUD PANAMA ESTE. AÑO 2016.

EDAD	N°
10 -14	61
15 - 19	27
20 - 49	148

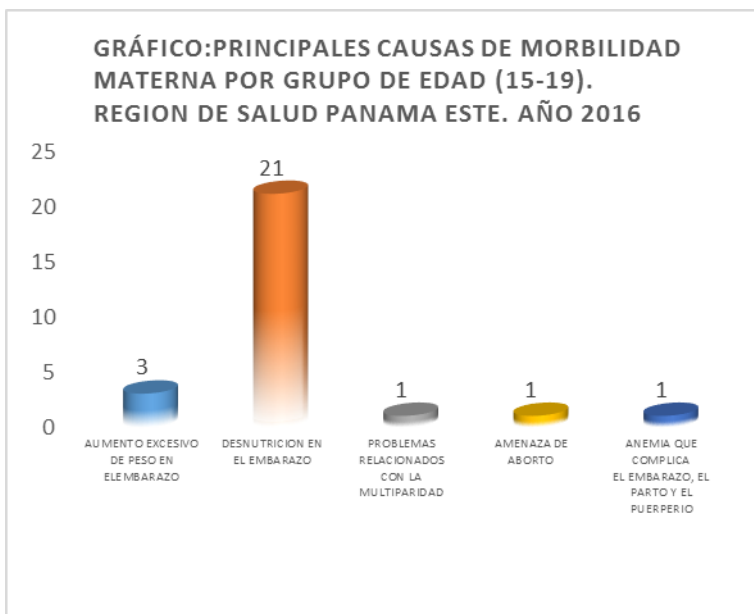
Fuente: Departamento de Registros y Estadísticas de Salud. Región de Salud de Panamá Este.



Fuente: Departamento de Registros y Estadísticas de Salud. Región de Salud de Panamá Este.

**CUADRO N° 51: PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD MATERNA EN EL GRUPO DE EDAD DE 15 A 19 AÑOS. REGION DE SALUD PANAMA ESTE. AÑO 2016**

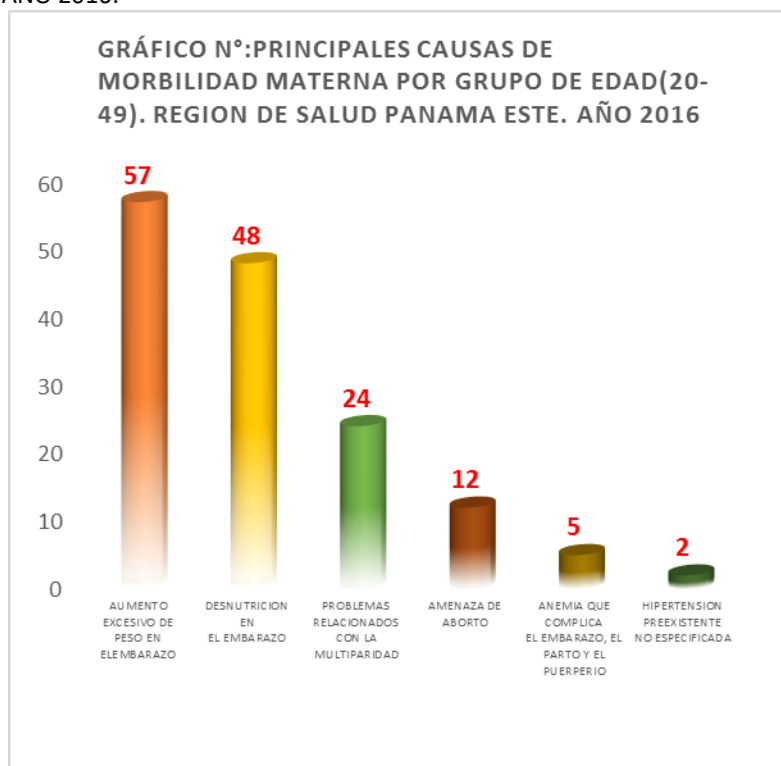
15 - 19	
CAUSA	N°
Aumento Excesivo de peso en el embarazo	3
Desnutrición en el embarazo	21
Problemas relacionados con la multiparidad	1
Amenaza de aborto	1
Anemia que complica el embarazo, el puerperio y el parto	1



**Fuente:** Departamento de Registros y Estadísticas de Salud. Región de Salud de Panamá Este.

**CUADRO N° 52 PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD MATERNA EN EL GRUPO DE 20 – 49 AÑOS DE EDAD. REGION DE SALUD PANAMA ESTE. AÑO 2016.**

20 - 49	
CAUSA	N°
Aumento excesivo de peso en el embarazo	57
Desnutrición en el embarazo	48
Problemas relacionados con la multiparidad	24
amenaza de aborto	12
Anemia que complica el embarazo, el parto y el puerperio	5
Hipertensión preexistente no especificada	2



**Fuente:** Departamento de Registros y Estadísticas de Salud. Región de Salud de Panamá Este.

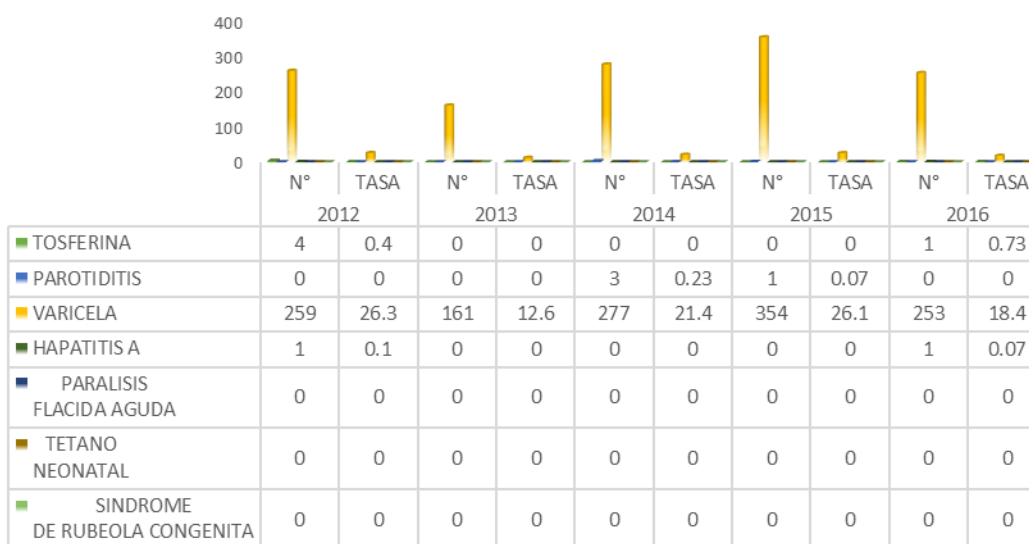
## 2.4.2.5. Enfermedades Inmunoprevenibles

Cuadro N° 53: Tasa de las Principales Enfermedades Inmunoprevenibles en la Región de Salud de Panamá Este. Años 2012 – 2016.

EVENTO	2012		2013		2014		2015		2016	
	N°	TASA	N°	TASA	N°	TASA	N°	TASA	N°	TASA
TOSFERINA	4	0.4	0	0	0	0	0	0	1	0.73
PAROTIDITIS	0	0	0	0	3	0.23	1	0.07	0	0
VARICELA	259	26.3	161	12.6	277	21.4	354	26.1	253	18.4
HAPATITIS A	1	0.1	0	0	0	0	0	0	1	0.07
PARALISIS FLACIDA AGUDA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TETANO NEONATAL	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
SINDROME DE RUBEOLA CONGENITA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Fuente: Departamento regional de Vigilancia Epidemiológica. Panamá Este.

GRÁFICO N°: PRINCIPALES EFERMEDADES INMUNOPREVENIBLES EN LA REGION DE SALUD PANAMA ESTE. AÑOS: 2012-2016



Fuente: Departamento regional de Vigilancia Epidemiológica. Panamá Este.

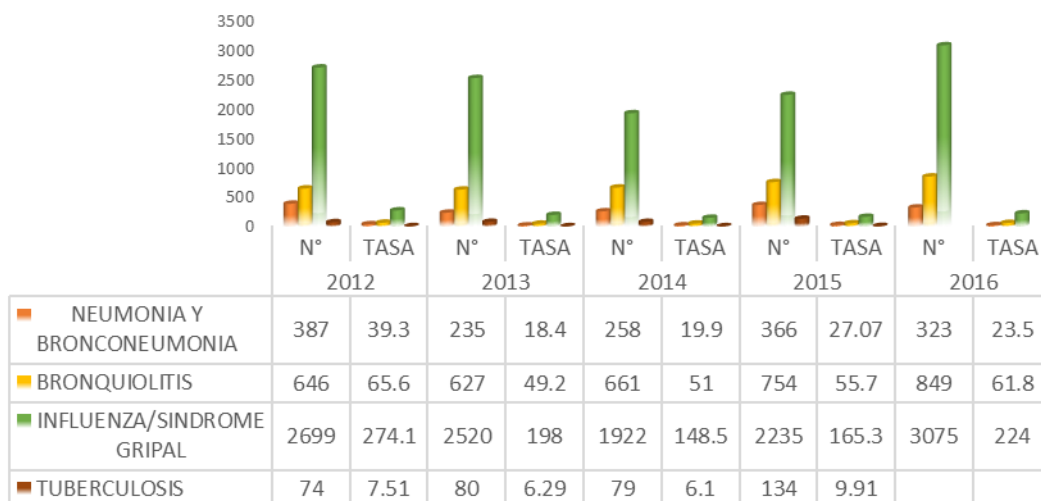
## 2.4.2.6. Enfermedades Respiratorias

CUADRO N° 54: TASA DE LAS PRINCIPALES INFECCIONES RESPIRATORIAS EN LA REGIÓN DE SALUD PANAMA ESTE. AÑO: 2012-2016

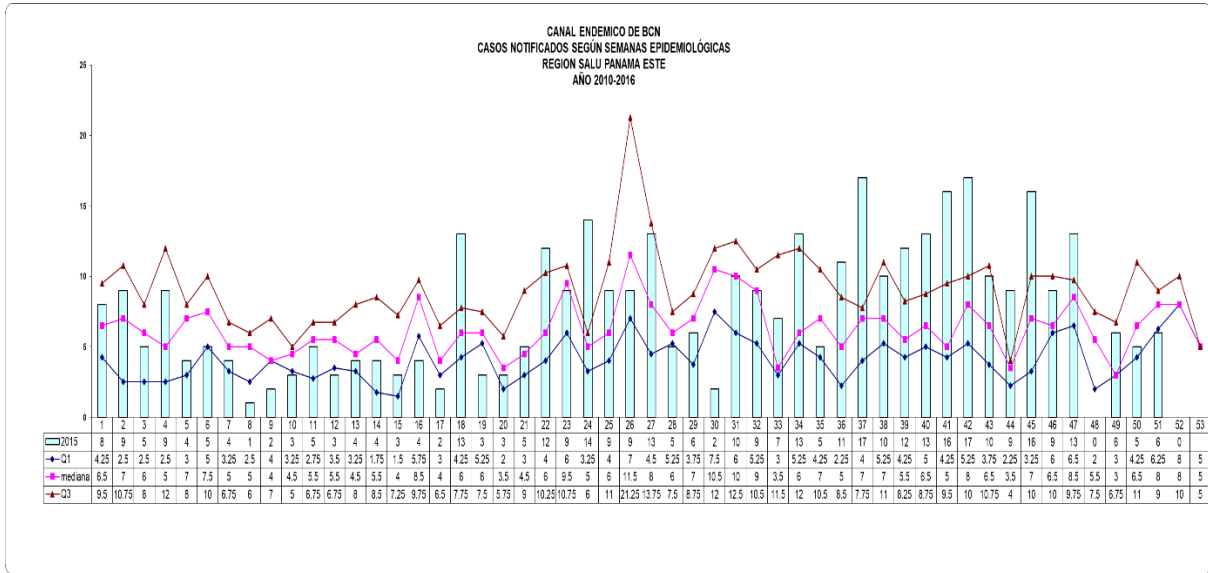
EVENTO	2012		2013		2014		2015		2016	
	N°	TASA	N°	TASA	N°	TASA	N°	TASA	N°	TASA
NEUMONIA Y BRONCONEUMONIA	387	39.3	235	18.4	258	19.9	366	27.1	323	23.5
BRONQUIOLITIS	646	65.6	627	49.2	661	51	754	55.7	849	61.8
INFLUENZA/SINDROME GRIPAL	2699	274	2520	198	1922	149	2235	165	3075	224
TUBERCULOSIS	74	7.51	80	6.29	79	6.1	134	9.91		

Fuente: Departamento de Registros y Estadísticas de Salud del MINSA Panamá.

GRÁFICA N°: TASA DE LAS PRINCIPALES INFECCIONES RESPIRATORIAS EN LA REGION DE SALUD PANAMA ESTE. AÑO 2012-2016



Fuente: Departamento de Registros y Estadísticas de Salud del MINSA Panamá.



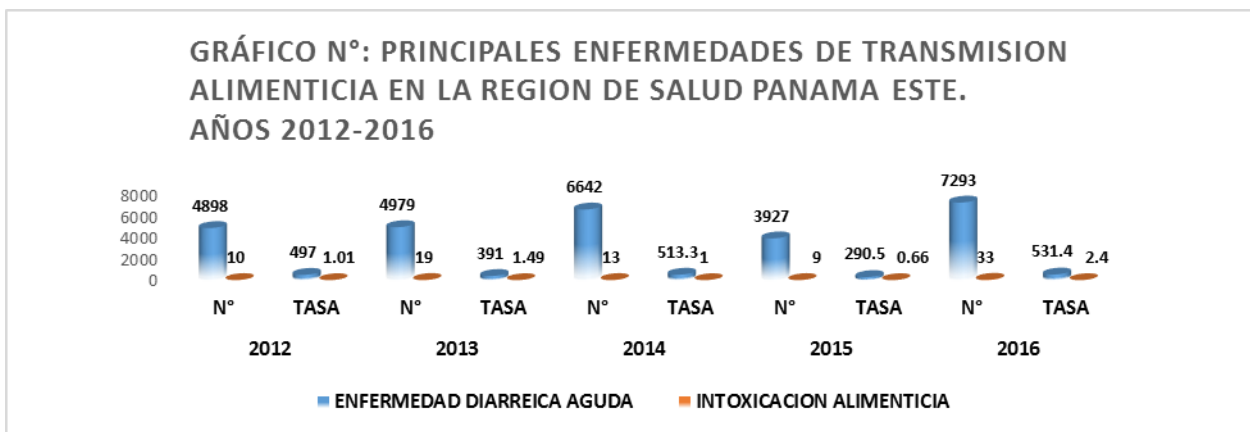
Fuente: Departamento de Epidemiología Regional.

### 2.4.2.7. Enfermedades de Transmisión Alimentaria

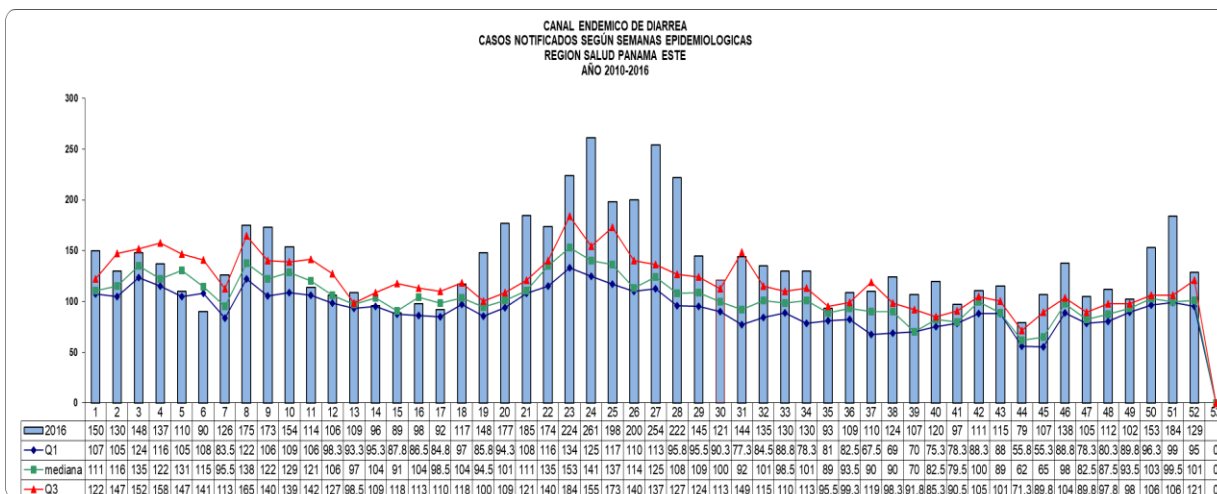
CUADRO N° 55: PRINCIPALES ENFERMEDADES DE TRANSMISION ALIMENTICIA EN LA REGION DE SALUD PANAMA ESTE. AÑOS 2012-2016

EVENTO	2012		2013		2014		2015		2016	
	N°	TASA	N°	TASA	N°	TASA	N°	TASA	N°	TASA
ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA	4898	497	4979	391	6642	513.3	3927	290.5	7293	531.4
INTOXICACION ALIMENTICIA	10	1.01	19	1.49	13	1	9	0.66	33	2.4

Fuente: Departamento de Registros y Estadísticas de Salud del MINSa Panamá.



Fuente: Departamento de Registros y Estadísticas de Salud del MINSa Panamá.



Fuente: Departamento de Epidemiología de la Región de Salud de Panamá Este.

### 2.4.2.8. Discapacidad

Cuadro N° 56: Personas con discapacidad por tipo, según distrito. Año 2010

Distrito	Total	Tipo de Discapacidad						
		Ceguera	Sordera	Retraso Mental	Parálisis Cerebral	Deficiencia Física	Problemas mentales	Otro
Chepo	1239	341	225	164	74	271	78	86
Chimán	123	46	20	18	4	21	4	10
Balboa	65	27	9	7	2	10	9	1
Panamá	41,536	9402	6505	6177	1678	11973	3640	2161

Fuente: INEC

En el cuadro anterior el mayor número de discapacitados lo encontramos en el Distrito de Panamá seguido del distrito de Chepo. Para la región de salud el porcentaje de discapacitado es de 2.73% variando sólo sólo en 0.17% del porcentaje para el nivel nacional el cual es de 2.9% de la población total.

Dentro de los corregimientos con altas tasas de discapacidad (Tasa x 1000 habitantes) están Gonzálo Vásquez con una tasa de 99; predominando la ceguera y la sordera; este corregimiento se encuentra ubicado en el distrito de Chimán. Dentro de los corregimientos con mínimas tasas de discapacidad se encuentra Pásiga (9) y Madugandí (8).<sup>19</sup>

<sup>19</sup> Ministerio de Economía y Finanzas. Atlas Social de Panamá.” Situación de las personas con discapacidad en Panamá.

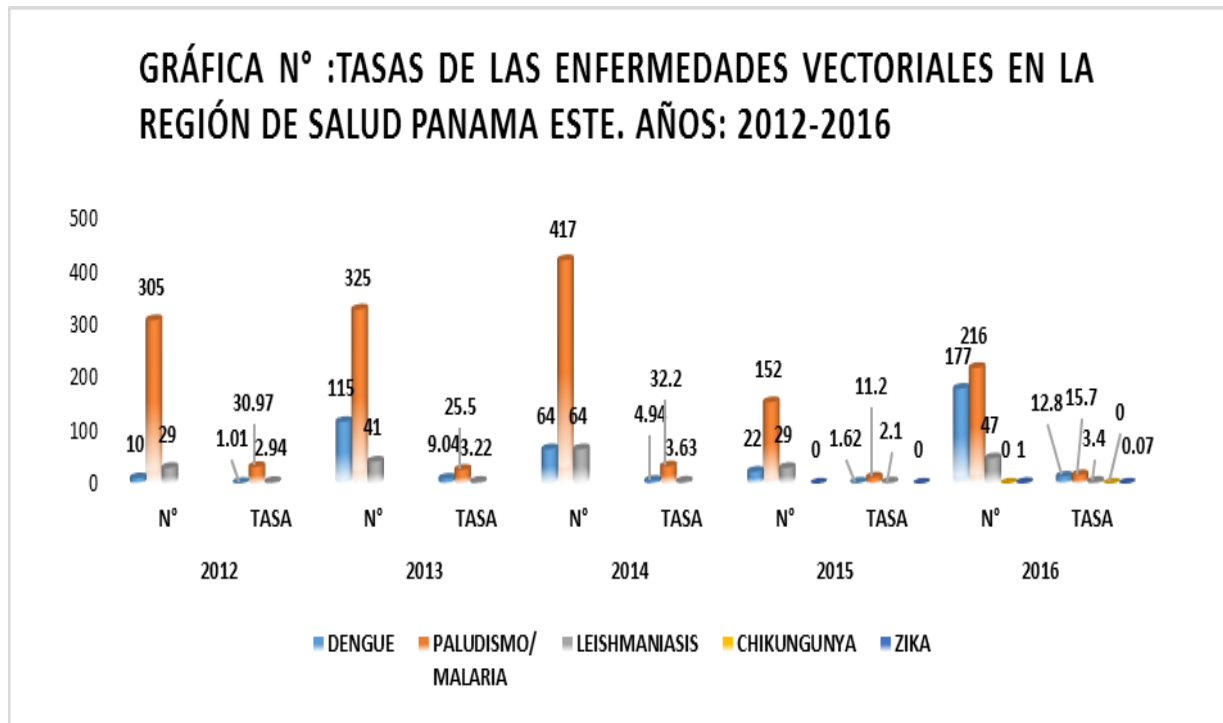
**2.4.2.9. Enfermedades Emergentes y Reemergentes que afectan a la Población.**

**Enfermedades Vectoriales**

CUADRO N° 57: TASAS DE LAS ENFERMEDADES VECTORIALES EN LA REGION DE SALUD PANAMA ESTE. AÑOS: 2012-2016

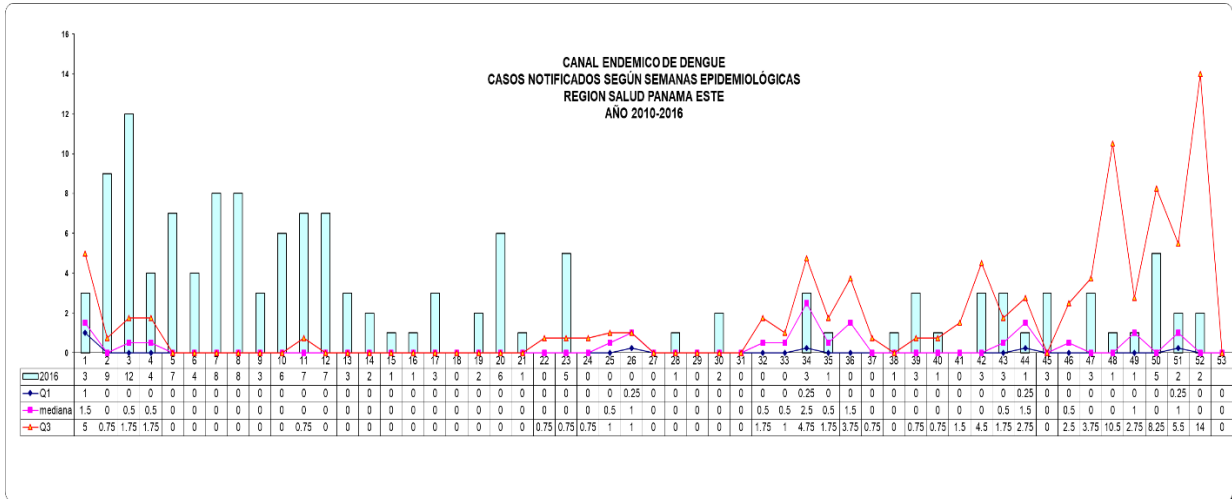
EVENTO	2012		2013		2014		2015		2016	
	N°	TASA	N°	TASA	N°	TASA	N°	TASA	N°	TASA
DENGUE	10	1.01	115	9.04	64	4.94	22	1.62	177	12.8
PALUDISMO/ MALARIA	305	30.97	325	25.5	417	32.2	152	11.2	216	15.7
LEISHMANIASIS	29	2.94	41	3.22	64	3.63	29	2.1	47	3.4
CHIKUNGUNYA									0	0
ZIKA							0	0	1	0.07

Fuente: Departamento de Registros y Estadísticas de Salud del MINSA Panamá.

