



Análisis de Situación de Salud

Región de Salud Panamá Este Departamento de Planificación de Salud

2020

AUTORIDADES REGIONALES

Dr. Carlos Batista **Director Regional**

Dra. Cristobalina Batista Subdirectora Regional

Licda. Yanin Adames Planificadora Regional de Salud

Licda. Yesenia Moreno Sub Planificadora Regional

EQUIPO TÉCNICO

Departamento de Registros Médicos.

Departamento de Salud Pública

Departamento de Provisión de los Servicios de Salud

Joseph

Departamento de Promoción de la Salud

Coordinación de Salud Bucal Coordinadora de Programas

Coordinación de Vigilancia Epidemiológica

Coordinación de Programa Ampliado de Inmunizaciones

Velásque

Coordinación Regional de Nutrición. Coordinación Regional de Laboratorios Coordinación Regional de Farmacia. Coordinación Regional de Enfermería. Jefa regional de Recursos Humanos

Licda. Mercedes Palacios Licdo. Luis Núñez

Dr. Carlos Esturaín Meléndez

Lic. Roberto Guevara

Dr.Yuri

Licda. Xiomara De León

Dr. Denario

Dra. Cristobalina Sánchez

Dr. Juan Rodríguez

Licda.Gloribeth

Licda. Marimar Salazar

Licda. Sandra Bethancourth

Licda. Dianeth Acosta

Licda. Ana María Ramos

Licda. Luz de Léon

APOYO

Lic. Octavio Alemán Apoyo Informático



AGRADECIMIENTO

A todo el equipo de la Región de Salud Panamá Este, que han colaborado en la elaboración de la Guía de Análisis de Situación de Salud de La Región Panamá Este, confirmando así, su compromiso en preservar la salud de nuestra población.

.

INTRODUCCIÓN

La Región de Salud Panamá Este en el cumplimiento de nuestro rol como máxima autoridad en materia de Salud en Nuestra Región, y atendiendo al llamado de nuestras autoridades, que indican la necesidad de crear cuanto antes una coordinación eficiente de los recursos Institucionales, para el desarrollo del Análisis de Situación de salud (ASIS) en la búsqueda de brindar una atención integral para la población.

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

El ASIS representa un instrumento fundamental en la elaboración de Políticas, Planes Proyectos y Programas de Intervención; de la gestión de los servicios de salud, para la priorización de problemas salud, del individuo, las familias, comunidad y ambiente, lo que da como resultado, la planificación de estrategias con un enfoque de atención en salud integral (Promoción de la Salud, Prevención de la Enfermedad, Recuperación de la Salud y Rehabilitación). El ASIS permite la búsqueda efectiva de información con el fin dirigir los recursos en salud de manera eficiente, efectiva y eficaz. Cabe destacar que como Región de Salud nos enfrentamos a grandes retos, con una población que a lo largo de 10 años ha triplicado su población, con respecto al censo del censo de 2010.

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

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



CONTENIDO GENERAL DE LAS FOTOGRAFÍAS

Fotografía N° 1. Contexto Actual

- Localización, mapa, base legal
- Ambito de actuación político, social, económico, ambiental
- Coordinación institucional

Fotografía N° 2. Demanda

- Aspectos demográficos
- Aspectos epidemiológicos
- Distribución de la Población y Covid 19
- Problemas de Salud: integral, mental, depresión, ansiedad, suicidio, intento de suicidio, migrantes

Fotografía N° 3. Caracterización de la Oferta

- Vigilancia Sanitaria
- Accesibilidad Geográfica
- Complejidad de la Red
- Bolsones desprotegidos
- Recursos Humanos

_

Fotografía N° 4: Satisfacción del Cliente

- Lista de espera
- Horarios de servicios
- Mecanismo para la medición de la satisfacción del usuario
- Control de calidad

Fotografía N° 5: Red Social

 Sociedad Civil en su conjunto, Comités de Salud, ONGs, Clubes cívicos, iglesias y otros.

Fotografía N° 6: Proyección de la Red

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

Fotografía N° 7: Caracterización del Sistema de Salud

Informe de situación regional COVID-19



Fotografía N° 8: Instrumentos de Gestión

- Planificación Regional y Programación Local
- Presupuesto por Objetivos (DPO)
- Incentivos
- Sistema de Abastecimiento y Suministro Sanitario
- Sistema de Información en Salud
- Catastro
- Equipamiento y tecnología

Fotografía N° 9: Financiación de los Servicios

- Compensación de Costos
- Fuentes de Financiación
 - Autogestión
 - Presupuesto del Estado
 - Donaciones
 - Seguro Solidario

Fotografía N° 10: Proyectos de Inversión

Análisis de las Desigualdades en Salud



REGIÓN DE SALUD DE PANAMÁ ESTE

1. Generalidades

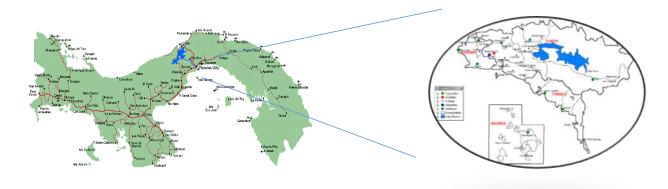
1.1. Datos Generales e Históricos de la Región de Salud de Panamá Este

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

1.2. Localización

La Región de Salud de Panamá Este se encuentra ubicada en la Provincia de Panamá y limita al norte con la Comarca Kunayala, al sur con los corregimientos de Chilibre y San Miguelito, al Este con Darién y al Oeste con el área Metropolitana, cuenta con una extensión territorial de 7,459.6 km2 aproximadamente.

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



¹ Pagina Web. Ministerio de Salud de Panamá



1.3 División Política Administrativa

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

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

Distritos	Corregimientos	Cabecera	Año de	Superficie
		del Distrito	Fundación ²	en Km2 ³
CHEPO	Chepo, Cañitas,	Chepo	1855	4,937
	Chepillo, El Llano, Las			
	Margaritas, Santa Cruz			
	de Chinina, Comarca			
	Madugandí y Tortí			
CHIMÁN	Chimán. Brujas,	Chimán	1886	1,046
	Gonzálo Vásquez,			
	Pásiga y Unión Santeña			
BALBOA	San Miguel, La	San Miguel	1864	332.9
	Ensenada, La			
	esmeralda, La Guinea,			
	Pedro González y			
	Saboga			
PANAMÁ	Pacora, San Martín y	Panamá	1519	
	Cerro Azul			

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

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



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

En Panamá Este se cuenta con una zona insular dentro de la cual destacan islas de importancia como son la Isla del Rey y la isla de Pedro González con una superficie de 234 y 14 km2 respectivamente, ambas ubicadas en el Océano Pacífico en el archipiélago de Las perlas.

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



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

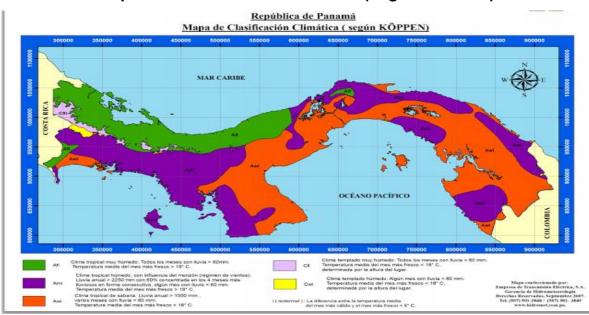
1.4. Clima

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

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



Portobelo en la Provincia de Colón, sigue por el nudo del Mamoní en el Distrito de Chepo, y continúa por la serranía de San Blas hasta llegar a la serranía del Darién. De este arco montañoso nacen importantes ríos que han sido represados, representando una fuente de economía para el país. Tenemos entre estos el río Bayano (Distrito de Chepo)⁴.



Mapa N° 3: Clasificación Climática (Según KOPPEN)

⁵Según el siguiente mapa, para los distritos de Chepo, Balboa y los Corregimientos de Pacora y San Martín el clima está clasificado como un clima tropical de sabana con lluvia anual mayor a 1000 mm; varios meses con lluvia menor a 60 mm y la temperatura media para el mes más fresco menor a 18°C

Para el Distrito de Chimán el clima es tropical húmedo con influencia del monzón (Régimen de vientos). Lluvia anual mayor a 2250 mm con 60% concentrado en los 4 meses más lluviosos en forma consecutiva, temperatura media del mes más fresco mayor a 18°C.

⁵ aventuraspanama2012.blogspot.com/2012/06/clima-de-panama-por-region.html



_

binal.ac.pa/binal/component/content/article/.../94-panama-y-sus-contrastes

1.5 Ambiente

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

En Panamá Este las principales cuencas hidrográficas ⁶ existentes son:

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

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

Fuente: ETESA. Empresa de Transmisión Eléctrica S.A. Hidrometeoro logia.

⁶ http://www.hidromet.com.pa/cuencas.php



_



Mapa 4: Cuencas Hidrográficas en la República de Panamá.

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

FOTOGRAFÍA Nº 1. CARACTERIZACIÓN DEL CONTEXTO

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



para la ejecución de pequeños proyectos e ideas que pueden ser implementadas a fin de lograr avances en la cobertura y cumplimiento de indicadores.

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

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

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



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

En el área administrativa:

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

En el área de promoción de salud:

- Educación para la salud → favorece conocimiento y capacidades afecta→ recurso humano limitado
- Educación sexual y reproductiva → favorece conocimiento y capacidades, afecta→ recurso humano limitado.
- 4. ¿Conoce convenios, acuerdos, compromisos internacionales en donde nuestro país es signatario?

