



ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD DE LA REGIÓN DE SALUD DE COCLE
2017

MINISTERIO DE SALUD



ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD REGIÓN DE COCLÉ

Dra. Ana María Martín
Directora Regional de Salud de Coclé

CONDUCCION DEL PROCESO: Dpto. de Planificación Salud de Coclé

ACTORES

Equipo Técnico de la Dirección Regional de Salud de Coclé, Planificación y REGES de la Dirección Institucional de Salud de la C.S.S. de Coclé, MEDUC, MIAMBIENTE, MIDES, MITRADEL, MICI, MIVI, CRUC-U.P., IDAAN, MEF, Equipos Distritales de Salud y otros actores comunitarios

Comentado [DM1]: Debe iniciar con fotos del proceso regional y de los distritos. Debe ilustrar el inicio

FOTOGRAFÍA N° 1. CARACTERIZACIÓN DEL CONTEXTO

Comentado [P2]: Se inicia con este título

DESCRIPCIÓN GENERAL DE LA PROVINCIA DE COCLÉ

La provincia de Coclé está ubicada en la zona central de Panamá. En el centro geográfico de la república de Panamá, entre los 8° 05" y los 9° 03" de Latitud Norte y los 80°02" y los 8° 05" de Longitud Oeste.

Tiene una superficie de 4.927 km². Limita al norte con la provincia de Colón, al este con la provincia de Panamá Oeste, al sur con la de Herrera y el golfo de Parita y al oeste con la de Veraguas. El centro y norte de la provincia están accidentados por la cordillera central, al sur pertenece las llanuras centrales, tierras bajas muy fértiles que se extienden hasta el litoral.

Mapa 1. Localización de la Provincia de Coclé.



Historia

La Provincia de Coclé fue creada mediante Acto del 12 de septiembre de 1855, con el título de Departamento, siendo Presidente del Estado Federal el destacado estadista Dr. Justo Arosemena. Por el Decreto N° 190 del 20 de octubre de 1886, el antiguo Departamento tomó el nombre definitivo de Provincia de Coclé.

Geografía

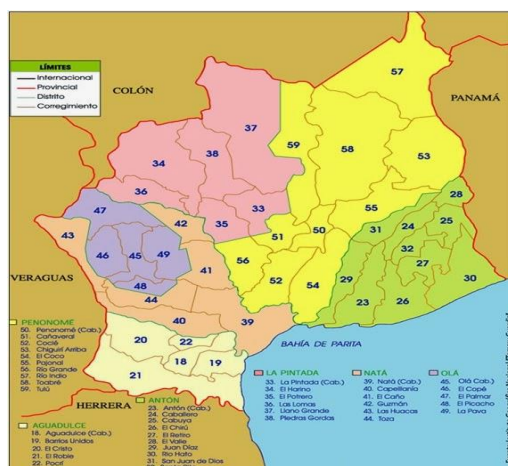
El norte de la provincia es atravesada por la Cordillera Central de Panamá, con escarpadas elevaciones de origen volcánico que van desde los 200 msnm hasta los 1.600 msnm; al Sur se encuentra la gran llanura que se extiende hasta la costa. El clima es tropical lluvioso con precipitaciones del orden de los 2.500 mm anuales, que en algunos puntos del norte de las provincias alcanza los 4.000 mm. Los ríos principales de la provincia pertenecen a la vertiente del Pacífico (Grande, Chico) y en el límite norte del territorio tienen origen algunas corrientes que, a través del Río Coclé del norte van al Mar Caribe.

División administrativa: La provincia de Coclé está dividida en seis distritos y su capital es Penonomé

Tabla 1 Distritos y corregimientos de Coclé

Distrito	Corregimiento	Cabecera
Aguadulce	Aguadulce, El Cristo, El Roble, Pocrí, Barrios Unidos	Aguadulce
Antón	Antón, Cabuya, El Chirú, El Retiro, El Valle, Juan Díaz, Río Hato, San Juan de Dios, Santa Rita, Caballero	Antón
La Pintada	La Pintada, El Harino, El Potrero, Llano Grande, Piedras Gordas, Las Lomas, Llano Norte	La Pintada
Natá	Natá, Capellanía, El Caño, Guzmán, Las Huacas, Toza	Natá de Los Caballeros
Olá	Olá, El Copé, El Palmar, El Picacho, La Pava	Olá
Penonomé	Penonomé, Cañaveral, Coclé, Chiguirí Arriba, El Coco, pajonal Río Grande, Río Indio, Toabré Tulú	Penonomé

Mapa 2: División Administrativa de la Provincia de Coclé



La provincia de Coclé pese a su extensión y gran número de lugares poblados localizados en las zonas montañosas, carece de una red adecuada de vías terrestres. Las carreteras pavimentadas se limitan a ciertas vías de acceso que conducen a las cabeceras de algunos corregimientos. El resto son carreteras revestidas (de tosca). La mayoría son carreteras de tierras y/o caminos de producción transitables solo en temporada seca.

Mapa No. 3. Vías terrestres de acceso en la provincia de Coclé



Situación económica- socio cultural que influyen en la salud y su desempeño

Aspectos Económicos y Sociales



Marco económico nacional.

Panamá es reconocida como una de las más importantes y pujantes economías de Centroamérica y de la Región, el producto interno bruto ha sido sostenido a través de los años, y este incremento guarda una relación inversa con la tasa de desempleo. El alto nivel de crecimiento del PIB nos indica que Panamá no es un país pobre y que cuenta con los recursos necesarios para encaminarse hacia el desarrollo económico necesario. Sin embargo, se han observado diferencias importantes en la participación de este crecimiento en los últimos años entre los diferentes segmentos de la población.

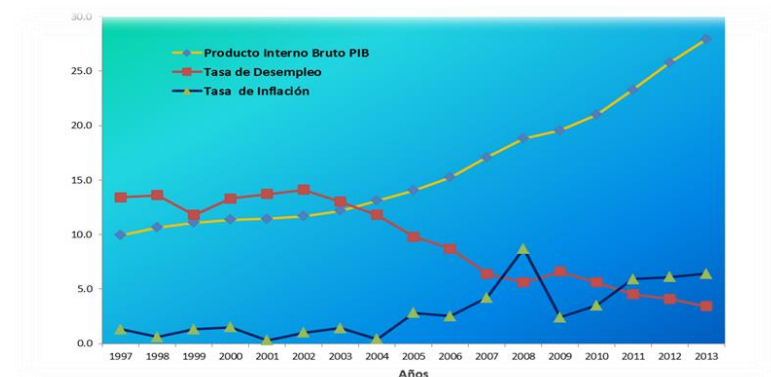
En el año 2016 el Producto Interno Bruto (PIB) real totalizó B/.37,471.8 millones, B/.1,740.2 millones, 4.9% superior a lo registrado en similar periodo de 2015 (B/. 35,731.6 millones), según las cifras preliminares del Instituto Nacional de Estadística y Censo de la Contraloría General de la República, con la metodología de medidas encadenadas del volumen a precios del año 2015 y con año de referencia 2007.

Los resultados de la Encuesta de Mercado Laboral (EML) de agosto de 2016, indicaron que tanto la población de 15 años y más de edad como la población económicamente activa (PEA), aumentaron. Dentro de la PEA, se incrementaron la población ocupada y la desocupada. La tasa de desocupación aumentó a 5.5%, pero también las expectativas de obtener un empleo fueron superiores.

En 2016 se registró el segundo mayor incremento en el número de ocupados de los últimos tres años.

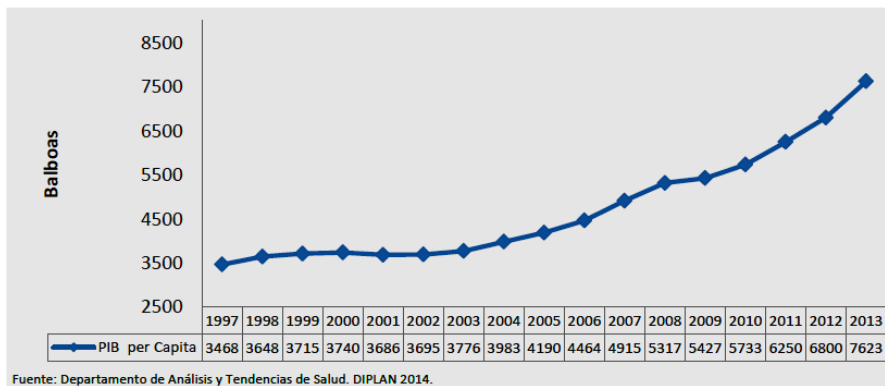
Por otra parte, fue importante el descenso en el número de ocupados con ingreso inferior a los mínimos legales (13.0% menos). La tasa de empleo informal no agrícola se situó en 40.2%, pero a pesar del leve incremento en relación con el año anterior, en las empresas del sector formal y en los hogares esta situación laboral disminuyó.

Gráfica Nº 1. Producto Interno Bruto y su efecto sobre la tasa de desempleo e inflación



Esta encuesta también estima que la participación en el mercado de trabajo disminuyó entre marzo 2015 y marzo 2016 en 0.2 puntos porcentuales pasando de 64.9 a 64.7 por ciento, respectivamente. La diferencia en la participación por sexo, registrando los hombres una tasa de participación en la actividad económica de 78.9 por ciento, en comparación con el 51.5 por ciento reflejado por las mujeres. Al relacionar este indicador, entre ambos periodos, se observó una disminución en la participación masculina de 0.6 por ciento y un aumento de 0.3 en la participación femenina.

Gráfica N°2. Evolución del PIB per Cápita en el periodo 1997-2013

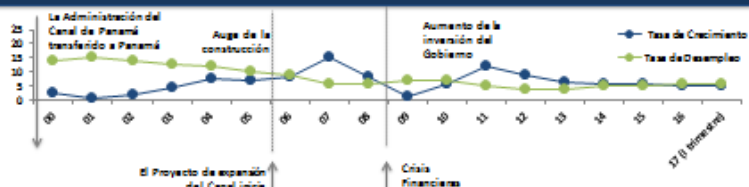


Contexto Económico y Social

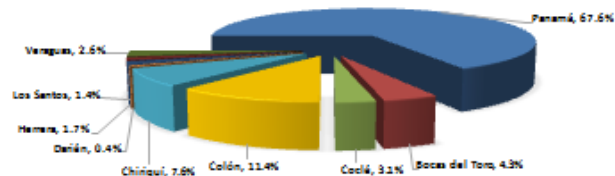


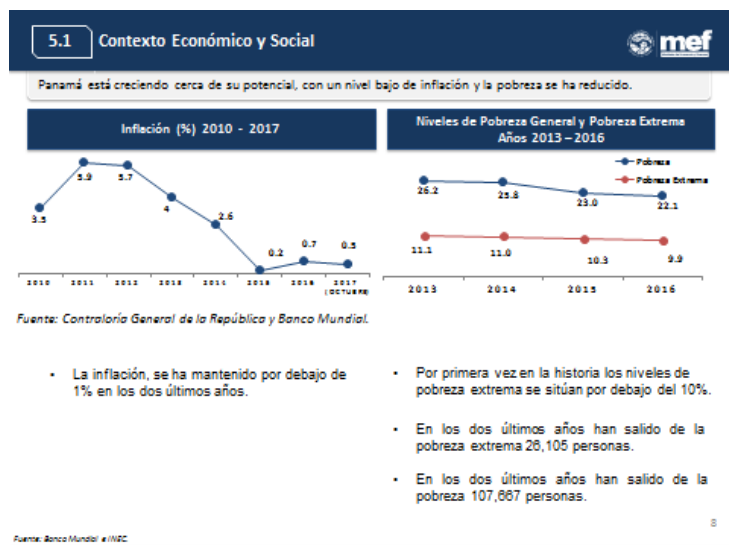
La economía de Panamá sigue creciendo de manera sostenible y con baja tasa de desempleo.

Crecimiento de Panamá y Tasa de Desempleo de los últimos años



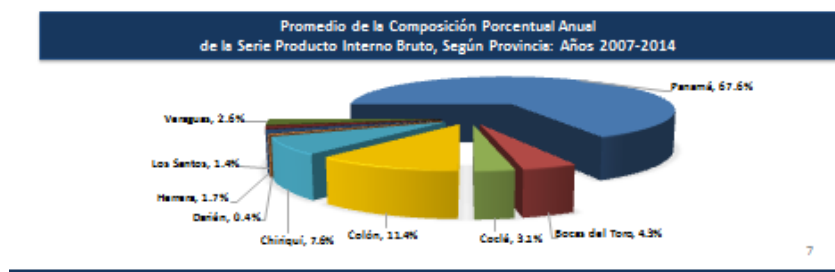
Promedio de la Composición Porcentual Anual de la Serie Producto Interno Bruto, Según Provincia: Años 2007-2014





Desempeño económico de Coclé

La tasa de desempleo en la Provincia de Coclé ha tenido un comportamiento de descenso continuo desde el 2010 al 2015 pasando de 13.9 a 3.3 según datos de la Contraloría. La tasa de empleo informal también descendió del 2010 al 2015 de 56.2 a 39.9. La población con protección social del Estado es del 82% para el 2015. En cuanto a asegurados activos si bien tuvo un incremento del 2000 al 2010 del 45.46% las cifras del 2015 muestran un descenso del 19 por ciento respecto al 2010. La provincia de Coclé



Cuadro #1 Algunos indicadores económicos y sociales de Coclé .2000, 2010, 2015

B. Aspectos económicos y sociales	2000			2010			2015		
	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem
Población económicamente activa	74609	56177	18432	86683	60824	25859	114966	70677	44289
Tasa de actividad	48.6	70.5	24.9	46.17	63.3	28.22	61.8	78.2	45.3
Tasa de desempleo	13.9	11.5	17.8	4.3	2.9	6.9	3.3	S/D	S/D
Tasa de empleo informal	S/D	S/D	S/D	56.2	51.9	62.0	39.9	40.7	39.0
Porcentaje de población asegurada	7.1	S/D	S/D	84.0	S/D	S/D	82.0	S/D	S/D
□ Asegurados activos	48192	S/D	S/D	70103	S/D	S/D	56648	S/D	S/D
□ Pensionados	7084	S/D	S/D	13636	S/D	S/D	14785	S/D	S/D
□ Jubilados									
□ Beneficiarios	88153	S/D	S/D	112666	S/D	S/D	138037	S/D	S/D
Porcentaje de analfabetismo	6.1	3.1	3.0	4.7	2.4	2.3	S/D	S/D	S/D
Escolaridad de la población	182454	94239	88215	178822	91488	87334	S/D	S/D	S/D
□ Básica completa	102732	55557	47175	45217	23143	22074	27246	S/D	S/D
□ Media completa	43769	20179	22324	7761	3506	4255	S/D	S/D	S/D
□ Vocacional	2379	1266	1113	1006	531	475	S/D	S/D	S/D
□ Universidad completa	8108	4314	5060	3423	S/D	S/D	3989 *	S/D	S/D
Déficit habitacional	32.9	N/A	N/A	14.5	N/A.	N/A	S/D	S/D	S/D

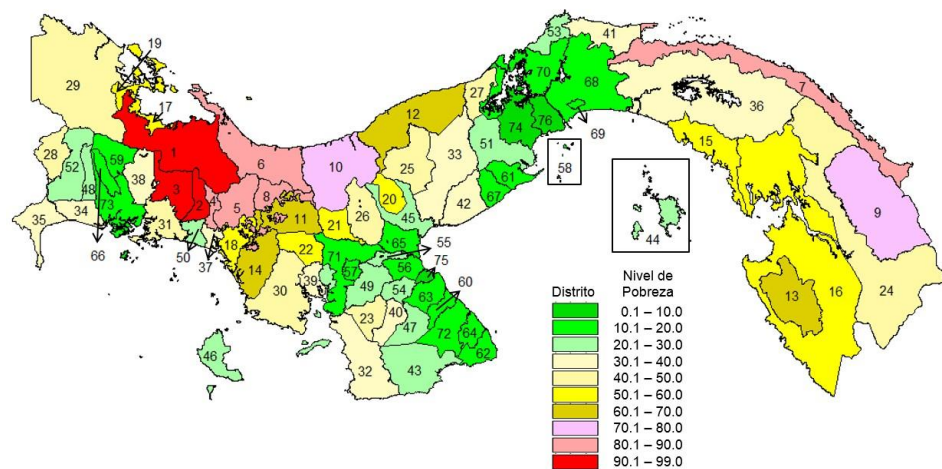
Fuente: INEC. Contraloría General de la República.

La Pobreza y extrema pobreza en Coclé.

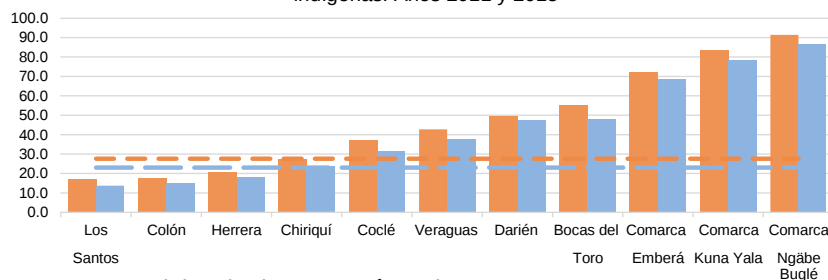
Según el Informe de Pobreza y Desigualdad en Panamá, Mapas a nivel de Distritos y Corregimientos del año 2015, elaborado por el MEF y Banco Mundial, el Distrito de Aguadulce muestra dentro de la provincia el menor nivel de pobreza (10.1-20.0) seguido de Natá (20.1-30 %). En tanto que Olá el mayor nivel (50.1-60%) seguido por los distritos de La Pintada (40.1-50.0), Penonomé y Antón (30.1-40.0). Respecto al país

Aguadulce ocupa la posición 65, Natá la 45, La Pintada 25, Penonomé la 33 y Antón la 42 de un total de 76 Distritos, siendo esta último el de menor nivel en el País.

Mapa No. 6. Incidencia de pobreza general y su orden, por distritos: Año 2015 (En porcentaje)



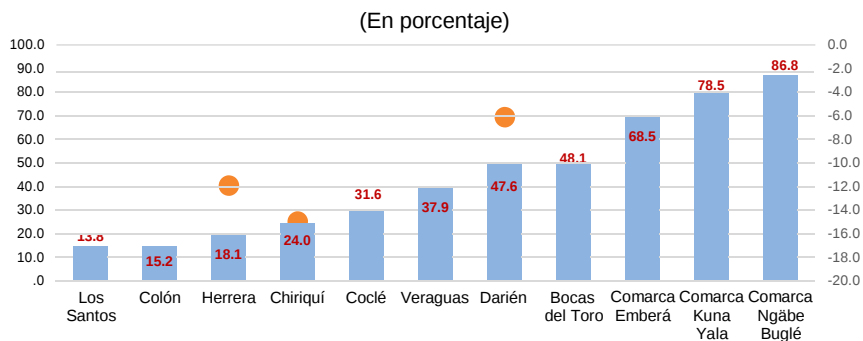
Gráfica No. 3. Incidencia porcentual de la pobreza general, por provincias y comarcas indígenas: Años 2011 y 2015



Fuente: Ministerio de Economía y Finanzas.

En cuanto a la incidencia porcentual de la pobreza por provincias y comarcas Coclé mostró una reducción, sin embargo aún se mantenía con un porcentaje superior a la media nacional por encima de Los Santos, Colón, Herrera y Chiriquí pero superada por Veraguas, Darién, Bocas del Toro y las Comarcas indígenas.

Gráfica No. 4. Incidencia de la pobreza general y cambio porcentual entre 2011 y 2015, por provincias y comarcas indígenas: Año 2015



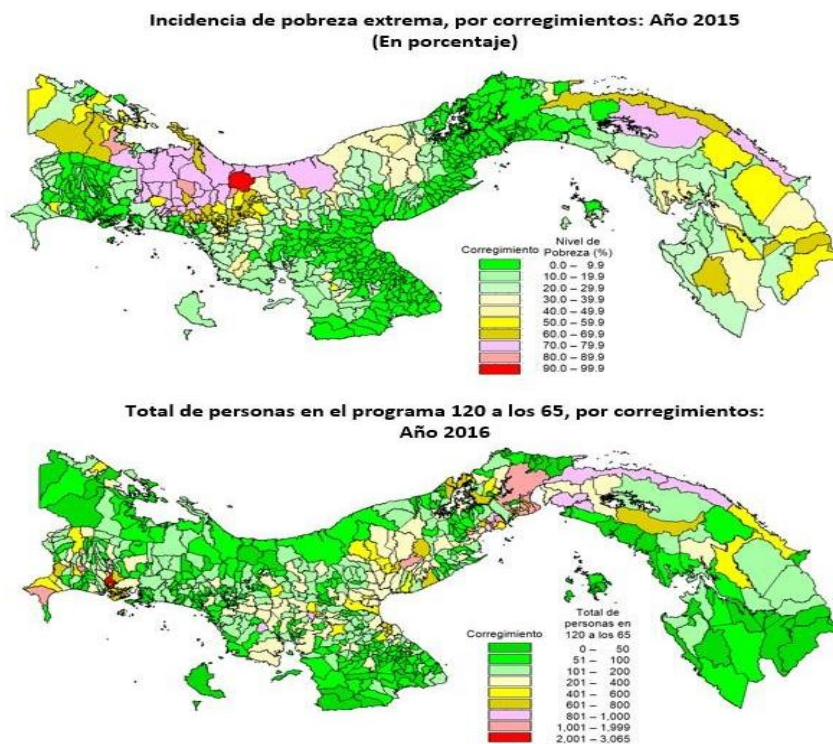
■ Pobreza General 2015 ● % del cambio en la pobreza general 2015/2011

Coclé fue la provincia que con un promedio de pobreza del 31.6% obtuvo una ganancia de 14 puntos respecto al 2011, atribuible a muchos factores, dentro de ello a los Programas de transferencia monetaria y condicionada y los subsidios estatales diversos. Es reconocido por el informe el desconocimiento del comportamiento de este indicador al desagregarlo por Corregimiento por las limitantes de la propia metodología de la Contraloría.

Utilizando otra metodología ("en el cual las medidas de pobreza y desigualdad se calculan a partir del ingreso per cápita simulado en el censo

Desigualdad de los niveles de pobreza entre áreas geográficas

Según la Encuesta de Propósitos Múltiples de marzo de 2015, el 23.0% de la población panameña se encontraba en condición de pobreza general y el 10.3% en indigencia. En Coclé el 12.3% de sus habitantes viven en pobreza extrema.



ÍNDICE DE POBREZA MULTIDIMENSIONAL EN COCLÉ

El Índice de la Pobreza Multidimensional de Panamá, 2017 hace referencia a las cifras oficiales de pobreza y demuestran una reducción importante en los últimos años, lo que ha resultado en gran parte por el fuerte crecimiento económico de la última década y por programas sociales como Red de Oportunidades, 120 a los 65 y Beca Universal, entre otros. Se considera que alguien vive en condición de pobreza o pobreza extrema cuando el ingreso per cápita de su hogar (o sea ingreso total del hogar dividido por el número de miembros) está por debajo de la línea de pobreza general (o en caso de la pobreza extrema, cuando está por debajo de la línea de pobreza extrema).

La provincia de Coclé ocupa el tercer lugar con respecto al valor del Índice de Pobreza Multidimensional (IPM) con 22.6 %, con una incidencia de pobreza de 38.55, siendo los indicadores que mayor contribuyeron al IPM la precariedad del empleo (14.0%), logro educativo insuficiente (11.3%), desocupado y trabajador familiar (11.3%), manejo inadecuado de la basura (10.6%) y el acceso a vías de comunicación (8.2%), además de contribuir como quinto lugar por falta de acceso Vías terrestres.—(Fuente: Índice de Pobreza Multidimensional de Panamá: año 2017, MEF, MIDES, INEC – junio de 2017).

Estos indicadores están mayormente asociados a las familias con necesidades insatisfechas del área rural, que constituye el 67% (173,745 habitantes) de la población de la provincia según el censo de 2010.