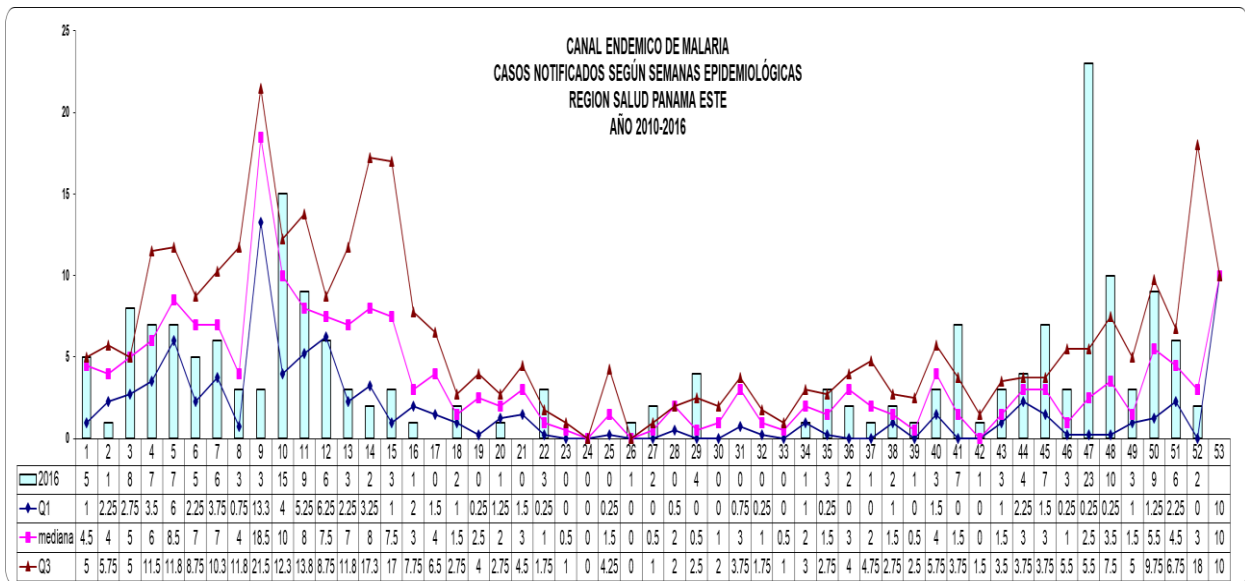


Fuente: Departamento de Registros y Estadísticas de Salud del MINSA Panamá.





Fuente: Departamento de Epidemiología Regional



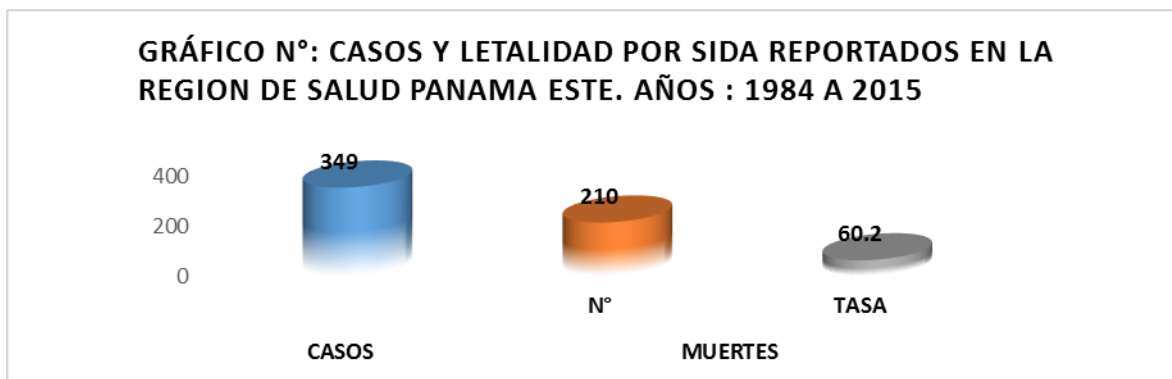
Fuente: Departamento de Epidemiología Regional

SIDA

CUADRO N° 58: CASOS Y LETALIDAD POR SIDA REPORTADOS EN LA REGION DE SALUD PANAMA ESTE. AÑOS: 1984 A 2015

CASOS	MUERTES	
	N°	TASA
349	210	60.2

Fuente: Departamento de Registro y Estadísticas del MINSA.

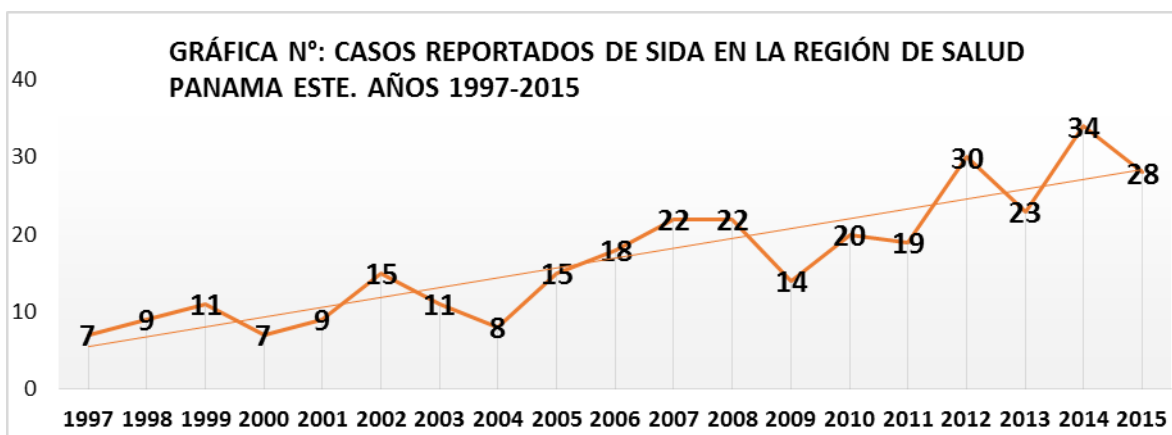


Fuente: Departamento de Registros y estadísticas del MINSA.

**CUADRO N°: CASOS REPORTADOS DE SIDA EN LA REGION DE SALUD PANAMA ESTE. AÑOS 1997-2015**

AÑO	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
N° DE CASOS	7	9	11	7	9	15	11	8	15	18	22	22	14	20	19	30	23	34	28

Fuente: Departamento de Registros Médicos y Estadísticas del MINSA.



Fuente: Departamento de Registros Médicos y Estadísticas del MINSA.

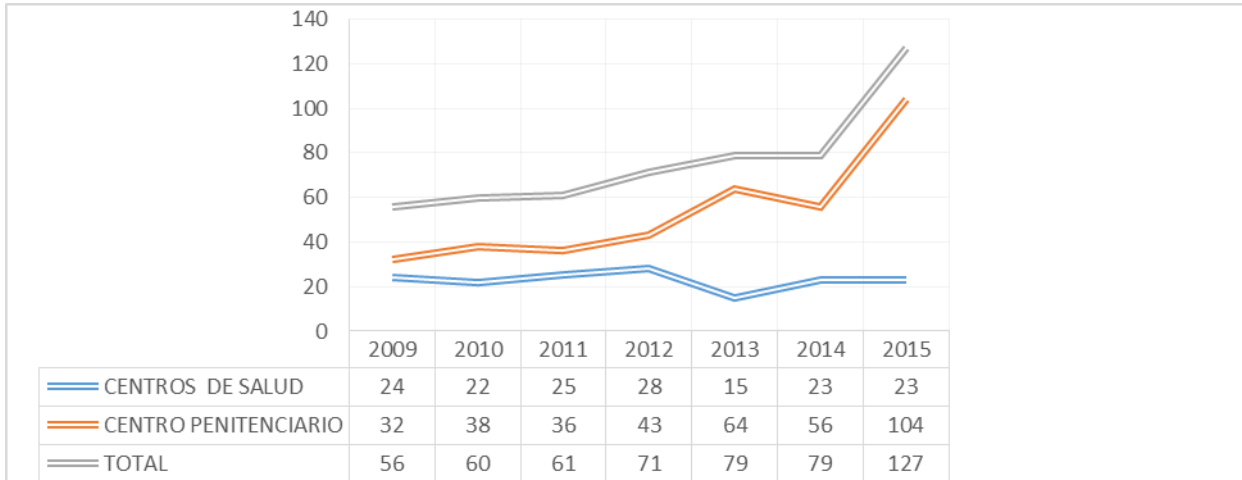
CUADRO N° 60: CASOS REPORTADOS DE SIDA SEGÚN FACTOR DE RIESGO EN LA REGIÓN DE SALUD PANAMA ESTE. AÑO: 1984 A 2015

	TOTAL	FACTOR DE RIESGO								
		HOMO-BISEX	HETEROSEXUAL	TRANSFUSION	HEMOFILICO	DROGA IU	PERINATAL	ABUSO SEXUAL	POBLACION TRANSEXUAL	NO ESPECIFICADO
REGION PANAMA ESTE	349	37	225	0	1	0	16	0	0	70

Fuente: Departamento de Registros y Estadísticas de Salud del MINSA Panamá.

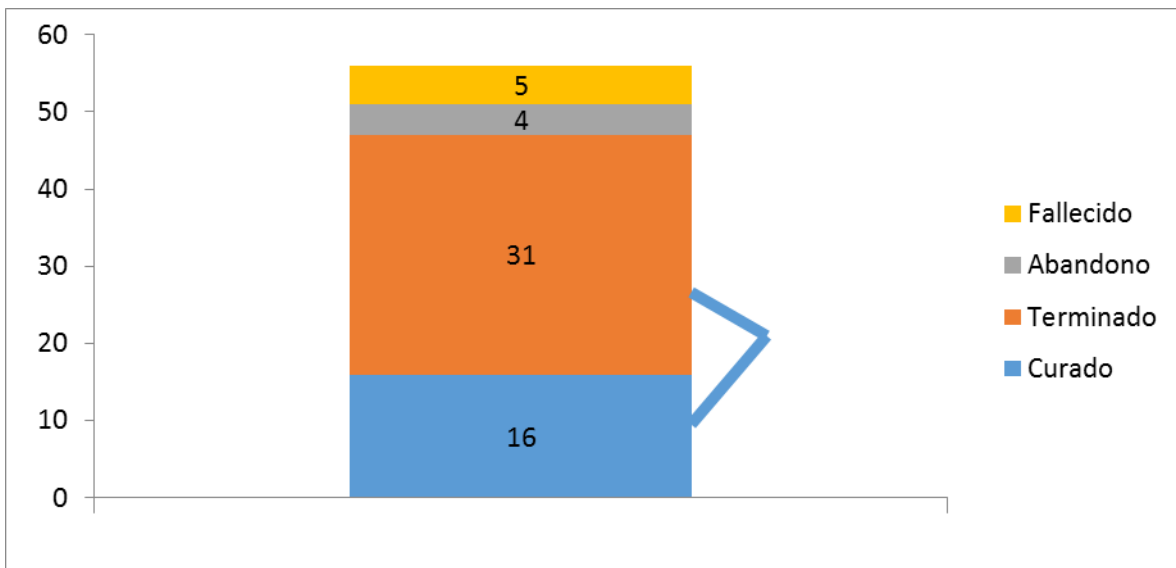
**TUBERCULOSIS**

CUADRO N° 61: TENDENCIA DE LA INCIDENCIA DE CASOS DE TUBERCULOSIS EN LA REGIÓN DE SALUD DE PANAMÁ ESTE. AÑOS 2009 - 2015



Fuente: Departamento de Estadística de la Región de Salud de Panamá Este.

GRÁFICO N°: COHORTE GENERAL DE TUBERCULOSIS EN EL PRIMER SEMESTRE DEL AÑO 2015. REGIÓN DE SALUD DE PANAMÁ ESTE.



Fuente: Departamento de Estadística de la Región de Salud de Panamá Este.

**CUADRO N° 62: SINTOMÁTICOS RESPIRATORIOS IDENTIFICADOS EN LAS REGIÓN DE SALUD DE PANAMÁ ESTE. AÑOS 2009 - 2015**

AÑOS	SINTOMATICOS RESPIRATORIOS			CASOS BAAR POSITIVO
	ESTIMADOS	IDENTIFICADO	%	
<b>2009</b>	761	267	35.1	32
<b>2010</b>	1442	457	31.7	39
<b>2011</b>	1324	243	18.3	32
<b>2012</b>	1293	313	24.2	29
<b>2013</b>	869	239	24.6	42
<b>2014</b>	911	358	39.3	22
<b>2015</b>	2914	145	5	22

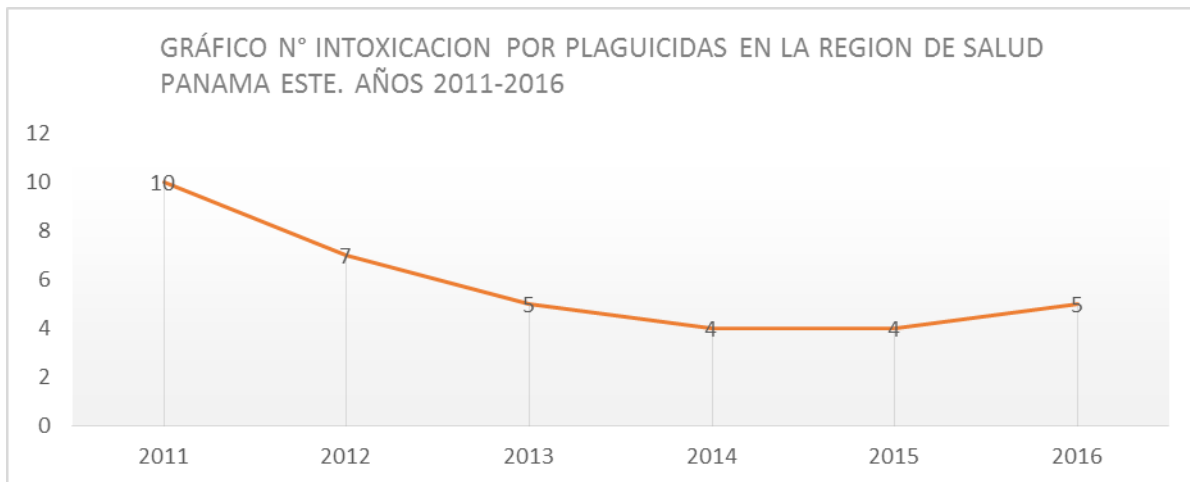
Fuente: Departamento de Estadística de la Región de Salud de Panamá Este.

**2.4.2.10. Situaciones de Riesgo****Intoxicación por plaguicidas**

CUADRO N°63: INTOXICACION POR PLAGUICIDAS EN LA REGION DE SALUD PANAMA ESTE. AÑOS 2011-2016

AÑOS	2011	2012	2013	2014	2015	2016
N° DE CASOS	10	7	5	4	4	5

Fuente: Departamento de Registros y Estadísticas de Salud del MINSA Panamá.



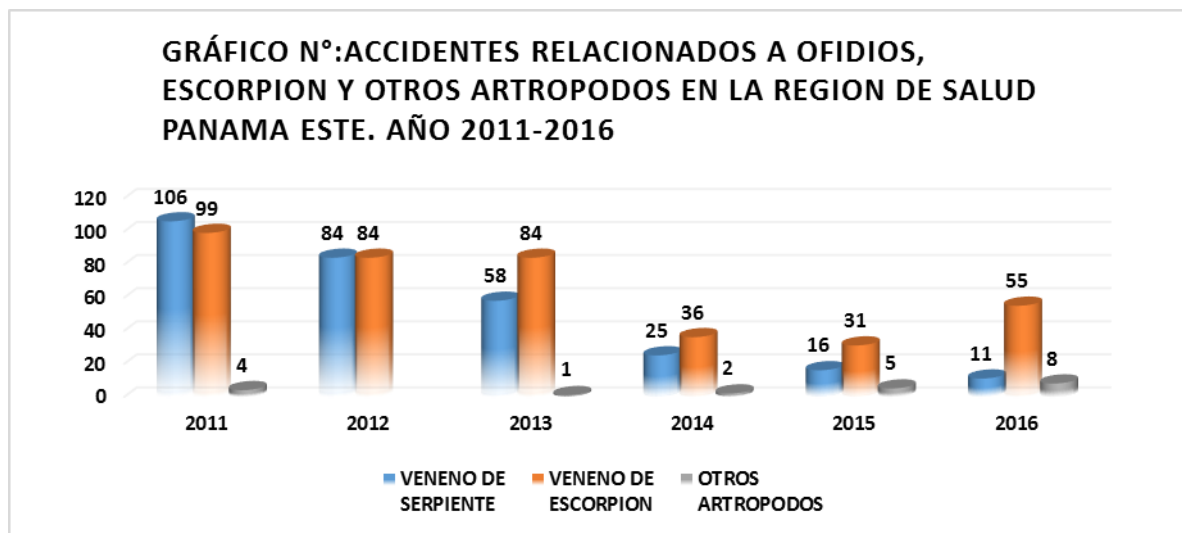
Fuente: Departamento de Registros y Estadísticas de Salud del MINSA Panamá.

### Accidentes relacionados a Ofidios, escorpión y otros artrópodos

CUADRO N° 64: INCIDENCIA DE ACCIDENTES RELACIONADOS A OFIDIOS, ESCORPION Y OTROS ARTROPODOS EN LA REGION DE SALUD PANAMA ESTE. AÑO 2011-2016

AÑOS	NUMERO DE CASOS		
	VENENO DE SERPIENTE	VENENO DE ESCORPION	OTROS ARTROPODOS
2011	106	99	4
2012	84	84	-
2013	58	84	1
2014	25	36	2
2015	16	31	5
2016	11	55	8

Fuente: Departamento de Registros y Estadísticas de Salud del MINSA Panamá.

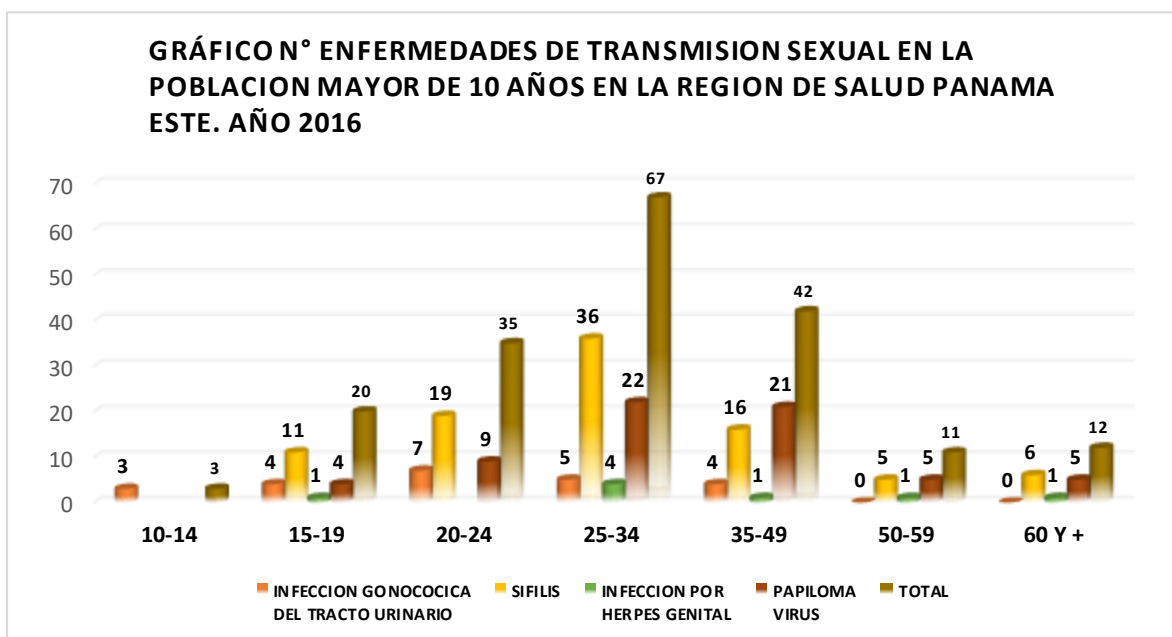


Fuente: Departamento de Registros y Estadísticas de Salud del MINSA Panamá.