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

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

Hecho en Panamá el 1 de abril de 2004

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

Entró en vigor el 1 de abril de 2004.

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

Acuerdo relativo al establecimiento de la oficina regional para Centroamérica y Panamá entre el gobierno de la República de Panamá y la oficina del alto comisionado de las Naciones Unidas para los derechos humanos Firmado en Panamá el 12 de febrero de 2007 Entró en vigencia el 12 de febrero de 2007



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

Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento (BIRF)

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

Corporación Financiera Internacional

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

Firmado en panamá el 20 de noviembre de 2013

Entró en vigencia el 20 de noviembre de 2013.

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

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

Firmado en Roma el 13 de septiembre de 2000

Entró en vigencia el 13 de septiembre de 2000.

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

Firmado en Roma el 13 de septiembre de 2000

Entró en vigencia el 13 de septiembre de 2000.

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

Firmado el 20 de junio de 2007

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

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

Notificación para la entrada en vigencia de 3 de enero y

26 de julio de 2008



Entró en vigencia el 26 de julio de 2008.

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

Aprobado mediante Ley No. 2 de enero de 2002.

Fondo Internacional De Desarrollo Agrícola (FIDA)

Acuerdo Con Respecto Al Establecimiento De La Oficina En Panamá Firmado en Roma el 10 de septiembre de 2009 Entro en vigencia el 10 de septiembre de 2009.

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

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

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

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

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

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

Entró en vigencia el 28 de junio de 1991

Organización De Aviación Civil Internacional (OACI)

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

Firmado en Panamá el 7 de noviembre de 1996

Entró en vigencia el 7 de noviembre de 1996

Nota: Duración 10 años prorrogables.

Organismo Internacional De Energía Atómica (OIEA)

Acuerdo Suplementario Sobre La Prestación De Asistencia Técnica Por El Organismo Internacional De Energía Atómica Al Gobierno De Panamá Firmado el 21 de febrero y 5 de julio de 1973



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

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

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

Firmado el 15 de febrero de 1977

Entró en vigencia el 23 de marzo de 1984.

Acuerdo Para La Aplicación De Salvaguardias Con Relación a la OPANAL y el TNP Firmado el 22 de diciembre de 1988

Nota: No ha entrado en vigencia.

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

Entró en vigencia el 11 de diciembre de 2001.

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

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

Aprobado por la Junta de Gobernadores el 20 de noviembre de 2003 Entró en vigencia el 20 de noviembre de 2003.

Organización Internacional Del Trabajo (OIT)

Memorándum De Entendimiento

Firmado el 14 de diciembre de 1998

Entró en vigencia el 14 de diciembre de 1998.

Organización Mundial De La Salud (OMS)

Convenio Panamá- OMS

Para Proyectos De Salubridad En La Republica De Panamá

Firmado el 9 de noviembre de 1951.

Organización Para la Prohibición De las Armas Químicas (OPAQ)

Acuerdo Sobre Los Privilegios e Inmunidades De La OPAQ



Hecho en La Haya el 13 de febrero de 2002

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

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

Depósito del Instrumento de Aceptación el 26 de mayo de 2003

Entró en vigencia el 26 de mayo de 2003.

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

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

Programa Mundial De Alimentos (PMA)

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

Firmado en Panamá el 20 de diciembre de 2002

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

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

Notificación para la entrada en vigencia de 18 diciembre de 2003

Entró en vigencia el 18 de diciembre de 2003.

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

Dado en Panamá el 20 de noviembre de 2008

Entró en vigencia el 20 de noviembre de 2008

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

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

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



Firmado en Panamá el 23 de agosto de 1973

Aprobado mediante Ley No 9 de 8 de noviembre de 1973

Gaceta Oficial No. 17.488 de 7 de diciembre de 1973

Deposito del instrumento de Ratificación el 19 de abril de 1974

Entró en vigencia el 19 de abril de 1974.

Acuerdo Complementario respecto a la Prestación de Servicios de Apoyo

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

Entró en vigencia el 20 de agosto de 2002.

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

Firmado en Nueva York el 7 de octubre de 1982

Entró en vigor el 7 de octubre de 1982.

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

Hecho en Panamá el 5 de diciembre de 2005

Entró en vigencia el 5 de diciembre de 2005.

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

Firmado en Panamá el 18 de diciembre de 2007

Entró en vigencia el 18 de diciembre de 2007.

Hasta el 17 de junio de 2008

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

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

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

Entró en vigencia el 21 de mayo de 2008

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

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



Hecho en México el 2 de octubre de 2008

Entró en vigencia el 2 de octubre de 2008.

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

Hecho en Panamá el 24 de marzo de 2009

Entró en vigencia el 24 de marzo de 2009.

Memorando de Entendimiento entre la Autoridad Nacional de Aduanas de la República de Panamá y la Oficina de las Naciones Unidas contra las Drogas y el Delito (ONUDD) Relacionado con la implementación del proyecto "Proyecto Global de Control de Contenedores"

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

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

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

Entró en vigencia el 12 de junio de 2009.

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

Acuerdo Entre La República de Panamá y el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre VIH/SIDA (ONUSIDA) para el establecimiento de una oficina en Panamá Celebrado mediante canje de Notas de 23 de junio y 15 de julio de 2009

Entró en vigencia el 15 de julio de 2009

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

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

Firmado en Panamá el 7 de septiembre de 2009

Entró en vigencia el 7 de septiembre de 2009.



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

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

Entró en vigencia el 22 de enero de 2010

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

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

Financiado con recursos propios del Ministerio De Relaciones Exteriores

Firmado en Panamá el 23 de febrero de 2011

Entró en vigor el 23 de febrero de 2011.

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

Financiado con recursos propios del Ministerio De Relaciones Exteriores

Firmado en Panamá el 24 de octubre de 2011

Entró en vigencia el 24 de octubre de 2011

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

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

Dado en Panamá el 30 de noviembre de 2006

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

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



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

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

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

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

Firmado el 28 de marzo de 1995

Entró en vigencia el 28 de marzo de 1995.

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

Firmado el 28 de marzo de 1995.

Acuerdo De Sede

Firmado el 7 de mayo de 1998

Entró en vigor el 7 de mayo de 1998.

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

Firmado en Gland, Suiza el 28 de febrero de 2003

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

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

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

Entró en vigencia el 20 de julio de 2004.

Fondo De Las Naciones Unidas Para La Infancia (UNICEF)

Acuerdo Básico de Cooperación

Firmado el 4 de junio de 1998

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

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

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

Entró en vigencia el 10 de julio de 1999.

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

Firmado en Panamá el 9 de agosto de 2001



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

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

Entró en vigencia el 12 de agosto de 2002.

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

Firmado en Panamá el 9 de agosto de 2001

Entró en vigencia el 9 de agosto de 2001.

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

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

5.1 Oficina de Asuntos Internacionales y Cooperación Técnica del MINSA

5.1.1 Formulaciones/Cooperación Técnica-Financiera:

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

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

5.1.2 Componentes y Análisis de Desarrollo:

Relaciones Internacionales

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

Cooperación Externa



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

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

5.2.1 Formulaciones/Cooperación Técnica-Financiera:

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

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

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

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

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

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

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

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

Preparar los informes y estados financieros requeridos por los Bancos.

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

Vigilar periódicamente los indicadores de salud.



5.2.2 Componentes y Análisis de Desarrollo:

Convenios de Gestión con los Sistemas Regionales de Salud.

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

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

5.3.1 Formulaciones/Cooperación Técnica-Financiera:

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

5.3.2 Componentes y Análisis de Desarrollo:

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

5.4 Programa Iniciativa Salud Mesoamérica del PNUD

5.4.1 Formulaciones/Cooperación Técnica-Financiera:

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

5.4.2 Componentes y Análisis de Desarrollo:

La iniciativa plantea metas que respaldan los esfuerzos de los gobiernos de la región para cerrar la brecha en materia de cobertura y calidad de salud, a través



de inversiones de probada eficacia para el 20% más pobre de la población mesoamericana, principalmente mujeres y niños menores de cinco años.

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

5.5.1 Formulaciones/Cooperación Técnica-Financiera:

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

5.5.2 Componentes y Análisis de Desarrollo:

Convenios de Gestión con los Sistemas Regionales de Salud.

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

Fortalecimiento de los servicios de la red primaria de atención.

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

5.6.1 Formulaciones/Cooperación Técnica-Financiera:

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

5.6.2 Componentes y Análisis de Desarrollo:

Provisión de un Paquete de Atención Integral de Servicios de Salud y Nutrición mediante la Prestación de una Cartera de Prestaciones Priorizada por Equipos Básicos de Salud organizados en Unidades Básicas de Atención (Prevención, Promoción y Atención) a población indígena de áreas comarcales con



necesidades y pobre acceso a las instalaciones de salud, denominados Grupos Poblacionales en base a una gestión por resultados.

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

5.7.1 Formulaciones/Cooperación Técnica-Financiera:

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

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

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

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

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

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

Participar en la preparación y evaluación de programas y proyectos que se financien con recursos de los organismos bilaterales y multilaterales de crédito,



así como el seguimiento de su ejecución, para garantizar su adecuada consideración dentro del programa anual y plurianual de inversiones públicas.

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

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

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

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

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

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

Administrar el Sistema Nacional de Inversión Públicas (SINIP).

5.7.2 Componentes y Análisis de Desarrollo:

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

Sistema de Información: Ser una Dirección reconocida por su capacidad de generar información oportuna y de alta calidad para la toma de decisiones, promoviendo el desarrollo del personal, el manejo de la tecnología y la calidad del servicio.