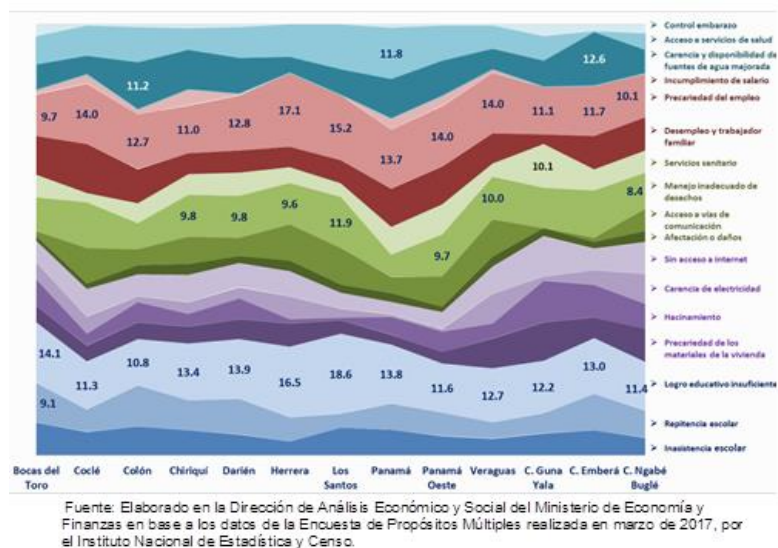
De acuerdo al informe Económico social y anual del MEF, 2016, en Coclé, en los últimos años el crecimiento en la ocupación ha sido mayor en la Agricultura, ganadería, caza, silvicultura y actividades conexas (6,236 adicionales), a partir del desarrollo de actividades como siembra de arroz y cebollas. El segundo lugar, las industrias manufactureras (949 adicionales), por el procesamiento de productos alimenticios y las confecciones artesanales.

Niveles de satisfacción de necesidades básicas, por distritos: Año 2010

Provincias y comarcas indígenas	Distritos	Posición	Nivel de satisfacción	Provincias y comarcas indígenas	Distritos	Posición	Nivel de satisfacción
Comarca Ngäbe Buglé	Besiko	1	13.14	Los Santos	Macaracas	39	80.57
Comarca Ngäbe Buglé	Kankintú	2	14.30	Veraguas	Río de Jesús	40	80.79
Comarca Ngäbe Buglé	Kusapín	3	26.49	Panamá	Balboa	41	80.85
Comarca Ngäbe Buglé	Mironó	4	27.60	Herrera	Ocú	42	80.87
Comarca Ngäbe Buglé	Müna	5	28.18	Chiriquí	Boquerón	43	81.05
Comarca Kuna Yala	Comarca Kuna Yala	6	32.46	Chiriquí	Remedios	44	81.26
Comarca Ngäbe Buglé	Nole Duima	7	34.18	Panamá	Capira	45	82.04
Comarca Emberá	Cémaco	8	40.37	Colón	Santa Isabel	46	82.26
Comarca Ngäbe Buglé	Nurum	9	45.61	Chiriquí	Bugaba	47	82.56
Comarca Emberá	Sambú	10	54.69	Coclé	Natá	48	83.12
Veraguas	Cañazas	11	56.38	Coclé	Penonomé	49	84.11
Veraguas	Santa Fé	12	57.34	Veraguas	Montijo	50	84.39
Panamá	Chimán	13	60.55	Chiriquí	San Félix	51	84.73
Veraguas	Las Palmas	14	62.06	Chiriquí	Boquete	52	85.11
Colón	Donoso	15	63.11	Herrera	Pesé	53	86.05
Bocas del Toro	Chiriquí Grande	16	63.64	Coclé	Antón	54	87.35
Darién	Pinogana	17	64.52	Veraguas	Atalaya	55	87.51
Chiriquí	Tolé	18	64.92	Herrera	Parita	56	87.64
Herrera	Las Minas	19	65.32	Herrera	Santa María	57	87.88
Darién	Chepigana	20	65.70	Colón	Portobelo	58	87.93
Bocas del Toro	Bocas del Toro	21	66.59	Los Santos	Pedasí	59	88.07
Coclé	Olá	22	67.60	Los Santos	Pocrí	60	88.14
Veraguas	San Francisco	23	68.68	Los Santos	Los Santos	61	89.40
Chiriquí	Renacimiento	24	69.74	Panamá	San Carlos	62	89.52
Veraguas	Calobre	25	71.32	Panamá	Chame	63	89.55
Bocas del Toro	Changuinola	26	71.56	Chiriquí	Dolega	64	90.09
Veraguas	La Mesa	27	71.59	Los Santos	Guararé	65	90.85
Veraguas	Soná	28	72.83	Colón	Colón	66	91.54
Chiriquí	San Lorenzo	29	73.31	Los Santos	Las Tablas	67	92.69
Veraguas	Mariato	30	73.37	Coclé	Agualdulce	68	93.27
Chiriquí	Alanje	31	74.50	Chiriquí	David	69	93.33
Colón	Chiagres	32	75.40	Veraguas	Santiago	70	93.48
Panamá	Chepo	33	75.42	Panamá	La Chorrera	71	93.90
Herrera	Los Pozos	34	76.35	Panamá	Taboga	72	94.23
Coclé	La Pintada	35	77.60	Panamá	Arraján	73	95.36
Chiriquí	Gualaca	36	78.33	Herrera	Chitré	74	96.33
Chiriquí	Barú	37	79.44	Panamá	Panamá	75	96.48
Los Santos	Tonosí	38	79.96	Panamá	San Miguelito	76	97.36

Comentado [DM3]: Faltan títulos a los cuadros. Listo....

Contribución porcentual de cada indicador al índice de pobreza
Multidimensional, por provincias y comarcas indígenas: Año 2017

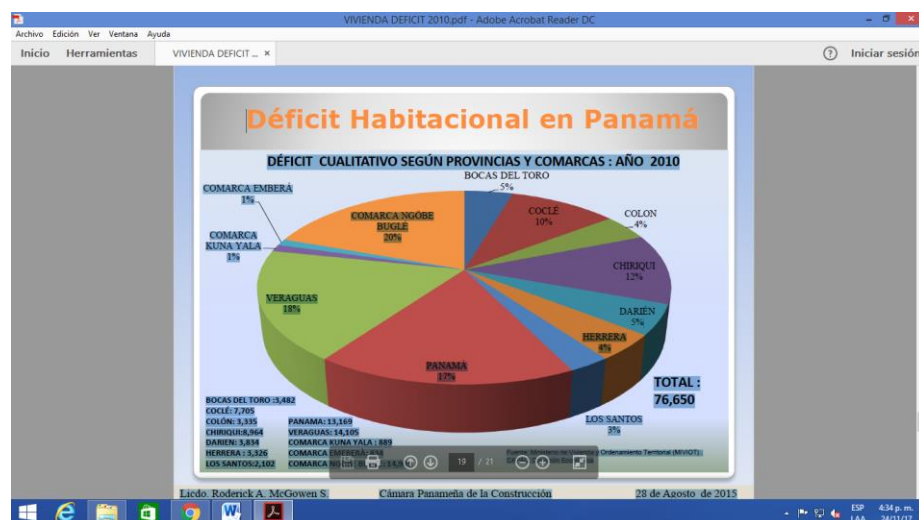


Comentado [DM4]: No tiene título listo...

Porcentaje y número de personas pobres multidimensionales, según
provincias y comarcas indígenas: Año 2017



Situación de la Vivienda.



Intervención del Estado en la Problemática de la Vivienda en Coclé

Licdo. Roderick A. McGowen S. Cámara Panameña de la Construcción 28 de Agosto de 2015

Programas de Vivienda por parte del Estado

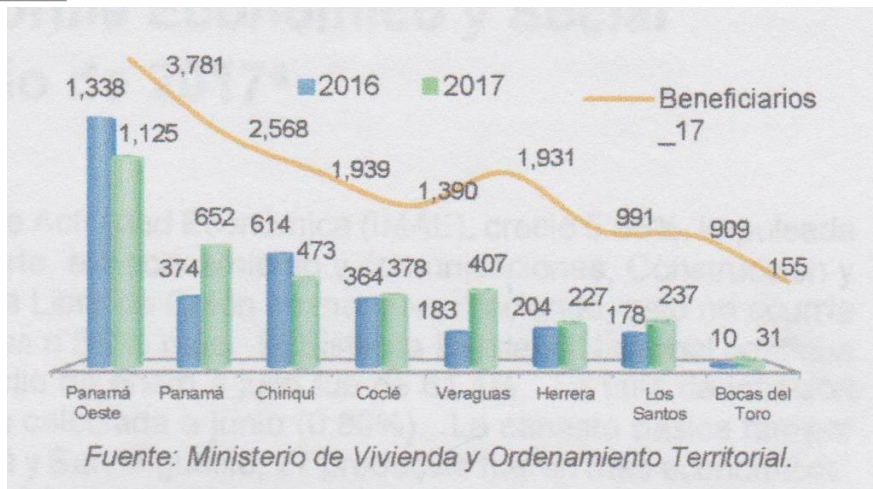
Proyecto Techo de Esperanza (Beneficia a familias de escasos recursos que cuentan con casas condenadas, se reparan, reconstruirán y mejorara las viviendas en la Comunidad de Burunga, Ciudad Capital)

Proyecto de Renovación de la Ciudad de Colón-Rep. Panamá (Programa orientado a la construcción y renovación de viviendas localizadas en el área de la provincia de Colón durante un lapso de 5 años)

Fondo Solidario de Vivienda (Bono de B/.10Mil) (Aporte Estatal a las familias de bajos ingresos y que puedan adquirir viviendas nuevas, precio no mayor a B/.50mil y deben tener una superficie cerrada de 50M²)

Programa de Mensura y Legalización (Objetivo ordenar, medir y legalizar las tierras, lotes y mejorar el desarrollo urbano de los asentamientos. Existen 500 asentamientos informales)

Según datos del Ministerio de Vivienda y Ordenamiento Territorial (MIVIOT), a la fecha se entregaron 7,800 residencias de interés social en el año y se tienen gestionadas más de 55 mil viviendas en todo el país, de las cuales más del 55% ya están en construcción. En total las soluciones de vivienda alcanzan una cifra de B/.689.5 millones. En Coclé los proyectos gubernamentales alcanzaron un costo global de B/.10.5 millones, el proyecto de apartamentos 'Villa Bello Horizonte' alcanzó 49.5% de avance en su construcción de dos torres de apartamentos y los proyectos de viviendas '19 de octubre' y 'Los Girasoles' presentaron 28% y 89% de avance.



Situación de Educación:

La Región Educativa de Coclé tiene en la actualidad 337 centros educativos, de los cuales el 75% corresponden a áreas de difícil acceso, 25 centros educativos particulares y 4 nocturnas oficiales, con una matrícula de 61,202 estudiantes, atendidos 3,538 docentes (290 de educación inicial, 1,730 en educación primaria y 1,518 en premedia y media de educación oficial), 19 Supervisores de Educación Básica y 9 de Especialidades y 4 Coordinadores (Educación Inicial, Inglés, Escuelas Particulares, Programa Premedia Multigrado y Tele básica).

NIVEL	MATRÍCULA
Educación Inicial	6844
Educación Primaria	25513
Educación Premedia	12234
Educación Media	8831
Educación Particular	5865
Educación Media	1794
Educación Jóvenes y Adultos	1915
TOTAL	61202

**MINISTERIO DE EDUCACIÓN
DIRECCIÓN REGIONAL DE EDUCACIÓN DE COCLÉ
TOTAL DE EMBARAZADAS (10 a 19 años de edad)**

DISTRITO	2014	2015	2016
Aguadulce	16	11	20
Anton	30	22	34
La Pintada	2	7	2
Natà	2	10	7
Olá	2	1	0
Penonomé	12	15	25
TOTAL	64	66	88

El aumento de estudiantes embarazadas en edades comprendidas de 10 a 19 años de edad, es una situación preocupante en educación ya que afectan la salud física, emocional de las estudiantes por la escasa preparación para afrontar esta nueva etapa de su vida, la maternidad. El Decreto Ejecutivo N° 443 del 7 de noviembre de 2001, garantiza la continuidad y terminación de estudios de las menores embarazada en los centros educativos oficiales y particulares del país.

El 45% de los planteles tiene letrinas y el 55% baterías sanitarias.

Existen otros factores de competencia de las entidades públicas que no cubre a satisfacción el debido mantenimiento, gestión y vigilancia de los servicios públicos. Los conflictos institucionales podrían resumirse en la falta de integralidad en las atenciones o bien la duplicidad de funciones entre los cuales podemos mencionar:

- a) **El adecuado funcionamiento de las plantas** de tratamiento de aguas residuales públicas y privadas que hayan sido aceptadas, es competencia del IDAAN. La normativa establece que una vez hayan sido aceptadas por el IDAAN, son los responsables de su mantenimiento. Sin embargo, la falta de asignación de recursos para ello genera que las plantas se deterioren y den mal servicio convirtiéndose en factores de riesgo a la salud de grandes aglomeraciones de habitantes, las cuales acuden a las oficinas del Ministerio de Salud en busca de respuestas al sentir su salud amenazada. El mantenimiento y reparación de las líneas de alcantarillado demoran y como siempre la salud de la población está amenazada, esta termina acudiendo a las oficinas de salud en busca de respuestas.

En materia de aprobación de proyectos de construcción, algunos Municipios no tienen un sistema de gestión apropiado para el seguimiento y fiscalización de las obras. La ley les permite, a través de Ingeniería Municipal, utilizar el mecanismo de paralización de las obras cuando no se cumple con lo establecido y aprobados en los planos.

En los últimos años, hemos observado la proliferación de Permisos Previos llamados P y P. que permiten que los promotores construyan aún sin haber sido revisado los planos por las instituciones competentes en materia, con el pretexto de agilizar las construcciones en detrimento del cumplimiento de normativas.

b) Debilidad en la Gestión de los Desechos Sólidos por los Municipios.

Se ha realizado intervención por la Autoridad de Aseo en los Municipio de Aguadulce y Penonomé con el saneamiento de los vertederos bajo el sistema de confinamiento soterrado, además de dotación de maquinarias, camiones compactadores y de recolección a todas las municipalidades de la provincia.

En Coclé se cuentan con un sistema tipo relleno sanitario en Antón y a pesar de las intervenciones de la Autoridad de Aseo en la provincia existe deficiencia en el manejo de los desechos sólidos y en la disposición final de los mismos.

c) Debilidad en las articulaciones interinstitucional y de los gobiernos locales para el cumplimiento de las normas sanitarias en materia de establecimientos de interés sanitario y de alimentos.

Disposiciones y actuaciones en la aplicación de las leyes hacen colisionar los intereses y funciones entre el Ministerio de Salud, Ministerio de Comercio e Industrias (MICI), las Alcaldías con las autorizaciones para el funcionamiento de establecimientos de interés sanitario y expendio en detrimento de lo sanitario.

La ley de 11 de enero 2007 sobre la agilización de aperturas de empresas, Panamá Emprende, permite que los establecimientos se instalen a través de un Aviso de Operación sin ser verificados por MINSA. Una vez que el negocio está en funcionamiento nos encontramos que no cumplen con requerimientos básicos, como: ubicación, estructuras por tipo de actividad, servicios sanitarios, fregadores, trampas de grasa, personal sin carnet de salud, entre otras, por lo cual el Ministerio de Salud le toca realizar un proceso administrativo a los infractores, por considerarse un riesgo a la salud pública.

Cuales son las prioridades identificada?

Existen otros aspectos que afectan el desarrollo de los procesos del MINSA tales como:

No hay una Política de Estado en el ámbito de la disposición adecuada de los desechos sólidos (Autoridad de Aseo) ni el financiamiento necesario destinado a la transformación de los residuos sólidos domiciliarios generados en cada distrito del país, en forma moderna, es decir mediante la aplicación de la tecnología de **Relleno Sanitario**, inadecuada y arcaica práctica estatal, la quema de la basura, genera humos y gases muy tóxicos, como las dioxinas y los furanos, promueve la contaminación del aire, el suelo, las aguas superficiales y subterráneas que consumimos diariamente todos los panameños.

La implementación parcial de la línea de acción del estado (solo en la ciudad de Panamá. Ejm: El Proyecto Saneamiento de la Bahía), para cumplir con el tratamiento adecuado de las aguas residuales domésticas que van al alcantarillado municipal y que al final son descargadas a los principales ríos de nuestro país, cerca de balnearios recreativos (como Las Mendozas), los cuales a su vez descargan en nuestras concurridas playas, contaminándolas, sin satisfacer la normativa ambiental vigente (DGNTI-CÓPANIT 35-2000) y las Resoluciones complementarias, como las AG-0026-2002 y la AG-0466-2002.

La concentración y la intensidad de las aplicaciones aéreas y terrestres de plaguicidas: afectan muy negativamente la salud de las comunidades rurales, tanto al norte, como al sur de Penonomé: El Coco, Puerto El Gago, Congo, Coclé, Toabré, Churuquita Chiquita, entre otras, sin que las autoridades competentes (MINSA, MIDA, C.S.S), realmente recomienden reubicar a estos panameños de esta zona de producción agrícola intensiva, zona geográfica, que ha sido tomada por la industria de la caña y del arroz. Consideramos que es una omisión grave de las funciones que la constitución política le asigna al estado panameño.

La prevalente práctica en la actividad productiva de utilizar tecnologías que contaminan el hábitat de grupos poblacionales, fauna y flora continúa ante una débil gestión y fiscalización en materia de plaguicidas. Se observa la falta de acción coordinada ejerciendo cada uno sus competencias, en instituciones como son el municipio y el MIDA, para asegurar el cumplimiento de las normativas establecidas en este tema. Por ejemplo: a nivel municipal existen acuerdos y normativas establecidas por los concejos municipales para sancionar ejemplarmente a los infractores por el inapropiado uso de agroquímicos cerca de las áreas residenciales. Por otro lado, el MIDA es quien otorga los permisos para aplicaciones aéreas pero continuamos atendiendo reclamos de parte

de la comunidad de una inadecuada fiscalización. Los afectados lógicamente recurren al MINSA en busca de solución, ya que sienten que hay una amenaza a su salud.

Incremento en la captación de pacientes con Enfermedad Renal Crónica(ERC) y otra Enfermedades Crónicas No transmisibles (ECNT) como la Hipertensión, Obesidad, Dislipidemias y Diabetes Mellitus: a partir del año, inicia el programa de Censos de Salud preventiva con el objetivo de conocer el estado de salud de la población y captar en forma preventiva y atención oportuna a personas de 40 años.

Debilidad en la articulación interinstitucional y de los gobiernos locales para el cumplimiento de las normas sanitarias en materia de establecimientos de interés sanitario y de alimentos: las políticas económicas de carácter gubernamental que regulan el comercio han ignorado las políticas y programas de salud en materia de vigilancia y control, favoreciendo el interés comercial en detrimento de lo sanitario. Existen disposiciones y actuaciones en la aplicación de la ley que hacen colisionar los interés y funciones entre el Ministerio de Comercio, las Alcaldías, entre otras instituciones y el MINSA, como es el caso de las autorizaciones para el funcionamiento de los establecimientos de interés sanitario y expendio de alimento permitiendo infraestructuras no adecuadas.

La lucha contra la pobreza en la Provincia de Coclé.

PROGRAMAS SOCIALES DE TRANSFERENCIA MONETARIA IMPLEMENTADOS EN EL MINISTERIO DE DESARROLLO SOCIAL EN LA PROVINCIA DE COCLÉ

PROGRAMA	INICIO DEL	OBJETIVO DEL	CORRESPONSABILIDAD	BENEFICIARIOS
----------	------------	--------------	--------------------	---------------

SOCIAL	PROGRAMA	PROGRAMA		ACTUALMENTE
RED DE OPORTUNIDADES	En el 2006 inicia el programa con 1,500 aprox. beneficiarios en las comunidades de Tulu, Rio Indio, Toabré y Chiguirí Arriba	Es una transferencia monetaria condicionada que busca insertar a las familias en situación de pobreza y pobreza extrema en la dinámica de desarrollo nacional garantizando los servicios de salud y educación.	Atenciones médicas para menores de 5 años, control de vacuna y control de crecimiento y desarrollo a niños y niñas - Mujeres embarazadas asistencia a citas médicas de control. - Examen de próstata para los varones. - Examen Papanicolaou para las mujeres.	El Programa en la actualidad cuenta con 6,435 beneficiarios en la Provincia de Coclé.
B/.120 A LOS 65	1 DE JULIO DEL 2009 inicia el Programa con 1,200 beneficiarios aproximadamente.	Es programa especial de transferencia económica a los adultos mayores de 65 años, que consiste en la entrega de B/.120.00 mensuales, sin jubilación, ni pensión y en supervisión de factores de riesgo social y vulnerabilidad, marginación o pobreza	Atención médica: la persona está obligada a asistir de acuerdo con las normas de salud vigente a revisiones anuales y para actualizar la tarjeta de seguimiento que le será requerida durante el período de supervisión del programa	Cuenta con 14,424 adultos mayores beneficiarios de este programa.
ANGEL GUARDIAN	14 DE JUNIO DEL 2012	Mejorar la calidad de vida de las persona con discapacidad severa en	Asistir regularmente a los servicios de salud para revisiones	Cuenta con 1558 beneficiarios a

ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD DE LA REGIÓN DE SALUD DE COCLE
2017

con una planilla de 172 beneficiarios	condición de dependencia extrema pobreza, mediante el otorgamiento de un apoyo económico de B/. 80 mensuales, que les permita tener acceso a las necesidades básicas de alimentación, medicamentos y acceso a los servicios	periódicas, siempre que la condición de discapacidad severa se permita. Los beneficiarios cuya condición de discapacidad severa no les permite asistir a los servicios de salud podrán ser visitados por el equipo técnico.	la fecha
---------------------------------------	---	---	----------

POBLACION BENEFICIARIA DEL PROGRAMA RED DE OPORTUNIDADES

AGUADULCE		ANTON		LA PINTADA		NATA		OLA		PENONOMÉ	
CORREGIMI- ENTO	CANTI- DAD	CORREGIMI- ENTO	CANTI- DAD	CORREGIMI- ENTO	CANTI- DAD	CORREGIMI- ENTO	CANTI- DAD	CORREGIMI- ENTO	CANTI- DAD	CORREGIMI- ENTO	CANTI- DAD
Aguadulce	7	Antón	22	La Pintada	162	Natá	8	Ola cabecera	28	Penonomé	25
El Cristo	39	Cabuya	43	El Harino	282	Capellania	35	El Copé de Ola	73	Cañaveral	52
El Roble	71	El Chiru	26	El Potrero	115	El Caño	21	El Picacho	8	Coclé	46
Pocri	83	El Retiro	18	Llano Grande	631	Guzmán	48	La Pava	36	Chiguirí	527
Barrios Unidos	12	El Valle	38	Piedras Gordas	235	Huacas	114	El Palmar	93	El coco	46
		Juan Díaz	42	Las Lomas	108	Toza	54			Pajonal	255
		Rio Hato	118							Rio Grande	31

ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD DE LA REGIÓN DE SALUD DE COCLE
2017

		San Juan de Dios	213							Toabre	684
		Santa Rita	41							Rio Indio	533
		caballero	159							Tulú	498
Total por Distrito	212		720		1533		280		238		2697

POBLACION BENEFICIARIA DEL PROGRAMA 120 a los 65

AGUADULCE		ANTON		LA PINTADA		NATA		OLA		PENONOMÉ	
CORREGIMI- ENTO	CANTI- DAD	CORREGIMI- ENTO	CANTI- DAD	CORREGIMI- ENTO	CANTI- DAD	CORREGIMI- ENTO	CANTI- DAD	CORREGIMI- ENTO	CANTI- DAD	CORREGIMI- ENTO	CANTI- DAD
Aguadulce	299	Antón	527	La Pintada	396	Natá	326	Ola cabecera	140	Penonomé	672
El Cristo	273	Cabuya	216	El Harino	480	Capellania	256	El Copé de Ola	142	Cañaveral	504
El Roble	405	El Chiru	169	El Potrero	277	El Caño	273	El Picacho	48	Coclé	215
Pocri	463	El Retiro	198	Llano Grande	528	Guzmán	113	La Pava	132	Chiguiri	605
Barrios Unidos	377	El Valle	397	Piedras Gordas	430	Huacas	142	El Palmar	144	El coco	213
		Juan Díaz	121	Las Lomas	274	Toza	142			Pajonal	1088
		Rio Hato	725							Rio Grande	212
		San Juan de Dios	333							Toabre	796
		Santa Rita	262							Rio Indio	245
		caballero	330							Tulú	380
Total por Distrito	1817		3278		2385		1252		606		4930

Programa Ángel Guardián

AGUADULCE		ANTON		LA PINTADA		NATA		OLA		PENONOMÉ	
CORREGIMI- ENTO	CANTI- DAD	CORREGIMI- ENTO	CANTI- DAD	CORREGIMI- ENTO	CANTI- DAD	CORREGIMI- ENTO	CANTI- DAD	CORREGIMI- ENTO	CANTI- DAD	CORREGIMI- ENTO	CANTI- DAD
Aguadulce	30	Antón	61	La Pintada	39	Natá	49	Ola	7	Penonomé	118

ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD DE LA REGIÓN DE SALUD DE COCLÉ
2017

								cabecera			
El Cristo	45	Cabuya	15	El Harino	46	Capellania	43	El Copé de Ola	9	Cañaveral	54
El Roble	72	El Chiru	29	El Potrero	21	El Caño	40	El Picacho	4	Coclé	41
Pocrí	81	El Retiro	12	Llano Grande	30	Guzmán	9	La Pava	19	Chiguirí	57
Barrios Unidos	92	El Valle	31	Piedras Gordas	27	Huacas	14	El Palmar	16	El coco	34
		Juan Díaz	9	Las Lomas	31	Toza	24			Pajonal	89
		Rio Hato	66	Llano Norte	30					Rio Grande	15
		San Juan de Dios	18							Toabre	67
		Santa Rita	13							Rio Indio	19
		caballero	19							Tulú	23
Total por Distrito	320		273		214		179		55		517

Comedores Comunitarios

<u>Corregimiento</u>	<u>Inicio</u>	<u>Objetivo</u>	<u>Actividad</u>	<u>Beneficiarios</u>
Natá Cabecera (Fe de Vida)	Año 1993(solo Subsidio de alimentación)	Los comedores comunitarios brindan alimentación balanceada a los	Entrega de alimentos, los cuales son preparados para los beneficiarios de los	114 beneficiados entre estas mujeres embarazadas, lactantes, personas con discapacidad, adultos mayores, niños y niñas.
Casa Hogar Beatriz Jaén de Arosemena	Año (solo Subsidio de alimentación)	grupos vulnerable de	comedores.	Beneficiados de los cuales están niñas y niños
Shekina, Chigoré	Año 2008(Subsidio de alimentación)	las comunidades en situación de pobreza extrema, como estrategia para	Se realiza supervisión y seguimiento del comedor	186 beneficiarios entre mujeres embarazadas, lactantes, personas con discapacidad, adultos mayores, niños y niñas
Membrillo	Año 2002(Instalación y subsidio de alimentación)	combatir la desnutrición y malpeso y talla con el apoyo de personal de salud.	Se realiza control de	66 beneficiarios entre niños de 1 año hasta personas de 70 años
Cutevilla	Año 2007(Instalación y subsidio de alimentación)			160 personas entre las edades de 1 a 70 años y 11 personas con discapacidad
San Miguel Centro	Año 2007(Instalación y subsidio de			191 beneficiarios entre las edades de 1

	alimentación)			70 años
Tulú Centro	Año 2007(Instalación y subsidio de alimentación)			120 personas entre niños y adultos

Proyecto redes territoriales
2017

Proyecto de seguridad alimentaria.