CUADRO N° 65: INCIDENCIA DE LAS ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL EN LA POBLACION MAYOR DE 10 AÑOS EN LA REGION DE SALUD PANAMA ESTE. AÑO 2016

GRUPO ETÁREO	TOTAL	INFECCION GONOCOCICA DEL TRACTO URINARIO	SIFILIS	INFECCION POR HERPES GENITAL	PAPILOMA VIRUS
10-14	3	3	0	0	0
15-19	20	4	11	1	4
20-24	35	7	19	0	9
25-34	67	5	36	4	22
35-49	42	4	16	1	21
50-59	11	0	5	1	5
60 Y +	12	0	6	1	5

Fuente: Departamento de Registros y Estadísticas de Salud del MINSA Panamá.

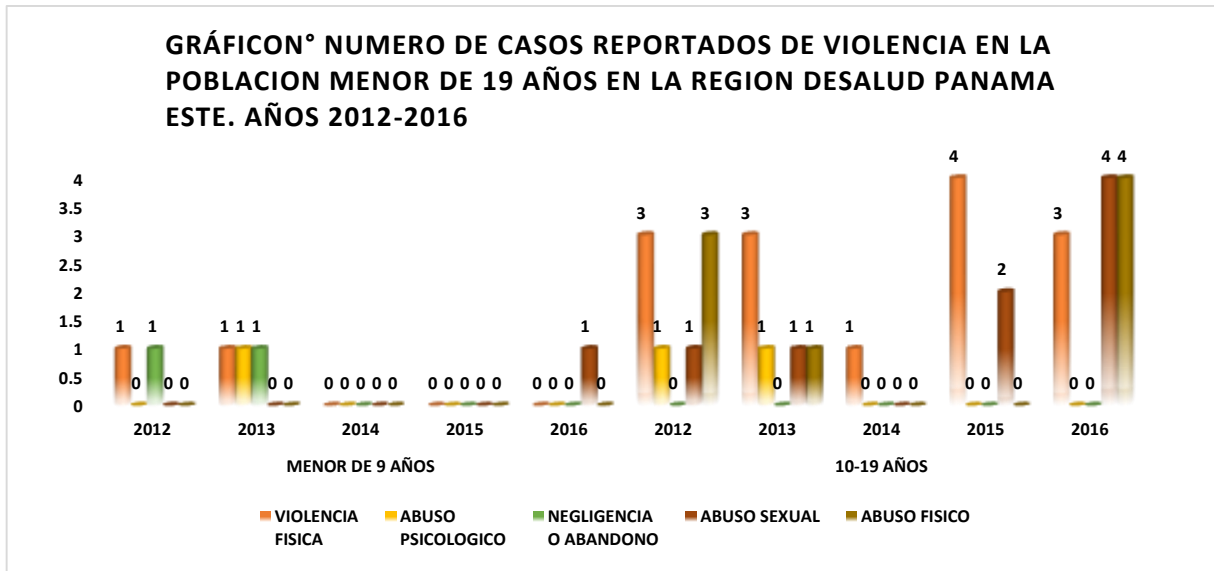


Fuente: Departamento de Registros y Estadísticas de Salud del MINSA Panamá.

CUADRO N° 66 :NUMERO DE CASOS REPORTADOS DE VIOLENCIA EN LA POBLACION MENOR DE 19 AÑOS EN LA REGION DESALUD PANAMA ESTE. AÑOS 2012-2016

EVENTO REPORTADO	MENOR DE 9 AÑOS					10-19 AÑOS				
	2012	2013	2014	2015	2016	2012	2013	2014	2015	2016
Violencia física	1	1	0	0	0	3	3	1	4	3
Abuso psicológico	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0
Negligencia o abandono	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Abuso sexual	0	0	0	0	1	1	1	0	2	4
Abuso físico	0	0	0	0	0	3	1	0	0	4

Fuente: Departamento de Registros y Estadísticas de Salud del MINSA Panamá.



Fuente: Departamento de Registros y Estadísticas de Salud del MINSA Panamá.



## TABACO

Los resultados presentados hacen referencia a la muestra de 1214 individuos, la cual ha sido expandida a 44688 siendo representativa de la población de 15 y más años, por tanto los análisis subsecuentes se harán considerando las inferencias estadísticas pertinentes.

Se obtuvo una tasa de respuesta total de los encuestados de 97.1%.

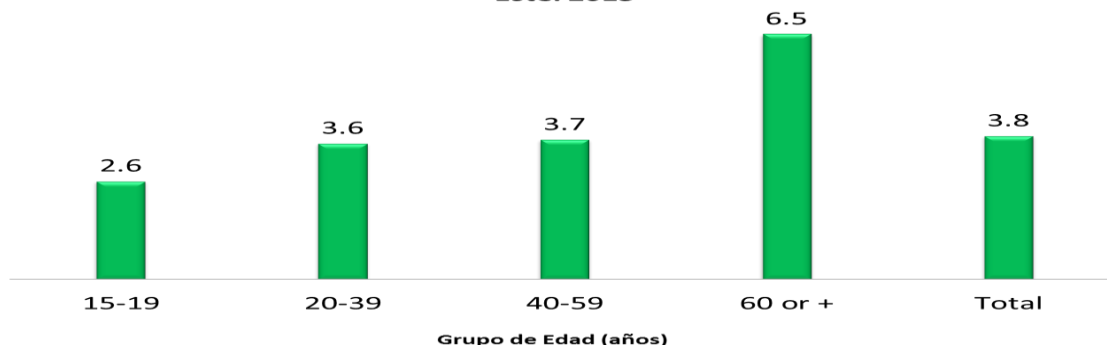
Respecto al género de los encuestados 50.3% fueron hombres y el 49.7% mujeres. La muestra se distribuyó en el área urbana (45.8% y 54.2%) y en el área rural (53.6% y 46.4%)

Con relación a la educación, cabe mencionar que aquellos con educación no formal, se refieren a quienes no han culminado su respectivo nivel, y fueron agregados bajo esta categoría, representando el 31.6% (30.4, 32.8) de la muestra, con educación primaria completa 50.5%, (53.9, 47.2) cerca del 14.7% (14.0, 15.4) secundaria y casi 3.2% (1.7, 4.6) con educación superior.

Finalmente, con relación a la situación laboral la mayor parte de los que trabajan se concentran en los grupos de empleado no gubernamental con un 19.6%, (28.3, 10.8) empleado semi-formal con el 24.9% (43.1, 6.7) y ama de casa con 34.3% (1.2, 67.8). Mientras que la población desempleada apta para trabajar, fue de 7.1% (11.3, 3.0).

De acuerdo a la clasificación por categoría de edades, se presenta con una prevalencia total de 3.8% para el consumo de productos de tabaco, así en los individuos entre 15–19 años (133), el 2.6% manifestó haber fumado algún producto de tabaco alguna vez en su vida. La misma condición fue reportada por el 3.6% de los adultos entre las edades de 20–39 años (804), entre las edades de 40–59 años (450) que reporta el 3.7% y por el 6.5% de los adultos mayores (297).

**Gráfica 4. Prevalencia Actual de Consumo de Productos de Tabaco en la población de 15 años y más por grupo de edad. GATS. Panamá Este. 2013**

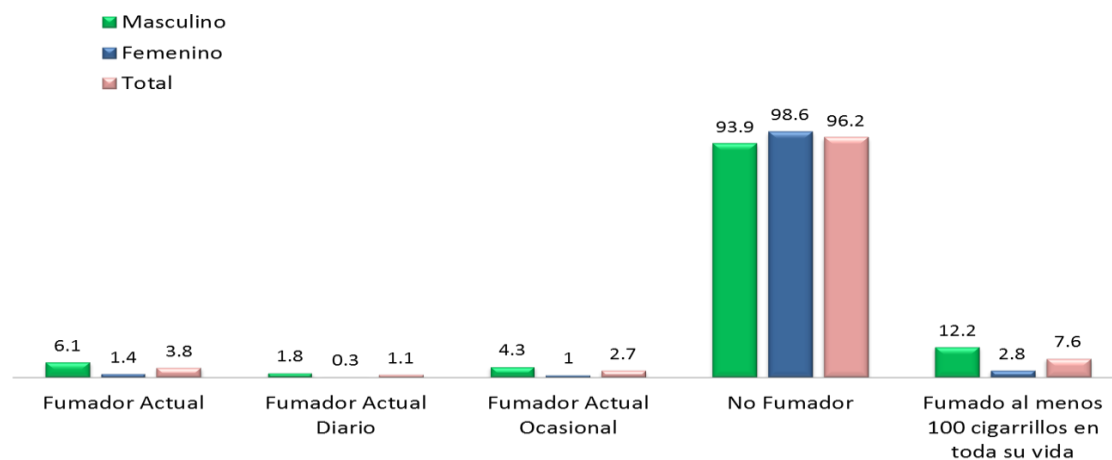


Fuente: Encuesta Mundial de Tabaco en Adultos. Panamá Este. Año: 2013.

De acuerdo a la clasificación por categoría de edades, se presenta con una prevalencia total de 3.8% para el consumo de productos de tabaco, así en los individuos entre 15–19 años (133), el 2.6% manifestó haber fumado algún

producto de tabaco alguna vez en su vida. La misma condición fue reportada por el 3.6% de los adultos entre las edades de 20–39 años (804), entre las edades de 40–59 años (450) que reporta el 3.7% y por el 6.5% de los adultos mayores (297).

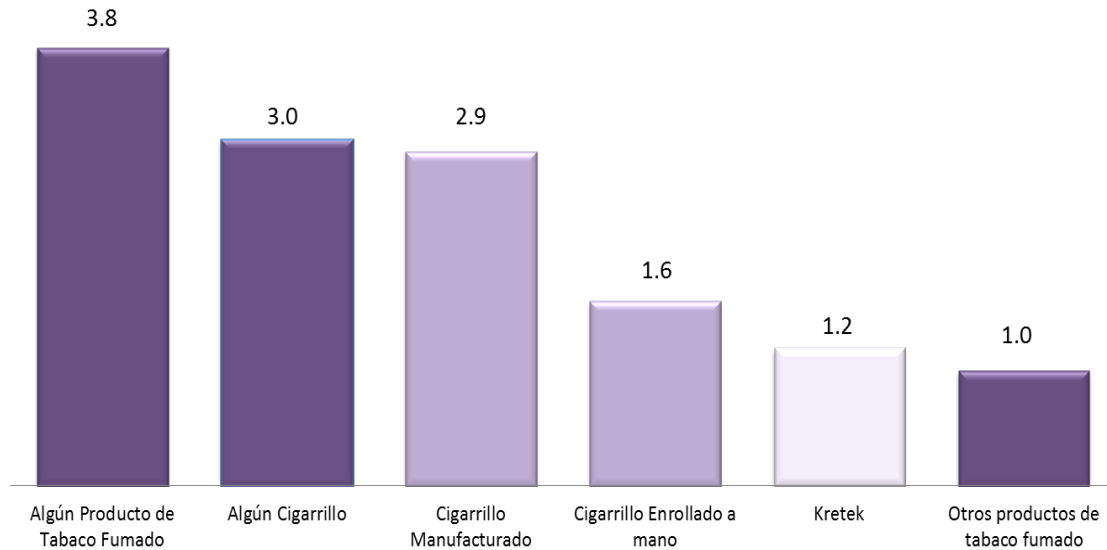
**Gráfica 4.1 Porcentaje de Adultos de 15 años y más según condición de fumador por sexo. GATS. Panamá Este. 2013.**



Fuente: Encuesta Mundial de Tabaco en Adultos. Panamá Este. Año: 2013.

En ese sentido, en esta investigación se encontró en la muestra en estudio una prevalencia de vida para el consumo de productos de tabaco en el fumador actual de 3.8%. De todos los hombres que participaron (1376), la prevalencia de vida fue de 6.3%, en tanto que del total de las mujeres (309) fue de 1.2%. El 93.9% (22475) de los hombres manifestó no haber fumado nunca en la vida, al igual que el 98.6% (22213) de las mujeres. También podemos describir en el fumador actual diario y el ocasional en los hombres con una prevalencia de 1.8% y 4.3% a diferencia de las mujeres que fue de 0.3% y 1.0%. En cambio el comportamiento para el que había fumado al menos 100 cigarrillos en toda su vida, presentó una prevalencia total de 7.6% siendo en los hombres de 12.2% y en las mujeres del 2.8%.

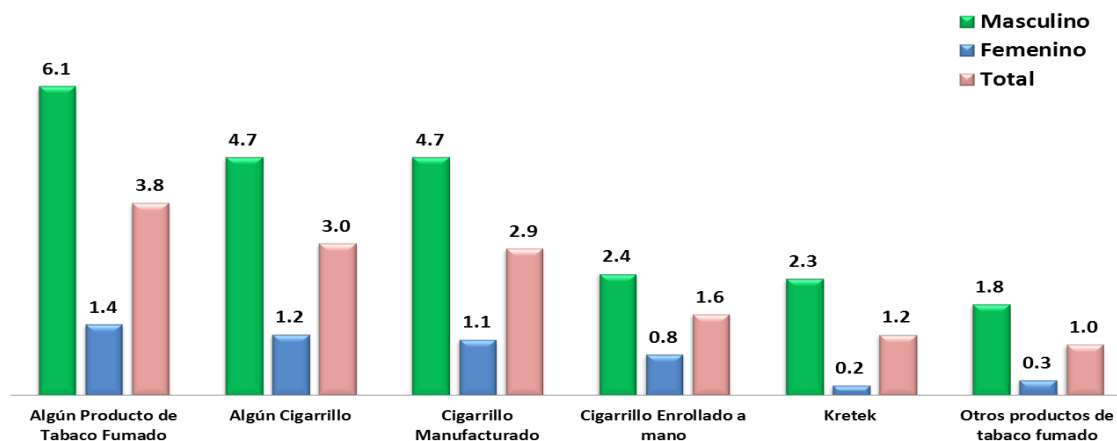
Gráfica 4.3. Porcentaje de Adultos de 15 años y más fumadores actuales según tipo de producto de tabaco fumado. GATS. Panamá Este. 2013.



Fuente: Encuesta Mundial de Tabaco en Adultos. Panamá Este. Año: 2013.

En ese sentido, en esta investigación se encontró en la muestra en estudio una prevalencia de vida para el consumo de productos de tabaco en el fumador actual de 3.8%. En cambio el comportamiento para aquellos fumadores, fue de algún cigarrillo (3.0%), y el cigarrillo manufacturado (2.9%), siendo similar esta relación para ambos, el del Kretek del (1.2%).

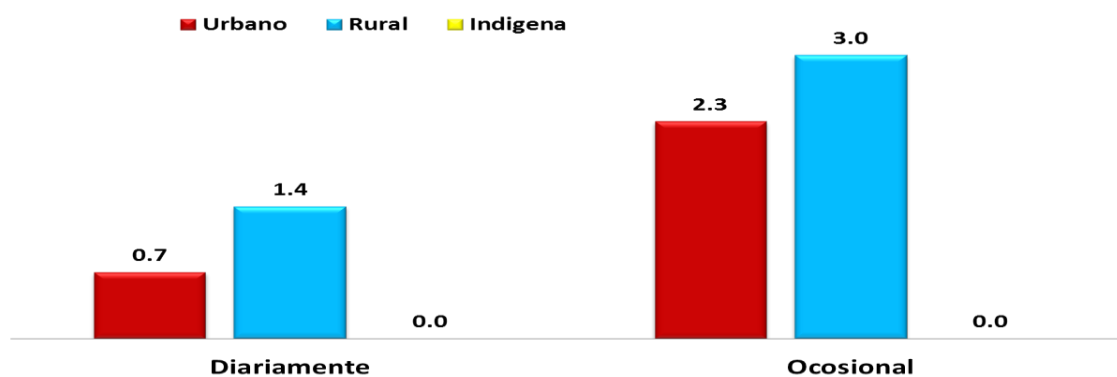
**Gráfica 4.3.1.1 Porcentaje de Adultos de 15 años y más fumadores actuales según tipo de producto de tabaco fumado por sexo. GATS. Panamá Este. 2013.**



Fuente: Encuesta Mundial de Tabaco en Adultos. Panamá Este. Año: 2013.

En cuanto al tipo de producto de tabaco fumado de acuerdo al sexo, podemos describir que en todos los productos el predominio es a nivel de los hombres con respecto a las mujeres, como observamos en la gráfica en cuanto algún producto de tabaco fumado, en el hombre (6.1%) y en la mujer (1.4%), en algún cigarrillo (4.7%) / (1.2%). En el cigarrillo manufacturado fue de (4.7%) / (1.1%), etc.

**Gráfica 4.5.1. Porcentaje de Adultos de 15 años y más fumadores actuales según condición de fumador por área. GATS. Panamá Este. 2013.**



Fuente: Encuesta Mundial de Tabaco en Adultos. Panamá Este. Año: 2013.

En cuanto a los fumadores actuales según condición de fumador por área, podemos describir que se nota gran diferencia entre el fumador de a diario (0.7%) en relación al ocasional (2.3%) en el área urbana. En el área rural se hace más

notoria esta diferencia, de 1.4% y 3% respectivamente. No hubo variación para el grupo indígena (0%)

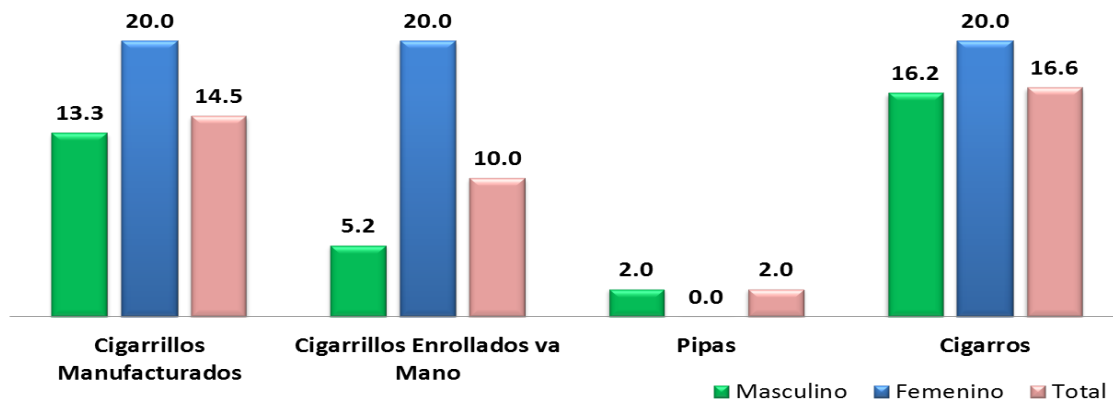
**Gráfica 4.6.1 Población de Fumadores diarios de cigarrillo de 15 años y más según promedio de cigarrillos fumados por día por área. GATS. Panamá Este. 2013**



Fuente: Encuesta Mundial de Tabaco en Adultos. Panamá Este. Año: 2013.

En cuanto a los fumadores diarios según promedio de cigarrillos fumados por día según área, podemos describir que en el área urbana fue de 48% y en el área rural de 52%. No hubo variación para el grupo indígena (0%).

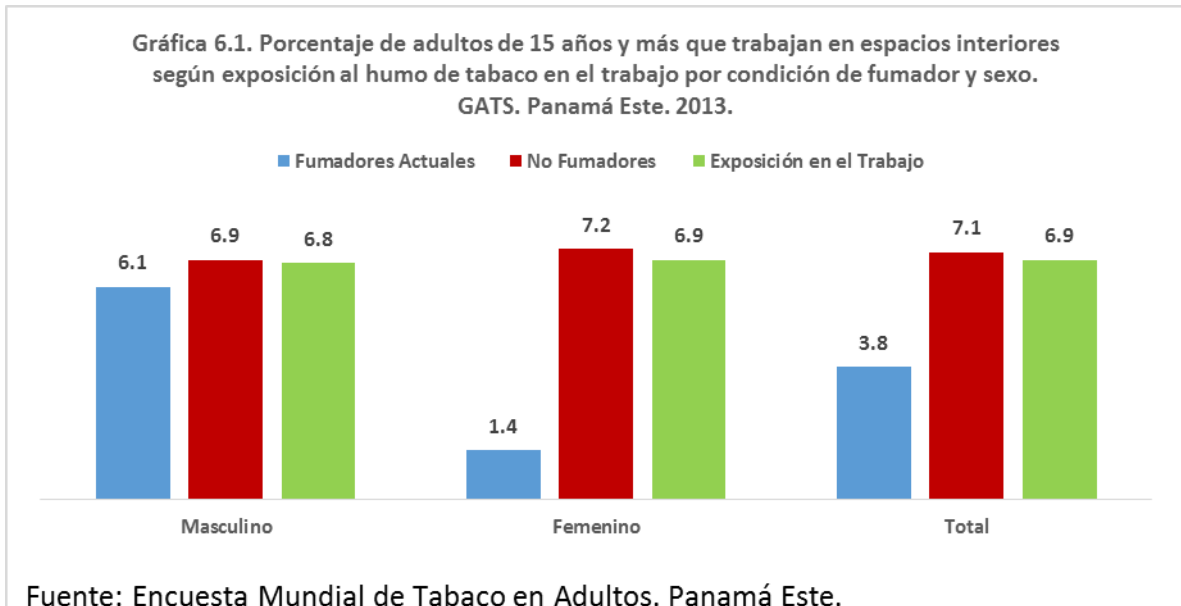
**Gráfica 4.12. Fumadores Diarios de 15 años y más según número promedio de productos de tabaco fumado por día por sexo. GATS. Panamá Este. 2013**



Fuente: Encuesta Mundial de Tabaco en Adultos. Panamá Este. Año: 2013.

En cuanto al tipo de producto de tabaco fumado por día por sexo, podemos describir que en todos los productos excepto el de pipas (0%), el predominio es a nivel de las mujeres con respecto a los hombres, como observamos en la gráfica

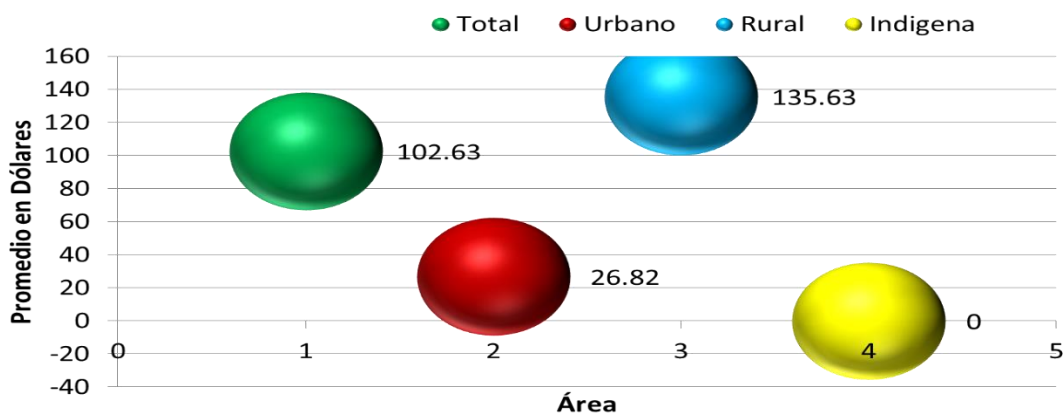
en cuanto al cigarrillo manufacturado, en la mujer (20%) y en el hombre (13.3%), en los cigarrillos enrollados v de mano (20%) / (5.17%). En los cigarros fue de (20%) / (16.19%).