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

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

6.1 Ministerio de Desarrollo Social (MIDES)

6.1.1 120 a los 65

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

6.1.2 Proyecto de Alfabetización muévete por Panamá

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

6.1.3 Programa del Ángel Guardián

Las Personas con Discapacidad constituyen en Panamá como país en desarrollo, una de las poblaciones más vulnerables por su situación de exclusión, aislamiento y falta de acceso a oportunidades para su inserción e integración socio-económica en condiciones de equidad.

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



de desarrollo inclusivo y del reconocimiento de estas personas como sujetos de derechos.

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

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

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

6.1.4 Red de Oportunidades

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

6.1.5 Redes Territoriales

Entre los años 2005 y 2006 se realizó un estudió en el cual revela una desorganización comunitaria en pobreza y pobreza extrema, con ausencia de coordinación interinstitucional, inexistencias de programas para disminuir la pobreza y pobreza extrema, pocas ofertas de los servicios de las instituciones, la falta de grupos organizados, la falta de interés de los líderes comunitarios a integrarse a con la comunidad a desarrollar problemas sociales y estructurales, por consiguiente, se propone el diseño del proyecto de redes territoriales para que, en la medida de lo posible, éstas sean base del desarrollo del capital social y poder adquirir una mejor calidad de vida.



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

6.1.6 Dirección de Subsidios Estatales

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

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

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

6.2 Autoridad de la Micro, Pequeña y Mediana Empresa

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

6.3 Ministerio de Salud:

6.3.1 Políticas de Salud 2010 – 2015 Política 3

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

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



6.4 Programa de Ayuda Nacional

6.4.1 Ayuda A Comunidades Marginadas:

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

6.4.2 Programa De Nutrición:

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

6.4.3 Promoción A La Cultura y El Deporte:

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

6.4.4 Proyectos Sociales:

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

6.4.5 Infraestructura Social:

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



6.4.6 Construcción De Viviendas:

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

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

- 7 .¿Cuáles son los mecanismos de conducción de la política social a nivel regional? ¿Cuál es el grado de coordinación entre instituciones para garantizar la ejecución de esa política? ¿Cuál es su nivel de participación en el Consejo Coordinación Provincial y en el Consejo Técnico Municipal?
- 7.1 A continuación se presentan algunas instituciones que son facilitadoras con el MINSA para llevar a cabo la ejecución de las políticas sociales de una manera mancomunada para el beneficio de la población de responsabilidad de Panamá Este:



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

Instituciones	Programas Sociales	Mecanismo de Conducción
Facilitadoras con el MINSA		
MIDES	RED DE OPORTUNIDADES	Mediante los servicios de prevención, promoción y atención de salud se garantiza que cada persona que ingresa y forma parte de la Red de Oportunidades tenga acceso a la salud con equidad como requisito necesario para el pago determinado a los beneficiarios del programa. Por otra parte todos los beneficiarios de la Red de Oportunidades tienen el beneficio de gratuidad en las instalaciones de salud.
MIDES	Programa de Ángel Guardián	Por medio de los servicios de prevención, promoción y atención de salud se hace posible que cada persona que ingresa y forma parte del Programa del Ángel Guardián disponga de un documento que certifique su condición de salud garantizando así un seguimiento de su salud mediante los diferentes programas del MINSA en las instalaciones donde estos acuden.
MIDES	120 a los 65	Mediante los servicios de prevención, promoción y atención de salud se garantiza que cada persona que ingresa y forma parte de 120 a los 65 disponga de un documento que certifique su condición de salud como requisito del programa y que además tengan acceso a la salud con equidad para el pago
Despacho de la primera Dama	Campaña de la cinta Rosada	A través de una coordinación que permite el fortalecimiento de los servicios de prevención y promoción de la salud en el proceso de detección temprana del cáncer de mama, incentivando a la población femenina en la importancia del autoexamen de mamas y en la realización de mamografías en el grupo meta en riesgo.



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

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

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



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

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

- 2. ¿Cuáles son las proyecciones y tendencias del contexto político-económicosocio cultural – y de género, su relación con la gestión sanitaria y con los perfiles de salud – enfermedad de la población tanto a nivel provincial, regional y distrito? En el caso de las Regiones de Salud de San Miguelito y Metropolitana desagregar hasta nivel de corregimiento. Investigar
- 3. ¿Cuál ha sido el impacto de los cambios climáticos, contaminación ambiental (agua, suelo y aire) y ruido en el desarrollo económico y social de la población? ¿Qué áreas productivas han sido las más afectadas? ¿En qué áreas geográfico-poblacionales han impactado con mayor fuerza?

El impacto a la población se ha visto afectada por las amenazas creadas por el propio hombre lo que incide en las contaminaciones de las fuentes hídricas,(Río Pacora), deforestación de la cuenca de los ríos importantes,(Bayano y Chimán) y los manglares en el Distrito de Balboa, quemas descontroladas (Distrito de Chepo), utilización de plaguicidas en áreas agrícolas (Tortí, El Llano, Chepo y Las Margaritas)) y sobre todo la existencia de vertedero a cielo abierto aumentando el número de casos de morbilidad y el aumento de la estancia hospitalaria de la población expuesta.

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

Sí, la legislación existente favorece la participación social en la gestión sanitaria, sin embargo, si se requiere de ciertos cambios en materia de facilitación de los procesos y



capacitación de los actores claves en materia de sincronización de sistemas organizacionales, actitud del recurso humano y empoderamiento de los procesos y mecanismos de incentivos para fortalecer la motivación.

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

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

12.1 <u>Índice de Desarrollo Humano</u>

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

Panamá presenta un desarrollo humano medio alto, pero con diferencias marcadas entre provincias y dentro de las provincias, diferencias en los distritos.

Este indicador presenta valores de 0 a 1, en el cual 1 representa el valor más alto en desarrollo humano.

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

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



Figura N° 1: Índice de Desarrollo Humano según distritos en la provincia de Panamá.⁷

⁷ Atlas de Desarrollo Humano Local. 2015.



Análisis de Situación de la Región de Salud Panamá Este

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

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

En cuanto al nivel de vida el Distrito de Chimán presenta el mayor porcentaje de pobreza y pobreza extrema con respecto a los otros 3 distritos, 69.4% y 33.1% respectivamente además de presentar el más alto porcentaje en deterioro habitacional.

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

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

12.2. Índice de Desigualdad de Género

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

⁸ www.undp.org. Atlas de Desarrollo Humano Local. 2015.pdf.



_

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

En este mismo sentido se puede advertir que la misma excerta legal establece que el Ministerio de Salud como órgano de la función ejecutiva tendrá a su cargo la determinación y conducción de la política de salud del gobierno del país y estará investido de las prerrogativas y facultades que la constitución y la ley confiere a los Ministerios de Estado.

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

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

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

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



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

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

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

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

Articulo 2° (...)

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

- a. El nivel Ministerial, como organismos político-administrativos superior encargado de la determinación y ejecución de la política de salud en el país por medio de la planificación de las acciones y la coordinación y orientación de todas las entidades del sector;
- b. El nivel de la Dirección general de Salud y servicios técnicos normativos de supervisión y auxiliares de administración, como órgano directivo normativo, fiscalizador y asesor del nivel ministerial con la responsabilidad de dirigir, normatizar, coordinar, y supervisar la ejecución de los planes de salud; y



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

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

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

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



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

DEMANDA Y NECESIDAD DE SERVICIOS

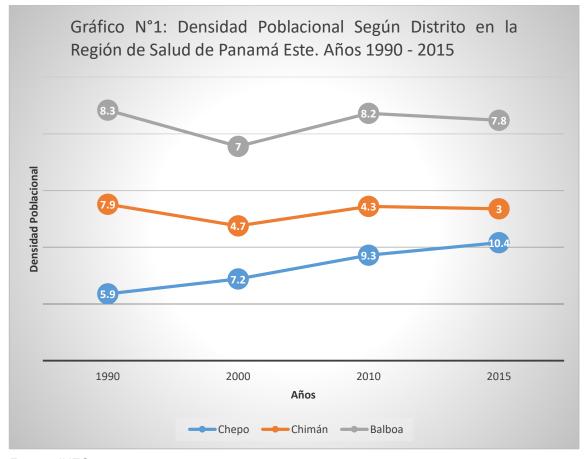
- 2.1 Indicadores Demográficos
- 2.1.1 Densidad de Población:

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

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

Fuente: INEC.

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



Fuente: INEC

En cuanto a la densidad poblacional por distritos observamos que en el distrito de Chepo se observa un incremento con respecto a 1990 pasando de 5.9 a 9.3 habitantes por Km2 y con tendencia al aumento en 2015, el Distrito de Balboa se mantiene casi constante, de 8.3 en 1990 a 8.2 en 2010 y el distrito de Chimán tiene una variación hacia la disminución de 7.9 en 1990 a 4.3 en 2010 lo que nos puede estar indicando un éxodo de la población hacia otros lugares.

Según los datos censales del INEC dentro del Distrito de Chepo los corregimientos con mayor densidad poblacional son el corregimiento de Chepillo con 263,3 hab/Km2 y el corregimiento de Chepo cabecera con 46 hab/Km2 para 2010 y el de menor densidad poblacional la Comarca Kuna de Madugandí. En el Distrito de Chimán el corregimiento con mayor densidad fue el corregimiento de Chimán y los que presentaron menor densidad poblacional fueron Pásiga y Gonzálo Vásquez, ambos con una densidad

poblacional de 2.2 habitantes por Km2 y para el Distrito de Balboa la mayor densidad la presenta el Corregimiento de Saboga con 88.5 y el de menor densidad el Corregimiento de la Ensenada con 1.4 hab/Km2.