Objetivo el proyecto busca a través de la organización, capacitación y autogestión establecer capacidades de desarrollo instaladas en las comunidades del área rural en pobreza y pobreza extrema, con el fin de rescatar la seguridad alimentaria, suscitando con estas actividades el mejoramiento nutricional a nivel familiar y comunitario.

Logros:

El proyecto redes territoriales ha logrado coordinar con el INADEH, el dictar doce cursos con duración de dos meses y con derecho a certificados, en temas tales como: cultivo de hortalizas, agroforestería, hidroponía, producción huertos caseros, preparación de abono orgánico, cría de especies menores, y micro emprendimiento.]

Total proyectos beneficiados: 10/Tavidal arriba, Chorrerita, Tucue, Barrigon, Garicin, Martillada, La Candelaria, Caimito, Las Tablas, El Potrero y Palmar Abajo.

Total de beneficiarios: 216

Proyecto de fabricacion de bloques para mejoramiento habitacional y comunitario.

Objetivo:

Organizar, capacitar y auto gestionar a los grupos organizados en proyectos de redes territoriales en el tema de fabricación de bloque ,con el fin de mejorar sus viviendas, estructuras comunitarias, y promover la autogestión de recursos con la venta de bloques.

Logros: curso de albañilería básica, duración de tres meses.

Proyecto beneficiado: el limite de rio indio

Bloques fabricados: 1,000

Actividad: construcción de capilla.

Total de beneficiarios: 28

ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD DE LA REGIÓN DE SALUD DE COCLE
2017

DISTRITO	CORREGIMIENTO	COMUNIDAD	PROYECTO ESTABLECIDO	TOTAL FAMILIAS	POBLACION BENEF
Penonomé	EL PAJONAL	GUABAL	Cría de Aves de Corral y Cultivo de Hortalizas	16	85
Penonomé	EL PAJONAL		Fabricación de Bloques		
Penonomé	EL PAJONAL	EL ÁGUILA	Cría de Aves de Corral y Cultivo de Hortalizas	18	90
Penonomé	EL PAJONAL	SOFRE	Huertos Casero	15	120
Penonomé	EL PAJONAL	RINCÓN DE LAS PALMAS	Cultivo de Hortalizas y Fabricación de bloques	18	90
Penonomé	EL PAJONAL	CAIMITO	Cría de Aves de Corral y Cultivo de Hortalizas	18	85
Penonomé	EL PAJONAL	CHORRERITA (1)	Cría de Aves de corral	18	85
Penonomé	EL PAJONAL	CHORRERITA (2)	Cultivo de Hortalizas	15	75
*****	CHIGUIRI ARRIBA	SAN PEDRO	Cultivo de Hortalizas y Ricipiscicultura	19	95
Penonomé	CHIGUIRI ARRIBA	TAVIDAL ARRIBA	Cultivo de Hortalizas	19	95
Penonomé	TOABRE	LA MARTILLADA	Cría de Aves de Corral	18	90
*****	TOABRÉ	BAJITO DE SAN MIGUEL	Fabricación de Bloques	19	95
*****	RIO INDIO	LA ENCANTADA	Fabricación de Bloques	18	90
Penonomé	TOABRE	TUCUE	Huertos Comunitarios	24	120
Penonomé	RÍO GRANDE	GARICÍN	Cría de pollos, Cultivo de hortalizas Fábrica de Bloques	18	82
Penonomé	TULÚ	BOCA DE TULÚ	Fabricación de Bloques	18	90
Penonomé	TOABRE	LA CANDELARIA	Agroforestería y Fabricación de Bloques	23	115
Penonomé	TULÚ	SAN ANTONIO	Fábrica de Bloques y Cría de Aves de Corral	24	120
La Pintada	PIEDRAS GORDAS	BERMEJO	Fábrica de Bloques y Cría de Aves de Corral	15	75
Anton	SAN JUAN DE DIOS	ALTO DE LA ESTANCIA	Cría de Aves de corral y Cultivo de Hortalizas	19	90
La Pintada	EL POTRERO	LAS TABLAS	Cultivo de Hortalizas	25	115
La Pintada	LLANO GRANDE	SABANETA	Máquina Bloquera y Huertos Comunitarios	18	105
Penonomé	RIO INDIO	EL LIMITE	Fabricación de Bloques	29	145
Penonomé	PENONOME	AGUAS BLANCAS	Fabricación de Bloques	15	75
		23-COMUNIDADES	TOTAL	439	2227

5. ¿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?

Mides ofrecen ventanas de participación para la elaboración de programas y proyectos que beneficien sectores ciudadanos vulnerables. La política social se establece con la participación del estado y la sociedad civil en donde se priorizan las necesidades apremiantes de ciudadanos y las instituciones por lo que se establecen presupuestos para la ejecución de los mismos y se ejecutan a mediano y largo plazo.

Existe un grado medio de coordinación entre las instituciones encargadas de ejecutar la política social, dado que en ocasiones los Programas no tienen objetivos afines.

El nivel de participación en el consejo técnico es informando los programas y proyectos que benefician a los sectores de ciudadanos en situaciones de vulnerabilidad, además de informar el avance que estos programas han tenido y la cantidad de beneficiarios que han entrado al programa.

6. ¿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.

Existencia de coordinación con el Ministerio de Vivienda y Ordenamiento Territorial (MIVIOT) y el Consejo Nacional de Desarrollo (CONADES) para la evaluación y seguimiento de los proyectos Techo de Esperanza y Programa 100/0. Las obras de desarrollo que se ejecutan en la construcción de casas y baños higiénicos son evaluadas por el personal del MINSA, a fin de que cumplan con los requisitos sanitarios establecidos por las normas de salud.

Dando cumplimiento a las Políticas de Salud 2016-2025 nuestra intervención se dan en los Programas de Protección Social dirigidos a grupos vulnerables de pobreza y pobreza extrema:

- **Red de Oportunidades:** cuyo objetivo es el de contribuir al desarrollo del Sistema de Protección social para el combate a la pobreza al aminorar la desnutrición materno infantil, desarrollar capital humano y social, y dar acceso a los servicios de educación y salud que eleve la productividad laboral.

La Región de Salud en Coclé oferta lo siguiente en toda su red de servicios:

- Control de crecimiento y desarrollo en el menor de 5 años en forma gratuita (incluye vacunación, atención de morbilidad y medicamentos)
- Control gratuito de la embarazada (incluye laboratorios, atención de salud bucal, vacunación, medicamentos, cremas nutricionales)
- Orientación sobre salud sexual y reproductiva, lactancia materna exclusiva, atención gratuita del puerperio
- **Programa 120 a los 65:** objetivo principal es el de contribuir a mejorar la calidad de vida de las personas de 65 años y más, sin jubilación ni pensión en situación de riesgo, vulnerabilidad, pobreza y marginalidad, para cubrir necesidades básicas, sociales y condición de vida.

El MINSA oferta lo siguiente en toda su red de servicios:

- Control de Salud de los adultos mayores en forma gratuita
- **Programa de alimentación complementaria:** cuyo objetivo es mejorar el estado nutricional de niños y niñas menores de cinco años que asisten a controles, madres embarazadas, madres lactantes, mujeres en edad fértil y pacientes con tuberculosis que reciben el tratamiento estrictamente supervisado.

El MINSA oferta lo siguiente en toda su red de servicios:

- Aporte nutricional con las cremas enriquecidas con vitaminas, hierro y minerales esenciales en forma gratuita y con controles que permitan conocer las mejoras nutricionales.
- **Plan Nacional de Micronutrientes:** su objetivo es el de reducir de manera sostenida las deficiencias de vitaminas y minerales en la población del país evitando excesos y desbalances, con énfasis en los grupos vulnerables y excluidos.

El MINSA oferta lo siguiente en toda su red de servicios:

- Micronutrientes gratuitos en forma preventiva y terapéutica en el programa escolar, embarazadas, mujeres en edad fértil, puérperas, menores de cinco años.
- **Ángel Guardián:** programa de asistencia económica para personas con discapacidad severa en condición de dependencia y pobreza, con la finalidad de promover, proteger y asegurar en igualdad de condiciones el

pleno goce de los derechos humanos y libertades fundamentales garantizando el respeto a su dignidad inherente, y de procurar que ellas puedan acceder a su desarrollo integral como resultado de las políticas sociales.

El MINSA oferta lo siguiente en toda su red de servicios:

- Visitas domiciliarias, atención gratuita y suministro de medicación. Evaluación periódica en nuestras instalaciones y orientación sobre la atención.

➤ **Bono Escolar:** se le otorga al inicio del año escolar con la finalidad de que se ayuden en la compra de los uniformes y útiles escolares.

El MINSA oferta lo siguiente en toda su red de servicios:

- Evaluación en el programa escolar, vacunación, control de salud, (todo es gratuito)

Cambio Climático y sus efectos en Coclé.

El Gobierno de Panamá, en su momento consciente de los efectos adversos que el cambio climático produce sobre la población y los recursos naturales del país, ratificó en el año 1995 la Convención Marco de las Naciones Unidas sobre el Cambio Climático (CMNUCC), y el Protocolo de Kyoto en el año 1998.

La Ley 41 de 1 de julio de 1998, General del Ambiente de la República de Panamá: creó el marco para la definición de las políticas ambientales en el país.

Resolución AG-0583-2002: creó el Programa Nacional de Cambio Climático (PNCC).

En 2006 el PNCC se constituyó en la Unidad de Cambio Climático y Desertificación (UCCyD), localizada dentro de la ANAM, para cumplir con los compromisos ante la CMNUCC y la UNCDD.

Constitución de la República de Panamá: Capítulo 6. Salud Seguridad Social, Asistencia Social. Artículo 110. Numeral 2,4.

Capítulo 7. Régimen Ecológico. Artículos desde 118-121.

VULNERABILIDAD AL CAMBIO CLIMÁTICO EN PANAMÁ

1. **Aumento del nivel del mar.** Incidirá principalmente en la infraestructura agropecuaria y la sanitaria que pueda verse afectada por el incremento de las inundaciones, y por otro lado, la salinización de los acuíferos impediría su uso como fuente hídrica para abastecimiento de agua potable a la población o para la agricultura y ganadería.

La localización geográfica, y más aún su ubicación en el trópico de capricornio hace que Panamá esté expuesta a amenazas relacionadas con el cambio

climático, especialmente fenómeno hidrometeorológicos tales como; tormentas extremas, inundaciones y sequías.

Para la economía panameña, se estima que un escenario de alta vulnerabilidad no mitigada podría representar una pérdida de más del 14% del PIB para el 2100.

Las acciones para reducir la vulnerabilidad del país ante el riesgo de Desastres, especialmente en aquellos aspectos que afecten la seguridad hídrica, es decir, la disponibilidad confiable de una cantidad y calidad aceptable de agua para la salud, medios de vida y producción, junto con un nivel aceptable de riesgos relacionados con el agua.

La provincia de Coclé, se encuentra dentro de lo que se ha denominado el Arco Seco y en la misma está constituida por 6 distritos y 32 corregimientos del total de 44 corregimientos, con un número de habitantes de 150,573 del total de la población de 202,461 según el censo nacional de 2010. En porcentaje sería el 74% de los habitantes de la provincia viven dentro del Arco Seco. Con secuelas que los mismos se encuentran en la zona, donde hay una alta radiación solar que puede originar diversas enfermedades de la piel, los vectores pueden proliferar y ser más resistentes. Aunado también la problemática de agua, tanto del consumo humano como también para la seguridad alimentaria de la provincia.

A continuación la población afectada por corregimiento y distrito según el Censo Nacional del 2010:

Distrito	Corregimientos	N° Habitantes
Aguadulce	Aguadulce Cabecera	7,707
	Pocri	11,124
	El Cristo	3,852
	El Roble	7,997
	Barrio Unido	8,610
Sub.total		39,290
Penonomé	Penonomé Cabecera	15,841
	El Coco	4,592
	Rio Grande	2,915
	Coclé	3,637
	Cañaveral	6,367
	Pajonal	12,097
Sub-total		45,449

Antón	Antón Cabecera	8,360
	El Chirú	2,830
	El Retiro	1,998
	Juan Díaz	2,037
	Rio Hato	10,886
	Santa Rita	2,368
	San Juan de Dios	4,214
	Caballero	3,111
Sub-total		35,804
La Pintada	La Pintada Cabecera	3,733
	El Potrero	2,815
Sub-total		6,548
Nata	Natá Cabecera	5,902
	El Caño	3,276
	Huaca	1,417
	Toza	1,884
	Capellenia	4,396
	Guzmán	936
Sub-total		17,811
Olá	Olá Cabecera	1,326
	El Palmar	1,437
	El Picacho	348
	La Pava	1,297
	El Cope	1,263
Sub-total		5,671
Total		150,573

2. Afectación de la Salud Humana

El aumento de vectores sanitarios y patógenos se verá reflejado principalmente en el deterioro de la calidad de agua, principalmente en las fuentes de agua donde se abastece la población.

3. Efecto de la Sequía

Una sequía prolongada en cuencas críticas amenaza la seguridad hídrica, disminuyendo la disponibilidad de agua para la agricultura, ganadería y el consumo humano. En adición, la sequía prolongada afecta igualmente la generación de energía hidroeléctrica y las operaciones del Canal de Panamá,

yaque la escasez de lluvia disminuye los niveles de los embalses de los cuales dependen estos sectores productivos.

4. Aumento de fenómenos hidro-meteorológicos

Constituye una seria amenaza a la seguridad hídrica de la población, en la tormenta estacionaria ocurrida entre el 7 y 9 de diciembre de 2010 que afectó el abastecimiento de agua potable a la Ciudad de Panamá.

5. Agua Subterránea

En la provincia de Coclé, desde 2002 hasta 2010, fueron construidos 266 pozos de agua para diferentes usos. El IDAAN construyó más de 60 pozos para el abastecimiento de agua de la población en las comunidades, con un caudal total de 1,500 galones/minuto, aproximadamente. Igualmente, el MINSA construyó similar cantidad de pozos para el uso doméstico de las comunidades, con una extracción total de 3,700 galones/minuto, aproximadamente.

La ANAM otorgó concesiones de agua, con un total de 700 galones/minuto, para la construcción de pozos por parte de algunas empresas, entre las que podemos mencionar: Inversiones Forestales, LPG de Panamá, PlantsSolution, PanaranchDevelopment, Business Investors, Productos Lácteos San Antonio, Inversiones para Desarrollo Coclé, Servicios de Areas turísticas, etc. El MIDA y la empresa privada construyeron 6 pozos para servicios comunitarios, con un caudal total de 560 galones/minuto; además, se construyeron pozos para los siguientes usuarios: Inversiones Ryrsa, Corporación Agrícola, Colegio Superior y Comité Llano María, los cuales presentan una extracción total aproximada de 300 galones/minuto.

Para haciendas y fincas privadas, el MIDA y la empresa privada construyeron más de 130 pozos, con un caudal total superior a los 6,300 galones/minuto, destinado a usos múltiples, como lo son el consumo humano, agropecuario e industrial, entre otros. Algunos pozos, en la provincia Coclé, fueron cerrados por la construcción de la planta potabilizadora de Penonomé que se abastece del río Zaratí, como fuente de agua superficial.

Pozos Por Provincia (2002-2010)

Provincias	Antes 2002	2002-2010	Total
Los Santos	464	715	1179
Herrera	221	653	874
Veraguas	306	503	809
Coclé	248	266	514
Totales	1239	2137	3376



El agua es un recurso estratégico básico para el desarrollo del país; sin embargo la deficiente gestión de residuos sólidos y líquidos ha afectado su calidad y ha condicionado tanto los usos posibles como la supervivencia de los ecosistemas acuáticos. La incompleta legislación vigente y la falta de una valoración realista del

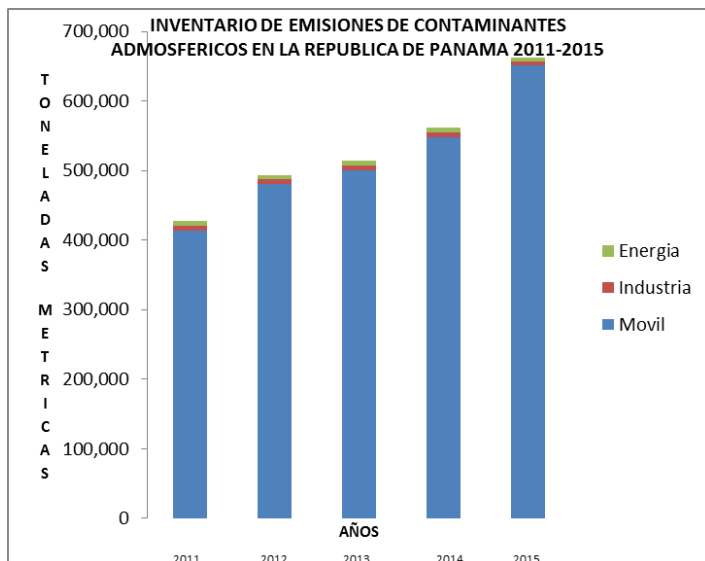
recurso que permita financiar una gestión adecuada, son las principales causas de esta situación.

Panamá, aunque no sea percibido así por la sociedad en su conjunto, es un país expuesto a un rango amplio de amenazas naturales y antrópicas, cuya ocurrencia genera impactos importantes; se estima que el costo anual por eventos recurrentes oscila entre US\$ 125 y 150 millones/año. El cambio climático puede intensificar los riesgos en el país y aumentar la vulnerabilidad económica de sectores importantes como la agricultura, salud y el Canal de Panamá.

EMISIONES DE GASES DE EFECTO INVERNADERO EN LA REPUBLICA DE PANAMA.

El siguiente cuadro muestra cómo han sido las emisiones totales en la República de Panamá y las fuentes de emisiones de gases de efecto invernadero. Podemos observar que sobresale la de los vehículos a motor que en comparación con sectores como la industria y la energía representan en porcentaje que va en el 2011 de 96.6% hasta llegar al 2015 en un 98%. Lo cual indica que el combustible como la gasolina y el diésel están afectando al ambiente en este sector. **Y esto se refleja en nuestra provincia ya que el parque vehicular que del 2007 era de 8,149 vehículos y ha sido significativo al tener en el año 2016 un parque vehicular de 30,242 vehículos.**

INVENTARIO DE EMISIONES DE CONTAMINANTES ATMOSFÉRICOS				
EN LA REPUBLICA DE PANAMA 2011-2015				
Años	Inventarios de emisiones en (Toneladas Metricas)			
	Total	Fuente de Emisiones		
		Movil	Industria	Energia
2011	427,928	413,735	6,302	7,891
2012	493,073	480,990	6,664	5,418
2013	514,170	500,631	6,639	6,900
2014	561,328	547,583	6,619	7,126
2015	662,416	650,814	6,483	5,119



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

La pérdida de cobertura de bosque nativo es, junto con la calidad de las aguas, el principal problema ambiental del país. La deficiente aplicación de la legislación, unida a un marco legal obsoleto, confuso e insuficiente están en el origen de esta situación que ha llevado a perder más de 250.000 has. de bosque maduro en menos de una década.

La deforestación incontrolada ha incrementado las tasas de erosión y el riesgo de desertificación en el país; lo cual se verá agravado por los efectos del cambio climático. Casi un 28% del territorio continental con vocación forestal, se ve afectado por estos impactos, especialmente en la zona del Arco Seco, la sabana veragüense y la comarca Ngobe-Buglé.

En cuanto a la reforestación estatal a través del Programa de la Alianza Por El Millón de Hectáreas que está contemplado dentro del marco de las acciones del quinquenio 2014-2019, de este gobierno podemos decir que se ha realizado la siguiente reforestación;

Reforestación en la Provincia de Coclé

Año de la Reforestación	Superficie Reforestada
2014	10
2015	104
2016	90
2017	170

Cambio de Uso de la Tierra y Silvicultura (los CUTS), ha sido otro factor muy importante relacionado, con este cambio, ya que la quema y roza han tenido gran consecuencia en la pérdida tanto del recurso bosque, como el recurso suelo. En este sentido podemos dar información con la quema de masa vegetal que en toda la provincia de Coclé se dio dentro del periodo 2011-2017.

Año	Cantidad de Incendios	Superficie Afectada
2011	58	243.7
2012	35	196.4
2013	68	637.6
2014	25	127.9
2015	668	6345
2016	878	9438.10
2017	52	248

De 69 incendios de masa vegetal que se han registrado durante el mes de enero de 2017 en la provincia de Coclé, el 95% son ocasionados por incendios de basura que luego no se pueden controlar y estos se extienden a la masa vegetal.

Los bomberos de Coclé a pesar de contar con personal capacitado para atender los casos de incendio de masa vegetal, aseguran que es necesario que la población tome conciencia del daño que hacen al incendiar un herbazal, ya sea intencional o por accidente, pues el personal también debe atender otras emergencias.

Los bomberos atienden los casos de incendios de herbazales, sin embargo por día en ocasiones se registran hasta cuatro casos que no le permite a los camisas rojas llegar a todos los lugares al mismo tiempo.

Incendios en Coclé son provocados por quema de basura

31/1/17 - 05:45 AM

Antón y Aguadulce son los distritos que más presentan casos de incendios de masa vegetal en la provincia de Coclé.

La provincia de Coclé forma parte del llamado Arco Seco, cuya característica principal es la baja precipitación pluvial en algunas de sus zonas geográficas dedicadas a la producción de granos básicos y ganadería.