Esta opción de respuesta fue indicada por el 3.8% (1685) del total de los encuestados, respondiendo que sí habían fumado en su trabajo, estando el entrevistado presente. El 96.2% (43003) reportó que no habían fumado en su presencia en el área laboral.

De acuerdo al total de hombres y mujeres (129 y 148), más individuos del sexo femenino respecto al masculino manifestaron que en los últimos 30 días, alguien había fumado en el trabajo y en su presencia (6.8% y 6.9%), respectivamente.

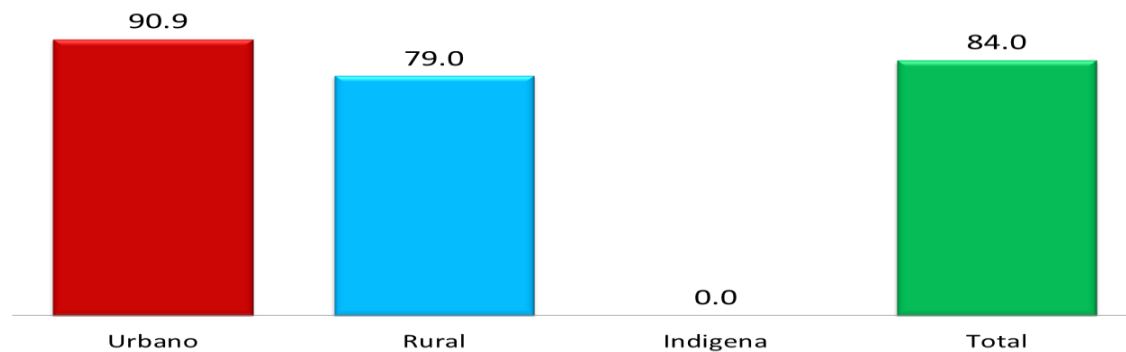
**Figura 7.3 Fumadores de 15 años y más según promedio mensual de gasto en cigarrillo manufacturados por área. GATS. Panamá este. 2013.**



Fuente: Encuesta Mundial de Tabaco en Adultos. Panamá. Año 2013

De acuerdo a la clasificación por área, del total de personas (1189), el gasto promedio mensual en compra de cigarrillo es de B/. 102.63, lo que representa para el área rural un gasto promedio mensual de B/. 135.63, en comparación con el área urbana que es de B/. 26.82 dólares, siendo menos el gasto por mes.

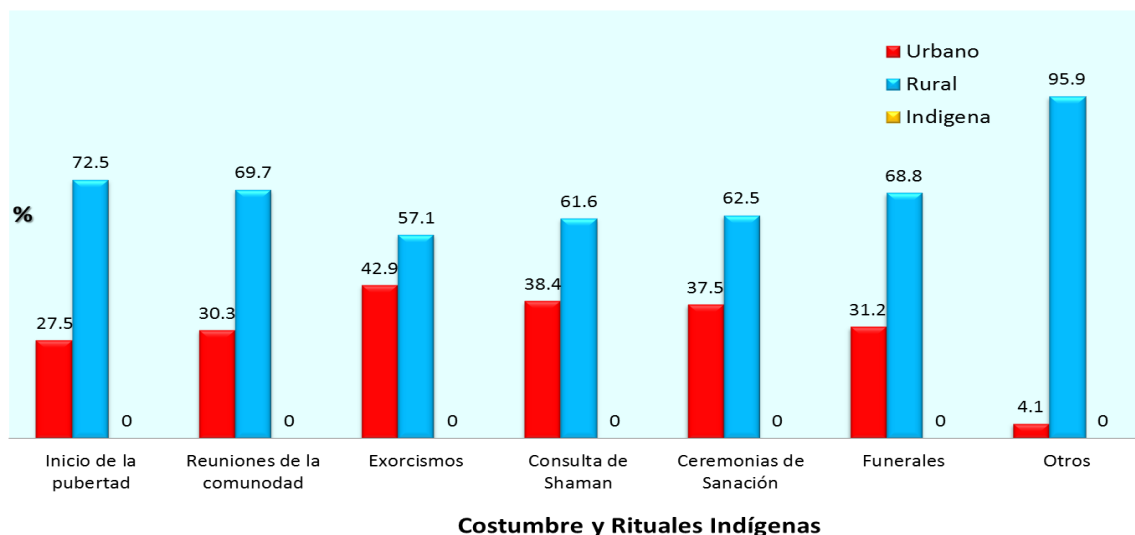
**Gráfica 9.2 Población de 15 años y más que creen que el humo de tabaco de segunda mano causa enfermedades graves en los No fumadores por área. GATS. Panamá Este. 2013**



Fuente: Encuesta Mundial de Tabaco en Adultos. Panamá Este. Año 2013

En cuanto a los individuos no fumadores que creen que el humo de tabaco de segunda mano causa enfermedades graves, podemos notar que en el área urbana fue de 90.9% y en el área rural fue del 79% y no se presentó en el área indígena. Podemos decir que hay conciencia por parte de los individuos en el área urbana sobre esta situación.

**Gráfica 9.3 Porcentaje de adultos de 15 años y más que conocen sobre el uso de productos de tabaco en costumbres y rituales nativos/indígenas por área. GATS. Panamá Este. 2013**



Fuente: Encuesta Mundial de Tabaco en Adultos. Panamá Este. Año 2013

En cuanto al comportamiento de esta población por las prácticas de costumbres y rituales de nativos indígenas por área, sobresalen todas estas prácticas en el área rural con porcentajes que oscilan entre el 95.9% (otros) y el 57.1% (exorcismos).

- 1. A partir de los principales problemas de salud identificados describa la situación de principales conductas y hábitos de riesgos de la población (tabaquismo, sedentarismo, hábitos de alimentación y nutrición, conductas y prácticas sexuales sin protección, consumo de alcohol, drogas, violencias, acoso, acoso entre niños/as y adolescentes (bulling), ruidos, accidentes, delitos, intoxicación por plaguicidas, otros). Existe programas dirigidos a promover o incentivar los estilos de vida saludables en la población, cuáles?**
2. Cuáles son las principales características del perfil epidemiológico de la población de responsabilidad. Caracterizar por Distrito según sexo y edad.
3. Cuál es la proyección del comportamiento de las enfermedades de notificación obligatoria en los próximos 5 años?
4. Cuál es la situación de la Salud Ocupacional en las áreas de responsabilidad de la región? Cómo han venido comportándose los accidentes de trabajo y las enfermedades ocupacionales?
- 5. Se conoce cuál es la percepción de la población sobre sus condiciones de salud y enfermedad y sobre los riesgos que la afectan?**



Sí, se conoce la percepción de la población sobre sus condiciones de salud y enfermedad y sobre los riesgos que la afecta. La población conoce y sabe que muchos de sus problemas de salud son el resultado de los hábitos y conductas no saludables, de la inadecuada protección del ambiente y de la falta de participación de la población en el autocuidado de la salud y en el percibir las instalaciones como centros de atención de enfermedades y no de controles de la salud.

Dentro de los componentes que permiten medir este elemento clave de los servicios de salud tenemos:

- Actividades de Promoción de la Salud: los educadores para la salud y los promotores de la salud son el recurso humano técnico que a nivel comunitario están en contacto con la población y que reciben de primera mano la percepción de la misma sobre sus condiciones de salud, enfermedad y los riesgos que le afectan.

- Comités de Salud: constituyen los aliados estratégicos que de forma participativa elevan la voz del pueblo a las direcciones distritales de salud en materia de las dificultades que la comunidad presenta a nivel sanitario tanto poblacional como ambiental.

- Auditorías Sociales: a través de los auditores sociales se puede llegar a percibir la percepción directamente de la población ya que los auditores son individuos de la población los cuales mantienen estrecha relación con la población lo que nos permite conocer sus percepciones sobre sus condiciones de salud.

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

### FOTOGRAFÍA N° 3. CARACTERIZACIÓN DE LA OFERTA

#### LA VIGILANCIA SANITARIA

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

Generalmente se entiende por vigilancia el análisis, interpretación y difusión sistemática de datos colectados, generalmente usando métodos que se

distinguen por ser prácticos, uniformes y rápidos, más que por su exactitud o totalidad, que sirven para observar las tendencias en tiempo, lugar y persona, con lo que pueden observarse o anticiparse cambios para realizar las acciones oportunas, incluyendo la investigación y/o la aplicación de medidas de control. La vigilancia resulta esencial para las actividades de prevención y control de enfermedades y es una herramienta en la asignación de recursos de nuestro sistema de salud, así como en la evaluación del impacto de programas y servicios de salud.

A medida que la vigilancia ha ido creciendo como una disciplina básica de la salud pública, se han formulado y empleado diferentes conceptos de vigilancia dependiendo de los tiempos y de los desarrollos alcanzados. Entre ellos se distinguen términos como “vigilancia epidemiológica”, “vigilancia sanitaria” o “vigilancia de la salud”. Cada uno de ellos tiene diferentes implicancias, que conviene distinguir, para comprender mejor las características de la vigilancia en nuestro país y poder responder con bases la pregunta N°1 de esta fotografía.

### **1.1 Vigilancia Epidemiológica**

Este término surge como resultado del avance científico en el campo de la bacteriología y del descubrimiento de los ciclos epidemiológicos de algunas enfermedades infecciosas y parasitarias. La expresión vigilancia epidemiológica comenzó a ser utilizada en la década del '50 para designar una serie de actividades orientadas al control de las enfermedades transmisibles. Sus acciones incluían la observación sistemática y activa de casos sospechosos o confirmados de enfermedades transmisibles y de sus contactos. Se trataba de una vigilancia de personas con implementación de medidas de cuarentena y aislamiento.

El CDC definió la vigilancia epidemiológica como “información para la acción” definición complementada luego por la OPS, como “información epidemiológica para la acción”. En 1970, se la define como el “continuo escrutinio de todos los

aspectos involucrados en la ocurrencia y diseminación de una enfermedad que son pertinentes para su control efectivo”.

## 1.2 Vigilancia en Salud

A pesar de que ninguna definición restringía el objeto de la vigilancia a las enfermedades infecciosas así funcionó durante mucho tiempo en la práctica, hasta que el desarrollo de metodologías y técnicas permitieron extender el estudio de otros problemas sanitarios tales como el deterioro del medio por la contaminación ambiental, las radiaciones ionizantes, las adicciones, los accidentes de tránsito y las enfermedades no transmisibles (cáncer, enfermedades crónicas degenerativas, obesidad, etcétera).

Debido a que la vigilancia epidemiológica se realiza con la finalidad de actuar o intervenir para evitar la aparición de nuevos casos o disminuir los riesgos de las complicaciones de las personas ya afectadas por la enfermedad objeto de la vigilancia, implica la necesidad de estudiar, además de su comportamiento, los factores que influyen, de manera negativa y positiva, en la determinación o evolución y desarrollo de las mismas.

La comprensión de la salud y la enfermedad como parte de un mismo proceso plantea que la vigilancia solamente de las enfermedades y eventos resulta insuficiente, siendo necesario incluir, dentro del sistema de vigilancia, los aspectos relacionados con las condiciones de vida y los factores determinantes, tanto de las enfermedades como de la salud.

En este caso el objetivo de la vigilancia no está centrado en conocer cada caso individual para adoptar medidas que eviten la propagación de las enfermedades

transmisibles, sino monitorear el comportamiento de la prevalencia, incidencia y de sus factores determinantes para propiciar la adopción de medidas de promoción de la salud. Algunos autores proponen utilizar el concepto de vigilancia en salud pública como forma de indicar la ampliación del objeto de la vigilancia. Así, bajo el actual modelo de determinantes de la salud, se

considera que el término “vigilancia de la salud” refleja más apropiadamente la visión integral de la salud en la que las enfermedades transmisibles son apenas uno de sus componentes.

### **1.3 Vigilancia Sanitaria**

Esta denominación, menos difundida que las anteriores, se utiliza en algunos países para referirse al conjunto de acciones capaces de eliminar, reducir, disminuir o prevenir riesgos de salud e intervenir en los problemas sanitarios resultantes del medio ambiente, de la producción y circulación de bienes y de la prestación de servicios, comprendiendo todas las etapas y procesos, de producción y consumo que, directa o indirectamente, puedan tener un impacto en la salud.

La vigilancia sanitaria es uno de los aspectos más antiguos de la salud pública ya que involucraba cuestiones relativas al control de las impurezas de las aguas, la salubridad de las ciudades, la circulación de mercaderías, de personas y otras acciones que tenían todas ellas como finalidad la protección de la salud de la población. En ese conjunto de reglas que disciplinaban comportamientos y relaciones, y en la fiscalización de su cumplimiento, se puede reconocer el origen de lo que hoy se denomina vigilancia sanitaria.

Este subsector específico se encarga hoy en día, por un lado, de vigilar los productos y servicios que son consumidos diariamente, teniendo como función reconocer las interacciones que se establecen entre éstos y sus implicaciones para la salud, en términos de evaluación de riesgos.

## **2. ¿Qué problemas se deben vigilar?**

En base a los diferentes niveles de intervención, se deberán vigilar todos los problemas que surjan en cualquiera de estos niveles:

### **2.1. Situaciones Ambientales:**

#### **2.1.1 Eliminación de Desecho Sólidos**

-Desechos Agrícolas

- Sustancias Industriales
- Desechos Comerciales
- Desechos Domésticos
- Desechos Hospitalarios

#### 2.1.2 Aguas residuales Sanitarias

- Procedentes de residencias
- Procedentes de Instituciones
- Procedentes de Comercios
- Procedentes de Industrias

#### 2.1.3 Manejo sanitario del Agua Potable

#### 2.1.4 Saneamiento de las obras de desarrollo y construcción

#### 2.1.5 Protección de la contaminación del Aire

- Gases tóxicos
- Ruido

### 2.2. Situaciones en la Producción, Manipulación y Circulación de Bienes para uso y consumo:

#### 2.2.1 Protección de Alimentos

- Según su origen: animal, vegetal, sintético, mixto.
- Según su conservación
- Según su preparación
- Riesgos en el almacenamiento (roedores, plagas, hongos)

#### 2.2.2 Protección de Animales para consumo

- Atención de Zoonosis
- Atención de Parasitosis
- Otras situaciones de salud veterinaria

#### 2.2.3 Situaciones relacionadas con Plantas

- Por ingesta
- Por contacto y exposición

### 2.3. Situaciones en la Prestación de Servicios:

2.3.1 Farmacovigilancia y suplementos nutricionales que no califican como medicamentos

2.3.2 Regulación y Vigilancia de las Tecnologías Médicas

2.3.3 Regulación y Vigilancia de Dispositivos Médicos

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

FORTALEZAS	DEBILIDADES
Equipo de Salud comprometido	<ul style="list-style-type: none"> <li>Fortalecimiento de algunas coordinaciones</li> <li>Multiplicidad de funciones del personal</li> </ul>
Interés por cumplir las reglamentaciones existentes	Sistema de divulgación en cascada, no está implementado en todas las instalaciones
Utilización de herramientas para el manejo clínico y por laboratorio	Persistencia en la utilización de criterio en desuso para el manejo clínico y por laboratorio
Normas y guías actualizadas	
Protocolos y leyes enfocadas a una determinada situación de salud	
Reactivación de comisiones intersectoriales	
Supervisiones y monitoreos de nivel regional y nacional para el mejoramiento continuo	
Incorporación de equipo rodante	Falta de personal para el manejo de equipos rodantes
Incorporación de recurso humano	La contratación de personal se realiza a un ritmo no acorde a la demanda
Personal en educación continuada	Falta de mayor personal en periodos de formación que redunden en beneficio a los procesos de trabajo de la Región
1. 30% de Cumplimiento de Vacunación de Verano en las Instalaciones Minsa/CSS	Falta de combustible para la realización de vacunación de verano, supervisión y monitoreo en las comunidades de difícil acceso.
Cumplimiento 100% de Semana de Vacunación de la Américas en la Comarca Guna Madugandi.	
Incorporación del equipo vacunador de la CSS en Semana de Vacunación de Las Américas en comunidades de la	

Comarca Guna Madugandi	
83% de cumplimiento en Supervisión y monitoreos en Semana de Vacunación de las Américas	
60% del cumplimiento de las Supervisiones en las Instalaciones de Salud MINSA-CSS	Falta de conductor asignado para PAI y Epidemiología
42% del cumplimiento de los monitoreos en áreas sensitivas.	Movimientos migratorios de población hacia el área Este y Asentamientos informales
67% del cumplimiento de las docencias	
Adquisición de un Vehículo a través de la Coordinación de PAI Nacional	Falta de conductor asignado para PAI y Epidemiología
Asignación de 10 neveras eléctricas y 6 solares por parte del Biológico Nacional	
Capacitación por el Nivel Nacional a Coordinadores locales de PAI y REGES, sobre el software de PAI y elaboración de Tablas dinámicas, cuadros y gráfica a partir del Software.	
83% de las Vacunas de Influenza aplicadas, Equipo de Enfermería (Enfermeras (os), Técnicos en Enfermería y Asistentes de Salud, comprometidos en la vacunación contra la Influenza.	

Fuente: Departamento Regional de Vigilancia Epidemiológica de la región de salud de Panamá Este.2017

## ACCESIBILIDAD GEOGRAFICA, ECONOMICA Y CULTURAL

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

Distrito	Comunidad
Balboa	La Guinea, Pedro González y La Esmeralda
Chimán	Majé, Río Platanares, Río Hondo, Brujas, Cerro Plano
Chepo	Majé Cordillera, Todas las comunidades de la Comarca Madugandí (Aguas Claras o Icantí, Cañazas o Nargandi, Pintupo o Iguala, Piriá, Puerto Limón, Río Bote o Arkidi, Río Diablo o Aidirgandi, Tiguarcicua o Chicola Chicola, Akuayala, Naka y Wuagandi. Chararé, La Zahina y Mamoní, Unión Herrerana, Torín, Chepillo.

2. ¿Cuáles son las distancias (en tiempo y en kilómetros) existentes entre las instalaciones de salud más cercanas y estas comunidades; y entre estas comunidades y la cabecera, los medios de transporte utilizados, la distancia en horas de la instalación de salud más cercana, costo de transporte.

Distrito	Comunidad	Distancia en Horas de la Cabecera	Distancia en Km de la cabecera	Médo de Transporte	Distancia en Hora de la Instalación de salud más cercana	Costo Aproximado de transporte
Balboa	La Guinea			Acuático (Lancha)	4 hr	
	La Esmeralda			Acuático (Lancha)	2 hr	
	Pedro González			Acuático (Lancha)	2 hr	
Chepo	Majé Cordillera			Acuático (Lancha)	1 hr	
	Aguas Claras			Acuático (Lancha)	45 mnts	
	Cañazas			Terrestre verano Vehículo doble tracción), acuático en invierno (Cayucos)	4 hrs	
	Pintupo			Acuático (Lancha o Cayucos)	30 mts	



Piriá			Terrestre verano (Vehículo doble tracción), acuático en invierno (Cayuco)	Terrestre 4 hrs Acuático 5 hrs y 30 mts del puerto a la instalación de salud	
Puerto Limón			Terrestre verano (Vehículo doble tracción), Acuático en invierno	3 hrs	
Río Bote			Acuático (Cayuco o Lancha)	2 hrs	
Río Diablo			Acuático (Cayuco)	3 hrs	
Tiguaricua			Terrestre verano, vehículo doble tracción, acuático en invierno (cayuco)	4 hrs	
Akuayala			Terrestre	Existe una instalación de salud en esta comunidad	-
Naca			Terrestre verano, acuático en invierno		
Wuagandi			Terrestre	1 hr	
Chararé			Terrestre, vehículo doble tracción en época seca en invierno sólo caballos	2 hrs (vehículo) 4 hrs. (Caballo)	

	La Zahína			Terrestre, (vehículo doble tracción)	2 hrs	
	Mamoni			Terrestre en época seca (Vehículo doble tracción) en invierno sólo a caballo	2 hrs	
	Unión Herrerana			Terrestre, (Vehículo doble tracción)	4 hrs	
	Torín			Terrestre en época seca, (Vehículo doble tracción), en época lluviosa caballos	4 hrs	
	Chepillo			Acuático (Lancha)	1 hr	
	Cerro Plano			Caballo	6 hrs a Tortí 4 hrs a Unión Santeña	
<b>Chimán</b>	Majé				2 hrs	
	Río Platanares			Lancha, depende de la Marea	4 hrs	
	Río Hondo			caballo	2 hrs	

1. ¿Cuál es el costo de movilización para la población?

Las comunidades que se movilizan por agua se da principalmente con el uso de lancha y resulta costoso por la cantidad de combustible, lubricantes y uso de motor fuera de borda, la población no toda cuenta con este

mecanismo de transporte, y el servicio de este transporte de forma pública no existe en el área.

**2. ¿Cuál es el mecanismo definido para la atención de la población que no cuenta con recursos económicos? Elaborar el flujograma.**

El mecanismo de atención definido para la atención a las comunidades que no cuentan con recursos se dá principalmente por la programación de giras asistenciales periódicas a estas comunidades y por la estrategia de extensión de coberturas brindadas por los grupos itinerantes contratados por el MINSA.

**COMPLEJIDAD DE LA RED**

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

Sí \_\_\_

Si es sí, como se organiza: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

No X

Favor investigar \_\_\_\_\_

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?**

La complejidad de las instalaciones de salud de la Región Panamá Este se ubican en el primer nivel de atención y se cuenta con una instalación de segundo nivel ( Hospital regional de Chepo. CSS)

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

En esta instalación el Equipo Básico de Atención (Médico, Odontólogo, Enfermera, Técnico de Enfermería, Asistente de Farmacia, Personal de REGES y Aseador). El horario de atención es de 7 AM a 3 PM de lunes a viernes.