Es importante destacar que en la Región de Salud de Panamá Este se cuenta con 2 corregimientos pertenecientes al Distrito de Panamá, los cuales son el corregimiento de Pacora para el cual la densidad de población para 2010 fue de 131.4 y el corregimiento de San Martín cuya densidad fue de 33.5 hab/Km2. Una característica importante en el corregimiento de Pacora, Chepo y San Martín es la disponibilidad de terrenos y por su cercanía al área metropolitana se ha constituido en la opción de crecimiento de la ciudad por la proliferación de barriadas formales y por asentamientos informales que en gran parte de los casos sucede en terrenos privados".

2.1.2. Crecimiento Natural o Anual

La tasa de crecimiento medio anual indica el ritmo de crecimiento de la población en promedio anual, en un período determinado. Es decir que es la proporción constante en que la población aumenta o disminuye cada año en un período determinado, ya sea tanto por el crecimiento natural como por los procesos migratorios.



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

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

Fuente: INEC. Panamá.

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

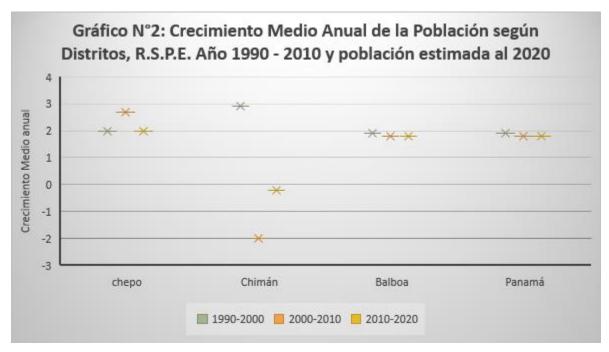
El crecimiento medio anual puede estar influenciado por el crecimiento vegetativo o natural el cual depende de factores biológicos y socioeconómicos, entre otros. El componente demográfico migratorio interviene de manera substancial en el aumento o disminución de las poblaciones como es el caso del distrito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

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



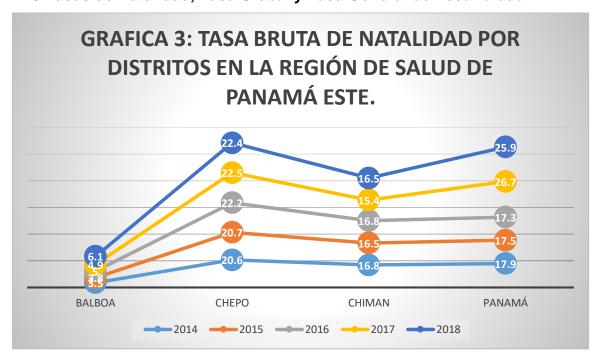
-

por el contrario el resto de los distritos de la Región de salud presentan crecimientos positivos.



Fuente: INEC.

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

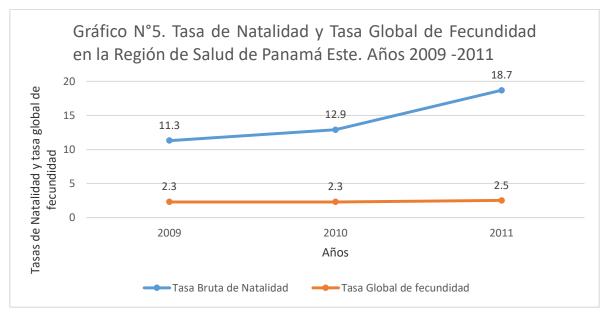


Fuente: Registros Estadísticos del Ministerio de Salud. Panamá.



La tasa de natalidad en los distritos de Panamá Este (número de nacimientos por cada 1000 habitantes en un año) fue en 2018 mayor en el distrito de Panamá con 25.9 nacimientos por cada 1000 mujeres y la más baja la presento en el mismo año el distrito de Balboa con una tasa de 6.1.

Si miramos la evolución de la tasa de natalidad en los diversos distritos vemos que ha bajado en el distrito de Chimán y el distrito de Panamá con respecto al 2015.



Fuente: Registros Estadísticos del Ministerio de Salud. Panamá.

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

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



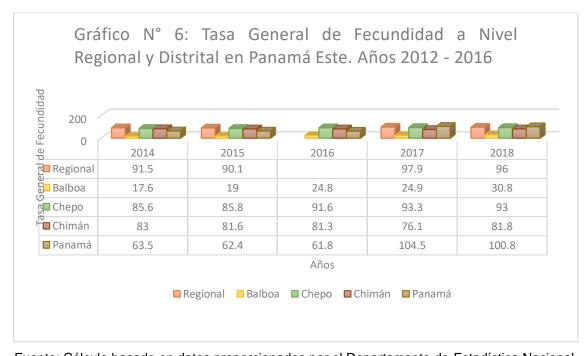
esta clasificación la región de Salud de Panamá Este la clasificaríamos en un nivel de fecundidad intermedio.

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

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

Nivel	2014	2015	2016	2017	2018
Regional/Distrital					
Regional	91.5	90.1	96.9	97.9	96
Balboa	17.6	19.0	24.8	24.9	30.8
Chepo	85.6	85.8	91.6	93.3	93
Chimán	83	81.6	81.3	76.1	81.8
Panamá	63.5	62.4	61.8	104.5	100.8

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



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

MINSA. Panamá.



En el gráfico N° 6 se presenta la Tasa General de Fecundidad a nivel de toda la Región Panamá Este la cual para el año 2018 fue de 96 nacimientos con vida por cada 1000 mujeres entre 15 a 49 años con respecto al 2015 se observa un descenso a nivel regional.

Si hacemos referencia a los distritos los que presentaron tasas más altas fueron el distrito de Panamá con 100.8 seguido Chepo con 93.3 y los de menor tasa presentada para 2018 fueron el Distrito Chiman seguido el Distrito de Balboa.

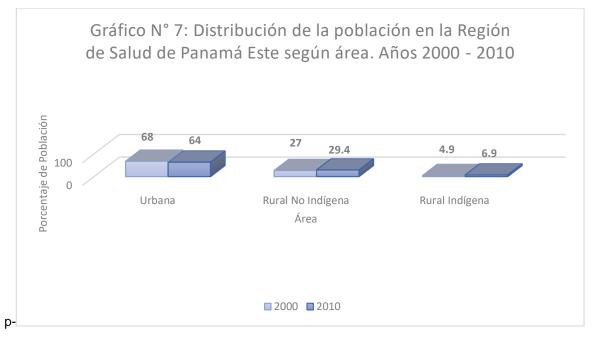
2.1.4. Distribución de la Población según área.

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

2000											
Tot	:al	Urb	Urbana		ural	Rural	Indígena				
					dígena						
N°	%	N°	%	N°	%	N°	%				
107,043	100	72883	68	28817	27	5343	4.9				
2336	2.1	-	-	2250	2.1	86	0.1				
35497	33.1	11334	10.5	19933	18.6	4230	3.9				
4086	3.8	-	-	3059	2.8	1027	0.9				
65124	60.8	61549	57.4	3575	3.3	-	-				
			2	010							
Total		Urbana		Rural No	Indígena	Rural Indígena					
N°	%	N°	%	N°	%	N°	%				
108657	100	69571	64	31983	29.4	7546	6.9				
2271	2.0	-	-	2586	2.4	128	0.1				
46139	42.4	17077	15.7	22923	21.1	6139	5.6				
3343	3.1	-	-	2064	1.8	1279	1.1				
56904	52.3	52494	48.3	4410	4.0	-	-				
	N° 107,043 2336 35497 4086 65124 Total N° 108657 2271 46139 3343 56904	107,043 100 2336 2.1 35497 33.1 4086 3.8 65124 60.8 Total N° % 108657 100 2271 2.0 46139 42.4 3343 3.1 56904 52.3	N° % N° 107,043 100 72883 2336 2.1 - 35497 33.1 11334 4086 3.8 - 65124 60.8 61549 Total Urbana N° % N° 108657 100 69571 2271 2.0 - 46139 42.4 17077 3343 3.1 - 56904 52.3 52494	Total Urbana N° % N° % 107,043 100 72883 68 2336 2.1 35497 33.1 11334 10.5 4086 3.8 65124 60.8 61549 57.4 Total Urbana N° % N° % 108657 100 69571 64 2271 2.0 46139 42.4 17077 15.7 3343 3.1 56904 52.3 52494 48.3	Total Urbana Ri No In N° % N° % N° 107,043 100 72883 68 28817 2336 2.1 2250 35497 33.1 11334 10.5 19933 4086 3.8 3059 65124 60.8 61549 57.4 3575 2010 Total Urbana Rural No N° % N° % N° 108657 100 69571 64 31983 2271 2.0 - 2586 46139 42.4 17077 15.7 22923 3343 3.1 2064	Total Urbana Rural No Indígena № % № № % 107,043 100 72883 68 28817 27 2336 2.1 - - 2250 2.1 35497 33.1 11334 10.5 19933 18.6 4086 3.8 - - 3059 2.8 65124 60.8 61549 57.4 3575 3.3 Z010 Total Urbana Rural No Indígena № % № % № % 108657 100 69571 64 31983 29.4 2271 2.0 - - 2586 2.4 46139 42.4 17077 15.7 22923 21.1 3343 3.1 - - 2064 1.8 56904 52.3 52494 48.3 4410 4.0	Total Urbana Rural No Indígena N° % N° % N° % N° % N° 107,043 100 72883 68 28817 27 5343 2336 2.1 2250 2.1 86 35497 33.1 11334 10.5 19933 18.6 4230 4086 3.8 3059 2.8 1027 65124 60.8 61549 57.4 3575 3.3 - 2010 Total Urbana Rural No Indígena Rural In N° % N° % N° % N° 108657 100 69571 64 31983 29.4 7546 2271 2.0 - 2586 2.4 128 46139 42.4 17077 15.7 22923 21.1 6139 3343 3.1 2064 1.8 1279 56904 52.3 52494 48.3 4410 4.0 -				

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





Fuente: INEC.