Los efectos más evidentes son inseguridad alimentaria, contaminación del aire, proliferación de criaderos, la escasez de agua producto de la fuerte sequía que se ha presentado desde el año 2014 (fenómeno del niño), la cual ha provocado que la mayoría de los productores y ganaderos desistan de sus negocios pues han sufrido grandes pérdidas económicas, ya que las zonas con mayor densidad poblacional, actividades turísticas y actividades agropecuarias se abastecen de cuatro cuencas: Río Grande, Río Santa María, Río Indio y Río Antón-Caimito.

Las subcuencas del Río Zaratí, Río Coclé del Sur, Río Farallón y Río Chico son utilizadas como fuente para las potabilizadoras de Penonomé, La Pintada, Río Hato, Natá, Aguadulce respectivamente.

Los Cerros Guacamaya, Cucusal, Cerro Moreno y Cerro Cariguana constituyen zonas productoras de agua. La del Cerro Guacamaya abastece a más de 15 mil personas.

Durante el fenómeno del Niño (2006-2007) se reportaron problemas de inundaciones en parcelas de arroz (Veraguas, Coclé, Colón y Panamá), las pérdidas se estimaron en B/. 1.2 millones, aproximadamente. Períodos de sequía (Herrera, Los Santos, Coclé, Chepo), en Tonosí, se reportaron pérdidas en arroz de 4900 hectáreas, aunado a la alta incidencia de plagas.

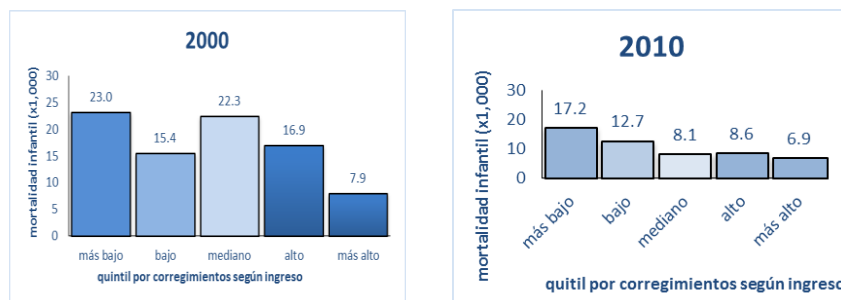
Durante el fenómeno de la Niña (2003) se reportaron en zonas como Panamá y Coclé la incidencia de ácaros, hongos y bacterias que provocaron manchado del grano de arroz.

Durante la estación lluviosa, parcelas de arroz afectado en Antón, en El Roble, en Natá (240 has inundadas, 50% en máx. Macollamiento y 50 % en floración).

1.2. Desigualdades en la Tasa de Mortalidad Infantil

La mortalidad infantil de la Provincia de Coclé disminuyó de 15.12 a 10.35 muertes por cada 1000 nacidos vivos, cifras que en general dan un panorama favorable al cumplimiento de los ODS; más en términos de desigualdades, la mortalidad infantil es uno de los indicadores más sensibles respecto a los análisis de inequidades en salud y es necesario considerar para este fin, indicadores sociales como el ingreso medio de hogares y el porcentaje de analfabetismo por corregimientos para los años 2000 y 2010.

Gráfica: Mortalidad infantil por quintil provincial de ingreso económico en los años 2000 y 2010



Fuente: Sección de Análisis de Situación y Tendencias de Salud. MINSA 2017.

En el año 2000, el quintil de corregimientos más pobre de la provincia tenía una tasa promedio de mortalidad infantil cinco veces el promedio provincial del mismo año, el percentil de corregimiento por ingreso medio tenía una tasa de mortalidad infantil menor que el promedio provincial. Para el 2010, la tasa de mortalidad provincial disminuyó a 10.69 a expensa de la reducción de la tasa promedio del percentil provincial menos favorecido, el cual cayó 17.2 muertes por cada 1000 nv, lo cual refleja positivamente la inversión del Estado en la atención de las personas con menos recursos.

Tomando las medidas de desigualdad de brecha del riesgo absoluto es de 15.12 a 10.35 correspondiente a los años 2000 y el 2010, con un cambio en el tiempo de -4.77 y con una brecha relativa de 2.91 a 2.51 respectivamente.

Medidas de desigualdad de brecha del indicador:TMI	2000	2010	Cambio en el tiempo
Diferencia del riesgo absoluto	15.12	10.35	-4.77
Diferencia del riesgo relativo	2.91	2.51	-0.40
Promedio del indicador ponderado por los grupos	17.13	10.69	-6.44

En la concentración de la desigualdad de la mortalidad infantil según el ingreso se observa que la mortalidad infantil en el 2010 tuvo un acercamiento hacia la línea de perfecta equidad, lo que se traduce como una mejora de la desigualdad o disminución de la brecha de desigualdad.

Otra forma de medir las desigualdades en las tasas de mortalidad infantil entre corregimientos tomando en cuenta el porcentaje de analfabetismo que posean los mismos, pero en la provincia de Coclé no se ve muy marcado el analfabetismo.

Medidas de desigualdad de brecha del indicador:TMI	2000	2010	Cambio en el tiempo
Diferencia del riesgo absoluto	-2.51	5.55	8.06
Diferencia del riesgo relativo	0.78	1.90	1.12
Promedio del indicador ponderado por los grupos	14.50	11.55	-2.95

Participación social en la producción de salud. Marco político y legal.

Las Políticas de Salud 2016-2025 describen claramente la Participación Social en los programas de salud, red de servicios y equipos de salud.

En el Eje 1: “Protegiendo a la población y al ambiente regulando y conduciendo al Sistema de Salud,

Política 2: Ejercer el liderazgo en salud a nivel nacional

O.E 2.1: “Fortalecer la planificación y gestión del sistema sanitario con el liderazgo del MINSA”

L.A 2.1.5: Establecimiento de mecanismo formal que aseguren la consulta y la **participación ciudadana** en la forma de decisiones sobre los procesos de salud pública.

O.E 2.3: “Articular con todos los actores a nivel nacional la elaboración, divulgación, implementación, monitoreo y evaluación del Plan Nacional de salud”.

L.A 2.3.3: Implementación del Plan Nacional de Salud con **participación de los diferentes actores involucrados**.

En el Eje 3: “Promoviendo la salud con **participación social**”.

Política 4: Garantizar la promoción de la salud mediante la educación, el mercadeo social y la participación social, incorporando los derechos humanos, el enfoque de género e interculturalidad.

O.E 4.2: Fortalecer la participación social para el empoderamiento del individuo, la familia y la comunidad en el ejercicio de sus derechos humanos y deberes en salud.

L.A 4.2.1: Elaboración y desarrollo de programas de comunicación y educación para la salud que contemplen los derechos y deberes del individuo, la familia y **la comunidad** a través de la intersectorialidad.

L.A 4.2.2: Fomento de las actividades para la divulgación de los derechos y deberes en salud a nivel del individuo, la familia y **la comunidad**.

Tenemos además el Decreto de Gabinete 401 de 29 de diciembre de 1970 declara la constitución legal de los Comités de Salud en las comunidades, el Decreto Ejecutivo 389 de 9 de septiembre de 1997 por el cual se reglamenta el Decreto de Gabinete 401 (G.O 23,376 de 12 de septiembre de 1997), Ley que crea los Comité de Salud, el Decreto Ejecutivo N° 40 de 18 de abril de 1994 que crea las Juntas Administradoras de Acueductos Rurales como organismo responsable por la administración de los sistemas de abastecimiento de agua potable rurales como un sistema comunitario con/sin personería jurídica (los anteriores favorecen la participación social). De igual forma la Ley que crea los Consejos de Gestión de Hospitales reconoce la participación social al permitirle a organizaciones no gubernamentales y **comunitarias**.

Comentado [P5]: Falta agregar inventario de organizaciones sociales o relacionadas con la salud. Comité de Salud y Juntas Administradoras de Acueductos. Herminio.

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

Las tasas de dependencia sugieren los potenciales efectos de los cambios de las estructuras de edades de la población en el desarrollo social y económico de un país e indican tendencias importantes en las necesidades de apoyo a los grupos dependientes. Esta tasa se refiere a la relación entre la población de niños y jóvenes dependientes (0-14 años) y adultos mayores (65 y más años) con respecto a la población en edad de trabajar (15-64 años).

Las provincias de Panamá, Colón, Chiriquí, Coclé, Darién y Veraguas se caracterizan por estar en proceso de expandir su grupo de edad productiva de 15 a 64 años, mientras, a menor ritmo, disminuye la población joven y se incrementa el grupo de adultos mayores.

El Índice de desarrollo Humano se concentra en evaluar el nivel de progreso de las personas en dimensiones esenciales para el aumento de sus capacidades como son: alcanzar una vida larga y saludable, adquirir conocimientos y tener un nivel de vida aceptable. El índice presenta valores de 0 a 1, en el que 1 indica el valor más alto en desarrollo humano.

El promedio nacional para el año 2014 llegó a 0.779, la provincia de Coclé se encuentra por debajo del promedio nacional y con un bajo ritmo de progreso. Para medir el nivel de progreso de comparar el valor que aumentó el índice de un año a otro, respecto a la distancia que faltaba para llegar al valor más alto.

La dimensión educativa del IDHP incluye los indicadores de alfabetismo, asistencia escolar y años de escolaridad.

Respecto al alfabetismo, Coclé se encuentra por encima del 90% al 2014, así mismo la asistencia escolar se ubica entre 70 y 80% mientras que los años de escolaridad entre 7 y 9 años.

La población de 4 a 17 años que no asiste a la escuela es de 7 por cada mil personas.

Respecto al ingreso promedio Coclé se ubica entre 100 y 250 por mes junto a las provincias de Veraguas, Darién, Bocas del toro y la Comarca Emberá Wounaan.

En relación al acceso a servicios: electricidad es de 75%, Agua 85% y sanitario de de 80%.

El acceso al agua por distrito en la Provincia de Coclé es:

Distrito	IDHP 2010
Aguadulce	0.780
Natá	0.712
Antón	0.689
Penonomé	0.676
La Pintada	0.590
Olá	0.558

El acceso a las tecnologías de la información y comunicación para el 2014; las computadoras e internet está alrededor de 30% de las personas mientras que el acceso al celular es de 70%.

Pobreza multidimensional: e ingreso no es una representación suficiente de las necesidades de las personas, El índice de Pobreza Multidimensional (IPM) identifica múltiples privaciones individuales en materia de educación, salud y nivel de vida. En Panamá se está calculando a partir de los datos del Censo 2010, que permite calcular 9 de los 10 indicadores. Las dimensiones e indicadores considerados son los siguientes:

1. Educación: población con baja escolaridad (menos de 6 años) y población en edad escolar que no asiste a la escuela.
2. Salud: mortalidad declarada en los hogares y acceso a agua.
3. Nivel de vida: acceso a electricidad, combustible, tipo de piso, saneamiento y bienes del hogar.

Se considera que las personas que presentan 3 o más carencias en los indicadores medidos se encuentran en pobreza multidimensional. Si tienen entre 2 y 3 carencias se identifican como vulnerables o cerca de entrar en pobreza.

El promedio nacional de pobreza multidimensional a nivel nacional es de 14.1%, Coclé tiene un PM entre 12 y 15% y una vulnerabilidad de aproximadamente 10%.

La carencia de algunos bienes (radio, televisor, carro, teléfono, refrigeradora) para Coclé está entre 20 y 40% junto con Chiriquí y Veraguas.

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

Sí ____

Si es sí, comente sus principales componentes y analice su desarrollo:

Sanitario (Ley 66 de 10 de noviembre de 1947 Los principales componentes son: atribuciones al departamento de Salud Pública, policía sanitaria y saneamiento, sanciones.

Con la Ley 40 del 16 de noviembre de 2006 se modifica, adiciona y deroga artículos de la Ley 66 de 10 de noviembre de 1947

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

Si existen normas sanitarias para el funcionamiento de establecimiento público, de ahora en adelante llamadas de interés sanitario.

Se consideran establecimientos de interés sanitario a todo local que provisional o permanentemente sea utilizados con fines de comercio, trabajo, industria, enseñanza, recreación, actividades sociales, culturales y de hospedaje, los cuales requieren de vigilancia y control para mantener las condiciones óptimas de saneamiento básico y así preservar la salud de los trabajadores, de los que reciben sus servicios y de la colectividad en general,

Las normativas en esta materia abordan distintos factores que pueden convertirse en riesgos para la salud, como ubicación, las infraestructuras dependiendo de la actividad, saneamiento básico, condiciones sanitarias mínimas, control de tabaco, control de plagas, carnet de operarios, desinfección de utensilios, entre otros.

En el Decreto Ejecutivo # 40 de 26 de enero de 2010 se establece las actividades relacionadas con el situaciones de alto riesgo público por sus implicaciones a la salud o al medio ambiente, el cual fue modificado por el Decreto Ejecutivo # 856 de 4 de agosto de 2016 que modifica artículos decreto # 40. Estos decretos enlistan los establecimientos requieren Permiso Sanitario y cuales constancia de inspección sanitaria.

No ____

Favor investigar _____



ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD DE LA REGIÓN DE SALUD DE COCLE
2017

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

DEMOGRAFÍA

La Provincia de Coclé tiene una población estimada al año 2017 de 259,322 habitantes , de los cuales 51% hombres 49% mujeres, con una extensión territorial de 4,927.4 Km2, lo que equivale a una densidad de población de 52.2 Hab/Km2; observándose un ligero incremento de 11 Hab/Km2 en los últimos 15 años.

Este incremento se observa tanto en el área rural como urbana a pesar de tener una tasa de crecimiento natural en descenso de 0.90 en el año 2000 a 0.54 en el 2015, sin embargo, se observa 1.1% de crecimiento en la población inmigrante y ligera disminución de los emigrantes en 1% (30.2 a 29.2% de 2000 a 2010).

Comentado [DM6]: Continuar con el análisis partiendo de cifras del 2017. Hay contradicción las cifras en el mapa hay que cambiarlas. Y la relación en la densidad

Comentado [P7]: Falta las tablas con los números

Comentado [P8]: Falta la tabla y gráfica.

Cuadro No.1
INDICADORES DEMOGRÁFICOS

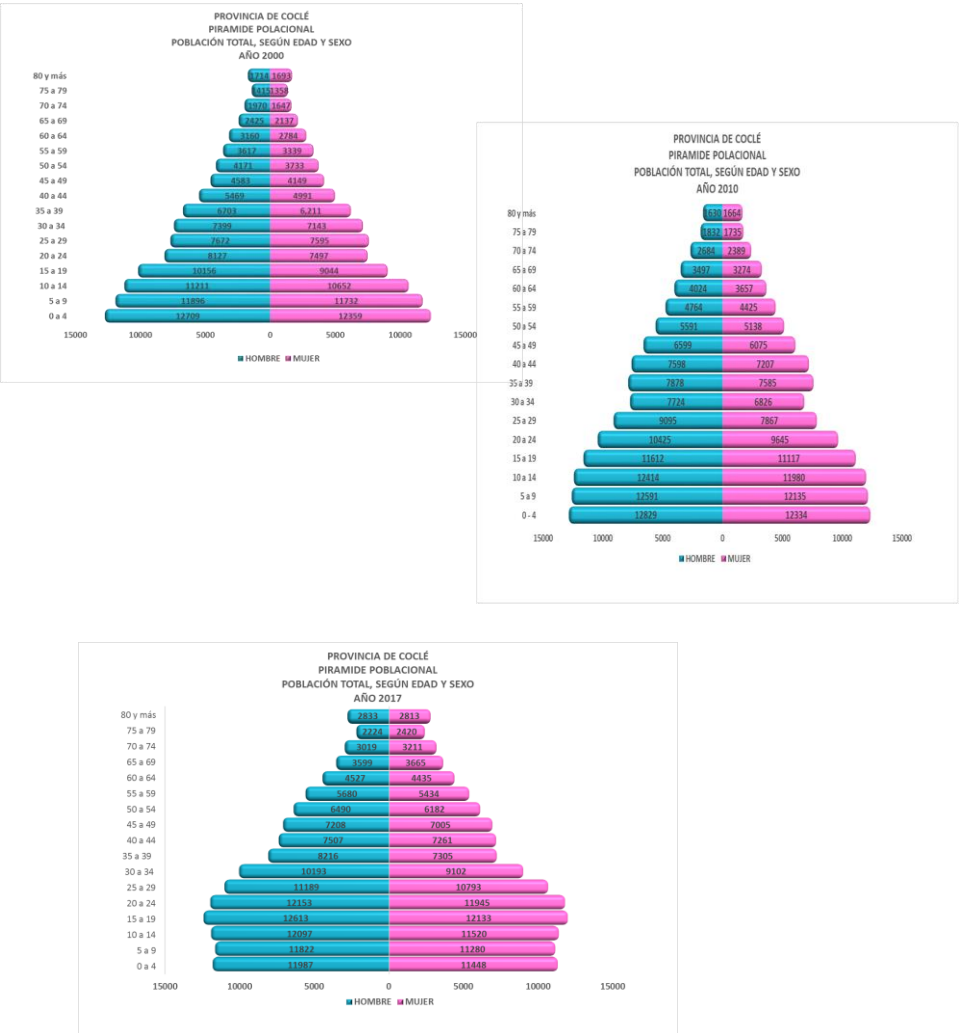
A. Indicadores demográficos	2000			2010			2015		
	Total 202,461 Hab	Masc	Fem	Total 233,708 Hab	Masc	Fem	Total 256,970 *estimación	Masc	Fem
Densidad de población (4,927.4 Km2)	41.1			47.4			52.2		
□ Rural (140,549) (153,164)	28.5			31.1					
□ Urbana (61,912) (80,544)	12.6			16.3					
□ Indígena (641) (1,689)									
Tasa de crecimiento natural o anual *(quinquenio)	0.90			0.72			0.54		
Tasa bruta de natalidad	24.86			16.6			17.1		
Tasa global de fecundidad	3.24			2.4			2.19		
Tasa general de fecundidad	81.2			54.1			67.9		
Porcentaje de población urbana	30.5%			34.0%					
Porcentaje de población rural	69.1%			64.8%					
Porcentaje de población indígena	0.3%			0.7%					
Razón de dependencia	69.7			61.5					
% De población inmigrante	12.3			13.4					
% De población emigrante	30.2			29.2					
Saldo migratorio	-5740			-5740			6220		
% De población discapacitada	1.9			3.7					
Estructura de población por grupo de edad (en años)	2000			2010			2015		
	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem
Total	202,461	104,397	98,064	233,708	119,417	114,291	256,970	131,161	125,809
Menor de un año	4,960	2,494	2,466	3,934	2,027	1,907	4,714	2,411	2,303

ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD DE LA REGIÓN DE SALUD DE COCLE
2017

1 a 4	20,108	10,215	9,893	17,242	8,782	8,460	18,572	9,499	9,073
5 a 9	23,628	11,896	11,732	23,200	11,797	11,403	23,384	11,965	11,419
10 a 14	21,863	11,211	10,652	25,560	12,990	12,570	24,043	12,301	11,742
15 a 19	19,200	10,156	9,044	21,521	11,017	10,504	25,342	12,850	12,492
20 a 59	92,399	47,741	44,658	113,097	57,750	55,347	129,936	66,787	63,149
60 a 64	5,944	3,160	2,784	7,926	4,123	3,803	8,444	4,231	4,213
65 y más	14,359	7,524	6,835	21,228	10,931	10,297	22,535	11,117	11,418
Otras Tasas	2000			2010			2015		
	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem
Tasa de mortalidad	3.9	4.5	3.1	4.1	5.2	3.9	4.9	5.6	4.1
Tasa de mortalidad en < de 1 año	15.5	S/D	S/D	10.4	10.8	10.0	8.7	8.3	9.1
Tasa de mortalidad perinatal	14.5	S/D	S/D	8.3	S/D	S/D	11.3	S/D	S/D
Tasa de mortalidad neonatal	9.1	S/D	S/D	4.6	S/D	S/D	6.8	S/D	S/D
Tasa de mortalidad postneonatal	6.4	S/D	S/D	5.8	S/D	S/D	2.5	S/D	S/D
Tasa de mortalidad en menores de 5 años (x 1000)	2.9	S/D	S/D	2.5	2.5	2.6	2.0	2.1	1.9
Tasa de mortalidad materna	0.4	N/Aplic.	0.4	0.5	N/Aplic.	0.5	3.1	N/Aplic.	3.1
Esperanza de vida al nacer (total)	74	73	75.9	76.1	73.3	78.9	77.1	74.4	80

Fuente(S): INEC, Contraloría General de la República. Incluir la pirámide poblacional por provincia, región y comarca, según edad y sexo para el año 2000, 2010, 2013 y 2014 por cada uno de los distritos.

GRÁFICO 1. Pirámide poblacional de la provincia de Coclé, según sexo y edad, año 2000, 2010 y 2017



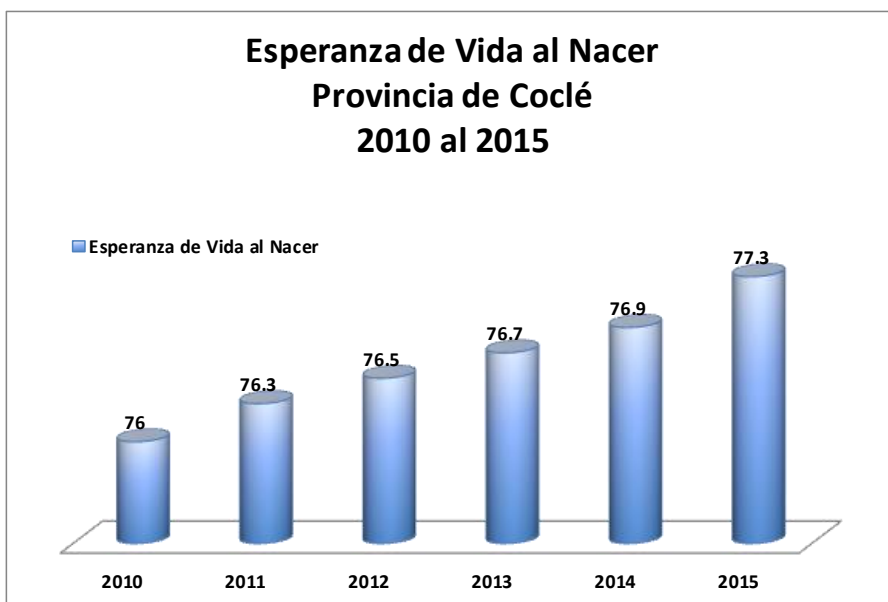
Según el Censo 2010 la Provincia de Coclé muestra aun una estructura piramidal con crecimiento importante en el grupo de 10 a 19 años. En el 2010 se sigue ensanchando hacia el grupo de jóvenes adultos de 20 a 29 años con reducción del grupo de 0 a 9 años. Es decir, que si bien en su base la barra de la población menor de 10 años es más ancha que el resto ya denota un crecimiento de la población mayor de 20 años. Al comparar la pirámide de población con los datos de estimación al 2017 en esta última se observa claramente que muestra la una franca tendencia a su ensanchamiento del grupo de 35 a 59 años. La población de Coclé igual que el resto del país observa de manera clara su ingreso al período de transición demográfica (hacia el envejecimiento) con un alto bono generacional por el incremento de la población joven y de la población en edad madura.

La esperanza de vida aumentó 6.11 años (74 a 77.11 años) de 2000 a 2015 observándose que en el hombre se dio un aumento de 1 año (73 a 74.4) y la mujer con aumento de 4.1 años (75.9 a 80 años) según las estadísticas de la Contraloría de Panamá.

Desde el 2010 al 2015 se observa una ganancia en la esperanza de vida de 1.3 años de la población en general

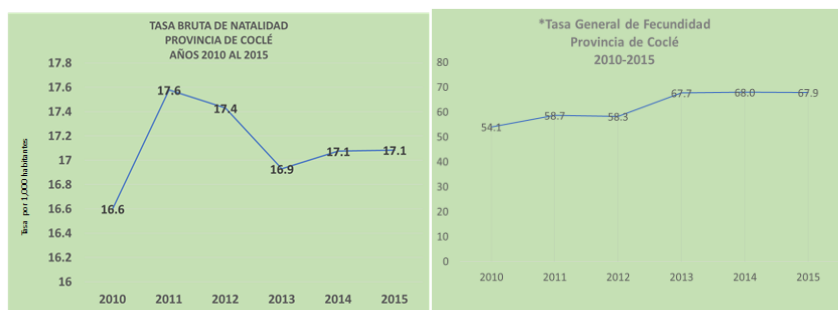
Comentado [P9]: Falta gráfica 2000 a 2010

GRÁFICO 4. ESPERANZA DE VIDA DEL LA PROVINCIA DE COCLÉ AÑO 2010 AL 2015



La tasa bruta de natalidad junto con la global de fecundidad también presento un descenso en el mismo período.