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

<b>Instalación de Salud</b>	<b>Horarios de Atención</b>
Centro de salud de Tortí	24 hrs
Centro de Salud de Unión Santeña	24 hrs
Centro de Salud de Chimán	24 hrs
Centro de salud de Pacora	7 a.m. a 10 p.m
Centro Médico Virgen La Merced	7 a.m. a 7 p.m.

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

La red de los servicios está sectorizada por Distritos y Corregimientos.

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

La integración de los Equipos Básicos de Salud se da a Nivel Regional, ya que a Nivel Local las limitantes geográficas (distancias y tiempo), la limitación de recurso humano y cinemática de la población (atención de fuera de área y asistencia en búsqueda de servicios de salud en varias instalaciones en un mismo distrito de salud y/o en otros distritos de salud) dificulta algún otro mecanismo de integración. A Nivel Regional mediante las reuniones con los Directores Distritales de Salud, Directores de Centros de Salud y resto del recurso humano encargado de programas de salud intercambian información y coordinan estrategias para mejorar coberturas de programas de salud, indicadores de desempeño y de impacto, así como estrategias para hacer frente a los retos que se presentan.

7. ¿Qué profesionales conforma el equipo básico?

Médico

Odontólogo

Enfermera

Asistente de Salud

Técnico de Enfermería

Asistente Dental

Asistente de Farmacia

Trabajador Social

Técnico de Registros Médicos

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

<b>Instalación de salud</b>	<b>Población de responsabilidad</b>
Centro de salud de Chepo	<b>26,099</b>
Centro de salud de Cerro Azul	<b>4,684</b>
Centro de salud de San Martín	<b>6,176</b>
Centro de salud de Pacora	<b>67982</b>
Centro de salud de Las margaritas	<b>5,895</b>
Centro de salud de Akuayala	<b>5,143</b>
Centro de salud de Loma del Naranjo	<b>3,220</b>
Centro de salud de Akuayala	<b>5,143</b>
Centro de salud de Tortí	<b>10,924</b>
Centro de salud de El Golfo	<b>3,198</b>
Centro de salud de Unión Santeña	<b>1524</b>
Centro de salud de Chimán	<b>3,509</b>
Policlínica de Cañitas	<b>3,018</b>

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

La Cartera de Servicio y los Programas de Salud que se ofertan a la población se caracterizan por brindar servicios de Prevención, Promoción y Atención de las morbilidades, con enfoque de primer nivel de atención, es decir, que el personal de salud que conforma los Equipos Básicos de Salud realiza actividades dirigidas más a evitar enfermedades y a promover el autocuidado de la salud por parte de la población.

**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?**

**Centros de Salud**

*Medicina General*

*Enfermería*

*Odontología*

*Control Prenatal*

*Control Puerperal*

*Planificación Familiar*

*Crecimiento y Desarrollo*

*Control del Adulto*

*Control de Manipuladores de Alimentos*

*Inmunización*

*Papanicolau*

*Alimentación Complementaria*

*Salud Escolar*

*Salud del Adolescente*

*Salud mental*

### **Servicios de Apoyo**

*Control de Vectores*

*Promoción de la Salud*

### **Servicios Intermedios**

*Farmacia*

*Inyectable*

*Inhaloterapia*

### **Atención en Urgencias**

*Sutura*

*Hidratación Parenteral*

*Bajar temperatura por medios físicos*

### **Cartera de Servicios Básico de Salud de la Red Itinerante:**

La Cartera de Prestaciones Priorizadas (CPP) es el conjunto de prestaciones que se otorgarán a los beneficiarios de la Protección en Salud a Poblaciones Vulnerables y que se encuentran cubiertas por el costo per cápita. La CPP

responde a necesidades que son susceptibles de ser atendidas en el primer nivel de atención. En la definición de la CPP no se incluyen servicios de manera exhaustiva sino que el Equipo Básico Salud 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).

La CPP está conformada por un total 15 actividades que contienen intervenciones básicas, enfocadas en el objetivo de garantizar un buen estado de salud en las comunidades. En la siguiente lista se muestra cada una las actividades seleccionadas, clasificadas en promoción, prevención y atención:

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, puérperas 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 Papanicolau 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

## **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.**

**Cartera de Servicios para el Segundo Nivel de Atención (CSS – Hospital Regional de Chepo)**

ESPECIALIDADES	URGENCIAS	PROGRAMAS	SERVICIOS TÉCNICOS	SERVICIOS DE APOYO
Anestesiología Cardiología Cirugía general Dermatología Ginecología Medicina Familiar Medicina Interna Neonatología Oftalmología Ortopedia Otorrinolaringología Pediatria Psiquiatria Urologia	Medicina General Atención de Partos 24 horas Salón de operaciones 24 horas	Crecimiento y Desarrollo Maternal Salud de Adultos Tercera edad Salud Mental SADI Epidemiología Clínica de Monitoreo Salud ocupacional Escolar y Adolescentes Vacunas Clínica de heridas	Psicología Trabajo Social Nutrición Fonoaudiología Fisioterapia Estimulación temprana Terapia ocupacional	Inyectables Curaciones Corte de puntos Farmacia Laboratorio Rayos x – 24 horas.

Fuente: Departamento de registros y Estadísticas del Hospital Regional de Chepo.

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

No asegurado 0.50 centavos la consulta

Asegurados: gratuito

**12. ¿Existen y se aplican protocolos de atención?**

Sí existen protocolos de atención para los tres tipos de servicios (promoción, prevención y atención) en donde los protocolos de atención específicamente están basados y sustentados en Normas, Guías y Manuales sustentados en revisiones conjuntas entre el MINSA, la CSS y la OPS.

Los protocolos se aplican tanto en la Red Fija como en la Red Itinerante.

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 y a la realidad de cada instalación de salud en base a recursos físicos, humanos y tecnológicos.

**13. ¿Cómo se articula la red de servicios del MINSA con la de la CSS? Existe consenso firmado?**

La red de servicios MINSA-CSS no está articulada, pues no existen lineamientos explícitos en cuanto a la articulación de ambos sistemas. Las instalaciones del MINSA en PANAMA ESTE brindan sus servicios a toda la población de responsabilidad (asegurados y no asegurados). Sin embargo, es importante señalar que en beneficio de la población, existen acuerdos interinstitucionales a nivel local entre ambos sistemas.

**14. ¿Cómo se articula la red formal de servicios de salud con la informal?**

En este aspecto en Panamá Este se hacen intentos de articular la medicina tradicional sobre todo de las comunidades indígenas para lo cual se han realizado encuentros de intercambio con las parteras y médicos tradicionales.

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

No existen mecanismos de articulación entre ambas redes

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

Sí, el Sistema Único de Referencia y Contra referencia considera la dinámica de funcionamiento de las instalaciones de salud. Es importante señalar que el sistema está diseñado para la articulación de servicios de atención dentro de una misma instalación y entre servicios de instalaciones diferentes según su nivel de atención y complejidad. Por ende, la dinámica de funcionamiento de las instalaciones es determinante del proceso ya que constituye la base sobre la cual el personal de salud que refiere a un paciente a otro servicio, necesita por obligación conocer que otros servicios tienen su instalación y que servicios tienen las demás instalaciones de la red.

Evidencia de ello es que el documento en sí consta en la sección de Referencia de renglones como:

Instalación que refiere, instalación receptora y el servicio al que refiere.

Si el servicio emisor es consulta externa, urgencias u hospitalización.

Motivo de la referencia: servicio no ofertado, ausencia de profesional, falta de equipos, falta de insumos, cese de actividades y otros (cuál).

Clasificación de la atención solicitada como urgente, hospitalización, electiva prioritaria o electiva.

Todos ellos parámetros que permiten medir la dinámica de funcionamiento de las instalaciones.

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

Entrada de pacientes → registros médicos → técnica de enfermería → Enfermera → Médicos u Odontólogo → farmacia → salida de pacientes (que podría ser para su hogar, por traslado o por Referencia)

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

La referencia se da hacia las instalaciones que cuenten con disponibilidad de especialistas y/o servicios técnicos.

El Sistema de Referencia y Contra referencia presenta debilidades en diferentes niveles a saber:

-Dentro de una misma institución del primer nivel de atención no se utiliza el SURCO como sistema para referir un paciente a otro servicio.

-El médico tratante o emisor quien debe asegurarse antes de proceder con la referencia, de adjuntar al mismo copia de los resultados de Rayos X, Laboratorios, EKG y otros estudios pertinentes según protocolo de Atención, envía la información incompleta a pesar de disponer de los recursos en su instalación.

-En los casos de urgencias debe notificar vía telefónica al médico coordinador del servicio de urgencias sobre la condición del paciente y muchas veces no lo hace.

-Una vez que el paciente sea evaluado u hospitalizado por parte del especialista, éste deberá enviar la contra referencia (en letra clara y legible), al médico que elevó la consulta consignando la información solicitada en el documento para una mejor atención y evaluación del paciente, sin embargo en la gran mayoría de los casos no se cumple con la contra referencia.

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

**Si se utiliza.**

**La base legal que sustenta el SURCO es la Resolución Ministerial**

**N°422 del 9 de Diciembre de 2003.**

**20. ¿Cuáles son las principales dificultades que inciden en el funcionamiento efectivo del SURCO?**

**Ver respuesta 18**

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

Las necesidades de mejoras a la estructura física de las instalaciones en materia de adecuaciones para la población con discapacidad son:

Pavimento de táctil en las aceras y en el piso de interiores con bandas bien reconocibles por su textura, color y contraste. Indican recorridos diseñados para ser útiles a los discapacitados visuales. Se caracterizan por el pavimento táctil, a

veces de franjas o barras longitudinales (direccionales y sonoras), pero generalmente. Un pavimento que da información sobre barreras arquitectónicas y urbanísticas del entorno a peatones parcial o totalmente invidentes, y que se emplea tanto en exteriores como interiores. Se necesitan en todas las instalaciones.

Presencia de rampas con grado de inclinación adecuado como mecanismo de acceso para subir y bajar, entrar y salir a las instalaciones de salud. Se necesita en los Centros de Salud.

Disponibilidad de barandas o pasamanos en pasillos y baños que permitan sostenerse a los pacientes con discapacidad motora al momento de desplazarse. Se necesita en todas las instalaciones.

Señalización para el público en general en cuanto al uso, cuidado y respeto de las áreas y estructuras dirigidas exclusivamente a los pacientes discapacitados.

**22. ¿Existen en su región los centros reintegra?**

**No existe.**

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

Por parte de la coordinación de Discapacidad implementada a partir del año 2017 se intenta actualizar dicha base de datos

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

Actualmente si hay fortalecimiento entre los niveles de atención por la vigilancia e informes mensuales de los SURCOS emitidos.

**25. Cuadro N° 9 CAPACIDAD DE ESTABLECIMIENTOS ASISTENCIALES**

## Cuadro No.

## CAPACIDAD INSTALADA DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD

Sector Público	No. Centros x 1000 Hab.	No. Camas x 1000 Hab.
<b>Hospitales</b>		
Alta complejidad		
Mediana (especialidades básicas)	1	0.0002
Baja (medicina general)		
Total Hospitales	1	
<b>Centros Ambulatorios</b>		
Centros con especialidades		
Centros de nivel primario con medicina general	13	
Centros de nivel primario con personal residente no profesional		
Total centros ambulatorios	13	
<b>Sector Privado</b>		
<b>Hospitales</b>		
Alta complejidad		
Mediana (especialidades básicas)		
Baja (medicina general)		
Total Hospitales		
<b>Centros Ambulatorios</b>		
Centros con especialidades		
Centros de nivel primario con medicina general		
Centros de nivel primario con personal residente no profesional		
Total Centros ambulatorios		
<b>Total Centros de Salud</b>		

Fuentes:

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

## BOLSONES DE DESPROTEGIDOS

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

Ver Comunidades en pregunta N° 1 de accesibilidad geográfica, económica y cultural.

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

Estas poblaciones son vulnerables a problemas de salud producto de las limitantes geográficas, de accesibilidad, económicas y ambientales en materia de enfermedades inmunoprevenibles, infectocontagiosas, problemas nutricionales y enfermedades crónicas no transmisibles, en materia ambiental están más expuestos a situaciones de saneamiento y vectores, falta de acceso a agua potable, hacinamiento y poca accesibilidad geográfica y económica a los servicios de salud.

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?**



DEPARTAMENTO DE SALUD PÚBLICA/ PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES/EPIDEMIOLOGÍA  
COBERTURA Y DESERCIÓN EN MENORES DE 1 AÑO , POR DISTRITO. ENERO A OCTUBRE 2016.

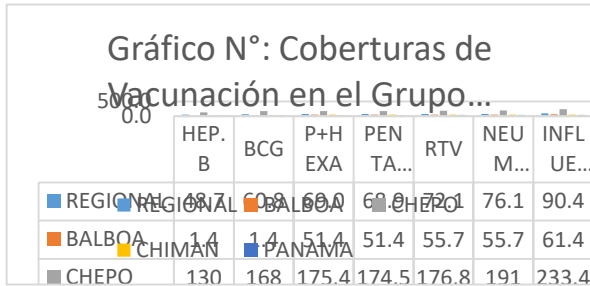
REGIÓN DE SALUD	POB. < 1 AÑO	HEPATITIS B		B.C.G.		POLIO + HEXA				PENTAVALENTE + HEXA				ROTA VIRUS				NEUMOCOCO				INFLUENZA	
		1era. Dosis	COB. %	1era. Dosis	COB. %	3era: Dosis	1era. Dosis	COB. %	DES. %	3era. Dosis	1era. Dosis	COB. %	DES. %	2da. Dosis	1era. Dosis	COB. %	DES. %	2da. Dosis	1era. Dosis	COB. %	DES. %	1era. Dosis	COB. %
<b>REGIONAL</b>	<b>2025</b>	<b>986</b>	<b>48.7</b>	<b>1232</b>	<b>60.8</b>	<b>1397</b>	<b>1688</b>	<b>69.0</b>	<b>17.2</b>	<b>1395</b>	<b>1684</b>	<b>68.9</b>	<b>17.2</b>	<b>1460</b>	<b>1626</b>	<b>72.1</b>	<b>10.2</b>	<b>1542</b>	<b>1644</b>	<b>76.1</b>	<b>6.2</b>	<b>1831</b>	<b>90.4</b>
BALBOA	70	1	1.4	1	1.4	36	37	51.4	2.7	36	37	51.4	2.7	39	36	55.7	-8.3	39	36	55.7	-8.3	43	61.4
CHEPO	491	638	129.9	827	168.4	861	1045	175.4	17.6	857	1043	174.5	17.8	868	998	176.8	13.0	939	1018	191.2	7.8	1146	233.4
CHIMAN	82	22	26.8	37	45.1	46	47	56.1	2.1	46	47	56.1	2.1	39	40	47.6	2.5	40	42	48.8	4.8	46	56.1
PANAMA	1382	325	23.5	367	26.6	454	559	32.9	18.8	456	557	33.0	18.1	514	552	37.2	6.9	524	548	37.9	4.4	596	43.1

Cobertura Calculada con Estimación de Población del año 2016.

P/ Datos

Preliminares

Fuente Institucional: Depto. de Registros y Estadísticas de Salud del Programa Ampliado de Inmunizaciones



Fuente: Coordinación del Programa Ampliado de Inmunizaciones Regional. Panamá Este

La cobertura de vacuna de BCG y Hepatitis B están calculadas con base a las dosis de vacunas aplicadas en las instalaciones de salud, giras y comunidades de la Región Panamá Este y no incluye las dosis de vacunas aplicadas en los hospitales del resto del país de aquellas personas residentes en nuestras comunidades pero que, ante la inminencia del parto migran hacia la ciudad capital o a otras regiones del país en busca de un parto institucional con condiciones más seguras que en sus comunidades de origen y no reportan a su llegada al hospital su verdadera área de procedencia, esto es común para el Distrito de Balboa y Chimán

Observamos que realmente el comportamiento de coberturas mayor al 100% en el Distrito de Chepo es preocupante y esto ocurre en todas las vacunas en este grupo etáreo, es cierto que tenemos comunidades con grandes áreas de invasión pero la distribución de cobertura nos hace dudar si es solo la causa o es que estamos tomando población de Darién y Metropolitana dentro de nuestras coberturas y llevando a cabo un subregistro de la información como no los ha cuestionado el Nivel Nacional.

Cuadro N°: Coberturas de Vacunación por Distritos en el grupo etáreo de 1 año. Región de Salud de Panamá Este. Enero – Octubre 2016

REGION DE SALUD	HEPATITIS A			MMR		INFLUENZA		VARICELA		FIEBRE AMARILLA	
	Población	1ra.	COB.	1ra.	COB.	1ra.	COB.	1ra.	COB.	1era	COB.
<b>REGIONAL</b>	<b>2843</b>	<b>1640</b>	<b>57.7</b>	<b>1622</b>	<b>57.1</b>	<b>2318</b>	<b>81.5</b>	<b>1360</b>	<b>47.8</b>	<b>1509</b>	<b>53.1</b>
BALBOA	71	28	39.4	28	39.4	38	53.5	32	45.1	37	52.1
CHEPO	1360	1053	77.4	1039	76.4	1477	108.6	849	62.4	931	68.5
CHIMAN	87	62	71.3	64	73.6	76	87.4	64	73.6	61	70.1
PANAMA	1325	497	37.5	491	37.1	727	54.9	415	31.3	480	36.2

Fuente: Departamento de Registros médicos. Programa Ampliado de Inmunizaciones. R.S:P:E.

Las coberturas de MMR, Hepatitis A, Influenza, Varicela y Fiebre Amarilla, los cuatro distritos mantienen coberturas menores al 95% que debe ser lo esperado, se ha insistido buscar estrategias para que estas coberturas aumenten ya que el niño llega a las instalaciones y observamos bajas coberturas y mayormente en fiebre amarilla, siendo Panamá Este una de las tres regiones que aplican esta vacuna somos cuestionados por estas bajas coberturas regionales.

Cuadro N°: Dosis y Coberturas de Vacunación con VPH a Niñas (os) de 10 años por distritos en la región de Salud de Panamá Este. Enero – Octubre de 2016

REGIONES DE SALUD	VIRUS DE PAPILOMA					
	POBLACIÓN (NIÑAS(os) DE 10 AÑO)	TOTAL DE DOSIS	1ra. Dosis		2da. Dosis	
			No. Dosis	Cob.	No. Dosis	Cob.
REGIONAL	2538	1938	1436	56.6	502	19.8
BALBOA	55	90	61	110.9	29	52.7
CHEPO	1126	1414	1052	93.4	362	32.1
CHIMAN	80	95	71	88.8	24	30.0
PANAMA	1277	339	252	19.7	87	6.8
P/ Datos Preliminares						
Fuente Institucional: Depto. de Registros y Estadísticas de Salud del Programa Ampliado de Inmunizaciones						

Fuente: Departamento Regional de Registros y Estadísticas de salud. Región de salud de Panamá Este. Año 2016

Las vacunas trazadoras son el VPH y Tdap.

Es preocupante las coberturas en este grupo, esperábamos coberturas mayores ya que en enero de este año se introduce la vacuna VPH al niño de 10 años, pero los resultados no son los esperados, hemos sugerido estrategias vacunales en las escuelas para incentivar al personal, pero en muchas ocasiones el nudo crítico coincide con la accesibilidad al transporte y poco apoyo de docentes y padres de familia para cubrir esta población.

Cuadro N° Dosis y Coberturas de TDAP refuerzo al grupo de 10 años por distritos. Enero – Octubre de 2016

REGION DE SALUD	TDAP		
	Pob	No. Dosis	Cob.
REGIONAL	2538	1211	47.7
BALBOA	55	44	80.0
CHEPO	1126	904	80.3
CHIMAN	80	54	67.5
PANAMA	1277	209	16.4
P/ Datos Preliminares			

Fuente: Departamento Regional de Registros y Estadísticas de salud. Región de salud de Panamá Este. Año 2016

según el Censo de Población.

Actualmente contamos en el Distrito de Chepo con invasiones en Tanara, Chichebre, Unión de Azuero y El Zapote, esta población no se encuentra encuestada dentro de nuestro censo.

En el Distrito de Panamá, aún no han segregado la población de jurisdicción del Minsa-Capsi Las Garzas, lo que está enmarcado dentro del corregimiento de Pacora, no pudiendo determinar las coberturas reales de este corregimiento. En el informe final que envía el Biológico Nacional se incorporan las coberturas del Minsa Capsi Las Garzas al Corregimiento de Panamá.

Cuadro N°: Coberturas de Vacunación según distritos en la población de Embarazadas en la región de Salud de Panamá Este. Enero a Octubre de 2016.

REGIÓN DE SALUD	POB. > 60 AÑOS	NEUMOCOCO CONJUGADO	COBERTURA	INFLUENZA	COBERTURA
REGIONAL	10138	1522	15.0	7618	75.1
BALBOA	293	17	5.8	257	87.7
CHEPO	5603	1032	18.4	4771	85.2
CHIMAN	295	57	19.3	218	73.9
PANAMA	3947	416	10.5	2372	60.1

Fuente: Departamento Regional de Registros y Estadísticas de salud. Región de salud de Panamá Este. Año 2016

#### Tdap e Influenza

La cobertura de Tdap en embarazadas representa para el nivel regional un 42.3%, por debajo de lo esperado, esta baja cobertura se observa en los distritos de Chimán, Balboa y Panamá, debemos de buscar estrategias vacunales que incrementen estas coberturas en los niveles locales, ya que por lo menos en esta vacuna el objetivo primordial es cubrir al menor que no recibe una vacuna contra la tosferina hasta los 2 meses de edad a través de la vacunación de la madre.

La vacunación con la influenza con una cobertura regional 49.3%, para este periodo, cuestionable ya que se nos van a vencer una gran cantidad de dosis de esta vacuna y no logramos coberturas mayores al 95%.

## LOS RECURSOS HUMANOS

**25.¿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)?**

Dentro de los cambios con respecto al reclutamiento está centralizado a nivel nacional, la asignación de puestos toma en cuenta el nivel académico del personal para lograr así una mayor productividad.