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

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

Es preciso señalar que los corregimientos con mayor densidad poblacional son Pacora y el corregimiento de Chepo, el cual presentó una densidad de población de 9.3 hab/Km2 mayor que el resto de los distritos estas áreas presentan algunas características que favorecen esta condición como la accesibilidad, cercanía a la ciudad, mejores centros educativos y servicios básicos de salud, entre otros.

2.1.5. Razón de Dependencia

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

Años	Razón de Dependencia
2010	56.6
2016	51.2
2017	50.8

Fuente: Registro de Estadísticas del Ministerio de Salud

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

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

A mayor tasa, mayor carga para la población activa.

2.1.6. Migración

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



personas de un territorio a otro sino también las potencialidades de crecimiento demográfico, competitividad económica y capacidad, dada la selectividad por edad, sexo y educación de la migración¹⁰.

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

Fuente: INEC. Panamá

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



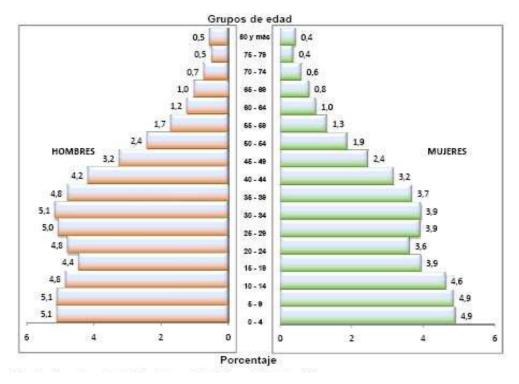
periféricas a dichas áreas. El incremento de viviendas en el período antes mencionado fue de 3,531.

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

2.1.8 Estructura de la Población por Grupo de Edad

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

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



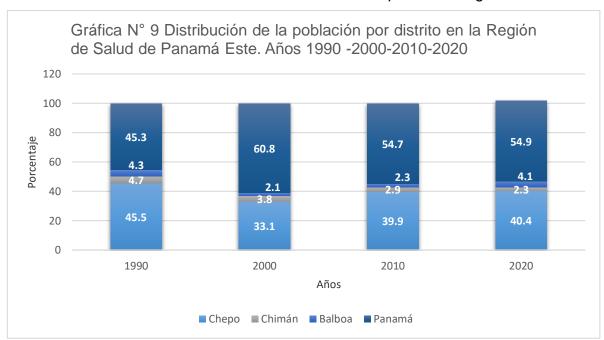
Fuente: Departamento de Registros y Estadísticas del MINSA. Población Estimada 2015.



Es una pirámide poblacional en transición en la que predomina la población joven y la población en edad productiva, en cuanto al sexo predomina el sexo masculino.

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

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

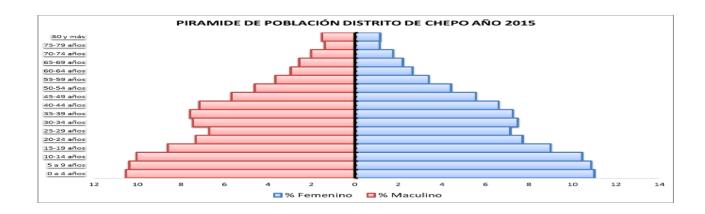


Fuente: INEC

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



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





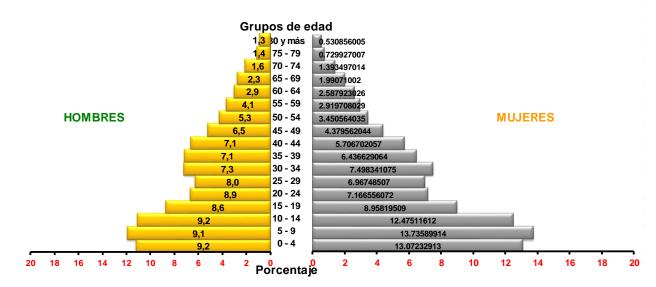


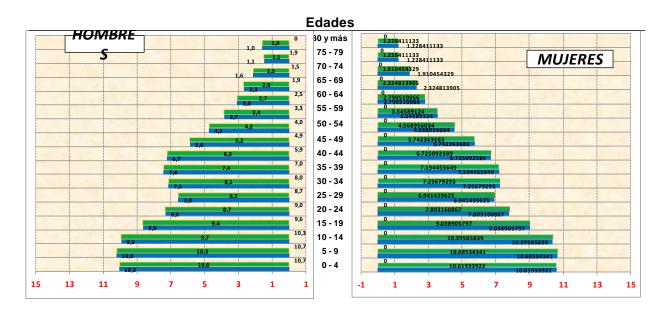
Gráfico N°10: Pirámides Poblacionales según Distritos de Responsabilidad en la Región de Salud de Panamá Este. Año 2015.

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



Fuente : Departamento de Registros Médicos y Estadísticas de Salud.M INSA

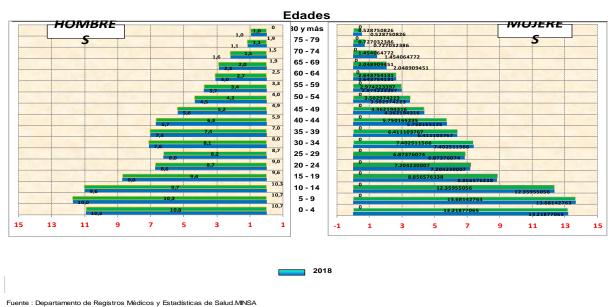
ESTRUCTURA DE LA POBLACION EN EL DISTRITO DE CHEPO POR SEXO Y GRUPOS DE EDAD: AÑO 2017



a) 2017

Fuente : Departamento de Registros Médicos y Estadísticas de Salud.MINSA

ESTRUCTURA DE LA POBLACION EN EL DISTRITO DE CHIMAN POR SEXO Y GRUPOS DE EDAD: AÑO 2018

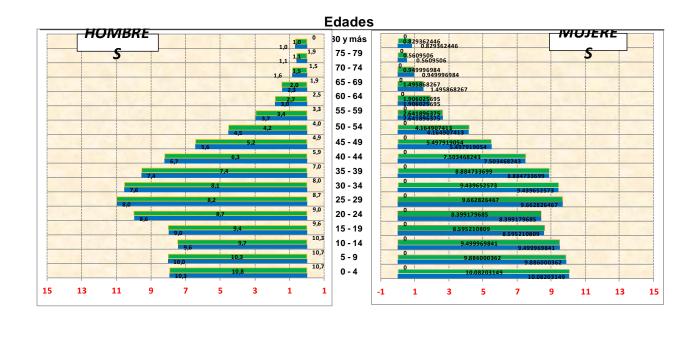


Fuente : Departamento de Registros Medicos y Estadisticas de Salud.MinSA

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



ESTRUCTURA DE LA POBLACION EN EL DISTRITO DE PANAMA POR SEXO Y GRUPOS DE EDAD: AÑO 2017



a) 2017

Fuente : Departamento de Registros Médicos y Estadísticas de Salud.MINSA

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

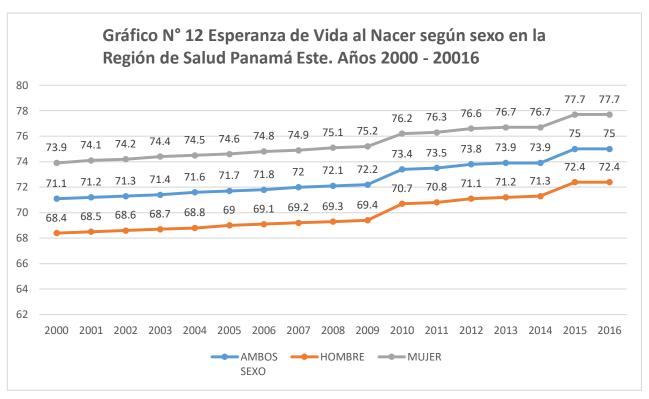
Según un análisis presentado en el "Atlas de Desarrollo Humano Local: Panamá 2015, Panamá se encuentra en ese período único de bonanza, en el que, durante los próximos años, contará con una cada vez mayor fuerza de trabajo, en su mayoría jóvenes. Por ello, esta oportunidad está condicionada por la inversión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

El conocer los cambios en la estructura de edades en nuestros territorios es importante porque impacta el proceso de desarrollo económico de esas zonas, ya que el comportamiento de la población cambia según la etapa del ciclo de vida en que se encuentra. Además, cada etapa del ciclo de vida se relaciona con capacidades y vulnerabilidades que llaman a priorizar en inversiones claves para atender las demandas específicas de cada una.