GRÁFICO 5. TASA DE NATALIDAD BRUTA Y FECUNDIDAD DE LA PROVINCIA DE COCLÉ, AÑOS 2010 AL 2015



Fuente: Contraloría General de Panamá



ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD DE LA REGIÓN DE SALUD DE COCLE 2017

La tasa de mortalidad general incrementó de 3.9 a 4.9 x 100,000 habitantes (2000 a 2015), mientras que en la tasa de mortalidad en menores de un año hubo una disminución de 6.8 (de 15.5 a 8.7 x 1,000 nacimientos vivos) del 2000 a 2015. En los menores de 5 años se mantiene estable la tasa de mortalidad.

La mortalidad materna, presentó un incremento de 2.7 (0.4 a 3.1 muertes maternas por 1000 nacidos vivos) de 2000 a 2015.

Perfil Epidemiológico de la Provincia de Coclé

Análisis de la morbi-mortalidad en la Provincia de Coclé

La provincia de Coclé ha ido sufriendo cambios en el perfil demográfico de su población, como son:

- ✚ Envejecimiento de la población
- ✚ Disminución de la natalidad
- ✚ Disminución de la tasa global de fecundidad por debajo de la tasa de reemplazo
- ✚ Disminución de la mortalidad
- ✚ Aumento de la expectativa de vida al nacer

Estos aspectos se suman al cambio del perfil epidemiológico, aumento de la mortalidad por enfermedades no transmisibles (ENT), la disminución de la mortalidad por enfermedades transmisibles, una mayor carga de enfermedad por ENT y una alta prevalencia de factores de riesgo de ENT.

Cuadro No. Principales Tasas de Mortalidad según Sexo

Principales causas de mortalidad	2000			2010			2015		
	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem
Mortalidad general									
Tumores (Neoplasias) malignos	62.6	S/D	S/D	80.3	89	102	83.7	115	100
Enfermedades cerebrovasculares	40.8	S/D	S/D	46.2	70	40	44.4	69	45
Enfermedades Isquémicas del Corazón	22.2	S/D	S/D	41.2	60	38	42.8	77	33
Accidentes, lesiones autoinfligidas, agresiones y otra violencia	35.5	S/D	S/D	31.5	70	5	38.5	86	13
Enfermedades hipertensivas							26.0	37	35
Otras Enfermedades del corazón	16.7	S/D	S/D	28.6	37	31	30.7	50	29
Mortalidad en menores de un año									
Malformaciones Congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	496.2	S/D	S/D	256.9	7	6	233.3	5	6
Ciertas afecciones originadas en el en el periodo perinatal	721.7	S/D	S/D	217.4	4	7	509.1	13	11
Neumonía	112.8	S/D	S/D	79.1	3	1	21.2	0	1
Accidentes agresiones y otras violencias							42.4	1	1
Tuberculosis							21.2	0	1
Las demás causas	315.7	S/D	S/D	256.9	5	8	42.4	1	1
Mortalidad en menores de 1-4 años									
Neumonía	38.5	S/D	S/D	14.9	1	2			
Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	33.0	S/D	S/D	14.9	1	2	5.4	1	0
Septicemia							5.4	1	0
Malformaciones congénitas, deformaciones y anomalías cromosómicas				5.0	1	0			
Accidentes, Agresiones y otras Violencias	16.5						16.2	2	1
Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores.	16.5								
Las demás causas	88.1			29.8	2	4	5.4	1	0
Mortalidad Perinatal									
1.									
2.									
3.									
4.									
5.									
Mortalidad Neonatal	9.1			4.6			6.8		

1.									
2.									
3.									
4.									
5.									
Mortalidad Post neonatal	6.4			5.8			2.5		
1.									
2.									
3.									
4.									
5.									
Mortalidad materna	0.4			6.2			3.1		
1. Causa obstétrica directa	0.4			6.2			3.1		
2.									
3.									
4.									

- (1) Con base en la lista de Mortalidad de la clasificación Estadística Internacional de enfermedades y problemas relacionados con la Salud (Decima Revisión).
- (2) Por 100,000 habitantes, con base en la estimación de la población por grupo de edad, al 1 de julio.

Cuadro No. 7

Composición de las Defunciones según Sexo

	2000			2010			2015		
	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem
Tasa de sub registro de la mortalidad general	S/D	S/D	S/D	S/D	S/D	S/D	S/D	S/D	S/D
Tasa de sub registro de la mortalidad infantil	S/D	S/D	S/D	S/D	S/D	S/D	S/D	S/D	S/D
Tasa de sub registro de la mortalidad materna	S/D	S/D	S/D	S/D	S/D	S/D	S/D	S/D	S/D
Tasa de defunciones por síntomas y causas mal definidas	S/D	S/D	S/D	S/D	S/D	S/D	S/D	S/D	S/D
Tasa de muertes por enfermedades infecciosas agrupadas	S/D	S/D	S/D	4.7 /11	5.9 /7	3.5 /4	5.4 /14	7.6 /10	3.1 /4
Tasa de muertes por diarrea	S/D	S/D	S/D	3.8 /9	3.3 /4	4.4 /5	2.33 /6	3.04 /4	1.59 /2
Tasa de muertes por infecciones respiratorias	S/D	S/D	S/D	61.2 /143	62.8 /75	57.0 /68	28.01 /72	26.68 /35	29.40 /37
Tasa de muertes por TBC	S/D	S/D	S/D	4.7 /11	5.9 /7	3.5 /4	3.89 /10	3.81 /5	3.97 /5
Tasa de muertes por VIH	S/D	S/D	S/D	5.6 /13	8.3 /10	2.6 /3	5.05 /13	4.57 /6	5.56 /7
Tasa de otras	S/D	S/D	S/D	0	0	0	0	0	0
Tasa de muertes por enfermedades crónicas agrupadas	S/D	S/D	S/D	276.0 /646	301.0 /360	250.0 /286	111.0 /286	129.61 /170	92.20 /116
Tasa de muertes por tumores malignos	S/D	S/D	S/D	81.7 /191	74.5 /89	89.2 /102	88.33 /227	87.67 /115	89.0 /112
Tasa de muertes por hipertensión arterial esencial	S/D	S/D	S/D	13.3 /31	15.9 /19	10.5 /12	29.1 /75	29.73 /39	28.61 /36
Tasa de muertes por diabetes mellitus	S/D	S/D	S/D	20.1 /47	21.0 /25	19.2 /22	21.40 /55	17.53 /23	25.43 /32
Tasa de muertes por enfermedades isquémicas del corazón	S/D	S/D	S/D	41.9 /98	50.0 /60	33.2 /38	44.75 /115	61.75 /81	27.02 /34
Tasa de muertes por otras enfermedades crónicas	S/D	S/D	S/D						
Tasa de muertes por causas circulatorias	S/D	S/D	S/D	78.7 /184	92.1 /110	64.7 /74	80.16 /206	95.30 /125	64.38 /81
Tasa de muertes por enfermedades respiratorias crónicas	S/D	S/D	S/D	21.82 /51	20.93 /25	22.74 /26	17.12 /44	9.9 /13	24.64 /31
Tasa de muertes por insuficiencia renal crónica	S/D	S/D	S/D	1.28 /3	2.5 /3	0	1.55 /4	2.28 /3	0.79 /1
Tasa de muertes por causas externas	S/D	S/D	S/D	32.09 /75	58.6 /70	4.4 /5	38.9 /100	66.3 /87	10.3 /13
Tasa de muertes por suicidios	S/D	S/D	S/D	5.6 /13	10.88 /13	0	1.9 /5	3.8 /5	0
Tasa de muertes por homicidios	S/D	S/D	S/D	3.4	5.7	0.87	6.22	10.06	1.59

				/8	/7	/1	/16	/14	/2
Tasa de muertes por accidentes	S/D	S/D	S/D	22.24 /52	40.2 /48	3.4 /4	23.73 /61	40.40 /53	6.35 /8
Tasa de muertes por accidentes de tránsito	S/D	S/D	S/D	2.4 /29	22.6 /27	1.7 /2	15.56 /40	28.20 /37	2.38 /3
Tasa de muertes por violencia	S/D	S/D	S/D	32.09 /75	58.61 /70	4.37 /5	47.8 /121	83.10 /109	10.33 /13
Tasa de Muertes por violencia social e intrafamiliar	S/D	S/D	S/D	S/D	S/D	S/D	S/D	S/D	S/D

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

Tasas por 100,000 habitantes.

Principales causas de morbilidad general

En el comportamiento de las Principales Morbilidades Generales de la Provincia de Coclé, podemos observar que los casos de Influenza han ido descendiendo, pasando de la primera causa en el año 2000 de un 30.2% a 23.0% en el año 2010 y para el 2015 no se refleja en las cinco primeras causas; lo que nos puede indicar que las acciones del estado están dando resultados positivos.

Por otra parte, podemos observar que los casos de la infección de vías urinarias se han mantenido dentro de este grupo, lo que hay que considerar ya que la misma es un factor de riesgo para la Enfermedad Renal Crónica (ERC).

Tabla: Principales causas de morbilidad general

Principales Causas de Morbilidad	2000			Principales Causas de Morbilidad	2010			Principales Causas de Morbilidad	2015		
	Total	M	F		Total	M	F		Total	M	F
Influenza	10651	5002	5649	Rinofaringitis	27974	12637	15337	Rinofaringitis	25911	11481	14430
Rinofaringitis	10161	4711	5450	Influenza	19303	9269	10034	Hipertensión Esencial primaria	12460	4613	7847
Diarrea y Gastroent. Inf	6347	3244	3103	Diarrea y Gastroent. Inf	17870	9097	8773	Infección Vías Urinarias Sitio No Especif.	7204	1717	5487
Infección Vías Urinarias	4567	1448	3119	Otras Enf del Sistema Respiratorio	10882	5316	5566	Lumbargo	6213	3143	3070
Asma no especificada	3564	1868	1696	Infección Vías Urinarias	8079	2214	5865	Obesidad No Especificada	5523	1568	3955

Gráfico 1

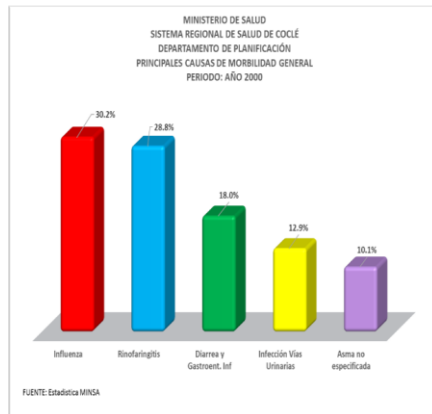


Gráfico 2

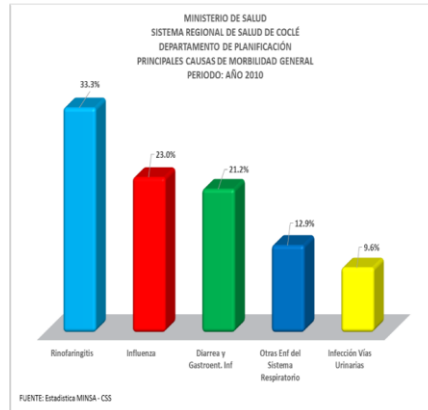


Gráfico 3

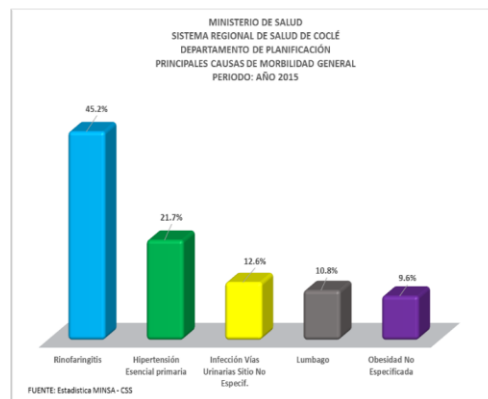


Tabla: Principales causas de morbilidad en el < de 1 año

Morbilidad en < de un año	2000			Morbilidad en < de un año	2010			Morbilidad en < de un año	2015		
Rinofaringitis	1708	871	837	Rinofaringitis	3254	1676	1578	Rinofaringitis	2708	1325	1383
Influenza	1244	706	538	Influenza	905	484	421	Gastroenteritis y colitis de origen no Especificado	283	164	119
Dermatitis No Espec	303	152	151	Diarrea y Gastroent. Inf	623	324	299	Dermatitis no Especificada	291	136	155
Pioderma	286	140	146	Desnutrición Proteicocalorica Leve	472	235	237	Influenza con otras manifestaciones	206	101	105
Bronquitis No Espec	219	111	108	Obesidad No Especificada	386	197	189	Pioderma	193	96	97

Tabla: Principales causas de morbilidad de 1 a 4 años

Morbilidad de 1 - 4 años	2000			Morbilidad de 1 - 4 años	2010			Morbilidad de 1 - 4 años	2015		
Resfriado Común	3145	1586	1559	Resfriado Común	8603	4427	4176	Resfriado Común	6412	3249	3163
Influenza	2528	1301	1227	Desnutrición Proteicocalorica Leve	2893	1452	1441	Gastroenteritis y colitis de origen no Especificado	866	489	377
Diarrea	1693	909	784	Influenza	2518	1283	1235	Pioderma	865	448	417
Asma	1024	650	374	Diarrea y Gastroent. Inf	1986	1077	909	Faringitis Aguda, no especificada	855	422	433
S/D	S/D	S/D	S/D	Enfermedades del Sistema Respiratorio	1596	785	811	Infección Aguda de las Vías Respiratorias Superiores.	688	384	304

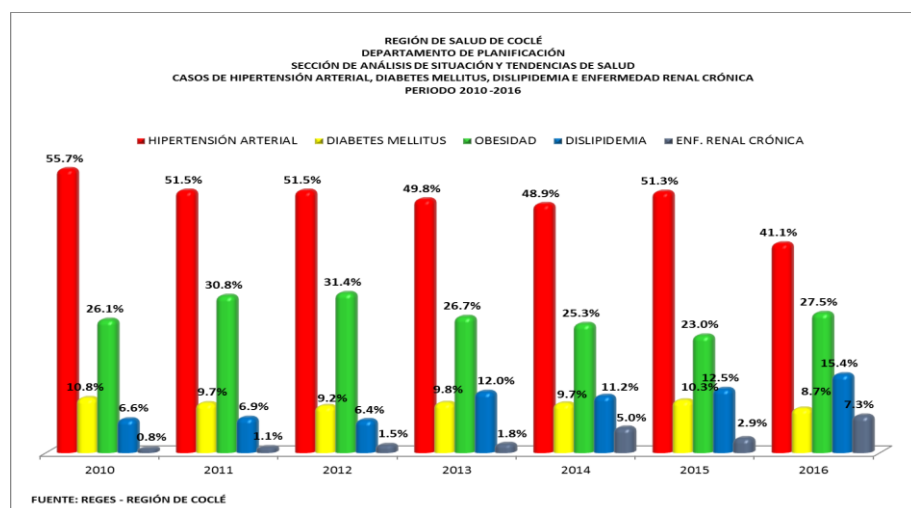
En el grupo < 1 año y de 1 a 4 años observamos que la primera causa de morbilidad corresponde a las infecciones de vías respiratorias, ocupando el segundo lugar las Gastroenteritis para el año 2015 y las infecciones de piel en tercer lugar.

Morbilidad Materna 2000, 2010 y 2015.

Morbilidad Maternal	2000			Morbilidad Maternal	2010			Morbilidad Maternal	2015		
	Total	Masc	Fem		Total	Masc	Fem		Total	Masc	Fem
Amenaza de Aborto	69	0	69	Desnutrición en el embarazo	533	0	533	Infección No Especificada de las Vías Urinarias en el embarazo	377	0	377
Hiperemesis Gravídica Leve	59	0	46	Infección de Vías Urinarias en el embarazo	448	0	448	Desnutrición en el Embarazo	230	0	230
Aborto No Especificado Incompleto	28	0	30	Aumento excesivo de peso en el embarazo	221	0	221	Parto Único Espontáneo, sin otra Especificación	158	0	158
Ruptura Prematura de Membrana	26	0	26	Infección genital en el embarazo	122	0	122	Embarazo Prolongado	117	0	117
Infección de vías urinarias en el embarazo	26	0	26	Enfermedades respiratorias que complican el embarazo	114	0	114	Aumento excesivo de peso en el Embarazo	115	0	115

En referencia a la morbilidad materna, causas de morbilidad varían en los diferentes periodos evaluados. Siendo para el año 2015 la infección de vías urinarias la primera causa y la desnutrición en el embarazo la segunda.

Enfermedades Crónicas

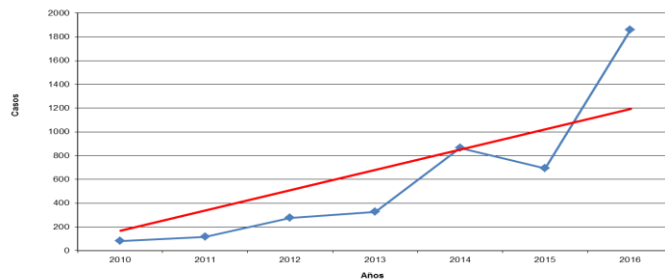


En la provincia de Coclé, podemos mencionar un aumento de ENT como la hipertensión arterial, diabetes mellitus, dislipidemia, obesidad entre otras, estas han mostrado un crecimiento importante en los últimos años, llegando a superar la prevalencia de las

enfermedades transmisibles en el adulto. Como consecuencia de ello la ERC empieza a ocupar uno de los primeros lugares.

Gráfico: Tendencia Anual De Casos De Enfermedad Renal Crónica de la Región de Salud de Coclé
Período: 2010 - 2016

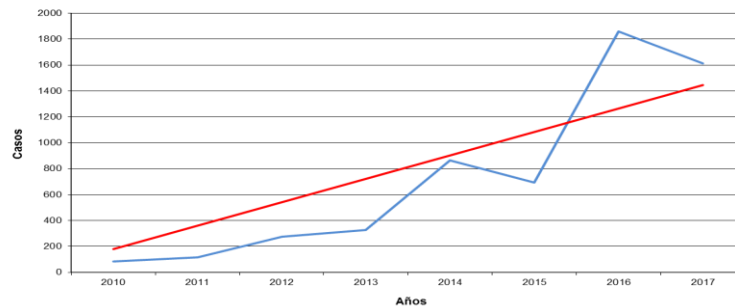
$R^2 = 0.6627$



Fuente: REGES - Región de Coclé

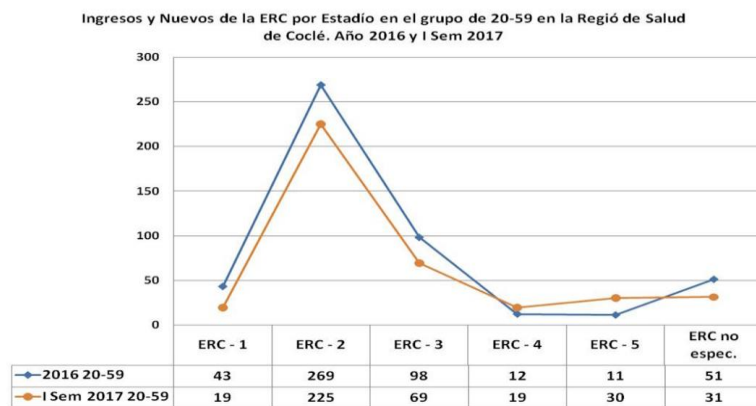
Gráfico: Tendencia Anual De Casos de Enfermedad Renal Crónica de la Región de Salud de Coclé
Período: 2010 - 2016 y Pronóstico 2017

$R^2 = 0.743$

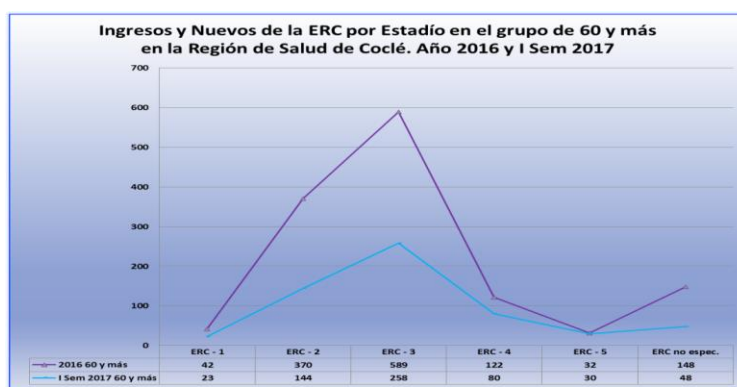


Fuente: REGES - Región de Coclé

Según los gráficos de Análisis de Tendencia Y Pronóstico en la provincia de Coclé la Enfermedad Renal Crónica va en incremento en la población.

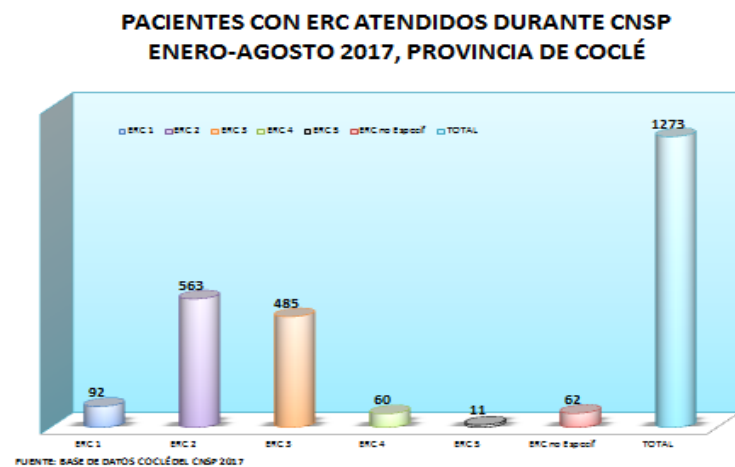
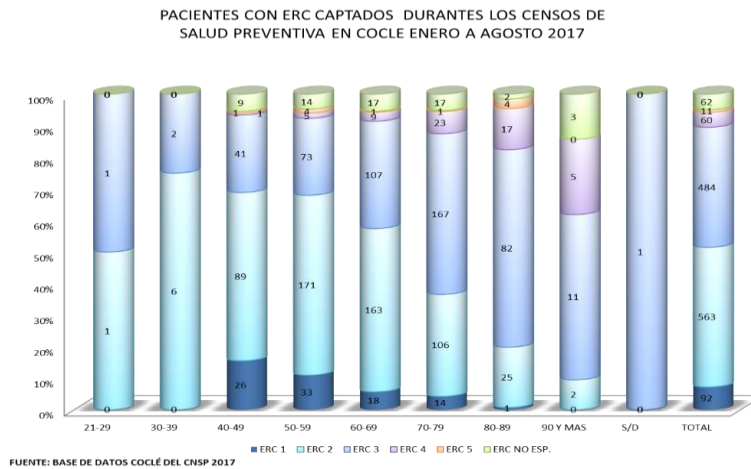


Fuente: REGES, MINSA Coclé, 2017 CNSP

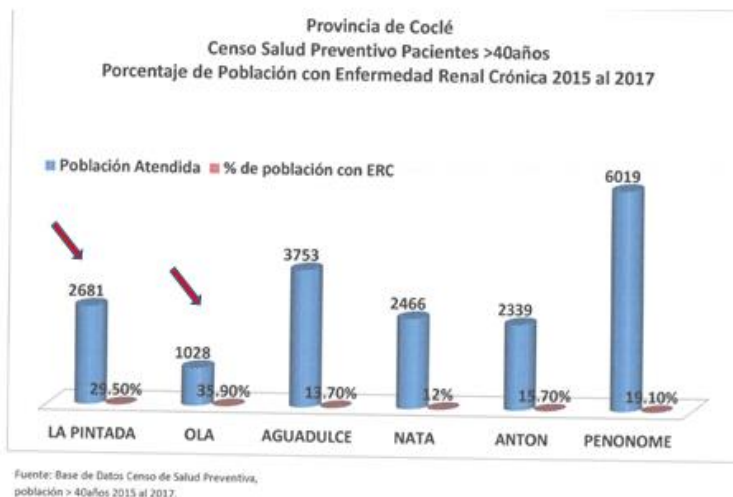


Fuente: REGES, MINSA Coclé, 2017

Según datos obtenidos por el Sistema de Información de Salud en Coclé (REGES) en la población de 20 a 59 años de edad durante el año 2016 y primer semestre del 2017 la mayor cantidad de pacientes se encuentran en el estadio 2 de la ERC. La población de 60 años y más se encuentran en mayor cantidad en el estadio 3.