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

Los recursos que sirven a la red informal de salud parteras y curanderos se capacitan a través de encuentros de 5 días o más en los cuales se realizan talleres; estas actividades son realizadas por el departamento de promoción de la salud y la coordinación de salud sexual y reproductiva con fondos brindados por la dirección de asuntos indigenistas del MINSA y son supervisadas por el equipo de salud de los niveles locales

**27.¿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 llevan a cabo en cada unidad ejecutora según la programación de sus carteras de servicios y el nivel regional solicita las unidades para cada capacitación.

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

De forma activa en base a sus competencias técnicas y administrativas y su contacto directo con la población de responsabilidad.

**29.¿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?**

No son determinados los costos de la atención sanitaria por nuestros niveles de atención

**30.Las tarifas existentes contemplan los costos reales de los servicios?**

No contemplan los costos reales de los servicios, las tarifas se establecen en base a las necesidades de la población y de su economía.

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

NO SE ESTÁ LLEVANDO A CABO ESTE PROCESO

**32. 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).**

NO APLICA

**33 .Incorporar la parte de condiciones de empleo en las regiones (Existen estudios de tipo de empleo en salud, flexibilidad laboral y protección social de los trabajadores, distribución del empleo entre sectores públicos y privados,**

SE DESCONOCE

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

NO APLICA

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

NO APLICA

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

En el área de Salud MINSA no se aplica.

**37.Comentar las acciones del MINSA para mejorar el desempeño en la evaluación de la FESP.**

## Cuadro No.

### RECURSOS HUMANOS BÁSICOS EN RED DE ATENCION EN PANAMÁ ESTE Cuadro No.11 RECURSOS HUMANOS BÁSICOS EN RED DE ATENCION EN PANAMÁ ESTE

Total de médicos	2000				2010				2016			
	Total	MINSA	CSS	Privado	Total	MINSA	CSS	Privado	Total	MINSA	CSS	Privado
Generales	42	8				20				14	17	
Pediatras	1	1									3	
Psiquiatras	1	1									3	
Cirujanos	1	1									1	
Internistas											2	
Familiares	1					1					3	
Gineco Obstetras	2	2									2	
Otras especialidades											1	
No. Total De Enfermeras	44	21				8				15	5	
No. De Odontólogos	21	9				6				6	1	
Razón De Médicos Por 10,000 Habs.											7	
Razón De Enfermeras(os) Profesionales Por 10,000 Habs											72	
Razón De Odontólogos (as) Profesionales Por 10,000 Habs											8	
Razón De Parteras (os) Por 10,000 Habs												
No. Total De Técnicos De Laboratorio	5	1				3				1		
No. Total de Técnicos de Enfermería	28	4				12				12		
No. Total de Asistentes Dentales	2	2										
No. Total de Cito tecnólogos												
No. de Farmacéuticos	4	1				3					76	
No. de Asistentes de Farmacia (técnico)	16	5				6				5	8	
No. de Educadores para la Salud	3	3									0	
No. de Promotores de Salud	25					12				13	13	



No. de Asistentes de Salud	32	19				13					10	
No. de Inspectores de Saneamiento	2	2									1	
No. de Inspectores anti vectoriales (técnico)	27	23				4					0	
No. de Veterinarios	2	2									0	
No. de Ingenieros y arquitectos											0	
No. Graduados de postgrado en salud pública											0	
No. de escuelas de Salud Pública											0	
No. Univ. Con maestría en Salud Pública											0	
											N/D	
											0	
											0	

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

INSTITUCION	Cargos									
	Méd. Gen.	Méd. Esp	Enf	Odont	Téc. Enf.	Farmacet.	Otros trabajadores técnicos de salud	Personal Adm.	Lab.	Nutri.
<b>MINSA</b>										
<b>CONTRATO</b>										
<b>PERMANENTE</b>										
<b>RED FIJA</b>										
<b>RED ITENERANTE</b>										
<b>CSS</b>	17	27	72	8	76	13	110	266	14	3
<b>PRIVADO</b>	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D
<b>TOTAL</b>										



## **LOS INSUMOS SANITARIOS**

**(Medicamentos. Médico Quirúrgicos, Laboratorios, Odontología, Imagenología)**

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

A nivel regional existen 14 farmacias funcionando, desconocemos de la existencia de farmacias comunitarias.

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

Sí conocemos la Política Nacional de Medicamentos del año 2009 acordada entre el MINSA, la CSS y la OPS, la cual consta de 5 artículos en donde el artículo 4 presenta los componentes de Acceso, Calidad, eficacia y vigilancia de la seguridad; uso racional de los medicamentos, investigación, recursos humanos, propiedad intelectual, monitoreo y evaluación.

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

- a. Si conocemos de la existencia de la política de medicamentos del 2009.
- b. Si conocemos de la existencia de la CONAPEP.
- c. también conocemos sobre el avance en la elaboración en la lista de medicamentos especializada

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

Sí se tiene conocimiento sobre dicho avance, sin embargo, no a través de medios formales dirigidos desde el nivel nacional al nivel regional y local, el conocimiento ha sido adquirido por gestiones personales mediante publicaciones y boletines informativos en la web.

- 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?**

Si existe un listado Regional de Medicamentos en La Región de Salud Panamá Este

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

El número de renglones de medicamentos que tenemos en la RSPE es de 274 y lo utilizan Médicos Generales y especialistas.

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

Si conocemos la herramienta LSS/SUMA y la utilizamos para la Sistematización de los inventarios de medicamentos.

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

Si se utilizan los informes que genera/SUMA para toma de decisiones Gerenciales oportunas.

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

Si contamos con esquemas de distribución, para el acceso de los insumos sanitarios, el flujo de distribución es :

1- Se recibe la solicitud mensual de los insumos requeridos por cada departamento (farmacia, laboratorio, enfermería, odontología)

2- Según el cronograma de distribución se atienden las solicitudes

3- se facturas los insumos de cada solicitud

4- se distribuyen a cada unidad ejecutora por departamento según cronograma de entrega de los mismos

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

Si se utiliza los formatos para registro de consumo de los medicamentos

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

No están conformados los comités Regionales de Fármaco Vigilancia y Farmacoterapia

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

Sí existen y sí se aplican los protocolos de tratamiento estandarizado para este tipo de patologías, basados en las Normas, Guías y Manuales de Atención certificados por el MINSA, CSS y OPS.

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

**Desconocemos esta información.**

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

25% es el porcentaje de las farmacias (MINSA) que cuentan con Farmacéutico. Generalmente el horario de servicios que se concentran los profesionales es de 7am-3pm

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

2015 = 201

2016 = 364

2017 = 189

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

Actualmente 1 a nivel regional, el cual entró a funcionar a partir del año 2017.

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

Sí existe un laboratorio de referencia definido y es el laboratorio del Hospital Regional de Chepo, Policentro de Chepo y Centro de Salud de Pacora, los criterios que se utilizaron para su selección son:

- Cuenta con la mayor capacidad resolutoria de la Región de Salud
- Funciona las 24 horas, los 7 días de la semana.
- Cuenta con equipo de bacteriología y todas las otras secciones de rutina.

18. ¿Son uniformes las tarifas de los laboratorios y medicamentos para los usuarios? ¿Con que criterios se definen esas tarifas? ¿Existe margen de ganancia para las instalaciones de salud? ¿Cuál es?
- No son uniformes las tarifas de los medicamentos para los usuarios.
  - Estas Tarifas se definen según el criterio administrativo de cada unidad ejecutora.
  - Si existe margen de ganancia para las Instalaciones de salud ellos tiene una ganancia de 30%.
19. ¿Existe un laboratorio de referencia definido para citología?
- Si existe, actualmente el laboratorio del Centro de salud de Parque Lefevre.
20. ¿Cómo se prioriza la adquisición de medicamentos, insumos de odontología, médico quirúrgico, laboratorio e imagenología?
- La adquisición es en base al abastecimiento proveniente del nivel nacional.**

**Cuadro No.**  
**EVOLUCIÓN DEL GASTO EN MEDICAMENTOS, INSUMOS DE ODONTOLOGÍA, MÉDICO QUIRÚRGICO, LABORATORIO E IMAGENOLOGÍA EN LOS ULTIMOS 5 AÑOS**

INDICADOR	2013	2014	2015	2016	2017
Gasto total en medicamentos por la CSS					
Gasto total en medicamentos por MINSA	1091386.4	555610.4	1627162.4	1436906.2	4249768.8
Gasto Per cápita en medicamentos	6.39	3.36	2.33	6.85	17.30
Gasto total en laboratorio por la CSS					
Gasto total en laboratorio por MINSA					
Gasto Per cápita en laboratorio					
Gasto total en médico quirúrgico por la CSS					
Gasto total en médico quirúrgico por MINSA					
Gasto Per cápita en médico quirúrgico					
Gasto total en odontología por la CSS					
Gasto total en odontología por					

MINSA					
Gasto Per cápita en odontología					
Gasto total en imagenología por la CSS					
Gasto total en imagenología por MINSA	0	0	0	0	0
Gasto Per cápita en imagenología					

## EQUIPOS Y TECNOLOGIA

1. ¿Se conoce el porcentaje de los equipos en condiciones defectuosas o fuera de uso? **Si se conoce y actualmente no se cuentan con equipos en condiciones defectuosas o fuera de su uso.**
2. ¿Conoce el porcentaje de los equipos aun en uso que hayan cumplido su vida útil? **No se conoce.**
3. ¿Existe algún listado de equipos para su reposición?

**No existe.**

## FOTOGRAFÍA N° 4. SATISFACCIÓN DEL USUARIO

### LISTAS DE ESPERA Y MORA QUIRURGICA

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

## HORARIO DE SERVICIOS

1. En qué horario se ofrecen los servicios de salud? (Consultas externas de hospitales y de Centros de Salud) La población está satisfecha con los horarios actuales
2. 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 se ha realizado una propuesta formal de la modificación de horarios, sin embargo la evaluación de costos en salud implica que la problemática es más a nivel de educación de la población en el uso adecuado de los servicios de salud, en la promoción del autocuidado de la salud y en la necesidad de más recurso humano técnico y administrativo para hacerle frente a la transición demográfica y a la polarización epidemiológica de nuestra provincia.**
3. ¿Cuáles son los servicios que se brindan en los horarios ampliados? Qué limitantes se reportan en la implementación de los servicios en horario ampliado?  
Atención de urgencias.  
Entre las limitantes podemos mencionar principalmente la inseguridad del personal y los pacientes esto en el área de Pacora y la falta de transporte para pacientes en el área de Tortí

## MECANISMOS DE MEDICION DE LA SATISFACCION DEL USUARIO

1. ¿Los establecimientos de salud desarrollan encuestas de satisfacción de usuarios?

**No. Actualmente no se han establecido mecanismos que permitan evaluar el grado de satisfacción del usuario. Se han hecho algunos ejercicios al respecto y personal del centro de salud orientándose la metodología para evaluar las respuestas en los buzones de sugerencias.**

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?  
**Actualmente se cuentan con buzones de sugerencias en las 13 instalaciones de salud**
3. ¿Se consideran los resultados de las encuestas de satisfacción del usuario para la toma de decisiones?  
**Si**
4. ¿Se realizan las auditorias sociales en su región?



**Si se realizan a nivel comunitario en la población vulnerable llevada a cabo por el auditor social.**

5. ¿Se comparten estos resultados?

**Si se comparte en los informes de Gestión anual.**

6. ¿Conocen el programa de humanización?

**Sí, se conoce el programa de humanización en el Sistema Regional de Salud.**

**Es de nuestro conocimiento el Convenio firmado entre la Secretaría Nacional de Ciencia y Tecnología (SENACYT) y la Universidad de Panamá para la formación, actualización y especialización de todo el personal de salud en materia de humanización.**

**Actualmente se cuenta con un programa de cuidados paliativos gratuito en Panamá y se han capacitado a más de 2000 profesionales en los últimos cuatro años, existen coordinadores de esos programas en las 14 regiones de salud que país, incluida la de Panamá Este.**

**De igual forma se realizan en nuestro Sistema Regional Seminarios de Acompañamiento Humano y Espiritual del Enfermo cuyo objetivo fue el de retomar la razón de ser de la medicina que es el cuidar a la persona sufriente, la jornada se enfocó en dos vías: la de humanización y la de cuidados paliativos.**

7. ¿Se aplican en algunos de sus hospitales?

**En el Hospital Regional de Chepo (CSS)**

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

**Se desconoce , no se llevan registros**

## **CONTROL DE CALIDAD**

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

**Sí se han realizado auditorias de expedientes, cuyo objetivo es medir el cumplimiento de las normas y los protocolos de atención.**

**En general los aspectos calificados como debilitados fueron los relacionados a la salud del adolescente, este programa no se lleva según las normas establecidas.**

**En control prenatal las pacientes no acuden a los controles de laboratorio en el tercer trimestre en un elevado porcentaje.**

**No se registra el estado nutricional con la mayoría de los expedientes.**

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

**Capacitaciones continuas del personal técnico que se encarga del llenado de expediente.**

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?

Si se tiene conocimiento de esta herramienta

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

**Ver respuesta #2**

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

**Las auditorías de expedientes.**

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

**Buzones de sugerencias**

## FOTOGRAFÍA N°5. ACTORES Y RED SOCIAL

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

La organización se da en ambas redes, a continuación la descripción:

**Red Fija:** se realiza a nivel de Sub Centros de Salud en su mayoría y en Centros de Salud, mediante la intervención de los Comités de Salud, los promotores de salud, educadores para la salud, administradores de acueductos rurales y asistentes de salud quienes son el recurso humano que está en contacto directo con la población a través de las actividades extramuros, en donde la población participa de forma activa en los procesos de reuniones para tratar temas de salud poblacional y salud ambiental involucrando otros sectores como representantes de corregimiento, policía nacional, escuelas, organizaciones sin fines de lucro y otras instituciones gubernamentales afines con la salud integral de la población. Fungen en su conjunto como un sistema de retroalimentación a través del cual todo director médico distrital con una misión y visión de Sistema de Salud Humano, con Equidad y Calidad, un Derecho de Todos, mejorará la gestión de las instalaciones bajo su administración así como la oferta de servicios de salud.

**Red Itinerante:** se realiza a nivel de las comunidades céntricas donde se prestan los servicios básicos de salud a través de auditores sociales, la

población protegida quienes se organizan para garantizar una convocatoria aceptable y al igual que en la red fija, los promotores de salud, educadores para la salud y administradores de acueductos rurales, en donde la población participa de forma activa en los procesos de reuniones para tratar temas de salud poblacional y salud ambiental involucrando otros sectores como representantes de corregimiento, policía nacional, escuelas, organizaciones sin fines de lucro y otras instituciones gubernamentales afines con la salud integral de la población. En estos procesos la población da a conocer cuáles son sus necesidades prioritarias y su percepción de los servicios prestados con miras a las mejoras y cambios requeridos.

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

Actualmente:

- 10 Comités de Salud
- 93 Juntas Administradoras de Acueductos Rurales con personerías jurídicas.
- Club de Leones
- Centro de Vida Cristiana
- Iglesia Cruzada Cristiana Panamá
- Iglesia Católica
- Bomberos voluntarios de Panamá
- Cruz Roja
- SINAPROC

3. ¿Qué tipo de apoyo generan estas organizaciones?

Apoyo a la convocatoria y participación de la población en caso de actividades como:

-Jornadas de Atención Primaria Ambulatoria, tanto en la fase de programación como en la de ejecución.

-Operativos de Salud contra patologías transmisibles por vectores (Dengue, Chicungunya), tanto en la fase de programación como en la de ejecución.

- Ferias y Jornadas Comunitarias de Salud, tanto en la fase de preparación como en la ejecución.

-Actividades Comunitarias en la Campaña contra el Cáncer de Mama y de Próstata, tanto en los procesos de organización, logística y ejecución.

4. ¿Se ha realizado algún análisis de actores sociales?

*No se ha realizado análisis de los actores sociales, pero es de enfocar que la participación social ha ido disminuyendo en los últimos años debido al poco interés de las comunidades en participar activamente en las organizaciones.*

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?

**Tenemos conocimiento de que los curadores o mejor denominados curanderos se dedican sobre todo al manejo del dolor y de síntomas aislados sin ningún enfoque diagnóstico o sindrómico, utilizando plantas con propiedades curativas e inclusive medicamentos de consumo y venta libre. Se estima que están ubicados en la zona rural más que en la urbana, desconocemos el número, en donde la población que demanda mayormente sus servicios son las personas de 50 años y más que son las más predispuestas a trastornos musculo esqueléticos que producen dolores. No existe integración entre las prácticas y cultura de la población en las actividades formales de salud, la población decide en que sector atenderse según sus posibilidades y creencias, el sector público de salud respeta la decisión de los usuarios y la labor de los curanderos, y no entra en conflictos con el sector informal y viceversa.**

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

**Fortalezas:**

1. Nuestro equipo local de salud (promotores de salud, educadores para la salud, asistentes de salud) conoce bien sus comunidades, corregimientos y distritos en base su realidad sociocultural.
2. Disponemos de recurso humano que es procedente de varios de estos lugares poblados y facilitan las alianzas estratégicas con la red social.

**Debilidades:**

1. Recurso humano limitado para poder realizar y coordinar más acciones (a parte de las mencionadas en la respuesta a la pregunta 3) dirigidas a la integración y participación más activa de organizaciones comunitarias que apoya las acciones de salud.
2. Recursos económicos limitados para que el equipo de salud regional realice procesos de capacitación del recurso humano que conforma la red social de salud con la finalidad de percibir fortalezas en estos, desarrollar capacidades y así generar resultados positivos en la población.
3. Región manejada muy políticamente.
4. Coordinaciones debilitadas.
5. Poco trabajo en equipo
6. Multiplicidad de funciones y cargos para un mismo personal

7. ¿Cómo se percibe la estrategia de extensión de cobertura, la atención integral a la niñez con una base comunitaria (monitoras) y la atención de la población que pertenece a la Red de Oportunidades y a la población que está en los 120/70.

Atención Integral a la niñez con una base comunitaria (monitoras): No Aplica  
Red de Oportunidades: regular, los beneficiarios recomiendan que se les habilite un día exclusivo para los controles de salud de las personas en la red de oportunidades.

Programa de 120 a los 65: regular, los beneficiarios recomiendan que se les habilite un día exclusivo para los controles de salud de las personas en el programa.

*Además, esta estrategia debe ser más divulgada por el equipo que participa en la misma y por las autoridades regionales, provisión de los servicios de salud; para lo cual se deben realizar reuniones de coordinación con todos los involucrados, es decir los que brindan el servicio y los que tenemos el contacto directo con la población para de esta manera unificar la información y que todos estemos sincronizados en cuanto al tema de salud se refiera.*

8. ¿Cómo se perciben las resoluciones y decretos que establecen la gratuidad de algunos servicios de salud (Decreto Ejecutivo 329 de 14 de julio de 2009, Decreto Ejecutivo 428 de 15 de diciembre de 2004, Resolución 321 de 18 de agosto de 2005 y Decreto Ejecutivo 546 de 21 de noviembre de 2005). ¿Se aplican estos decretos en las instalaciones hospitalarias y ambulatorias de la región?

**Se perciben con muy buena aceptación debido al beneficio que brindan a los grupos vulnerables. Estas resoluciones y decretos se aplican en todas las instalaciones del MINSA**

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

## FOTOGRAFÍA N° 6. PROYECCIÓN DE LA RED

### ADECUACIONES DE LA OFERTA

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

**Los servicios deben ser orientados a la promoción de la salud y a la prevención de enfermedades por lo cual se debe hacer más énfasis en el trabajo comunitario involucrando a las comunidades además el**

**sistema debe ser fortalecido a través de capacitaciones sobre estos aspectos de promoción y prevención a todos sus funcionarios actuales y con la adquisición de más educadores y promotores de la salud.**

2. ¿Es necesario la conformación de equipos básicos en el proceso de cambio en la atención de la salud-enfermedad? ¿Cómo se debe adecuar la oferta de servicios en términos de los equipos básicos de salud? ¿Cómo debe darse la alternabilidad de roles? ¿En qué aspectos puede ser considerada esta estrategia?

**Se hace necesaria la conformación de equipos básicos de acuerdo a la población existente, la oferta debe ser principalmente en promoción y prevención**

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, actualmente se llevan a cabo las JAPAS, existen además grupos itinerantes.

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?

Actualmente en el Departamento de Salud Pública, se utilizan los correos electrónicos, como una manera de poder evidenciar la divulgación de información de carácter sensitivo para el desempeño de las labores cotidianas, específicamente cuando se trata de divulgar nuevos avances, cambios en los procesos, o bien legislación sanitaria que debe ser implementada de inmediato y acercar un poco más la comunicación con el personal bajo el cargo del Departamento

*En Promoción de la salud Si se utilizan las redes sociales a nivel del departamento siguiendo un flujo que inicia en el departamento, luego enviado a la dirección de la región y por este medio se difunde a nivel nacional mediante el twitter; los mensajes son de las actividades de promoción enfocadas a la prevención de problemas de salud y enfocando la importancia de los factores protectores.*

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

**No, la oferta de servicios de primer nivel de atención ha permanecido igual sin proyectos ni planes de modificarla pero se hace necesaria su modificación dando prioridad a la promoción y prevención y no a la morbilidad.**

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

**En el segundo nivel de atención no se está modificando la oferta se está fortaleciendo la existente.**

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?

**A través del ASIS se analiza información valiosa e integral que nos lleva a la identificación de grupos vulnerables además se están desarrollando tales como:**

**-Red de Oportunidades**

**-Aplicación de Resoluciones y Decretos que establecen la gratuidad de servicios básicos de salud a grupos étnicos, discapacitados, menores de 5 año, embarazadas, puérperas.**

**-Protección en Salud a Poblaciones Vulnerables**

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 se han establecido prioridades de atención en relación con cada una de las etapas del curso de la vida, muestra de ello es que en las instalaciones del centro de salud se destina de forma programada un día específico de la semana para los servicios de prevención tales como Controles de Crecimiento y Desarrollo, Programa de Salud del Adolescente y Programa Escolar, Controles de Salud para Manipuladores de Alimentos y servicios de Atención de seguimiento a pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles (Diabetes Mellitus e Hipertensión).**

9. ¿Cómo se da la planificación de servicios en el nivel local? ¿Qué participación tienen los diferentes actores sociales?