2.1.9. Esperanza de Vida al Nacer

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

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



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

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

Tomando como referencia una clasificación de la Esperanza de Vida, utilizada por el Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) en el 2008, para los países de América Latina, la cual es aplicada a nivel subnacional, se tiene que los límites propuestos son los siguientes: Alta Mortalidad, E°<66; Moderadamente Alta, 66≤ E° <71; Mortalidad intermedia, 71≤E°<76; Baja mortalidad 76 ≤E°<81; Muy baja mortalidad E°≥81. Por consiguiente, la esperanza de vida para los distritos de Panamá Este se clasificarían de la siguiente manera:¹¹1

¹¹ www.contraloria.gob.pa/inec/archivos/P4911COMENTARIOS.pdf



Nivel de		Es	peranza de	Vida al nac	er		
Mortalidad	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Alto							
Moderadame							
nte Alto							
Intermedio	Balboa	Balboa	Balboa	Balboa	Balboa	Balboa	Balboa
	Chepo	Chepo	Chepo	Chepo	Chimán	Chimán	Chimán
	Chimán	Chimán	Chimán	Chimán			
Bajo	Panamá	Panamá	Panamá	Panamá	Panamá	Panamá	Panamá
					Chepo	Chepo	Chepo
Muy Bajo							

3 distritos (Chepo, Chimán y Balboa) se mantienen en un nivel intermedio desde el 2010 hasta el 2013 siendo el más bajo nivel en nuestra área y las áreas del distrito de Panamá en un nivel de mortalidad bajo; a partir del año 2014 el distrito de Chepo acompaña en este nivel al distrito de Panamá hasta el año 2016 permaneciendo Balboa y Chimán constantes en su nivel intermedio lo cual se explica al tener presente las condiciones de ruralidad, dispersión geográfica y menor cobertura de los servicios de salud que caracteriza a estas áreas.

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

Situación de Salud, Aspectos Económicos y Sociales

2.2. Aspectos Socioeconómicos

2.2.1 Población Económicamente Activa

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

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

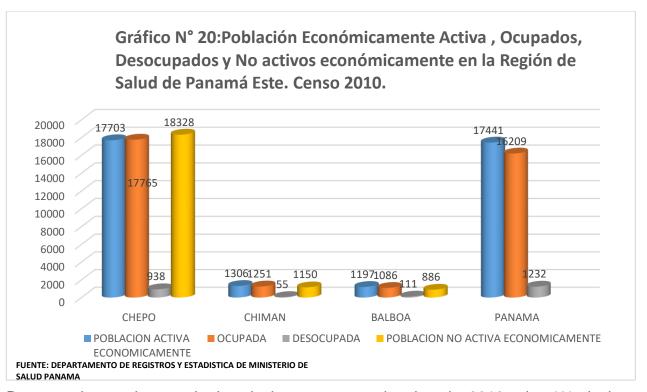
Fuente: INEC. Contraloría General de la República. Censo de Población y vivienda 2010.

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

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

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





De acuerdo con los resultados de los censos nacionales de 2010, el 7.1% de la población económicamente activa o fuerza laboral estaba cesante ese año. En la región de salud de Panamá Este podemos decir que de los 37,647 habitantes activos económicamente el 96% están ocupados y el 6.2% está desocupado porcentaje que se acerca a lo presentado a nivel de país. El distrito con mayor porcentaje de desocupados es el Distrito de Balboa con 9.2% y el que menos porcentaje de desocupados es el Distrito de Chimán seguido del Distrito de Chepo.

Según información del Ministerio de Economía y Finanzas presentada en el Atlas Social de Panamá¹² se presentan aquí la tasa de desocupación (%) por corregimientos los cuales para 2010 en nuestra región se comportaron de la siguiente forma:

En el Distrito de Panamá, San Martín y Pacora con tasas de desocupación de 3,9% y 6.9%; en el Distrito de Chimán las tasas presentadas fueron; Unión Santeña 1.7%, Pásiga 6.8%, Gonzálo Vásquez 0%, Chimán Cabecera 3.2%, Brujas 6.5%; para el Corregimiento de Chepo, Tortí 3.9%, Santa Cruz de Chinina 3.8%, Las Margaritas

¹² Ministerio de Economía y Finanzas, Atlas Social de Panamá.



5.6%, El Llano 4.2%, Comarca Kuna de Madugandí 4.9%, Chepo cabecera 6.0%, Chepillo 6.1% y Cañitas 4.6%. En el Distrito de Balboa las tasas de desocupación fueron: San Miguel cabecera 8.9%; Saboga 4.7%, Pedro González 4.9%, La Guinea 3.2%, La esmeralda 25.7% y la Ensenada 6.3%.

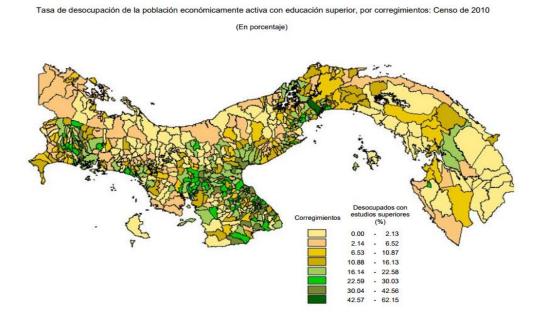
Se observa que el Corregimiento de Gonzálo Vásquez no presenta desocupación porque tienen muy poca población joven en formación y por el contrario numerosas amas de casa o pensionados.

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



2.2.2 Tasa de Actividad

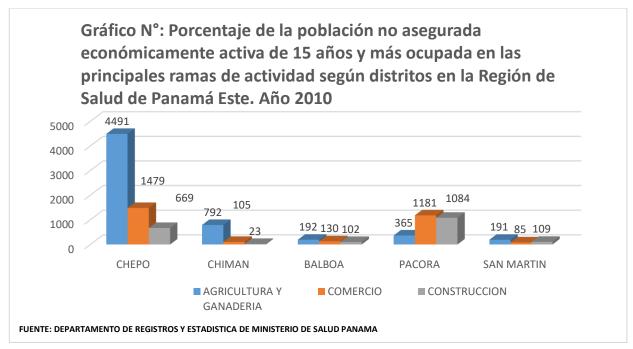
Cuadro N° 13: Porcentaje total de la población no asegurada económicamente activa de 15 y más años ocupada en las principales ramas de actividad según distritos en la región de Salud de Panamá Este. Año 2010.



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

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





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

En cuanto a las principales ramas de actividad observamos que prevalecen la agricultura y la ganadería (Sector primario) en los distritos de Chepo, Chimán y Balboa y en el Corregimiento de San Martín, sin embargo, en el Corregimiento de Pacora prevalece en primer instancia el comercio y la construcción (Sector secundario y terciario)

.

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

¹³ www.contraloria.gob.pa/inec/archivos/P7751Monografía

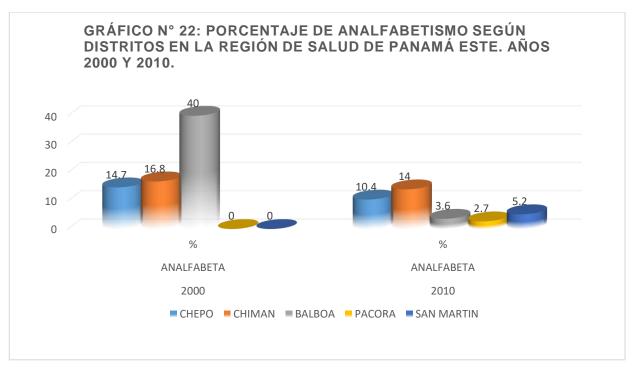


2.2.3. Porcentaje de Analfabetismo

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

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

Fuente: INEC. Contraloría General de la República



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

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

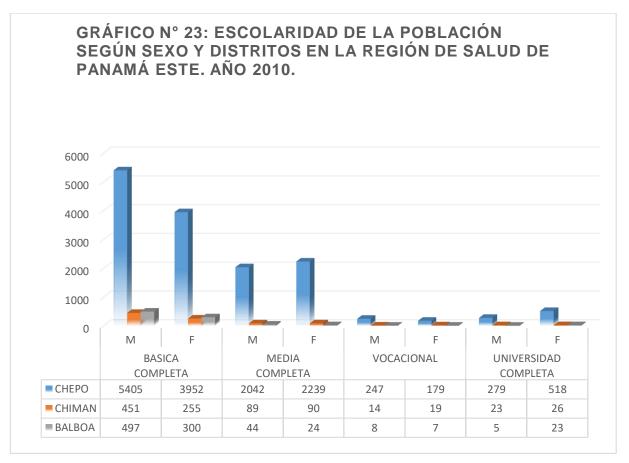


Es importante destacar que la dimensión educativa es parte importante en el índice de desarrollo humano de los países y en Panamá este nuestros distritos se mantienen entre el 86% y el 97% de alfabetismo lo cual es el comportamiento seguido a nivel nacional en donde la mayoría de las provincias mantienen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

2.2.4. Escolaridad de la Población

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

		ESCOLARIDAD												
DISTRIT O	BASICA COMPLET A			MEDIA COMPLET A			VOCACIONA L			UNIVERSIDA D COMPLETA				
	TOTAL	М	F	TOTAL	М	F	TOTAL	М	F	TOTAL	М	F		
СНЕРО	9357	540 5	395 2	4281	204 2	223 9	426	24 7	17 9	797	27 9	518		
CHIMAN	706	451	255	179	89	90	33	14	19	49	23	26		
BALBOA	797	497	300	68	44	24	15	8	7	28	5	23		