Durante la participación activa de los Censo Nacional de Salud Preventiva (CNSP) en la población de 40 años y más, se observa un incremento de la prevalencia de esta enfermedad, principalmente en la población de 60 años y más (63.23% de los casos).



De acuerdo a los datos obtenidos durante los censos realizados desde el 2015 a abril de 2017 el distrito más afectado por la ERC, según la población **atendida** corresponde al distrito de Olá (35.90%), seguido del distrito de La Pintada (25.5%). Si lo comparamos por instalación de salud el área con mayor cantidad de casos atendidos durante los CNSP corresponden a Río Grande (40.2%), Olá (35.9%),

Río Hato (33.10%) y La Pintada (30.2%). Hacemos la observación a la fecha descrita los Censos en el área de Antón no se habían completado.

Desigualdades sociales en salud en la Provincia de Coclé

1.1. Desigualdades en las Tasas de Mortalidad de la Enfermedad Renal Crónica.

Gráfico comparativo de la dispersión de los datos de Coclé por Corregimientos en los años 2000 y 2010.

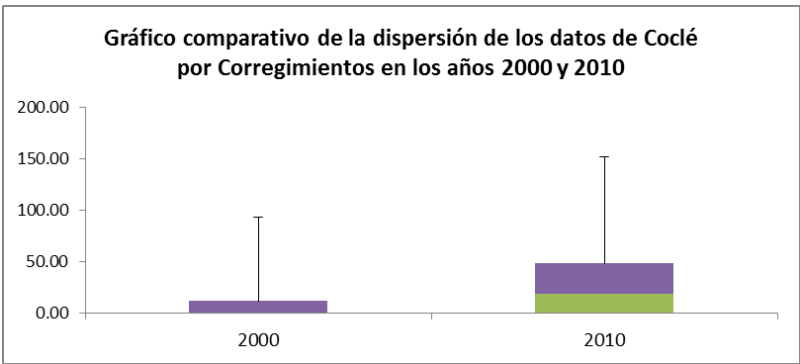


Gráfico del indicador: Tasa de muerte ERC para Coclé por Corregimientos en el año 2000

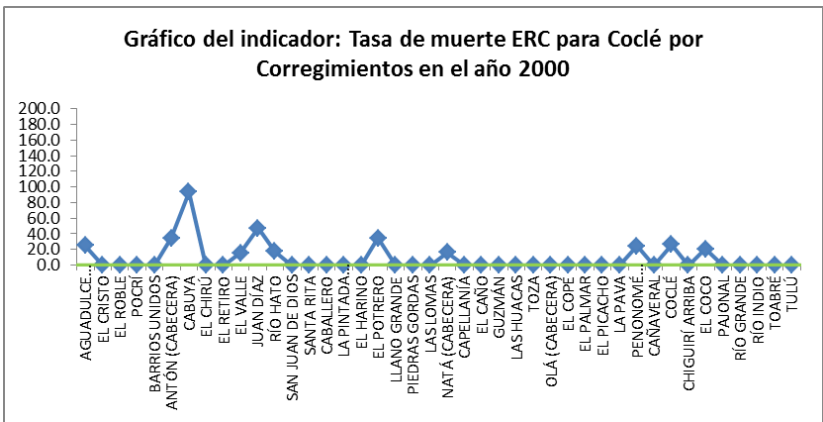
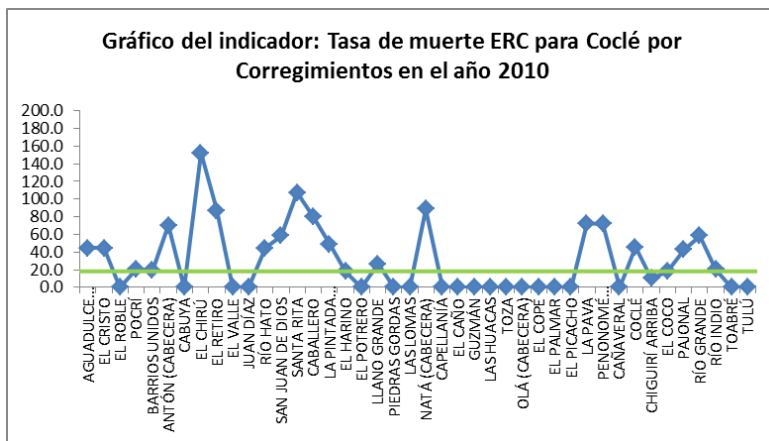


Gráfico del indicador: Tasa de muerte ERC para Coclé por Corregimientos en el año 2010



Medidas de desigualdad de brecha del indicador: Tasa de Muerte ERC	2000	2010	Cambio en el tiempo
Diferencia del riesgo absoluto	-15.53	33.61	-18.08
Diferencia del riesgo relativo	0.00	0.19	0.19
Promedio del indicador ponderado por los grupos	6.83	27.35	20.52

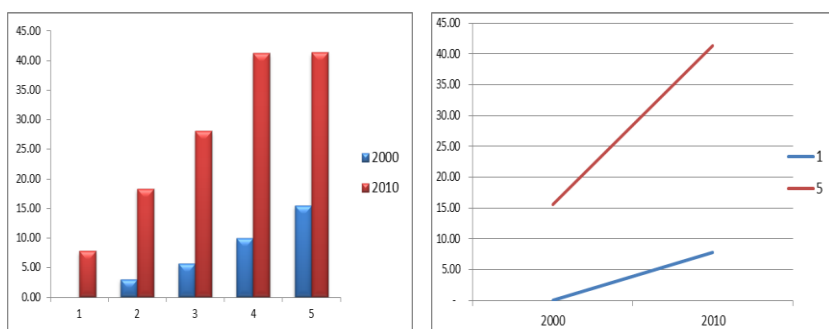
Intervalos de confianza	
2000	2010
IC 95% (-34.52,3.47)	IC 95% (-69.22,2.01)
	IC 95% (0.03,1.37)

Tomando las medidas de desigualdad de brecha del riesgo absoluto es de -15.53 a 33.61 correspondiente a los años 2000 y el 2010, con un cambio en el tiempo de -18.08 y con una brecha relativa de 0.00 A 0.19 respectivamente.

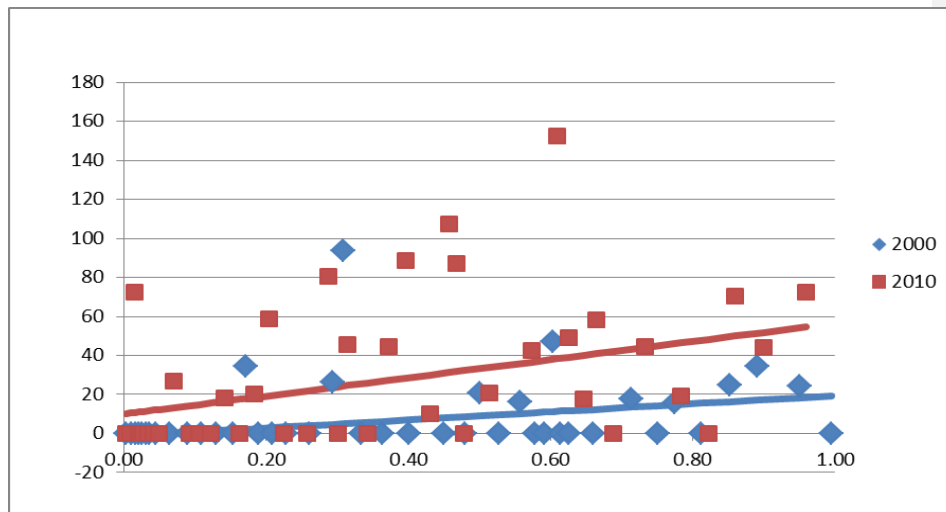
Podemos observar la tasa de mortalidad por ERC en la provincia de Coclé para el año 2000, los corregimientos con mayor mortalidad son Cabuya, Juan Díaz y Antón cabecera, pertenecientes al distrito de Antón, seguidos por los corregimientos de Aguadulce cabecera y Coclé (Penonomé).

Para el año 2010 el corregimiento con mayor mortalidad por ERC fueron los corregimientos de El Chirú, Santa Rita, Natá cabecera, El Retiro y Caballero; de estos cuatro corresponden al distrito de Antón.

Tasa de Mortalidad por ERC VS Ingreso 2000 y 2010



Índice de la pendiente del indicador: Tasa de muerte ERC	2000	2010	Cambio en el tiempo	Intervalos de confianza	
				2000	2010
	20.75	46.56	25.81	IC= (.55, 51.88)	IC= (15.12, 50.34)



En la concentración de la desigualdad de la mortalidad por ERC según el ingreso se observa que el ingreso mensual por hogar es bajo, por debajo de los \$400.00. Ubicándose el tercer y cuarto quintil, que es de mediano a altos ingresos.

1. Qué conclusiones pueden surgir como producto del análisis de los indicadores demográficos en relación con la salud-enfermedad de la población de su área de influencia?
2. Cómo afecta la transición demográfica las condiciones de salud de la población?
3. Cuáles serían las intervenciones según el análisis realizado?

Comentado [P10]: FALTA

El crecimiento de la población se observa tanto en el área rural como urbana a pesar de tener una tasa de crecimiento natural en descenso de 0.90 en el año 2000 a 0.54 en el 2015 sin embargo se observa 1.1% de crecimiento en la población inmigrante y ligera disminución de los emigrante en 1% (30.2 a 29.2% de 2000 a 2010). (Tabla N°1)

Podemos agregar que la tasa de mortalidad general incrementó de 3.9 a 4.9 x 100,000 hab (2000 a 2015), mientras que en la tasa de mortalidad en menores de un año hubo una disminución de 6.8 (de 15.5 a 8.7 x 1,000 nacimientos vivos) del 2000 a 2015. En los menores de 5 años se mantiene estable la tasa de mortalidad.

En la mortalidad materna, sin embargo, se dio un incremento de 2.7 (0.4 a 3.1 muertes maternas por 1000 nacidos vivos) de 2000 a 2015.

Mientras que la esperanza de vida aumentó 6.11 años (74 a 77.11 años) de 2000 a 2015 observándose que en el hombre se dio un aumento de 1 año (73 a 74.41) y la mujer con aumento de 4.1 años (75.9 a 80 años) según las estadísticas de la Contraloría de Panamá.

La tasa bruta de natalidad junto con la global de fecundidad también presento un descenso en el mismo período.

La relación proporcional de población que habita en el área rural y urbana se ha modificado relativamente con un incremento en la urbana de 3.5% (30.5 a 34.0%) y la rural descendió en 4.3% (69.1 a 64.8%) para los años 2000 y 2010 según censo de Contraloría.

En conclusión, tenemos un aumento de la demanda poblacional en cuanto a los servicios de salud con poca o ninguna variación en la oferta de la red pública en salud.

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

Con el incremento de la población a expensas del grupo de adultos y adultos mayores podemos proyectar que las morbilidades crónicas no transmisibles serán las que debamos enfrentar como demanda haciendo énfasis en la promoción y prevención desde los primeros años de vida, tratando de modificar los estilos de vida a formas más saludables.

Además de modificar algunas conductas culturales, étnicas y de costumbres que están modificando el ambiente y el clima en detrimento de condiciones externas que permitan una mejor calidad de vida.

Debemos prepararnos para afrontar la demanda de atención por los movimientos migratorios (internos como externos) que se están dando en nuestra región por las áreas turísticas y laborales que han proliferado por las características geo-culturales.

La afluencia de grupos indígenas también afecta el comportamiento de algunas morbilidades por sus costumbres étnicas.

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

La transición demográfica en la provincia de Coclé nos está indicando, que el envejecimiento poblacional se está incrementando cuando comparamos los períodos 2000 con el 2017, además de extenderse la esperanza de vida. Esto conlleva a cambios de los patrones de morbilidad y mortalidad que modifican la demanda de los servicios sociales y de salud.

La longevidad está produciendo retos sin precedentes a los responsables de elaboración de políticas en general y a los ciudadanos en particular, pues se deberán mantener los niveles de seguridad social y económica, y la oferta de los servicios de salud de calidad.

Entre las problemáticas relacionadas con los cambios en la morbilidad se encuentran las discapacidades físicas, íntimamente relacionadas con el incremento de la edad.

Las ofertas de los servicios de salud deberán afrontar cambios en los procesos que se generan por los recursos muy limitados, lo que dificulta la ejecución de las políticas de salud y mitigar las nocivas consecuencias sobre los individuos, la familia, la comunidad y la sociedad.

La transición demográfica debe ser tratada como un proceso continuo en el cual los patrones de salud y enfermedad de una sociedad se van transformando en respuesta a cambio más amplio de carácter demográfico, socioeconómico, tecnológico, político, cultural y biológico.

La reducción de la mortalidad de causa infecciosa y la supervivencia de la infancia asociada a la exposición de factores de riesgo de las enfermedades crónicas modifica la forma de atención en salud.

La rápida urbanización aumenta la densidad poblacional lo cual nos lleva a un incremento del presupuesto de salud en las atenciones de las morbilidades tales como VIH/SIDA, Enfermedad Renal Crónica, Enfermedad Cardiovascular, entre otras. Y en la gama de vacunas para el control y erradicación de las enfermedades inmunoprevenibles.

Las variaciones en los patrones de morbilidad y mortalidad, llevan a una transición del sistema de Salud en Coclé, que deberá realizar cambios en sus acciones y en el tipo de prestación de los servicios de atención y por ello se deberá incrementar los costos del sistema.

Estamos haciendo énfasis sobre la promoción y prevención con vista a conservar las capacidades físicas y mentales, así como el equilibrio emocional y psicosocial de la población coclesana.

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

El crecimiento acelerado de la ciudad de Penonomé, Aguadulce y Antón y la falta de planificación urbana son una amenaza latente de sostenibilidad de los sistemas públicos de agua y saneamiento. La oferta de viviendas, mediante la inversión privada se ha mantenido en crecimiento, por lo cual se prevé que la tendencia para los próximos años se mantenga, las intervenciones en este ámbito debe estar enmarcadas en el mejoramiento de dichos sistemas y la ampliación de las redes para evitar problemas ambientales que repercutan en la salud.

Los progresos obtenidos en las zonas rurales en los últimos años en cuanto a saneamiento básico, se están viendo afectados por el agotamiento de las fuentes de agua utilizadas en los acueductos rurales, por lo cual es difícil garantizar la sostenibilidad de la calidad de agua que se abastece en las comunidades, más aún nos preocupa que al extenderse la

estación seca a causa del Fenómeno del Niño que se viene presentando en los últimos años y que en los próximos años será más agresivo se presentan desabastecimiento de agua para consumo humano en comunidades rurales de la provincia, por lo cual es importante que las entidades trabajen conjunto para buscar alternativas viables, realizar planes de contingencia e intervenciones en las áreas de fuentes afectadas, en vista que la población aumenta y los efectos del cambio climático cada día son más notorios.

Frente a los problemas ambientales, se continuará con la vigilancia y fiscalización de lo concerniente a saneamiento básico (calidad de agua, disposición adecuada de excretas, residuos sólidos, vivienda), se debe fortalecer el marco legal, incorporar la participación comunitaria, que todas las entidades conozcan sus roles en cada materia y los realice, así como el apoyo y participación activa en la solución de los problemas ambientales de la provincia.

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

En materia de aguas residuales: Antón, Penonomé, La Pintada (alcantarillado en construcción) en áreas urbanas, en Olá, Natá y Penonomé en áreas rurales.

Disposición de los desechos sólidos. Se debe realizar intervenciones a fin de mejorar los sistemas de vertederos a cielo abierto por un sistema sanitaria y ambientalmente mejor en los municipios de Aguadulce, Natá, La Pintada.

Manejo inapropiado de los plaguicidas y su incidencia en los casos de intoxicaciones, ya sea por intento de suicidio, incumplimiento en el uso del equipo de protección personal, mal almacenamiento de los productos. Se deben priorizar intervenciones en Antón, Penonomé, Natá y Aguadulce.

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

Cultivos de caña de azúcar, café, maíz, arroz y frijoles, ganadería.

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

La provincia de Coclé consta de 44 corregimientos, de estos un aproximado de 11 corregimientos presentan riesgos de ser afectados por desastres naturales (inundaciones y deslizamientos) por lo cual representan el 25%.

Comentado [P11]: Falta información provision. Natalia comisión de Riesgo

¿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

Condiciones del saneamiento básico (Encuesta Mix o Censo, 2010)	2000	2010	2016
--	------	------	------

Cuadro No. 3

Condiciones del Saneamiento Básico

¿Cuáles son
mecanismos
de agua
acueductos
pozos);
agua

% de la población con disposición de agua potable o agua mejorada para el consumo humano	91.5	95.1	S/D
☐ Urbano	S/D	S/D	S/D
☐ Rural	S/D	S/D	S/D
☐ Indígena	N/A	N/A	N/A
% de la población con disposición adecuada de residuos sólidos (relleno sanitario o enterramiento)	40.11	41.70	48.99
☐ Urbano	27.60	31.10	32.8
☐ Rural	12.40	10.60	26.68
☐ Indígena	N/A	N/A	N/A
% de la población con disposición adecuada de aguas residuales y servidas (alcantarillado sanitario, fosa séptica o tanque séptico)	26.90	32.04	36.3
☐ Urbano	18.20	19.40	58.1
☐ Rural	8.60	12.50	17.33
☐ Indígena	N/A	N/A	N/A
% de instalaciones con disposición adecuada de desechos hospitalarios peligrosos (incineración, relleno sanitario o enterramiento)	S/D	32	85

los
de suministro
(acueductos,
rurales,
disposición de
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.

MECANISMO DE SUMINISTRO DE AGUA (ACUEDUCTOS, ACUEDUCTOS RURALES, POZOS)

LISTADO DE ACUEDUCTOS EXISTENTES Y TIPO DE SISTEMAS									
DISTRITO	POBLACIÓN	TIPO DE ACUEDUCTO RURALES		ACUEDUCTOS IDAAN			ACUEDUCTO PRIVADO POR POZO	CANTIDAD DE ACUEDUCTOS	ADMINISTRADOS POR JAAR
		PP	G	PLANTA	PP	G			
NATÁ	18374	17	28	1	0	0	0	46	34
OLÁ	7604	11	53	0	0	0	0	64	63
LA PINTADA	26967	6	140	1	0	0	0	147	94
ANTÓN	55943	24	64	1	5	1	8	103	81
PENONOMÉ	88868	26	129	1	5	0	0	161	142
AGUADULCE	54000	19	3	1	12	0	2	37	21
TOTAL	251756	103	417	5	22	1	10	558	435

Mecanismo de Gestión:

- Construcción de Nuevos pozos perforados para suplir el agua en las áreas críticas urbanas y rurales.
- Mejoramiento de las plantas potabilizadoras de Penonomé, Aguadulce, que actualmente están en licitación pública.

MECANISMOS DE RESIDUOS SÓLIDOS (RELLENOS SANITARIOS, ENTERRAMIENTO, INCINERADORES Y VERTEDEROS A CIELO ABIERTO)

REGIÓN DE COCLE	MINISTERIO DE SALUD DIVISION DE SALUD AMBIENTAL PROGRAMA DE SANEAMIENTO BASICO PARA EL AÑO 2016
AREA SANITARIA	
OFICINA REGIONAL	
GLOBAL	

POR DISTRITO		III. Basuras , Artrópodos y Roedores, Promoción del Control Sanitario de Basuras, Artrópodos y Roedores																
DISTRITO		NUMERO DE CASAS	SINOPSIS DEL AREA DE TRABAJO															
			RECOLECCION							DISPOSICION FINAL								
			Nº DE SISTEMA DE RECOLECCION				NUM DE CASAS SERVIDAS POR LA RECOLECCION	NUM DE CASAS NO SERVIDAS ACCESIBLES	NUM DE CASAS NO SERVIDAS NO ACCESIBLES	TRATAMIENTO DOMILIAR			Nº DE SISTEMAS					
			PUBLICO		PRIVADO					CASAS CON DISPOSITIVO DE ENTERRAMIENTO	DISPOSITIVO DE INCINERACION	UTILIZAN SITIOS NO APROBADOS	VERTEDEROS A CIELO ABIERTO		INCINERACION		RELLENO SANITARIO	
B	D	B	D	B	D	B	D	B	D	B	D	B	D	B	D			
1	AGUADULCE	14737	1	0	1	0	9618	1090	916	153	1654	389	1	0	0	0	0	0
2	PENONOME	20888	1	0	0	0	7376	0	0	1302	6399	7094	1	0	0	0	0	0
3	NATA	4928	0	1	0	0	1880	0	197	35	0	2987	0	1	0	0	0	0
4	ANTON	13242	1	0	0	0	3099	0	0	3081	6672	597	1	0	0	0	1	0
5	LA PINTADA	6561	0	1	0	0	661	247	69	3021	1850	834	0	1	0	0	0	0
6	OLA	1860	0	1	0	0	130	0	0	105	1608	168	0	0	0	0	0	0
	TOTAL	62216	3	3	1	0	22764	1337	1182	7697	18183	12069	3	2	0	0	1	0

Mecanismo de Gestión:

- Construcción de relleno sanitario regional y una planta de de reciclaje o de recuperación de materiales.
- Establecer un mecanismo de cobro efectivo para el pago de la tasa de aseo.

MECANISMOS DE DISPOSICIÓN DE AGUA RESIDUALES (ALCANTARILLADO, FOSA SÉPTICA, TANQUE SÉPTICO).

REGION DE COCLE AREA SANITARIA OFICINA REGIONAL GLOBAL POR DISTRITO	MINISTERIO DE SALUD DIVISION DE SALUD AMBIENTAL PROGRAMA DE SANEAMIENTO BASICO PARA EL AÑO 2016 II. Disposición de Excretas Promoción de Conexiones a Alcantarillados y Construcción de Letrinas									
DISTRITO	SINOPSIS DEL AREA DE TRABAJO									
	DE CASA s	Nº DE HABIT ANTE		ALCANTARILLADOS	TANQUE SEPTICOS	LETRINAS		EXIST ENTE	s	

				STAR	EXISTENTES	CASAS CONECTADAS	POBLACION SERVIDAS	CASAS NO CONECTADAS ACCESIBLES	CASAS NO CONECTADAS NO ACCESIBLES	EXISTENTES	CASAS SERVIDAS	POBLACION SERVIDAS	TANQUE SEPTICO DEFICIENTES	EXISTENTES	CASAS SERVIDAS	POBLACION BENEFICIADA	LETRINAS DEFICIENTES	CASAS SIN LETRINAS	
1	AGUADULCE	14737	44000	4	1	2549	9500	3517	86	5367	5367	22843	26	5396	5396	16619	123	44	1
2	PENONOME	20888	89859	6	0	3244	12385	0	0	4522	4522	18471	61	12519	12519	55108	765	542	6
3	NATA	4928	18374	1	0	449	1557	1136	0	562	562	2036	10	3622	3622	13052	119	218	1
4	ANTON	13242	34345	10	0	770	3465	0	0	3602	3602	17609	0	9077	9077	34869	403	0	37
5	LA PINTADA	6561	26967	1	0	60	240	0	0	593	593	2967	75	5781	5781	26504	426	61	0
6	OLA	1860	6640	0	0	0	0	0	0	156	156	678	0	1739	1739	5910	38	2	0
	TOTAL	62216	220185	12	1	7072	27147	4653	86	14802	14802	64604	172	38134	38134	152062	1874	867	45

- Mecanismo de gestión:**
- Implementación del programa 100/0 (Unidades Básicas) en áreas priorizadas.
 - Construcción de los alcantarillados para Río Hato, El Valle, El Copé, Olá, La Pintada y ampliación del Alcantarillado de Penonomé y Antón.