**La planificación de servicios en el nivel local es establecida por la Dirección Médica regional de Salud en acción conjunta con los Directores de Centro de Salud en donde se establece un Plan Operativo Anual para ejecutar los procesos que son necesarios en coordinación directa con las coordinaciones regionales de los diferentes programas de salud según los lineamientos del nivel regional y nacional.**

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

**No, la organización con base a sectores no implica la definición de espacios poblacionales específicos. Al disponer de un sistema de salud organizado para atender la demanda de la población en materia de servicios de salud brindados por el sector público, el sector privado y el sector informal, es la misma población la que decide según sus necesidades y características socioeconómicas y demográficas donde acudir por el servicio sin importar su procedencia y residencia, por lo que definir espacios poblacionales específicos es irrelevante.**

**Sin embargo se ha intentado que cada centro de salud tenga un área de jurisdicción definida.**

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

**Si.**

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

**Los deberes y derechos de los ciudadanos, de la familia y de la comunidad en torno a su propia salud deben asumirse de forma integral en el nuevo modelo de atención individual, familiar, comunitaria y ambiental, viendo a cada persona no como un individuo aislado sino como un ser que se crece y se desarrolla en un nicho ecológico como cualquier otro ser vivo, pero con características biológicas, psicológicas y sociales, viendo la salud no solo como la ausencia de enfermedad ni como un simple bienestar sino como el producto de la armonía personal, espiritual, familiar, comunitaria, laboral y ambiental.**

**Sí conocemos de la Ley 68 de 20 de Noviembre de 2003 que Regula los Derechos y Obligaciones de los Pacientes, en materia de información y decisión libre e informada, que consta de 8 capítulos y 53 artículos. Se aplica en su totalidad en todas las instalaciones de salud sin importar el nivel de atención o su complejidad.**

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

**Realmente la competencia técnica está limitada para poder asumir nuevos enfoques en la prestación de servicios de prevención, promoción y rehabilitación, producto de la alta demanda poblacional ante un recurso humano escaso en donde gran parte del personal técnico que cubre las**



jornadas ordinarias es el mismo que le corresponde cubrir las jornadas extraordinarias; en donde hay limitada disponibilidad económica y de tiempo para acudir a jornadas de actualización, docencias, seminarios, talleres que no son del MINSA; en donde las actividades de capacitación y actualización del MINSA brindadas por el nivel nacional están dirigidas a los coordinadores regionales y de allí no se establecen estrategias regionales para compartir los conocimientos y experiencias adquiridas con los niveles locales de una forma estandarizada.

**Aspectos a fortalecer:**

- Fortalece la disponibilidad de recurso humano para contar de una oferta cónsona con la demanda.
- Implementar en el financiamiento en actualización médica continua en actividades nacionales e internacionales no institucionales.
- Reforzar la participación de actores claves de las instalaciones locales de salud en las actividades de capacitación brindadas por el nivel nacional al nivel regional.

**Estrategias a desarrollar para incrementar la calidad de los trabajadores del Sistema de Salud:**

- Implementar a nivel regional un plan operativo anual de capacitación institucional en temas de prevención, promoción y rehabilitación por instalación de salud, que abarque toda la red de servicios y que se cumpla a cabalidad.
- Premiar al personal de salud con mejor desempeño e impacto en los indicadores y coberturas de los diferentes programas de prevención de cada instalación con la asistencia a actividades de docencia (Congresos, Simposio, Jornadas, Seminarios, Talleres) nacionales y/o internacionales.
- Incluir en los programas de capacitaciones organizados por el nivel nacional a actores claves de los centros de salud para que los mismos sirvan de agentes promotores con sus compañeros en cuanto a las capacidades adquiridas

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

**En la región de salud el 85% de los trabajadores de salud reside en las periferias.**

15. ¿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?

**Se intenta brindar este enfoque.**

## **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?  
**Lastimosamente no existe un programa de evaluación periódica de la eficacia y calidad de las acciones en materia de adecuación de la cartera de servicios, lo que constituye una necesidad importante para hacerle frente a los nuevos retos en materia sanitaria y mantener los estándares establecidos por los organismos reguladores como la OPS.**
2. ¿Con que frecuencia se revisa y adecúa a las necesidades de salud de la población la cartera de servicios? **Leer respuesta anterior**
3. ¿En qué instalaciones se desarrolla el modelo de atención individual, familiar, comunitario y ambiental?

#### **Nuestras 13 instalaciones de salud buscan acercarse a este modelo**

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?
  - Más recurso humano
  - Más recursos financieros
  - Transporte
5. ¿Cómo debe mejorarse la capacidad del sistema de urgencias en su región, incluidos los servicios, la logística y la coordinación intersectorial?

**La población percibe como urgente cualquiera de los siguientes síntomas: fiebre no cuantificada, vómitos, diarrea, tos y dolor de cabeza. Producto de esto, no estaría indicado implementar mejoras en la capacidad del sistema de urgencias en las instalaciones del primer nivel de atención con baja complejidad ya que las mismas canalizan las urgencias verdaderas (es decir aquellas patologías que por datos objetivos como signos vitales, edad, factores de riesgo, comorbilidad y juicio clínico más que por sintomatología del paciente) al segundo nivel de atención utilizando el SURCO.**

6. ¿Se utiliza el TRIAGE?

**No se utiliza TRIAGE**

7. ¿Los Proveedores públicos y privados están obligados a prestar el mismo conjunto de beneficios? **SE DESCONOCE**

#### **AMPLIACION DE COBERTURA**

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

En este sentido, se debe fortalecer la red fija a nivel de las instalaciones del primer nivel de atención de la siguiente forma para lograr una mayor cobertura de atención:

**Centros de Salud:** estandarizar la atención de consulta externa de servicios de Pediatría, Ginecología y Psiquiatría en los distintos centros de salud con alta demanda de estos servicios por lo menos una vez al mes.

2. ¿La ampliación de horarios para incrementar las coberturas de atención de la población desprotegida debe ser en término de mayor número de horas de apertura al día o con relación a un mayor número de días semanales para la provisión de servicios en función del análisis de comportamiento poblacional? **Consideramos que debe ser a un mayor número de horas de apertura al día.**

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

**Las giras médicas integrales y las Jornadas de Atención Primaria Ambulatorias (JAPA) deben realizarse según lo establecido en las funciones de la Dirección Nacional de Provisión de Servicios de Salud para mejorar las coberturas en miras al cumplimiento de las políticas de salud acordadas para cumplir con los objetivos de desarrollo del milenio y en lo establecido en las normas de atención del MINSA que se sustentan en la Constitución de la República en materia de salud.**

**Deben participar funcionarios tanto del nivel nacional como regional, tanto técnico como administrativo en apoyo con la red social comunitaria.**

4. ¿Cuáles son los servicios básicos integrales que deben incorporarse para ampliar la cobertura de servicios? ¿Cómo se incluyen en la cartera de servicios? Y ¿Cuáles son los servicios intermedios y administrativos que requieren ser ampliados en apoyo a este proceso?

**Servicios básicos integrales que deben incorporarse:**

**Pediatría**

**Ginecología**

**Medicina Familiar**

**Psiquiatría**

**Se deben incorporar a la cartera de salud según las necesidades de cada población.**

**Servicios intermedios y administrativos que requieren ser ampliados en el apoyo:**

**Transporte**

**Farmacia**

**Laboratorio**

**Electrocardiograma.**

5. ¿La estrategia de disminución de oportunidades perdidas es una opción para ampliar coberturas? ¿Cómo y Cuándo se aplican? ¿Quién las aplica? Si se constituyen en una opción para ampliar coberturas y se aplica principalmente en el aspecto de las inmunizaciones, giras asistenciales y en la población que acude por morbilidad a nuestras instalaciones de salud. Es aplicada por todo el equipo básico de salud.

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

**No se realiza.**

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

**En gran medida ya que para poder cumplir las coberturas e indicadores de desempeño en base a una gestión por resultados.**

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

**Lamentablemente no se integran, lo que constituye una debilidad del sistema ya que puede generar sub registros y duplicidad de actividades con las consecuencias que acarrea como desgaste del recurso humano, desabastecimiento y sobreuso de los servicios.**

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

**No, en estos momentos el MINSA dispone de un sistema de información segregado (SIES, PAI, SIEEC) y la CSS también dispone de su sistema de información institucional.**

**En el año 2016 y 2017 ha entrado a implementarse el Sistema de Información Electrónica en salud (SEIS) el cual busca a futuro unificar nuestro sistema de información en salud.**

**Panamá Este (MINSA) cuenta actualmente con 4 instalaciones de salud con este sistema de informaci**

10.Cuadro COBERTURA DEL SISTEMA DE SALUD

**Cuadro No.**

**COBERTURA DEL SISTEMA DE SALUD**

	Porcentaje de personas cubierto por el Sistema de Salud (total)	Porcentaje de personas cubierto por el Estado (Ministerio de Salud)	Porcentaje de personas cubierto por el seguro de Salud	Porcentaje de personas cubierto por el sector privado	Porcentaje de personas sin cobertura
<b>Periodos</b>					
2000					
2010					
2012					
<b>Género</b>					
Hombre					
Mujeres					
<b>Base Poblacional</b>					
Niños (menores de 1 años)					
Niños de 1 a 4 años					
Personas de 5 a 9 años					
Personas de 10 a 14 años					
Personas de 15 a 19 años					
Personas de 20 a 59 años					
personas de 60 a 64 años					
Adultos mayores (65 años y más)					
<b>Zonas Geográficas</b>					
Urbana					
Rural					
<b>Pertenencia Étnica</b>					
Blanco					
Indígenas					
Afro-descendientes					
Mestizo					
<b>Otros</b>					

FUENTE(S):

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

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

### ORGANIZACION Y FUNCIONAMIENTO

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

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

FUENTE(S):

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

1. ¿En su región de salud como se ejerce el rol de rectoría de la autoridad sanitaria? ¿Se cumplen y vigilan las Funciones Esenciales de Salud Pública, las de regulación, las de conducción y las de armonización de la provisión de los servicios de salud? ¿Cómo lo hace? ¿Quiénes participan? ¿Cuándo se efectúan estas funciones

**En nuestra Región de Salud el rol de rectoría de la autoridad sanitaria se ejerce según nuestro Plan Operativo regional en un 98%**

- El rol de rectoría se ejerce mediante las funciones y vigilancia de las funciones esenciales de Salud Pública plasmadas en las normativas y a través de reuniones interprogramáticas de sus componentes como Enfermería, Saneamiento Ambiental, Zoonosis, Depa, Epidemiología y PAI, además de la participación del componente de Promoción, Provisión, laboratorio, y planificación.
  - Salud Pública: La coordinación regional, no actualiza o formula normas y procedimientos, sin embargo, es participe cuando se convoca a nivel nacional, en el aporte de ideas en el mejoramiento de las normativas existentes, las que se crean o bien de la revisión para futuros cambios.
  - En la implementación: recibimos capacitación del nivel nacional para el cumplimiento y capacitación de las normativas o leyes que existen, a fin de poder cumplir con un proceso administrativo eficiente y moderno.
  - La supervisión de del cumplimiento se realiza a través de las unidades ambientales o poblacionales a cargo, basados en datos recabados desde las coordinaciones o bien desde el nivel local.
  - La capacitación se brinda a través de las coordinaciones bajo el cargo, tanto en epidemiología, como las unidades ambientales, a sus funcionarios, posterior a ello, se realiza a los niveles locales en sus respectivas comisiones.
2. ¿Se conoce la misión, visión, organigrama y funciones de cada unidad ejecutora del MINSA, de la CSS y del sector privado? ¿Considera que el organigrama responde a las necesidades para el funcionamiento efectivo de la organización? explique.  
**Sí la conocemos, sin embargo además de estar estructurado se hace necesario que sea 100% funcional. Por ende consideramos que no responde a las necesidades para el funcionamiento efectivo de la organización.**
3. ¿Considera que el organigrama responde a las necesidades para el funcionamiento efectivo de la organización? ¿Explique?  
**Leer respuesta anterior.**
4. ¿En el entendido de que la regionalización permite el enfoque sistémico en la organización sanitaria, es necesario cambiar el ordenamiento político administrativo existente? ¿Es decir, crear nuevas regiones o modificar las existentes? ¿Por qué?



**Actualmente nuestra Región de Salud funciona como un todo; es necesario la reorganización a nivel Distrital y por corregimientos para conocer mejor las necesidades de nuestros pobladores y además planificar y ejecutar acciones que causen impacto en nuestros grupos más vulnerables.**

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?

**En la actualidad consideramos que el grado de avance es poco, la concentración del aspecto financiero está en el nivel central a la igual que las directrices impartidas por las diversas áreas de nuestra organización.**

**En cuanto a descentralización de los niveles locales con respecto al regional está completamente centralizado**

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?

**No contamos con patronatos.**

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

**Si.**

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

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

**Si existen, sobre todo en las áreas de compras, contabilidad y tesorería y son aplicados por los responsables de estos departamentos según las normas**

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?

- Salud Pública / Epidemiología / PAI: se da a través de las coordinaciones entre instituciones, que sean homólogas, entre los Departamentos de Epidemiología para las notificaciones, investigación de casos e información que se requiera, así como también en las comisiones

interinstitucionales que existen actualmente y están activas como la de PTMI, Muerte Materna y perinatal, Tuberculosis, y Enfermedades Nosocomiales.

- Las coordinaciones de PAI al realizar actividades de campaña, rutina diaria en el abasto y despacho de vacunas así como también el descarte, el Ministerio de Salud como ente rector debe ser informado sobre los movimientos de los insumos de biológicos que se utilicen dentro de la institución, donde el Ministerio de Salud es el proveedor de los mismos
- Dentro de los mecanismos que han sido más efectivos están la comunicación a través de grupos conformados por Whatsapp, reuniones periódicas que en ocasiones no se han podido dar por falta de tiempo, la notificación y estrecho intercambio de información entre los Departamentos de Epidemiología de ambas instituciones
- Se estableció el nexo con el Departamento de Epidemiología para la notificación e intercambio de información, así como también al momento de la investigación y apoyo logísticos que ha requerido la Caja de Seguro Social al momento de recabar información sobre casos que por la naturaleza hay que salir a las comunidades, también cuando se necesita de apoyo de parte de la institución para salir a la comunidad en actividades de vacunación como lo son campañas de vacuna o programas

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

FORTALEZAS	DEBILIDADES
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Equipo de Salud comprometido</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fortalecimiento de algunas coordinaciones</li> <li>• Multiplicidad de funciones</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Interés por cumplir las reglamentaciones existentes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fortalecer sistema de divulgación en cascada</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Utilización de herramientas para el manejo clínico y por laboratorio</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Persistencia en la utilización de criterio en desuso para el manejo clínico y por laboratorio</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Normas y guías actualizadas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Algunas normas o guías aún están en validación</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Protocolos y leyes enfocadas a una determinada situación de salud</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reactivación de comisiones intersectoriales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Poca respuesta de las demás instituciones gubernamentales</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Supervisiones y monitoreos de nivel regional y nacional para el mejoramiento continuo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La periodicidad de estos monitores es muy espaciada</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Incorporación de equipo rodante</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Falta de personal para el manejo de equipos rodantes</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Incorporación de recurso humano</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La contratación de personal se realiza a un ritmo no acorde a la demanda</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Personal en educación continuada</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Falta de mayor personal en periodos de formación que redunden en beneficio a los procesos de trabajo de la Región</li> </ul>

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

**Si se están introduciendo cambios en este sentido, se está tratando de coordinar más de cerca con la CSS y todos los demás sectores del sector público.**

**Es preciso iniciar las coordinaciones con el sector privado**

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

**Si responden a las necesidades regionales ya que las mismas fueron elaboradas tomando como base el análisis de situación de salud de cada una de las regiones en los cuales se involucraron a todos los actores de nuestras comunidades; desde el nivel local al regional, son aplicadas en las programaciones operativas.**

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

**Sí.**

15. ¿Los POA's son registrados en el SIMEPLANS como herramienta de monitoreo y evaluación de los mismos? ¿Con qué frecuencia se realiza el monitoreo? ¿Quién y cómo se efectúa?

**Si son registrados en el SIMEPLANS por cada una de las coordinaciones y departamentos a nivel regional , el monitoreo y evaluación es realizado trimestralmente por la dirección Regional en conjunto con el Planificador Regional y además es monitoreado por el Departamento de planificación a nivel Central.**

16. ¿Cómo incide el nivel central en el desempeño del nivel regional? ¿Cuáles son los puntos críticos de la burocracia administrativa? ¿Cómo pueden transformarse los nudos críticos?

**El nivel central es el que brinda los recursos financieros para la ejecución operativa, estos recursos financieros la mayoría de las veces son escasos, es quien capacita al personal y los guía en las actividades, proyectos y programas a desarrollar lo que consideramos**

se realiza en forma adecuada, por otro lado existen procesos administrativos muy burocráticos que causan demora en nuestra ejecución presupuestaria tanto de funcionamiento como de inversiones

17. ¿Cómo se da la toma de decisiones? ¿Sobre qué criterios se prioriza?  
**La toma de decisiones se realiza tomando en cuenta el impacto de nuestras acciones en los grupos más vulnerables**
18. ¿Quién(es) y como ejerce(n) las funciones de supervisión, evaluación y control de la provisión de los servicios de salud al sector público y privado?  
**Estas funciones son desempeñadas sólo en el sector público por ahora, se hace necesario integrar al sector privado y es una tarea principalmente por la dirección regional y el departamento de provisión de los servicios de salud, existen algunas herramientas informáticas para llevar a cabo el control de los insumos sanitarios necesarios así como formularios creados los cuales permiten monitorear periódicamente el abastecimiento de las instalaciones de salud.**
19. ¿Existe alguna instancia responsable de análisis, ejecución y seguimiento de las políticas de salud, planificación y coordinación en la región?  
**Dirección Regional y Planificación Regional**
20. ¿Cuál es el porcentaje de centros de salud que disponen de tecnología informática de soporte al sistema de información, acceso a servicio de internet, al menos para la gestión administrativa, de personal, para la sistematización de los inventarios y para el fortalecimiento de la promoción de la salud y prevención de enfermedades?  
**41%**
21. ¿Cuáles son los hospitales e instalaciones ambulatorias que dispone de tecnología informática de soporte al sistema de información para la gestión administrativa? ¿Y para la gestión clínica (por ejemplo, expediente electrónico, LSS-SUMA, para registro de ingresos y egresos, estadísticas clínicas, gestión de servicios clínicos, otros)?  
**1 Hospital de la CSS cuenta con Sistema de expediente electrónico, 33 % de los centros de salud de la Región de salud cuentan con SEIS y la Sede regional en su depósito de medicamentos cuenta con el sistema LSS – SUMA, en el 2017 se implementó el sistema ISTMO para el manejo administrativo de los recursos financieros**
22. ¿Cuál es el grado de uso de la información para la gestión clínica, (por ejemplo para incrementar rendimientos de salas y quirófanos, adecuar el

tipo de servicio a las patologías más frecuentes ingresadas, reducir exploraciones innecesarias o reducir tiempo de hospitalización)?

**Falta más análisis de información de la gestión clínica para fortalecer la toma de decisiones en todos los niveles.**

23. ¿Conoce la existencia de la tele radiología, telemedicina, clínicas virtuales, espirometría y electrocardiografía digital, hospital virtual, expediente electrónico, son utilizados en su región, que beneficios brindan a la población y cuáles son sus debilidades?

**Sí es de nuestro conocimiento los servicios de Tele radiología, Telemedicina, Clínicas virtuales, espirometría y electrocardiografía digital, hospital virtual y expediente electrónico, sin embargo no son utilizados en nuestro centro de salud.**

## FOTOGRAFÍA N°8: INSTRUMENTOS DE GESTIÓN

### PLANIFICACION REGIONAL Y PROGRAMACION LOCAL

1. ¿Con qué frecuencia actualiza su análisis de situación de salud? ¿Quiénes participan y cómo participan?  
El análisis de situación regional se actualiza cada 5 años, el proceso es coordinado por el departamento de planificación regional y participan los niveles locales, las coordinaciones regionales así como actores comunitarios ( instituciones públicas y miembros de la comunidad)
2. ¿La planificación regional es participativa?  
**Sí, es participativa.**
3. ¿Quiénes participan? ¿Con qué frecuencia se efectúa este proceso?  
Participan cada jefe de departamento de la Región de Salud de Panamá Este en acción conjunta con los Directores de los Centros de Salud plantean sus objetivos y planes de acción ante las situaciones de salud que requieren de una planificación para ser resueltas y así mediante consenso se deciden las acciones a ejecutar según sus prioridades y disponibilidad de recursos.
4. ¿Existen procesos de planificación conjunta MINSA-CSS? Cómo se facilitan estos procesos?  
**Sí existen, sobre todo en las áreas de salud pública, vigilancia epidemiológica y vacunación**
5. Se efectúa programación local conjunta MINSA-CSS?  
**Sólo en el área de Vigilancia epidemiológica y PAldas**
6. ¿Esta programación se realiza sobre la base de un programa de trabajo?  
**Sí**

7. ¿Cuáles son los elementos de este programa?  
**Objetivos, metas , responsables , fechas de ejecución y presupuesto.**
8. ¿La población participa del proceso de planificación sanitaria? ¿Cómo participa? ¿Desde qué momentos?  
**No. La población no participa del proceso de planificación sanitaria ya que es un proceso que lleva únicamente a nivel participativo de la Región de Salud pero se hace necesario el fortalecimiento de este proceso tomando en cuenta este aspecto**
9. ¿Cómo y quiénes efectúan la convocatoria para la participación de la sociedad en el proceso de planificación regional y de programación local?  
**NO aplica**
10. ¿Cómo se evalúan las metas establecidas? ¿Se dispone de indicadores de evaluación de insumos, proceso y resultados? ¿Quién, Con qué, Cuándo, ¿Cómo se efectúa la evaluación?  
**Cada actividad planificada en los planes operativos contempla su indicador y su meta los cuales son evaluados trimestralmente por cada coordinado regional responsable en conjunto con los coordinadores de los niveles locales.**
11. ¿Existen los planes estratégicos quinquenales, los planes operativos anuales, están definidas las estrategias y ruta crítica?  
**Sí existen.**
12. ¿Se utilizan los análisis de situación y las prioridades para la elaboración de los mismos?  
**Sí se utilizan**
13. ¿Estos planes incluyen a otras entidades del sector?  
**Se requiere fortalecer este aspecto ya que no se incluyen**
14. ¿Conoce el sistema de información para la administración logística, el ciclo logístico de nuestra cadena de abastecimiento?  
**No.**
15. ¿Cuáles son los avances en la implementación Sistema de Administración Logística (SIAL)?  
**Desconocemos**

## **PRESUPUESTACION POR PRODUCTO Y RESULTADO**

1. Los presupuestos de funcionamiento e inversión se realizan con base en los objetivos definidos durante el proceso de planificación o en base a los resultados?  
**Los presupuestos actualmente se realizan a una presupuestación histórica y lo asigna directamente el nivel central, no se toma en cuenta el presupuesto por 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?  
**Se requiere hacer este análisis, no existe una herramienta que nos permita hacerlo en estos momentos ya que actualmente nuestro presupuesto es asignado por partidas en forma global a la región y no desagregado por programas.**
3. ¿Cuál es el nivel de responsabilidad de los directivos de instalaciones en el proceso de elaboración y seguimiento de presupuestos, rendición de cuentas por resultados de servicios según indicadores cualitativos y cuantitativos de actividades y de calidad?  
**No, se realiza**
4. ¿Considera usted que reactivar los convenios de gestión son una alternativa para la elaboración del presupuesto por resultados y su evaluación? ¿Qué tipo de convenio sería el más conveniente?  
**Sí consideramos que es una estrategia que podría encaminarnos hacia los presupuestos por resultados**
5. ¿Se están introduciendo compromisos de gestión entre los diferentes niveles del sistema de atención de salud?  
**No**
6. ¿Cuáles y cómo se ha aumentado el porcentaje del presupuesto de salud para la Salud Pública.  
**Ha aumentado en rubros como :**  
**Salarios**  
**Turnos Extras**  
**Insumos medicoquirúrgicos**  
**Medicamentos**  
**Infraestructura (Proyectos)**

## INCENTIVOS

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

**El único incentivo conocido hasta el momento es el bono de productividad y el mismo no toma en cuenta el desempeño del personal; no existen otros tipos de incentivos**

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

**No, no responde a criterios de evaluación del desempeño para todos los profesionales. La evaluación debe ser más enfocada a cada disciplina con un enfoque del desempeño según las actividades diarias segregadas por disciplina.**

3. ¿Cuáles han sido introducidos?