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

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

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

Distritos	Corregimientos	% de la Población de 6 a 11 años de edad por Km2	Densidad de personas de 6 a 11 años de edad por Km2	Tasa de asistencia escolar en %	% del total de niños escolarizados sin grado aprobado con 8 – 11 años de edad	% de la población no escolarizada de 6 – 11 años de edad con hogares sin nivel educativo	Concentración de la población no escolarizada de 6 a 11 años en el quintil de menor ingreso de los hogares
Balboa		12.7	8.1	98.8	0.0	0.0	25.0
	La ensenada	13.2	1.4	100	-	-	-
	La Esmeralda	18.1	13.3	98.9	-	0	100
	La Guinea	14.5	2.8	100	-	-	-
	Pedro	11.0	4.4	96.6	-	0	0
	González						
	Saboga	8.8	86.0	98.4	-	0	0
	San Miguel (Cabecera)	12.7	8.8	99.2	-	0	0
Chepo		13.7	9.3	96.1	36.1	40.1	4.5
	Cañitas	12.1	7.0	98.3	-	20	40
	Chepillo	15.3	263.3	100	-	-	-
	Chepo (Cabecera)	13.3	46.5	98.3	28.6	22.2	24.4
	Camarca Madugandí	18.8	2.1	84.8	43.5	63.1	51.6
	El LLano	12.8	6.0	97.8	16.7	12.5	25
	Las	11.4	18.9	97.7	0.0	7.7	46.2
	Margaritas						
	Santa Cruz Chinina	14.1	4.5	95.0	50	0.0	72.7
	Tortí	14.2	9.5	97.1	25.0	18.4	44.7
Chimán		18.4	3.2	96.6	15.4	9.5	42.9
	Brujas	18	4.3	95.2	0	0	16.7
	Chimán	17.8	4.3	98.6	0	66.7	33.3
	Cabecera						
	Gonzálo	18.7	2.2	100	-	-	-
	Vásquez						
	Pásiga	21.2	2.2	90.3	12.5	0	66.7
	Unión Santeña	17.9	2.5	98.2	50	0	33.3
Panamá		10.0	425.5	98.4	34.0	3.6	9.3
	San Martín	7.9	33.5	99.1	25.0	40	60
	Pacora	12.3	131.3	97.8	26.8	7.7	9.9
Fuente: At	llas Social de P	anamá Asi	stencia esc	colar de la r	oblación de 6	i a 11 años c	le edad. Ministe

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



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

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

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

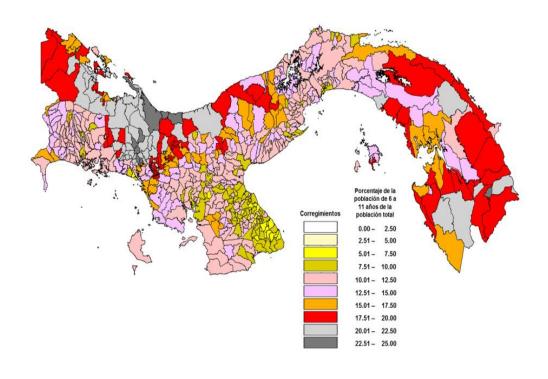
En cuanto al porcentaje de niños escolarizados sin grado aprobado, a nivel de distritos el mayor porcentaje se encuentra en el Distrito de Chepo con 36.1%; y dentro de este distrito en el corregimiento de la Comarca Kuna de Madugandí con un 43.5%, además del corregimiento de Unión santeña con 50% y el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

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

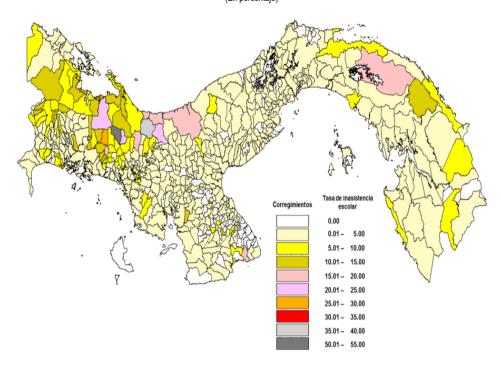


Mapas

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



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





2.2.5. Déficit Habitacional

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

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

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

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

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

El hacinamiento: es cuando se identifica una densidad de más de 2 personas por cuarto. Estas tres categorías son analizadas y ponderadas para obtener el índice de deterioro habitacional de cada una (INDHAB).

Al realizar la investigación sobre este dato no fue posible encontrar estudios o registros de este indicador sin embargo, haciendo uso de lo descrito anteriormente nos atrevimos a hacer el cálculo de este indicador utilizando datos censales del 2010 sobre hacinamiento y viviendas condenadas¹⁴ de os cuales hicimos la sumatoria y calculamos el porcentaje total de viviendas en deterioro.

Los datos obtenidos fueron los siguientes:

_

REPÚBLICA DE PANAMÁ
— GOBIERNO NACIONAL —

MINISTERIO
DE SALUD

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

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

Fuente: Atlas Social de Panamá. Censo 2010.

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

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

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

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

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

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



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

Este comportamiento poblacional descrito está directamente relacionado con el lugar que ocupa en cuanto número de viviendas construidas¹⁵ en el período, con 4,193 unidades, teniendo una gran dinámica en los últimos 3 años aportando por encima de 1000 unidades de viviendas por año.

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

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

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

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

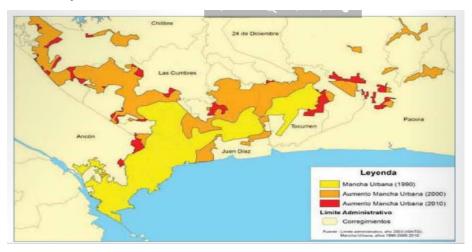
- Poca disponibilidad de servicios básicos (Salud, agua potable, disposición de desechos sólidos, transporte, etc.)
- Aumento de hacinamiento
- Desempleo
- Aumento de problemas sociales como violencia, robos, drogadicción, pandillas, etc.
- Utilización de áreas verdes y bosques para construcción de viviendas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

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



1

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



2.2.6. Incidencia de la Pobreza

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

Distritos	Corregimientos	Población 2015		
			Pobreza General	Pobreza Extrema
Balboa		3,152	28.8	12.2
	La ensenada	108	47.4	25.4
	La Esmeralda	614	49.7	31.3
	La Guinea	96	40.7	10.3
	Pedro González	312	44.1	18.3
	Saboga	804	10.1	1.7
	San Miguel (Cabecera)	1218	23.8	6.7
Chepo		55,347	36.5	16.8
-	Cañitas	2,956	21.8	5.3
	Chepillo	297	37.9	12.9
	Chepo (Cabecera)	25,566	19.1	4.9
	Comarca Madugandí	5,071	90.7	74.2
	El Llano	3,166	47.8	19.2
	Las Margaritas	5,783	29.6	10.7
	Santa Cruz Chinina	1737	49.7	19.3
	Tortí	10,771	51.5	21.7
Chimán		3,515	57.7	26.5
	Brujas	686	47.1	23.4
	Chimán Cabecera	1207	58.6	24.5
	Gonzálo Vásquez	91	57.4	36.5
	Pásiga	488	50.6	20.5
	Unión Santeña	1043	67.6	33.3
Į.				



Panamá		73,148	42	8.9	
	San Martín	67,120	25.5	3.1	
	Pacora	6,028	16.5	5.8	

Fuente: INEC. Contraloría General de la república

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

Analizando el comportamiento de la pobreza general y la pobreza extrema en la Región de salud de Panamá Este; esta región está conformada de 4 distritos en los cuales el mayor porcentaje de pobreza general se presenta en el Distrito de Chimán con 57.7% seguido del Distrito de Panamá con 42%, el distrito de menor porcentaje de pobreza general fue Balboa con 28.8%.; sin embargo, si hacemos la observación a nivel de corregimientos vemos que el comportamiento varía como es el caso en el Distrito de Chepo el cual presenta a la Comarca Kuna de Madugandí con 90.7% de pobreza general, siendo el corregimiento con más pobreza general en la Región, seguido de Unión Santeña con 67.6% y Chimán cabecera con 58.6%.

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

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

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

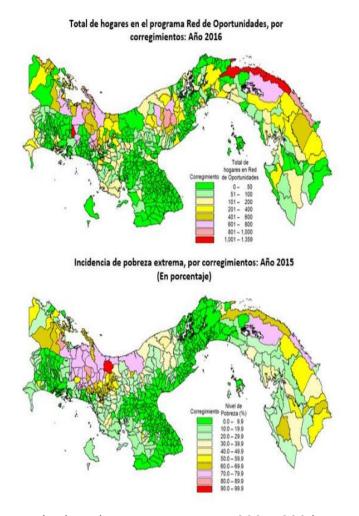
Los niveles de pobreza en este caso están relacionados a 2 factores importantes como son la ubicación geográfica y la accesibilidad a empleos formales; y la etnia.



El Distrito de Chimán es el distrito más inaccesible de nuestra área y la Comarca a parte del grupo étnico que la compone también es una de las áreas menos accesibles de nuestra región de salud.

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

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



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



2.2.7 Cuadro N° 21Coeficiente de GINI

Distritos	Corregimientos		
		Ingreso Promedio Percapita	Coeficiente de Gini
Balboa		257.7	0.48
	La ensenada	187.3	0.49
	La Esmeralda	253.5	0.62
	La Guinea	186.4	0.41
	Pedro González	208.9	0.51
	Saboga	299.9	0.36
	San Miguel (Cabecera)	257.2	0.44
Chepo		207.0	0.51
	Cañitas	242.2	O,40
	Chepillo	187.7	0.42
	Chepo (Cabecera)	256.9	0.40
	Comarca Madugandí	51.0	0.45
	El Llano	162.5	0.44
	Las Margaritas	260.5	0.48
	Santa Cruz Chinina	157.3	0.44
	Tortí	153.6	0.45
Chimán		144.9	0.48
	Brujas	194.7	0.52
	Chimán Cabecera	134.1	0.43
	Gonzálo Vásquez	190.8	0.58
	Pásiga	156.7	0.44
	Unión Santeña	111.8	0.42
Panamá		279.9	
	San Martín	270.5	0.40
	Pacora	289.3	0.40

Fuente: Ministerio de Economía y Finanzas.