Cuadro No. 4

Incidencia de Pobreza por Distrito

Incidencia de la pobreza por distrito	% de Población		
	Total	Pobres	Pobres Extremos
1. Coclé	43.9	31.6	12.3
2. Aguadulce	18.1	14.5	3.6
3. Antón	41.7	30.5	11.2
4. La Pintada	69.1	48.9	20.2
5. Natá	39.4	28.8	10.6
6. Olá	73.9	51.8	22.1
7. Penonomé	54.9	38.4	16.5

Cuadro No. Principales Etnias Predominantes

Cultura, Etnia y Colonias Predominantes	Etnia								
	Kuna	Ngabe	Buglé	Teribe Naso	Bocota	Embera	Wounaan	Bri Bri	Otros
% de población según edad	462	807	181	1	47	42	27	21	10
Menor de 1 año	6	21	3	0	0	2	0	0	0
1-4 años	32	101	16	0	2	1	4	1	0
5-9 años	38	93	13	0	5	3	7	4	1
10-14 años	55	75	17	0	7	6	4	2	1
15-19 años	41	99	23	0	6	5	2	2	2
20-59 años	233	384	103	1	20	23	8	7	6

60-64 años	21	13	3	0	1	1	1	0	0
65 y más	36	21	3	0	6	1	1	5	0
Lenguaje y dialectos	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

[illegible][illegible]

3.									
4.									
5.									

E. Tasa de las principales enfermedades inmunoprevenibles	2000			2010			2015		
	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem
1.									
2.									
3.									
4.									
5.									

F. Tasa de las principales enfermedades inmunoprevenibles no transmisibles.	2000			2010			2015		
	Total	Mas	Fem	Total	Mas	Fem	Total	Mas	Fem
1.									
2.									
3.									
4.									
5.									

G. Tasa de prevalencia de las principales enfermedades crónicas no transmisibles (agrupadas)	2000			2010			2015		
	Total	Mas	Fem	Total	Mas	Fem	Total	Mas	Fem
1.									
2.									
3.									
4.									
5.									

H. Principales causas de discapacidad	2000			2010			2015		
	Total	Mas	Fem	Total	Mas	Fem	Total	Mas	Fem
1. Psiquiátrica (Mental)				480	275	205	N/A	N/A	N/A
2. Visual	596			1,778	954	824	N/A	N/A	N/A
3. Auditiva	629			1,198	652	546	N/A	N/A	N/A
4. Física	955			2,695	1,456	1,239	N/A	N/A	N/A
5. Intelectual	860			1,364	793	571	N/A	N/A	N/A
6. Múltiples	641			748	379	369	N/A	N/A	N/A
7. Órganos y sistemas	261			315	185	130	N/A	N/A	N/A

I. Principales problemas de salud emergentes y reemergentes que afectan a la población (enfermedades y situaciones de riesgo)	2000			2010			2015		
	Total	Mas	Fem	Total	Mas	Fem	Total	Mas	Fem
1.									
2.									
3.									
4.									
5.									

J. Principales causas de egresos hospitalarios	2000			2010			2015		
	Total	Mas	Fem	Total	Mas	Fem	Total	Mas	Fem
1.									
2.									
3.									
4.									
5.									

Ver excel

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

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 (bullying), 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 ____

Si es sí, comente sus principales componentes y analice su desarrollo:

No _____

Favor investigar _____

Cómo lograron adquirir ese conocimiento?

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?

La salud de las personas se ve afectada cuando el medio ambiente deja de satisfacerles necesidades básicas y al mismo tiempo presenta numerosos riesgos. Los diferentes riesgos o peligros ambientales a considerar pueden dividirse en riesgos tradicionales que están ligados a la pobreza y la ausencia de desarrollo y riesgos modernos, dependientes de un desarrollo insostenible:

a. TRADICIONALES

- Falta de acceso de agua segura.
- Saneamiento básico de la comunidad rural.
- Inapropiado manejo de los alimentos.
- Sistemas deficientes de disposición de residuos.
- Vectores transmisibles de enfermedades, especialmente roedores e insectos.
- Zoonosis
- Inadecuado manejo de aguas residuales.
- Enfermedades transmisibles (notificación obligatoria) y otras enfermedades como muerte materna y perinatal, intoxicación por plaguicidas, enfermedades crónicas no transmisibles y otras.

b. MODERNOS

- Contaminación del agua por núcleos poblacionales e industriales.
- La acumulación de residuos sólidos y peligrosos.
- Riesgos de enfermedades infecciosas nuevas o reemergentes
- Deforestación, degradación del suelo y los cambios ecológicos.
- El humo del tabaco y el alcohol.
- Contaminación acústica.
- Contaminación ambiental por sustancias peligrosas y no peligrosas

- Farmacovigilancia
- Inocuidad de alimentos
- Vigilancia internacional
- Violencia intrafamiliar
- Gestión de riesgo de desastres

2. ¿Qué problemas se deben vigilar?

En la provincia de Coclé los problemas sanitarios principales a vigilar se enmarcan en:

- el uso y manejo del agua y desechos sólidos y líquidos,
- la urbanización
- el saneamiento básico de la vivienda rural,
- las condiciones de los establecimientos de expendio de alimentos y demás locales de interés sanitarios.
- manejo inadecuado de los alimentos
- la proliferación de vectores, roedores e insectos
- Enfermedades zoonóticas
- Enfermedades transmisibles y no transmisibles
- Contaminación de aguas por la industria
- Enfermedades infecciosas y reemergentes
- Morbilidades relacionadas a los cambios climáticos
- Contaminación ambiental y acústica
- Uso inadecuado y efectos de los medicamentos
- Alertas internacionales sobre morbilidades contagiosas y no contagiosas
- Prevención y factores de riesgo en la violencia intrafamiliar
- Preparación, prevención y atención en situaciones de desastres al personal de salud y a la comunidad.

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

Para el desarrollo de las acciones de vigilancia y fiscalización sanitaria se cuentan con un recurso humano comprometido, pero en cantidad limitada para la complejidad de los problemas existentes y los retos que día tras día se manifiestan por el tipo de funciones, por ser una provincia turística, en proceso industrial y urbanístico. Actualmente, se cuentan con 14 Inspectores Técnicos de Saneamiento Ambiental, 2 agrónomos, para atender 62216 viviendas, 220185 habitantes. De este personal 1 es jubilado y para el 2019 se jubilarán cuatro (4) técnicos.

Ante la problemática ambiental se requiere dotación de recursos apropiados para la vigilancia y fiscalización de los factores de riesgo, reforzar el recurso

humano del departamento para hacerle frente a los problemas ambientales, involucrar a los actores sociales y la comunidad, trabajar coordinadamente con las instituciones que tienen competencia en la gestión ambiental y las que empiezan a incursionar en este ámbito.

ACCESIBILIDAD GEOGRAFICA, ECONOMICA Y CULTURAL

1. ¿Cuáles son las comunidades con menor grado de accesibilidad geográfica, económica y cultural por cada Distrito?
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?
3. ¿Cuáles son los medios usuales de transporte utilizados? Horario del sistema de transporte.
4. ¿Cuánto tiempo demora la población para tener acceso a la instalación de salud más cercana? Elaborar el flujograma de llegada.
5. ¿Cuál es el costo de movilización para la población?
6. ¿Cuál es el mecanismo definido para la atención de la población que no cuenta con recursos económicos? Elaborar el flujograma.

ACCESIBILIDAD GEOGRAFICA, ECONOMICA Y CULTURAL

7. ¿Cuáles son las comunidades con menor grado de accesibilidad geográfica, económica y cultural por cada Distrito?
8. ¿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?
9. ¿Cuáles son los medios usuales de transporte utilizados? Horario del sistema de transporte.
10. ¿Cuánto tiempo demora la población para tener acceso a la instalación de salud más cercana? Elaborar el flujograma de llegada.
11. ¿Cuál es el costo de movilización para la población?

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

COMPLEJIDAD DE LA RED

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

Sí _____

Si es si, como se organiza: _____

Existe una red que no funciona de forma integrada, en la realidad se visualiza una red fragmentada en dos zonas o áreas: la del norte (instalaciones de los distritos de Penonomé, La Pintada y Antón) y la del Sur (Distritos de Aguadulce, Nata y Olá).

Cada una con un hospital de referencia cuyos regentes son diferentes aunque su ámbito como centros de referencia difiere. El hospital Aquilino Tejeira aunque designado como Regional para el MINSA, no es referente para las instalaciones y poblaciones del área sur de la provincia.

Pese a que la cartera de servicio del Hospital Rafael Estévez es superior en algunos servicios, en la práctica el Hospital Santo Tomás y el Complejo Hospitalario Metropolitano son las instalaciones de referencia para el Aquilino Tejeira por excelencia. La complementariedad entre los dos hospitales se ve afectada por no existir un sistema formal para asegurar la continuidad de atención mediante dicha complementariedad.

Comentado [P12]: provisión

No _____

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 red pública regional de salud es la siguiente:

▪ Primer Nivel de Atención: Los puestos, centros, policlínicas

- Segundo Nivel de Atención: Hospital Aquilino Tejeira
- Tercer Nivel de Atención: Hospital Rafael Estévez.

Comentado [P13]: provisión

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?

Los horarios de atención son de 7 am a 3 pm de lunes a viernes en los Centros de salud sin cama, Sub centros, Puestos de Salud y Policlínicas.

En los Centros de Salud con cama, Hospitales se labora los 7 días de la semana en horario de 24 horas.

Se cuenta con una instalación de salud con horario extendido de 7 am a 7 pm. (C.S. Penonomé).

Comentado [P14]: provisión

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

Se cuenta con una instalación de salud con horario extendido de 7 am a 7 pm de lunes a viernes. (C.S. Penonomé).

Comentado [P15]: provisión

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

En nuestra región la sectorización se realiza en base al criterio de ubicación geográfica.

Sin embargo existe una sectorización por accesibilidad de toda la provincia que utilizan las redes itinerantes y la red fija, pero no es utilizada por las instalaciones a nivel regional.

La cobertura poblacional de responsabilidad es establecida por la lógica de la división política y de movilidad geográfica de la población.

La adscripción solo se ha intentado con la modalidad de los equipos de la red itinerante y en la actualidad se intenta con la modalidad de la red fija.

Comentado [P16]: provisión

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

Los equipos locales, se integran en cada establecimiento de salud tratando de responder a la cartera definida y los programas básicos de salud .

Comentado [P17]: provisión

7. ¿Qué profesionales conforma el equipo básico?

Los equipos básicos actualmente se encuentran incompleto y están conformados por: Médicos, Enfermeras, Técnicos en enfermería y odontólogos. Las disciplinas auxiliares como Trabajo social, Salud Mental, Nutrición, Saneamiento Ambiental, Educadores para la Salud y Promotores de Salud son escasos en las instalaciones de salud

Comentado [P18]: pss

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

En este momento no contamos con una asignación de equipos básicos por población de responsabilidad a excepción de los grupos itinerantes de la estrategia de Extensión de cobertura.

Comentado [P19]: pss

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

La cartera de servicios se caracteriza por los servicios de: Promoción, prevención, atención y rehabilitación.

Comentado [P20]: pss

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?

✓ Ver anexo N° Cartera de Servicios de la Red Fija. ✓ Ver anexo N° Cartera de Servicios de la Red Itinerante

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

Ver anexo N° donde se define la tarifa por servicios. La atención de la población asegurada es asumida sin cobro alguno al paciente asegurado.

Comentado [P21]: pss

12. ¿Existen y se aplican protocolos de atención?

Sí _____

Si es sí, ¿cuáles y en qué servicio o tipo de instalación se aplican?

¿Cada qué tiempo se revisan los protocolos de atención?

No _____

Favor investigar _____

13. ¿Cómo se articula la red de servicios del MINSA con la de la CSS? Existe consenso firmado?

14. ¿Cómo se articula la red formal de servicios de salud con la informal?

15. ¿Cómo se articulan la red formal pública y la privada?

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

Sí _____

Si es sí, explique: _____

No _____

Favor investigar _____

Si se considera la dinámica de funcionamiento debido a que se prioriza la atención en relación a la capacidad resolutive de la instalación y mejora la atención de las salud. _____

Comentado [P22]: pss

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?

Dentro de la Instalación de Salud se da directamente a través de las Técnicas de Enfermería o las Asistentes de enfermería que conducen al paciente hacia el departamento referido, y entre instalaciones mediante las referencias _____

Comentado [P23]: pss

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?

El SURCO funciona prácticamente en una sola vía ya que son muy pocos los profesionales que contra refieren a los pacientes, de manera tal que permitan al funcionario referente de mejorar su capacidad diagnóstica y darle seguimiento adecuado al paciente. _____

Comentado [P24]: pss

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

Sí _____

Si es sí, conoce la base legal, méncionela: _____

No _____

Favor investigar _____

Si se utiliza. Existe un marco legal, que es la resolución 422 del 9 de diciembre del 2003 y el convenio de gestión MINSA 2006.

Comentado [P25]: pss

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

No se da un cierre del ciclo del sistema de referencia. El formato es muy pequeño para redactar la información sobre el paciente referido.

Comentado [P26]: pss

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

Solo 2 de las 18 instalaciones (11 %) cuentan con las infraestructuras adecuadas y específicas para la población discapacitada (Rampas, pasa manos, baños y estacionamientos para discapacitados) El resto de las instalaciones deben realizar mejoras para cumplir con todas las especificaciones.

Comentado [P27]: pss

22. ¿Existen en su región los centros reintegra?

Sí ____

Si es si, donde está ubicado:

No ____

Favor investigar _____

Si existe un Centro Reintegra, ubicado en la Ciudad de Penonomé, aun costado del Hospital Aquilino Tejeira.

Comentado [P28]: pss

23. ¿Se tienen actualizados el censo de población de discapacitados?

Sí ____

No ____

Favor investigar _____

El censo realizado en el año 2006 por PENDIS (PRIMERA ENCUESTA NACIONAL DE DISCAPACIDAD), mostró un total de 536,056 personas con discapacidad. El mismo no ha sido actualizado ni se cuenta con un sistema de información hacerlo.

En los resultados de este estudio, encontramos la siguiente clasificación, de acuerdo al tipo de discapacidad podemos señalar:

Físicas 14,997 Sensoriales: 20,24 2 Mentales: 2,949

Intelectuales: 8,561 Aparatos y sistemas 7,505

múltiples: 15,358.

Comentado [P29]: pss

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?

25. Cuadro N° 9 CAPACIDAD DE ESTABLECIMIENTOS ASISTENCIALES

Cuadro No. 9

CAPACIDAD INSTALADA DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD

Sector Público	No. Centros x 1000 Hab.	No. Camas x 1000 Hab.
Hospitales		
Alta complejidad		
Mediana (especialidades básicas)		
Baja (medicina general)		
Total Hospitales		
Centros Ambulatorios		
Centros con especialidades		
Centros de nivel primario con medicina general		
Centros de nivel primario con personal residente no profesional		
Total centros ambulatorios		
Sector Privado		
Hospitales		
Alta complejidad		
Mediana (especialidades básicas)		
Baja (medicina general)		
Total Hospitales		
Centros Ambulatorios		
Centros con especialidades		
Centros de nivel primario con medicina general		
Centros de nivel primario con personal residente no profesional		
Total Centros ambulatorios		
Total Centros de Salud		

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?
2. ¿Cuáles son los principales riesgos que los afectan?
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?

LOS RECURSOS HUMANOS

¿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)?

¿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?

¿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?

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

¿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?

Las tarifas existentes contemplan los costos reales de los servicios?

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

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

Sí ____

Si es sí, comente sus principales componentes y analice su desarrollo:

No _____

Favor investigar _____

1. 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,

Sí _____

Si es si, comente sus principales componentes y analice su desarrollo:

No _____

Favor investigar _____

2. ¿Cuál es la relación de ingresos y nivel de calificación de los recursos humanos en el sector público?
3. ¿Cuál es su relación con el sistema de remuneración privado?
4. ¿Se está incorporando las modalidades de tercerización o externalización en el sector?

Sí _____

Si es si, comente sus principales componentes y analice su desarrollo:

¿En qué áreas? _____

Favor investigar _____

5. Comentar las acciones del MINSA para mejorar el desempeño en la evaluación de la FESP.

Cuadro No. 10

MOMENTOS DE LOS PROCESOS DE CAMBIOS E INCIDENCIA EN LAS FUNCIONES DEL SISTEMA DE SALUD

Funciones Sistema de Salud	PERIODO														
	1994-1999 (agost)			1999 (sept)-2004 (agost)			2004 (sept)-2009 (junio)			2009 (jul)-2014 (jun)			2014 (jul)		
Subsectores	Público	Privado	Seg.S	Público	Privado	Seg.S.	Público	Privado	Seg.S.	Público	Privado	Seg.S.	Público	Privado	Seg.S.
Regulación															
Conducción															
Desempeño FESP															
Financiamiento															
Aseguramiento															
Provisión															

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

Nota: Los meses y años contemplados en el cuadro se refieren a los cambios en los periodos de gestión gubernamental.

Cuadro No.11

RECURSOS HUMANOS BÁSICOS EN RED DE ATENCION

[illegible]

Razón De Odontólogos (as) Profesionales Por 10,000 Habs												
Razón De Parteras (os) Por 10,000 Habs												
No. Total De Técnicos De Laboratorio												
No. Total de Técnicos de Enfermería												
No. Total de Asistentes Dentales												
No. Total de Cito tecnólogos												
No. de Farmacéuticos												
No. de Asistentes de Farmacia												
No. de Educadores para la Salud												
No. de Promotores de Salud												
No. de Asistentes de Salud												
No. de Inspectores de Saneamiento												
No. de Inspectores antivectoriales												
No. de Veterinarios												
No. de Ingenieros y arquitectos												
No. Graduandos de postgrado en salud pública												

No. de escuelas de Salud Pública												
No. Univ. Con maestría en Salud Pública												

Cuadro No.12

RECURSOS HUMANOS EN LAS INSTITUCIONES DE SALUD

ULTIMO AÑO DISPONIBLE

	Cargos									
INSTITUCION	Méd. Gen.	Méd. Esp	Enf	Odont	Téc. Enf.	Farmacé.	Otros trabajadores técnicos de salud	Personal Adm.	Lab.	Nutri.
MINSA										
CONTRATO										
PERMANENTE										
RED FIJA										
RED ITENERANTE										
CSS										
PRIVADO										
TOTAL										

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?

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

Sí ____

No ____

Favor investigar _____

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

Sí ____

No ____

Favor investigar _____

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

Sí ____

No ____

Favor investigar _____

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

Sí ____

No ____

Favor investigar _____

6. ¿Cuál es el número de renglones de medicamentos, médicos quirúrgicos, laboratorios, odontología, imagenología incluidos? ¿Quiénes lo utilizan?

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?

Sí ____

Si es si, considera usted que es herramienta útil

No ____

Favor investigar _____

8. Se utilizan los informes gerenciales y transaccionales que generan el LSS/SUMA, para la 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,

Sí _____

Si es si, explicar el flujo de la distribución de los insumos de medicamentos y de los otros insumos sanitarios hacia el nivel local

No _____

Favor

investigar _____

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?

Sí _____

No _____

Favor investigar _____

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

Sí _____, Como están conformados _____

No _____

Favor investigar _____

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

Sí _____

No _____

Favor investigar_____

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?

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?

15. ¿Cuál es número anual de donaciones de sangre?

16. ¿Cuántos laboratorios clínicos, de agua, de alimentos están funcionando?

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

Sí _____

No _____

Favor investigar_____

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?

19. ¿Existe un laboratorio de referencia definido para citología?

Sí ____

No ____

Favor investigar_____

20. ¿Cómo se prioriza la adquisición de medicamentos, insumos de odontología, médico quirúrgico, laboratorio e imagenología?

Cuadro No. 13

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

INDICADOR	2008	2009	2010	2011	2012
Gasto total en medicamentos por la CSS					4186240
Gasto total en medicamentos por MINSA		1868631,05	1935535,28	2366447,81	3117151,59
Gasto Per cápita en medicamentos					
Gasto total en laboratorio por la CSS					1,969.500
Gasto total en laboratorio por MINSA		195974,01	314095,11	310437,37	530910,67
Gasto Per cápita en laboratorio					10,30
Gasto total en médico quirúrgico por la CSS					1746371
Gasto total en médico quirúrgico por MINSA		579022,02	448936,2	221466,02	394916,09
Gasto Per cápita en médico quirúrgico					8,82
Gasto total en odontología por la CSS					
Gasto total en odontología por MINSA		42868,42	103712,42	87708,91	212629,98
Gasto Per cápita en odontología		0,18	0,44	0,36	0,88
Gasto total en imagenología por la CSS					275002
Gasto total en imagenología por MINSA		50706,12	21174,2	104378,33	70799,98
Gasto Per cápita en imagenología					1,42

EQUIPOS Y TECNOLOGIA

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

Sí _____

Si es sí, comente cuales:

No _____

Favor

investigar _____

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

3. ¿Existe algún listado de equipos para su reposición?

Sí _____

Si es sí, comente cuales:

No _____

Favor investigar _____

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?
2. ¿En qué servicios, programas o actividades se concentra el mayor número de usuarios es espera por la atención demandada?
3. ¿Se registra el rechazo de pacientes?
Sí _____, ¿Cuál es el porcentaje de pacientes rechazados por día y tipo de actividad o programa?
No _____
Favor investigar _____
4. ¿En qué distritos existe mayor proporción de la demanda no satisfecha, en términos de disponibilidad de recursos para la atención?

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

HORARIO DE SERVICIOS

1. En qué horario se ofrecen los servicios de salud? (Consultas externas de hospitales y de Centros de Salud)
2. La población está satisfecha con los horarios actuales
Sí ____, que mecanismo utiliza para responder afirmativamente

No ____
Favor investigar _____
3. Se ha realizado alguna propuesta de modificación de horarios, ya sea para la prolongación de las horas de apertura o de los días de funcionamiento de las instalaciones?
Sí ____, sobre que base _____
No ____
Favor investigar _____
4. ¿Cuáles son los servicios que se brindan en los horarios ampliados? Qué limitantes se reportan en la implementación de los servicios en horario ampliado?

MECANISMOS DE MEDICION DE LA SATISFACCION DEL USUARIO

1. ¿Los establecimientos de salud desarrollan encuestas de satisfacción de usuarios?
Sí ____, que tipo de encuestas _____
No ____
Favor investigar _____
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?

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

Sí ____, cual es el

resultado_____

No____

Favor investigar_____

4. ¿Se realizan las auditorias sociales en su región?

Sí ____, Cuáles son los resultados y los mecanismos de intervención

No____

Favor investigar_____

5. ¿Se comparten estos resultados?

Sí ____, que mecanismo utiliza para compartirlos_____

No____

Favor investigar_____

6. ¿Conocen el programa de humanización?

Sí ____,

No____

Favor investigar_____

7. ¿Se aplican en algunos de sus hospitales?

Sí ____, Cuáles es su nivel de avance

No____

Favor investigar_____

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

Sí ____, que mecanismo utilizó para mediar la demanda insatisfecha

No____

Favor investigar_____

CONTROL DE CALIDAD

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

Sí __, Comentar aspectos de estos estudios y auditorias.

No__

Favor investigar_____

2. ¿Qué programas de calidad se han establecido? ¿Qué impacto han tenido en el funcionamiento regional?

3. ¿Conoce sobre el observatorio de calidad que está en la página web de MINSA, donde se encuentran los indicadores de calidad y cuadro de mando?

Sí __, Utilizan estos indicadores de calidad y cuadro de mando para la toma de decisiones

No__

Favor investigar_____

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

Sí__

Si es si, comente cuales:

No__

Favor investigar_____

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

Sí__

Si es si, comente cuales:

No__

Favor investigar_____

6. ¿Están establecidos los mecanismos específicos para la canalización de los reclamos y la adjudicación de quejas de los distintos actores del sector?
Sí _____

Si es si, comente cuales:

No _____

Favor investigar _____

Nota: en este documento se incluyó indicadores de gestión de calidad.
Remitirse al anexo número dos.

FOTOGRAFÍA N°5. ACTORES Y RED SOCIAL

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

JAAR, Comité de Salud, Grupos Organizados, Clubes Cívicos, Clubes Deportivos, Organizaciones Religiosas, Promotoras de Salud, Auditores Sociales, Monitoras, Parteras.

Comentado [P30]: promoción

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?

Comités de Salud 179 ,

Juntas de Agua 400 ,

Iglesias: Evangélica, Católica, Mormones, Testigo de Jehová,

ONG'S: Damas Rosadas, Cuerpo de Paz, Amigos de las Américas, Visión Verde, Grupo Ambientalista de Ola, Comité Pro Hospital de Penonomé, Cruz Roja, Grupos de Amas de Casa, Grupo de Fiscalizadores Comunitarios, Clubes Cívicos: Leones, Rotarios, Activo 20 – 30, Kiwanis.