**Sólo el bono de productividad.**

4. ¿Para qué categorías de personal?

**Personal administrativo y técnico.**

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

**No se aplican ni en base a la productividad ni a la antigüedad del personal.**

6. Se considera que un sistema de incentivos impactará sobre la relación costo-beneficio y costo-efectividad en los servicios de salud?

**Sí, la filosofía del recurso humano es formar parte de una institución para servir a otros, por ende un sistema de incentivos constituye un factor de motivación para mejorar el desempeño y calidad de los funcionarios en el desarrollo de sus actividades con mejores estándares de calidad en búsqueda de la excelencia al beneficio de la población de la responsabilidad.**

## **SISTEMA DE ABASTECIMIENTO Y SUMINISTRO**

1. ¿Cómo se determinan las especificaciones técnicas por insumo sanitario para los diferentes servicios? ¿Quién las determina? . **Las especificaciones técnicas son brindadas y determinadas por el nivel central**

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

Existe un sistema de Inventario Cíclico Mensual, de igual forma se realizan inventarios tres veces al Año

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

N/D



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

**N/D**

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

**N/D**

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

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

**sí**

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

**N/D**

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

a. Los Mecanismo que utilizamos para controlar la pérdida son los Inventarios a Nivel Del Almacén Regional e Instalaciones locales, los cuales se complementan con los Informes de Consumo y los informes de Registro diario.

b. el proceso de descarte se coordina con La Dirección Nacional de Salud y la Dirección de Farmacias y Droga aplicando el Decreto 249 del 3 de junio de 2008 que dicta las normas sanitarias de disposición final de los Desechos Farmacéuticos y Químicos.

c. La efectividad se ha visto comprometida por el mismo sistema el cual no cuenta con disponibilidad de Proveedores que cumplan con la Norma para la realización de este proceso, del mismo modo se podría mejorar creando una partida especial para descarte de Medicamentos

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

Si se conoce la información de los insumos vencidos que brinda el sistema LSS/SUMA.

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

Se articula mediante un cronograma mensual de distribución nacional a las regiones, de acuerdo a la llegada de los insumos programados para el año en curso, luego del nivel regional se realiza un cronograma de distribución mensual a cada centro y puesto de salud regional. Las limitantes son

- 1- Recurso Humano calificado tanto técnico como administrativo
- 2- Transporte adecuado para la distribución
- 3- infraestructura adecuada para el almacenamiento

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

No realizamos abastecimientos y suministros entre MINSA y CSS

13. ¿Los criterios aplicables a la priorización de la compra consideran el perfil de morbi - mortalidad de la población y los principales riesgos a la que está sometida?

Los criterios los realiza el MINSA

14. ¿Cómo se realiza la estimación de necesidades de insumos sanitarios?

La estimación de los insumos se realiza teniendo en cuenta, los registros de consumo histórico, inventario de existencia, fecha de vencimiento de los insumos, las actividades regionales (giras, censos, japa, programas) de las unidades ejecutoras.

15. ¿Cómo se registra la información de consumo?

La información de consumo se registra llevando el consumo de medicamentos dispensados, por día por mes y por año de cada instalación de salud (en formatos para estos fines).

16. Conoce las modalidades de compra?

Si se conoce las modalidades de compras

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

Si conocemos el manual de buenas prácticas de almacenamiento y los avances en su implementación.

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

**Si se han presentado, existe un proyecto de construcción de depósito de medicamentos e insumos medicoquirúrgicos en el Banco de Proyectos del Ministerio de Economía y Finanzas elaborado en 2016.**

## 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?

Vigilancia de la salud (SISVIC), Financiamiento (ISTMO), Provisión de los servicios (LSSUMA), SIES, PAI y actualmente el SEIS. Sin embargo, carecemos en nuestro sistema de información de estadísticas vitales, sociales confiables las mismas las obtenemos de fuentes como el INEC y estadísticas nacionales del MINSA, sin embargo falta consolidar la información tanto del CSS y el sector privado además de que la mayor parte de la información no se encuentra desagregada por corregimientos lo que dificulta la confiabilidad en nuestros indicadores

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

**La Existente se utiliza de forma efectiva para la toma de decisiones a nivel local.**

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

**No. No se dispone de un sistema formal y autorizado para la auditoría informática y poder determinar la calidad de la información.**

4. ¿Qué mecanismos aplica el equipo de salud para analizar la información que surge como producto del sistema? ¿Qué procesos transformadores aplica? ¿Y si es oportuno?

**Internamente se analiza la información disponible, cuando se detecta alguna alerta o situación que requiere intervención inmediata.**

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

**Sólo se han definido los usos y contenidos de la información generada por el SIES, SIEEC y PAI como sistemas con plataforma informática formal. Son definidos por las respectivas coordinaciones del nivel nacional.**

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

A través de notas formales dirigidas a los diferentes departamentos y también por visita directa a la región de salud con los actores claves.

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

**No existe un sistema de información gerencial en nuestras instalaciones de salud.**

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

**NO, Nuestro sistema de información institucionalmente está desintegrado según diferentes áreas, y si lo vemos desde el punto de vista del sector salud igualmente no existe un sistema de información único.**

## CATASTRO

### EQUIPAMIENTO Y TECNOLOGIA

### EQUIPAMIENTO Y TECNOLOGÍA ULTIMO AÑO DISPONIBLE NIVEL NACIONAL Y REGIONAL

#### Cuadro No.

#### NUMERO DE CAMAS POR INSTALACION /NUMERO DE CAMAS POR HABITANTE

Nombre de la Instalación	Institución/No. de camas			
	Total	MINSA	CSS	PRIVADO
<b>No. Total de camas</b>	<b>40</b>	<b>0</b>	<b>40</b>	<b>-</b>
•				
•				
•				
•				
•				
•				
•				
<b>No. de servicios de imagenología</b>				
• <b>No. De Ultrasonidos</b>	1	1	-	-
• <b>No. De Rayos X</b>	1	1	-	-
• <b>No. De Panorex</b>	0	0	-	-
• <b>No. De Periapical</b>	0	0	-	-
• <b>No. De CAT</b>	0	0	-	-
• <b>No. De Mamógrafos</b>	0	0	-	-
• <b>No. De Equipos de resonancias magnéticas</b>	0	0	-	-

<b>No. de Laboratorios Clínicos</b>	7	5	2	-
<b>No. de Bancos de Sangre</b>	0	0	-	-
<b>No. de Farmacias</b>	14	12	2	-
<b>No. de Sillones Dentales Completos Incompletos</b>	14	14	-	-

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

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

Si observamos el número de camas existentes a nivel regional para una población de 137,000 habitantes la cual es nuestra población de responsabilidad observamos que la razón es de 0.0002 camas por cada mil habitantes, es decir existe un marcado déficit en nuestro hospital de referencia.

1. Cuáles son los mecanismos establecidos para el reporte de los estudios imágenes realizados?  
Los estudios son enviados para reporte y el informe presentado 15 días después.
2. Qué mecanismos se utiliza para la entrega efectiva de los resultados a los pacientes? Qué porcentaje de estudios realizados no son retirados?  
Los resultados de los estudios de imagenología son entregados a los pacientes a través de citas las cuales se dan a los 15 días de haber sido realizado el estudio.
3. ¿Cuál es el porcentaje del presupuesto de operación destinado a mantenimiento y reparación?
4. ¿Cuál es el porcentaje del personal de mantenimiento cuya formación es meramente empírica.  
100 % a nivel de MINSA
5. ¿Cuáles son los montos del presupuesto destinados a la adquisición de nuevos equipos?
6. Con base a qué criterios se prioriza la adquisición de equipos y de nuevas tecnologías?

En cuanto a la adquisición de equipos se priorizan por la demanda de atención y por la accesibilidad que tenga la instalación de salud a un hospital de segundo nivel, es decir se trata de mantener el equipamiento básico en la áreas menos accesibles.

## FOTOGRAFÍA N°9. FINANCIACIÓN DE LOS SERVICIOS

### COMPENSACION DE COSTOS

1. ¿Existen convenios de compensación de costos con la CSS en la región y en los hospitales, comente sus experiencias?  
**Si existen acuerdos de compensación sin embargo, no se lleva a cabo este proceso en nuestra Región de salud.**
2. ¿Qué mecanismos se aplican para el análisis de la información de costos, como se relacionan los costos con la producción, con el rendimiento, los recursos y los resultados? ¿Qué decisiones se toman a partir de este análisis?  
**No se lleva a cabo**
3. ¿Qué aspectos de la atención sanitaria determinan sus costos? ¿Cómo influyen la tecnología de punta, las decisiones de diagnóstico y tratamiento de los profesionales, en la complejidad de los servicios de salud y duplicidad de los servicios?  
**No aplica**
4. Las tarifas establecidas responden a los costos reales? Sobre qué bases se estiman? Cómo deben ajustarse?  
**No, están basados en la situación socioeconómica de nuestras poblaciones, cda instalación de salud establece sus costos**
5. Cómo afecta la duplicidad de servicios la compensación de costo?  
**En falta de presupuesto para desempeñar acciones en el sector.**

### FUENTES DE FINANCIACION

1. Se han reducido las brechas en gasto total en salud per cápita y gasto público per cápita.  
**Se desconoce**
2. ¿Qué porcentaje de la atención sanitaria se financia a través del presupuesto público? **El 100%**

3. ¿Cuáles son los aportes de la autogestión en la financiación de los servicios sanitarios? **No se realiza autogestión en nuestras instalaciones de salud**
4. ¿Cuáles son los aportes de la autogestión de los Patronatos y Consejos de Gestión en la financiación de los servicios hospitalarios que gestionan? **No se realiza.**
5. El aporte de la atención de salud se fija en función de la capacidad de pago de los usuarios. **No.**
6. ¿Cómo funciona el sistema de evaluación socio-económica? ¿Permite la recuperación de costos de acuerdo a los recursos de los usuarios? ¿Qué modificaciones deben realizarse? ¿Se conoce la diferencia entre costos y tarifas?  
**No se lleva a cabo en los centros de salud**  
  
¿Cuál ha sido el impacto de las resoluciones y decretos de gratuidad en su presupuesto? **Falta de recursos financieros para sostenibilidad de las instalaciones y los programas de salud.**
7. ¿Dentro de su región de salud, a qué población debe subsidiar el Presupuesto del Estado?  
**Los no asegurados**
8. El subsidio estatal es garante de la equidad sanitaria?  
**Contribuye**
9. ¿Las donaciones constituyen una importante fuente financiera o generan en ocasiones mayores dificultades para la organización del sistema? ¿Qué normas deberían regularlas?  
**No, se dan donaciones en nuestra Región**
10. ¿Cuáles han sido los aportes técnicos-financieros de los organismos internacionales, empresas privadas u otros? **Principalmente en aspectos como el Control de la Malaria y construcción de acueductos en áreas rurales.**
11. ¿Las tarifas actuales del sistema facilitan la sobre utilización de los servicios de salud y limitan la eficiencia del sistema?  
**Sí**
12. ¿Existe información confiable y oportuna sobre gasto público en salud, privado y de bolsillo?  
**No.**

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

**No.**

14. ¿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). **Dirección. Planificación y Administración Regional**

15. ¿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?

**A nivel regional desconocemos.**

## FOTOGRAFÍA N°10. PROYECTOS DE INVERSIÓN

1. ¿Con base en el análisis prospectivo de la red de servicios realizado cuáles son las principales áreas de inversión requeridas para el desarrollo de una red integrada e integral de servicios de salud (RIISS)?

2. ¿Qué criterios deben cumplirse para presentar proyectos de inversión? ¿Cuáles de los criterios establecidos por el MEF presentan dificultad debido a su complejidad o a las limitaciones de recursos en la región?

- Los proyectos de inversión deben contar con un estudio de costos y beneficio social, si el monto es igual o mayor a 0.1% ( B/. 23.9 millones ) del presupuesto general del Estado deberá realizarse estudio de factibilidad.
- En caso de montos menores de 0.1% y mayores de cinco millones de balboas (B/. 5.0 millones) requerirán un documento a nivel de perfil de proyectos.

La formulación a nivel de perfil requiere de consideraciones técnicas para el levantamiento de diseños y cálculos de presupuestos, en nuestra Región de salud carecemos de recurso humano idóneo que realice esta actividad

3. ¿De los proyectos de inversión del año 2015 y los proyectados para el 2016, qué porcentaje apunta hacia los objetivos de mejorar cualitativa y cuantitativamente la red de servicios a fin de lograr una red integrada e integral de servicios de salud (RIISS)? ¿Cuáles fortalecen la estrategia de atención primaria de salud renovada?

**Todos los proyectos formulados**



4. Existen proyectos financiados por medio de la Cooperación Técnica internacional.

**No.**

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

**Sí.**

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

**El plan quinquenal de inversiones es revisado y adecuado a las necesidades priorizadas y a las demandas regionales.**

## ANÁLISIS DE DESIGUALDADES EN LA REGIÓN DE SALUD DE PANAMÁ ESTE.

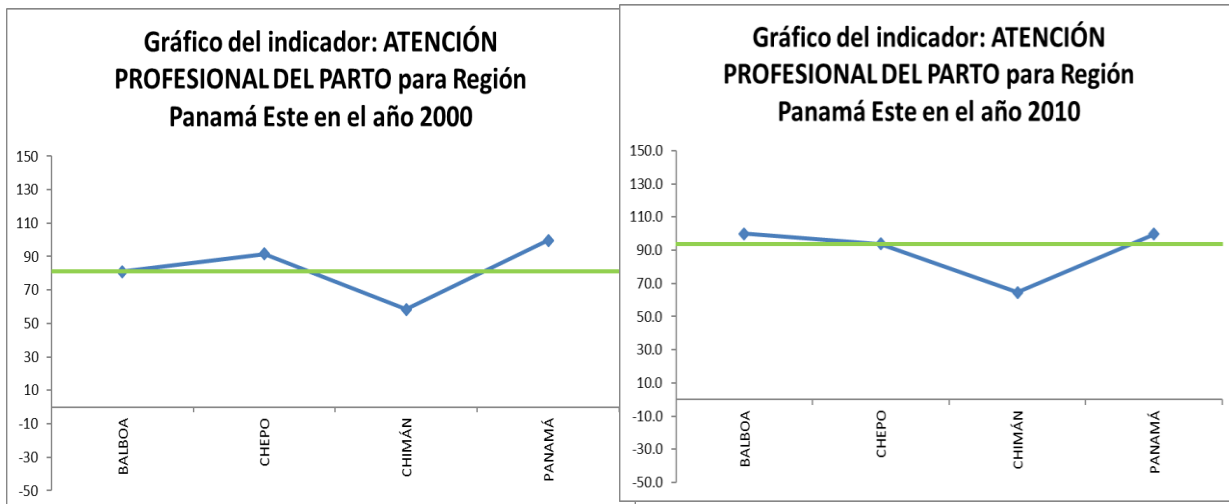
Según el análisis de desigualdades presentados en el Atlas de Desigualdades 2015, Panamá presenta diferencias marcadas entre las provincias, especialmente en la dimensión de nivel de vida que evalúa el acceso a servicios básicos, ingresos y empleo; la Región de Salud de Panamá Este no escapa a esas desigualdades las cuales a lo largo de este ASIS regional la hemos podido observar con diversos indicadores como por ejemplo, el IDH, el ingreso promedio per cápita, entre otros.

### ATENCIÓN PROFESIONAL DEL PARTO VS INGRESO

Análisis descriptivo de los valores		
del indicador: ATENCIÓN PROFESIONAL DEL PARTO	2000	2010
Promedio	76.97	86.20
Desviación estándar	17.01	18.87
Máximo	91.60	100.00
Percentil .75	93.60	99.85
Percentil .5 (Mediana)	81.00	93.90
Percentil .25	69.65	79.30
Mínimo	58.30	64.70
Rango	33.30	35.30
Número de casos	4	4

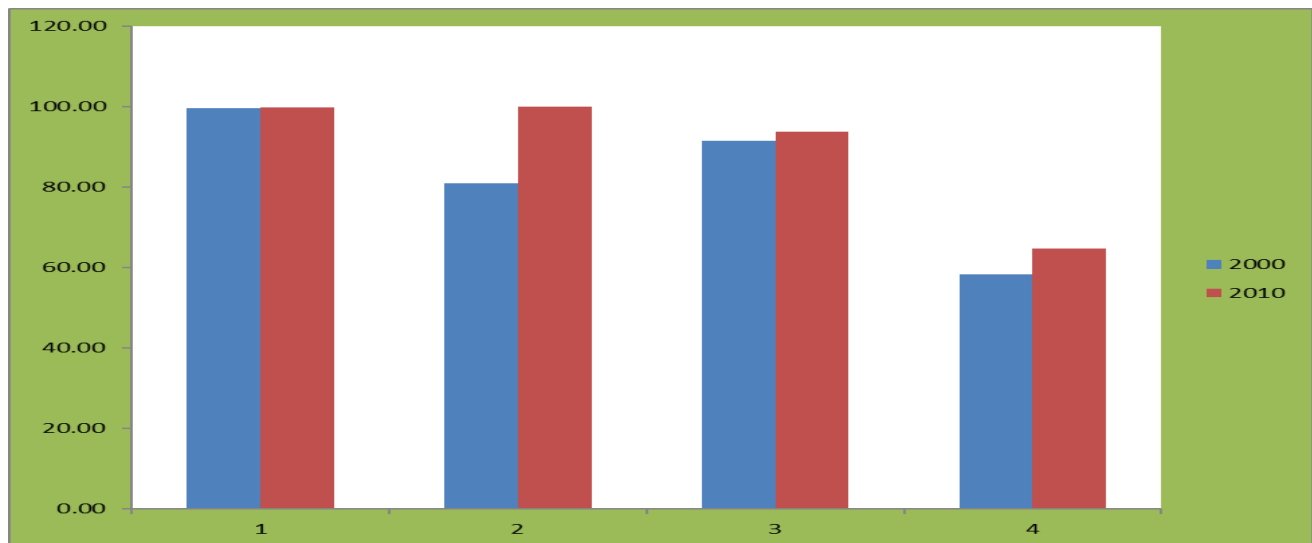
Fuente: INEC





Fuente: INEC

**Gráfico Atención Profesional del Parto VS. ingresos por Distrito en la Región de Salud de Panamá Este. Años 2000 - 2010**



Fuente : INEC

En la información presentada en los gráficos anteriores podemos observar que de los distritos de la región de Salud de Panamá Este el Distrito de Chimán presenta la mayor desigualdad en cuanto atención profesional del parto e ingresos, evidentemente en nuestra Región este Distrito es el de menor accesibilidad geográfica, y según datos de la Encuesta de propósitos múltiples de los 4 distritos de la región es el que mayor porcentaje de pobreza genera 57.7% y de pobreza extrema (26.5%) , el ingreso promedio per cápita a Nivel del Distrito fue de B/ 144.9 para el año 2015. Y en cuanto al coeficiente de GINI

este Distrito presenta el corregimiento a nivel regional con el coeficiente más alto , el cual es el Corregimiento de Brujas.

Este análisis nos lleva a reforzar el hecho de las intervenciones a nivel de la Región de salud deben enfocarse en nuestras áreas más vulnerables como lo es el Distrito de Chimán; por lo cual los proyectos sociales deben ser concentrados en esta área con el fin de mejorar las condiciones de vida que influyen nuestros indicadores regionales y a nivel de país.

## Bibliografía

1. Plan de Gobierno de La República de Panamá 2014-2019.
2. Política Nacional de Salud y Lineamientos Estratégicos, 2010-2015. Dirección de Planificación, Ministerio de Salud de Panamá, “2010.
3. Funciones Esenciales de La Salud Pública. 2002.
4. Lineamiento Metodológico de los Perfiles de los Sistemas de Salud, Monitoreo y Análisis de los Sistemas de Cambio. OPS- USAID.
5. Análisis Prospectivo de la Red de Servicios de Salud, Ministerio de Salud de Panamá.

## Fuentes Consultadas

Experiencia técnica del personal de:

- Dirección Nacional de Planificación
  - Departamento de Análisis de Situación y Tendencias de Salud
  - Departamento de Planificación de Salud Poblacional
  - Departamento de Planificación de Salud Ambiental
  - Departamento de Registros y Estadísticas de Salud
  - Departamento de Formulación y Evaluación de Presupuesto y Proyectos de Inversión
- Dirección de Recursos Humanos
- Dirección de Promoción de La Salud
- Dirección de Provisión de Servicios de Salud
- Dirección General de Salud
- Planificación Regional de las 14 Regiones