Organizaciones de Pacientes: Alcohólicos Anónimos, Grupo de Paciente de Enfermedades Renales, Grupo de Pacientes Afectados por el Dietilenglicol, Grupo Luz del Ciego, Grupo de Hipertensos, Grupo de Diabéticos.

Grupos Organizados de Trabajadores de Salud: COESCO, AFUSA.

¿Otros? - Grupo de Adolescentes Promotores de Salud, Juntas Comunal, Juntas de Desarrollo Local, Grupo de Facilitadores Judiciales Comunitarios, Infoplaza.

Comentado [P31]: promoción

3. ¿Qué tipo de apoyo generan estas organizaciones?

Apoyan Acciones de salud en la comunidad a través de giras médicas y la donación de insumos (lentes, medicamentos, etc.).

Comentado [P32]: promoción

4. ¿Se ha realizado algún análisis de actores sociales?

Sí____, ¿Cuáles son sus intereses? ¿Qué los hace de mayor o menor relevancia?

No____

Favor investigar_____

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?

Curanderos, Maestros o Hierberos – Medicina Alternativa - curan con hierbas medicinales, plantas y oraciones.

Parteros – Atención del Parto.

La Pintada – Ola – Penonomé - Aguadulce.

Comentado [P33]: promoción

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

Fortaleza: Personal Capacitado, disposición y voluntad de trabajo.

Debilidades: Múltiples funciones, Roles extendidos, falta de transporte, insumos, apatía de la población para apoyar en la resolución de sus problemas

Comentado [P34]: promoción

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.
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?

9. Identificación de actores (Favor remitirse al anexo uno y contestar la encuesta correspondiente a Mapeo de Actores).

LEY	ACTOR	FUNCION O RESPONSABILIDAD
Ley 42.Equiparación de oportunidades (1999). Que establece la equiparación de oportunidades para las personas con discapacidad	Sujetos con Discapacidad y sus familias	MEDUCA, MINSA, Empresa Privada.
Ley 68, del 20 de noviembre del 2003. QUE REGULA LOS DERECHOS Y OBLIGACIONES DE LOS PACIENTES, EN MATERIA DE INFORMACION Y DE DECISION LIBRE E INFORMADA	Pacientes y sus familias	MINSA, CSS
Ley 29 de 13 de junio de 2002. Que garantiza la salud y educación de la adolescente embarazada.	Adolescentes Embarazadas y sus familias	MINSA, CSS
Ley 03 del 5 de enero del 2000, sobre ITS-VIH-SIDA	Personas con VIH y sus familias	MINSA, CSS

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?

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?

Sí____

No____

Favor investigar_____

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____, menciones cuales

No____

Favor investigar_____

4. ¿Se utilizan las redes sociales (internet, twitter, Facebook, Instagram, correo electrónico u otros) como herramientas de divulgación de temas prioritarios como uso racional de medicamentos, polifarmacia, uso racional de antibióticos, automedicación, apego a la terapéutica, otros, de una manera continua y sistemática. Mensajes de promoción de la salud, mensajes preventivos, control y vigilancia en salud?

Sí____, ¿cuáles utilizan?

No____

Favor investigar_____

5. ¿Se están adoptando decisiones para modificar la oferta de servicios de primer nivel?

Sí____

No____

Favor investigar_____

6. ¿Se están adoptando decisiones para modificar la oferta de servicios de segundo nivel?

Sí____

No____

Favor investigar_____

7. Se están desarrollando programas y acciones para la identificación y/o atención de grupos de riesgo definidos por criterios de ingresos, riesgo específico, edad, género, etnia o marginación? Si es así, cuáles?

Sí____

No____

Favor

investigar_____

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____

No____

Favor investigar_____

9. ¿Cómo se da la planificación de servicios en el nivel local? ¿Qué participación tienen los diferentes actores sociales?

10. ¿La organización con base a sectores implica la definición de espacios poblacionales específicos?

Sí____

No____

Favor investigar_____

11. ¿Se han definido y caracterizado estos espacios en la región?

Sí____, ¿Qué criterios utilizaron en la definición?

No____

Favor investigar_____

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?

13. ¿Tienen los equipos de salud la competencia técnica suficiente para asumir nuevos enfoque en la prestación de servicios de prevención, promoción y rehabilitación?

Sí____, ¿Qué aspectos sería necesario fortalecer? ¿Qué estrategias sería necesario desarrollar para incrementar la calidad de los trabajadores del Sistema de Salud?

No____

Favor investigar_____

14. ¿Qué porcentaje de los trabajadores de salud reside en las periferias de la instalación del primer nivel de atención donde labora?

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?

Sí____,

No____

Favor investigar_____

ADECUACIÓN DE LA CARTERA DE SERVICIOS

1. La eficacia y calidad de las acciones deben ser evaluadas periódicamente. ¿Con base a qué criterios? ¿Quién y Cómo se evalúan?

2. ¿Con que frecuencia se revisa y adecúa a las necesidades de salud de la población la cartera de servicios?

3. ¿En qué instalaciones se desarrolla el modelo de atención individual, familiar, comunitario y ambiental?

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?

5. ¿Cómo debe mejorarse la capacidad del sistema de urgencias en su región, incluidos los servicios, la logística y la coordinación intersectorial?

6. ¿Se utiliza el TRIAGE?

Sí____, ¿Cuales han sido los resultados de su implementación?

No____

Favor investigar_____

7. ¿Los Proveedores públicos y privados están obligados a prestar el mismo conjunto de beneficios?

AMPLIACION DE COBERTURA

1. ¿Cómo debe organizarse la red por niveles de atención y complejidad para lograr una mayor cobertura de atención?
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?
3. ¿Bajo qué normas deben realizarse las giras médicas integrales y las jornadas de atención primaria ambulatoria? ¿Quiénes deben participar?
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?
5. ¿La estrategia de disminución de oportunidades perdidas es una opción para ampliar coberturas? ¿Cómo y Cuándo se aplican? ¿Quién las aplica?
6. ¿Cuál es el mecanismo de coordinación administrativa (informes, archivo de expedientes y otras) establecido por las regiones con las organizaciones extra institucionales?
7. ¿En qué medida se articula la estrategia de extensión de cobertura con las acciones rutinarias de la red fija?
8. ¿Se integran los datos de cobertura provenientes de instalaciones de la CSS y del sector privado?
9. ¿Se cuenta con un sistema de información único?

10. Cuadro N°14 COBERTURA DEL SISTEMA DE SALUD

Cuadro No.14

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
Periodos					
2000					
2010					
2012					
Género					
Hombre					
Mujeres					
Base Poblacional					
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)					
Zonas Geográficas					
Urbana					
Rural					
Pertenencia Étnica					
Blanco					
Indígenas					
Afro-descendientes					
Mestizo					
Otros					

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. 15
MAPEO INSTITUCIONAL DEL SISTEMA DE SALUD

Funciones Organizaciones	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?
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 _____
Si es si, comente sus principales componentes y analice su desarrollo:

No _____
Favor investigar _____
3. ¿Considera que el organigrama responde a las necesidades para el funcionamiento efectivo de la organización? ¿Explique?

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?
5. Considera que el organigrama responde a las necesidades para el funcionamiento efectivo de la organización, explique.
Sí _____
Si es si, comente sus principales componentes y analice su desarrollo:

No _____
Favor investigar _____
6. ¿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?
7. ¿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?
8. La estructura orgánica debe guardar relación con los procesos sanitarios.

Sí ____

Si es si, comente sus principales componentes y analice su desarrollo:

No ____

Favor investigar _____

9. ¿Cuál considera el equipo regional qué debe ser la estructura de la región de salud?

10. ¿Existen manuales de procedimiento administrativo? ¿Cómo se aplican? ¿Quién y cuándo se aplican?

Sí ____

Si es si, comente sus principales componentes y analice su desarrollo:

No ____

Favor investigar _____

11. ¿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?

12. ¿Cuáles son las fortalezas y debilidades de la organización y funcionamiento regional?

13. ¿Se están introduciendo cambios en el modelo de gestión y en las relaciones entre los actores?

Sí ____

Si es si, comente sus principales componentes y analice su desarrollo:

No ____

Favor investigar _____

¿Cuáles y cómo?

14. ¿Responden las políticas de salud a las necesidades regionales? ¿Cómo se aplican?

Sí ____

Si es si, comente sus principales componentes y analice su desarrollo:

No ____

Favor investigar _____

15. La planificación operativa y presupuestaria guarda relación con las políticas, objetivos estratégicos y líneas de acción.

Sí ____

Si es sí, comente sus principales componentes y analice su desarrollo:

No ____

Favor investigar _____

16. ¿Los POA's son registrados en el SIMEPE como herramienta de monitoreo y evaluación de los mismos? ¿Con qué frecuencia se realiza el monitoreo? ¿Quién y cómo se efectúa?

17. ¿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?

18. ¿Cómo se da la toma de decisiones? ¿Sobre qué criterios se prioriza?

19. ¿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?

20. ¿Existe alguna instancia responsable de análisis, ejecución y seguimiento de las políticas de salud, planificación y coordinación en la región?

Sí ____

Si es sí, comente sus principales componentes y analice su desarrollo:

No ____

Favor investigar _____

21. ¿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?

22. ¿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)?

23. ¿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)?

24. ¿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 ____

Si es si, comente sus principales componentes y analice su desarrollo:

No ____

Favor investigar _____

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?

2. ¿La planificación regional es participativa?

Sí ____

Si es si, comente sus principales componentes y analice su desarrollo:

No ____

Favor investigar _____

3. ¿Quiénes participan? ¿Con qué frecuencia se efectúa este proceso?

4. ¿Existen procesos de planificación conjunta MINSA-CSS? Cómo se facilitan estos procesos?

Sí ____

Si es si, comente sus principales componentes y analice su desarrollo:

No ____

Favor investigar _____

5. Se efectúa programación local conjunta MINSA-CSS?

Sí ____

Si es si, comente sus principales componentes y analice su desarrollo:

No ____

Favor investigar_____

6. ¿Esta programación se realiza sobre la base de un programa de trabajo?

Sí _____

Si es si, comente sus principales componentes y analice su desarrollo:

No _____

Favor investigar_____

7. ¿Cuáles son los elementos de este programa?

8. ¿La población participa del proceso de planificación sanitaria? ¿Cómo participa? ¿Desde qué momentos?

Sí _____

Si es si, comente sus principales componentes y analice su desarrollo:

No _____

Favor investigar_____

9. ¿Cómo y quiénes efectúan la convocatoria para la participación de la sociedad en el proceso de planificación regional y de programación local?

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?

11. ¿Existen los planes estratégicos quinquenales, los planes operativos anuales, están definidas las estrategias y ruta crítica?

Sí _____

Si es si, comente sus principales componentes y analice su desarrollo:

No _____

Favor investigar_____

12. ¿Se utilizan los análisis de situación y las prioridades para la elaboración de los mismos?

Sí _____

Si es si, comente sus principales componentes y analice su desarrollo:

No _____

Favor investigar_____

13. ¿Estos planes incluyen a otras entidades del sector?

Sí ____

Si es si, comente sus principales componentes y analice su desarrollo:

No ____

Favor investigar _____

14. ¿Conoce el sistema de información para la administración logística, el ciclo logístico de nuestra cadena de abastecimiento?

Sí ____

Si es si, comente sus principales componentes y analice su desarrollo:

No ____

Favor investigar _____

15. ¿Cuáles son los avances en la implementación Sistema de Administración Logística (SIAL)?

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?

Sí ____

Si es si, comente sus principales componentes y analice su desarrollo:

No ____

Favor investigar _____

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?

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?

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 ____

Si es si, comente sus principales componentes y analice su desarrollo:

No____
Favor investigar_____

5. ¿Se están introduciendo compromisos de gestión entre los diferentes niveles del sistema de atención de salud?

Sí _____

Si es si, comente sus principales componentes y analice su desarrollo:

No____
Favor investigar_____

6. ¿Cuáles y cómo se ha aumentado el porcentaje del presupuesto de salud para la Salud Pública.

Sí _____

Si _____ es _____ si, _____ comente _____ cuales:

No____
Favor investigar_____

INCENTIVOS

- 1. ¿Se han propuestos incentivos al desempeño del personal sanitario de los establecimientos públicos de salud?**

Sí _____

Si es si, comente sus principales componentes y analice su desarrollo:

No____
Favor investigar_____

- 2. Consideran que la evaluación para obtener el bono responde a criterios de evaluación del desempeño para todos los profesionales de salud?**

Sí _____

Si es si, comente sus principales componentes y analice su desarrollo:

No____

Favor investigar_____

3. ¿Cuáles han sido introducidos?

4. ¿Para qué categorías de personal?

5. Se aplican incentivos con base a la productividad o sólo en función de la antigüedad del personal de salud?

Sí _____

Si es si, comente sus principales componentes y analice su desarrollo:

No _____

Favor investigar_____

6. Se considera qué un sistema de incentivos impactará sobre la relación costo-beneficio y costo-efectividad en los servicios de salud?

Sí _____

Si es si, comente sus principales componentes y analice su desarrollo:

No _____

Favor investigar_____

SISTEMA DE ABASTECIMIENTO Y SUMINISTRO

1. ¿Cómo se determinan las especificaciones técnicas por insumo sanitario para los diferentes servicios? ¿Quién las determina?

2. ¿Hay un sistema de inventario para los insumos sanitarios?

Sí _____

Si es si, comente sus principales componentes y analice su desarrollo:

No _____

Favor investigar_____

3. Describalo ¿Qué estándares se han definido y si se actualizan? ¿Quién y ¿Cómo se definieron?

4. **¿Cómo se da el proceso de compras, en términos de la competencia?**
¿Cuáles son sus limitaciones? Cómo puede mejorarse?

5. **¿Conoce el proceso de compras conjuntas, compras a través de los organismos internacionales?**

Sí ____

Si es sí, comente sus principales componentes y analice su desarrollo:

No ____

Favor investigar _____

6. **¿Cómo se evalúan los proveedores y qué mecanismos se aplican para el rechazo de los mismos?**

7. **¿Conoce la existencia de las comisiones evaluadoras para cada uno de los 5 grupos de suministros sanitarios?**

Sí ____

Si es sí, comente sus principales componentes y analice su desarrollo:

No ____

Favor investigar _____

8. **¿Cómo se establecen los acuerdos de pago a proveedores, para cada una de las fuentes de financiamiento (presupuesto regular, autogestión y otras)?**

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?**

10. **¿Conoce la información de los insumos vencidos que brinda en el LSS/SUMA.**

Sí ____

Si es sí, comente cuáles:

No ____

Favor investigar el uso del LSS/SUMA en su almacén regional de insumos y suministros sanitarios

**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?**

12. ¿Cómo se coordina el abastecimiento y suministro entre la CSS y el MINSA? ¿Qué problemas se destacan? ¿Cómo pueden establecerse mejores acuerdos?

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?

Sí ____

Si es sí, comente sus principales componentes y analice su desarrollo:

No ____

Favor investigar _____

14. ¿Cómo se realiza la estimación de necesidades de insumos sanitarios?

15. ¿Cómo se registra la información de consumo?

16. Conoce las modalidades de compra?

Sí ____

Si es sí, comente sus principales componentes y analice su desarrollo:

No ____

Favor investigar _____

17. ¿Conoce el manual de buenas prácticas de almacenamiento, avances en su implementación?

Sí ____

Si es sí, comente sus principales componentes y analice su desarrollo:

No ____

Favor investigar _____

18. Han presentado perfiles de proyectos para mejorar su almacén regional de insumos sanitarios?

Sí ____

Si es sí, comente sus principales componentes y analice su desarrollo:

No ____

Favor investigar _____

SISTEMA DE INFORMACION EN SALUD

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

Sí ____

Si es si, comente sus principales componentes y analice su desarrollo:

No ____

Favor investigar _____

2. La información disponible ¿se utiliza en forma efectiva para la toma de decisiones regionales y locales?

Sí ____

Si es si, comente sus principales componentes y analice su desarrollo:

No ____

Favor investigar _____

3. ¿Cómo se evalúa la calidad de la información? ¿Quiénes y cuándo se evalúa? Se aplica la auditoria informática?

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?

5. ¿Se han definido los usos y contenidos de información? Quién los define?

Sí ____

Si es si, comente sus principales componentes y analice su desarrollo:

No ____

Favor investigar _____

6. ¿Con qué mecanismo establecen los usuarios sus necesidades de información?

7. ¿El sistema de información gerencial contempla centro de producción claramente establecidos, que responden a las necesidades y complejidad de la instalación de salud?

Sí ____

Si es si, comente sus principales componentes y analice su desarrollo:

No_____

Favor investigar_____

8. Contamos con sistemas de información paralelos o un sistema de información único?

Sí _____

Si es si, comente sus principales componentes y analice su desarrollo:

No_____

Favor investigar_____

CATASTRO

EQUIPAMIENTO Y TECNOLOGIA

EQUIPAMIENTO Y TECNOLOGÍA ULTIMO AÑO DISPONIBLE NIVEL NACIONAL Y REGIONAL

Cuadro No. 16

NUMERO DE CAMAS POR INSTALACION /NUMERO DE CAMAS POR HABITANTE

Nombre de la Instalación	Institución/No. de camas			
	Total	MINSA	CSS	PRIVADO
No. Total de camas				
•				
•				

•				
•				
•				
•				
•				
No. de servicios de imagenología				
• No. De Ultrasonidos				
• No. De Rayos X				
• No. De Panorex				
• No. De Periapical				
• No. De CAT				
• No. De Mamógrafos				
• No. De Equipos de resonancias magnéticas				
No. de Laboratorios Clínicos				
No. de Bancos de Sangre				
No. de Farmacias				
No. de Sillones Dentales				
Completos				
Incompletos				

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

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

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

FOTOGRAFÍA N°9. FINANCIACIÓN DE LOS SERVICIOS

FUENTES DE FINANCIACION

6. Qué porcentaje de la atención sanitaria se financia a través del presupuesto público?

Se carece de estudios que muestren el gasto total de la atención sanitaria que incluye el gasto privado o gasto particular de bolsillo en la provincia de Coclé.

De acuerdo al presupuesto ley establecido para las instituciones gubernamentales del país, nuestra institución ejecutó en el año 2016 el 93%. Se adjunta cuadro resumen del departamento de presupuesto regional, donde se aprecian las partidas presupuestadas mayormente utilizadas con miras a brindar una atención sanitaria de calidad. Sin embargo, es importante sugerir que se debe realizar una revisión real del presupuesto solicitado con respecto a lo asignado año tras año, para ajustarlo de acuerdo a las necesidades reales de nuestras instituciones; con el fin de mejorar la calidad de atención a la población y la eficiencia de nuestras actividades de salud.

La atención sanitaria en la provincia es financiada por la Caja de Seguro

Social y el MINSA. De 2, 063,772 dólares dedicado a la red del primer nivel del MINSA, el 20% (423,713) es producto del pago por servicios de parte de los no asegurados.

7. Cuáles son los aportes de la autogestión en la financiación de los servicios sanitarios?

R. Mediante el Fondo de Administración durante el año 2016, se logró ejecutar un 99.96 %. A través del fondo de autogestión se logra adquirir aquellos insumos y servicios no contemplados dentro del Presupuesto Ley asignado; con la finalidad de que se puedan alcanzar las metas programadas y se puedan brindar los servicios sanitarios en las diferentes instalaciones de salud.

- Centros de salud B/.327,018.21 balboas.

Las recaudaciones por centro de salud por mes oscilaban entre B/. 333.80 balboas y B/. 4,846.16 balboas.

- Saneamiento Ambiental B/.34,533.87 balboas.

Las recaudaciones por centro de salud oscilan entre B/. 344.50 balboas y B/. 8,715.00 balboas.

- DEPA :B/.32,825 balboas.

Las recaudaciones por Seminarios y carnet de manipuladores de alimentos por área oscilan entre B/.90.00 balboas y B/.14,180.00 balboas.

Cabe destacar que actualmente estamos limitados en realizar una recaudación de mayor volumen debido a las exoneraciones establecidas que se aplican en cada una de nuestras instalaciones de salud.

FOTOGRAFÍA N°10: PROYECTOS DE INVERSIÓN

Las principales áreas de inversión requeridas para el desarrollo de una red integrada e integral de servicios de salud incrementar la capacidad resolutive del primer nivel de atención en materia de instalaciones físicas y equipamiento mejorando como condición la oferta en la cartera de servicio actual.

Es importante continuar ampliando la red de servicios en algunas zonas geográficas, pero debe definirse el rol como centros de referencia de las policlínicas y hospitales existentes.

En la actualidad los criterios de la programación de actividades con la correspondiente estimación del costo por actividad y el consiguiente programa de desembolso financiero constituyen la principal limitante pues no contamos con el recurso idóneo para el Diseño Médico Arquitectónico. La estimación del aporte de los proyectos dentro de PIB también se constituye como una limitante al momento de establecer los indicadores macroeconómicos.

Dentro de los proyectos de inversión del año 2017 los dos proyectos con asignaciones presupuestarias apuntan hacia los objetivos de mejorar cualitativamente la red de servicio a los fines .

Actualmente se cuentan con un Plan Quinquenal de inversiones y se está actualizando conjuntamente con el Dpto. de Formulación a nivel nacional. Sin embargo requiere de una adecuación a las prioridades de la región y las políticas actuales.

ANEXOS

IDENTIFICACIÓN DE ACTORES
PREGUNTAS SUGERIDAS PARA LA IDENTIFICACIÓN DE ACTORES:

1. Los procesos de cambios propuestos en salud fueron iniciados por el:

Sector económico

Público

Privado

Otro (especifique)

Cooperación Internacional (especifique la
agencia)_____

Sector político

Sector Salud

Otro (especifique)

Especifique si se responde a acuerdos internacionales o
nacionales:_____

2. ¿Están definidos los cambios por una acción de acuerdo entre varios actores
involucrados o por una autoridad central?

Si ☐ No ☐

Favor especifique el tipo de Sistema de Salud del país:

Segmentado ☐

Integrado ☐

4. ¿Se adapta la propuesta de cambio al tipo de sistema de salud del país?

Si ☐ No ☐

5. ¿Quién o quiénes financian los Procesos de Cambio (reforma)?

Fondos estatales

Cooperación Internacional

Sector Privado

Fondos reembolsables con partida nacional

6. De los siguientes actores, señale quienes participaron en los procesos de cambio de los sistemas de salud:

Gubernamental (Poder Ejecutivo)

Poder Legislativo

Sociedad Civil organizada en temas de salud

Sociedad Civil organizada general

Sector Privado

Sector académico

Otro (Especifique)

7. ¿Qué actores tienen poder de veto en las decisiones?

Legislativo ☐ Ejecutivo ☐ Ambo ☐ Ninguno ☐

8. ¿Los cambios evidenciados en el sector salud aportan al proceso nacional de democracia?

Si la respuesta es afirmativa, señale en el siguiente cuadro los elementos del proceso democrático que se han fortalecido.

Si ☐ No ☐

ELEMENTOS DEL PROCESO DEMOCRÁTICO	Si	No
Mayor Control Social		
Libre Elección		
Participación Social		
Gestión Participativa		
Toma de Decisiones		
Otros		

FUENTE(S):

Señale en qué etapa está el proceso de democracia en el país:

Transición ☐ Construcción ☐ Consolidación ☐ No Existe ☐

9. ¿Qué poder confieren las leyes a los actores? Favor especifíquelo en el siguiente cuadro:

LEY	ACTOR	FUNCIÓN O RESPONSABILIDAD

10. Posición de los Actores (PA)

Análisis de la posición de los actores en los procesos de cambio de los sistemas de salud. Para el análisis se sugieren las siguientes preguntas:

11. ¿Dónde se ubican las instituciones/organizaciones que representan en relación a su capacidad de acción?

Muy a Favor

Algo a Favor

Neutro

Algo en contra

En contra

12. ¿Cuál es el prestigio y la imagen del actor ante la sociedad?

Positivo

Negativo

Ninguno

ROL DE LOS ACTORES (RA)

13. ¿Cuál es la capacidad de acción (poder) de cada uno de los actores que participan en la reforma para afectar a favor o en contra los resultados de cada objetivo del proceso de cambio?

Alta ☐ Media ☐ Baja ☐

14. ¿Tiene el actor control sobre la información de los procesos de cambio?

Si ☐ No ☐

15. ¿Tiene el actor control sobre los medios de comunicación para la difusión de la información acerca de los procesos de cambio?

Si ☐

Especifique cuáles: _____

No ☐

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