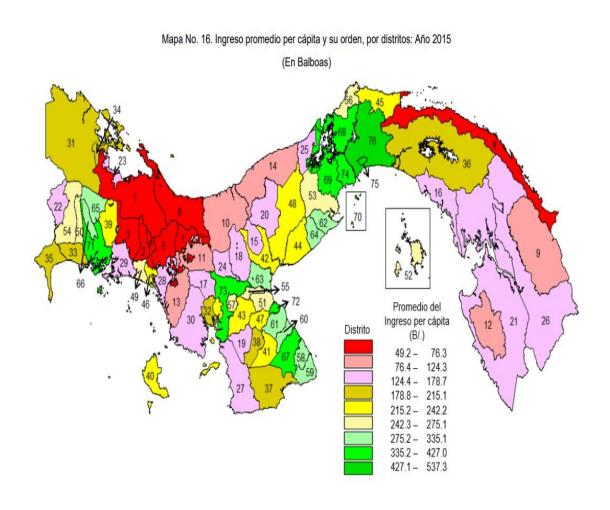
En el presente cuadro se presentan datos relacionados al ingreso promedio percápita por distritos y corregimientos y el mismo decribe que a nivel distrital el mayor ingreso promedio percápita está en el distrito de Panamá con B/.279.9, y el menor ingreso promedio se presenta en el Distrito de Chimán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

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



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

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



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



2.2.8. Principales Etnias Predominantes.

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

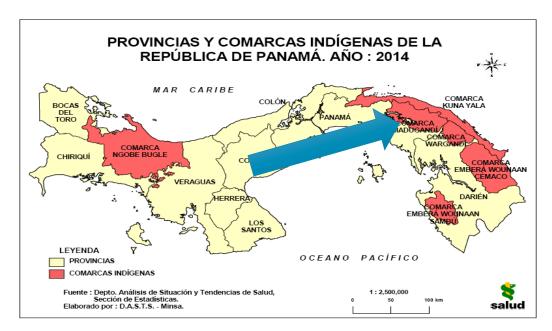
Los grupos no indígenas lo conforman los siguientes:

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

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

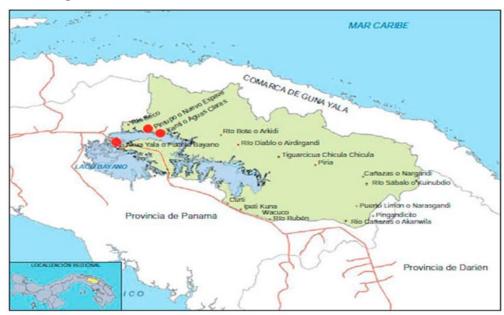
• Guna: Se localizan principalmente en la región continental de pluvi selvas del Río Bayano; en la Comarca de Madugandí, constituida por un área geográfica del distrito de Chepo (Provincia de Panamá); Este grupo representó el 19.3% (80,526 personas) del total de la población indígena de la República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





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

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



Fuente: ICGES.2012

La Comarca Madugandí creada mediante ley 24 del 12 de enero de 1996¹⁶, cuenta con una superficie de 2076 Km2. En el período censal 2000 – 2010 la población

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



. .

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

La densidad de población para los años 2000, 2010 y 2016 es respectivamente 1.6, 2.1 y 2.4 hab./Km2. La densidad poblacional significa presión sobre la tierra entre las comunidades al interno de la comarca, pues si aumenta la población y los recursos necesarios para la producción de alimentos permanecen igual entre ellos, el recurso tierra, obviamente habrá menos alimentos y más bocas que alimentar.

- Emberá: Originarios del Chocó colombiano, se encuentran concentrados en un área del Corregimiento de Tortí en el Distrito de Chepo y en el Corregimiento de Majé en el Distrito de Chimán principalmente, según el censo de 2010 el porcentaje de esta etnia en nuestra región fue de 5.6 % de la población regional y el 39 % de los grupos indígenas existentes.
- Ngabe Buglé: Anteriormente denominado "guaimíes". Se ubican, principalmente en la Comarca Ngabe- Buglé, formada de la segregación de tierras de las provincias de Chiriquí, Bocas del Toro y Veraguas. Este es el conglomerado más numeroso, representan el 62.3% (260,058 personas) del total de la población indígena censada en el 2010¹⁷. En Panamá Este este grupo ocupa el tercer lugar después de los Gunas y los Emberá Wounann con un 1.1% del total de la población regional y un 8.1% del total de los grupos indígenas existentes y se encuentran ubicados en su mayoría en el Distrito de Chepo.

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

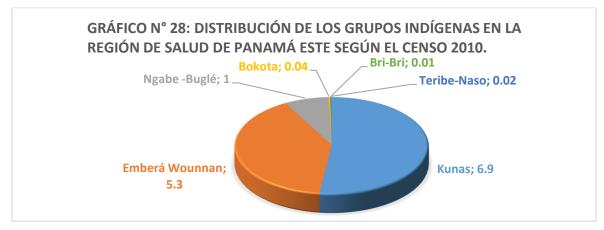
¹⁷ Análisis de Situación de Salud. Ministerio de Salud. Panamá 2015. Pag.29



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

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

Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Censo. INEC



Fuente: INEC. Censo de Población y vivienda 2010.

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

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

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

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

Los efectos esperados:

Modernización del sistema de abastecimiento de agua y alcantarillados



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

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

Eventos	Núm.	Núm.	Distritos	Pobl	Tas	Pobl	Tas	Riesgos
	de	de	а	ación	а	ación	а	
	Casos	casos	priorizar	2017	20	2016	20	
	2017	2016			17		16	
Dengue -	329	164	Chepo	5219	6	5122	3	Brotes, Dengue Grave, muerte
Chepo				2		0		
Dengue -			Panamá	7516	4	7415	2	
Panamá				4		8		
Tuberculosis	134	113	Complejo	1100	12	1068	11	Brotes, Coinfección,
- Complejo			Penitenci	0		5		Resistencia, Muerte
penitenciario			ario					
Infecciones	4770	4089	Regional	1393	34	1372	30	Mala Segregación, No tenemos
Respiratorias				30		28		agente etiológico,
- Regional								desconocimiento de agente
								circulante
Intoxicacione	33	27	Chepo	5219	1	5122	1	Brotes, Abordaje deficiente,
S				2		0		Pobre tipificación
Alimentarias								
- Chepo								
Malaria -	135	180	Comarca	5222	26	5143	35	Brotes, reemergencia
Comarca			Guna					
Guna			Madugan					
Madugandí			dí					
Diarreas -	7486	6849	Chepo	5219	14	5122	13	Brotes, Pobre tipificación,
Chepo				2	3	0	4	caracterización de casos
Diarreas -			Panamá	7516	10	7415	92	
Panamá				4	0	8		

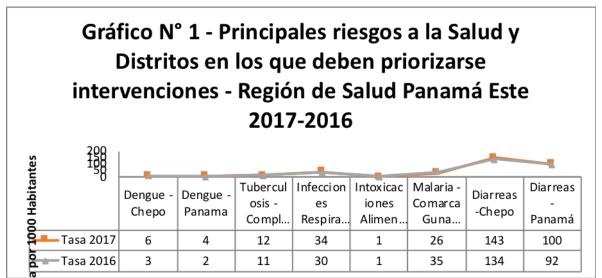
Fuente: Departamento de Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica regional.



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

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

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



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

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

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



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

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

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

Fuente: INEC.2012

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

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

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

¹⁸ https/:www.mida.gob.pa.Proyectos y programas.



en el que se busca reforestar 10,000 hectáreas en el país. Este programa se pretende ejecutar entre los años 2015 – 2035.

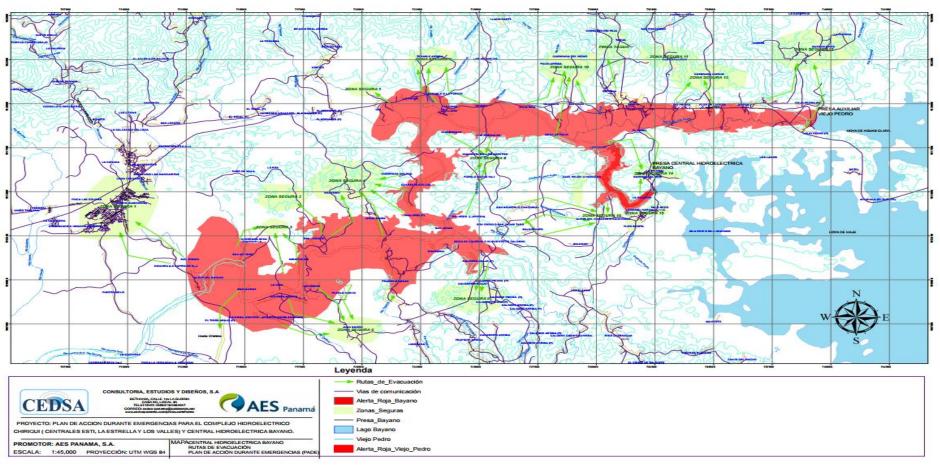
¿Cuál es el porcentaje de comunidades en riesgo de ser afectadas por desastres naturales (inundación etc.)?

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

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



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



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

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

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

Condiciones del Saneamiento Básico

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

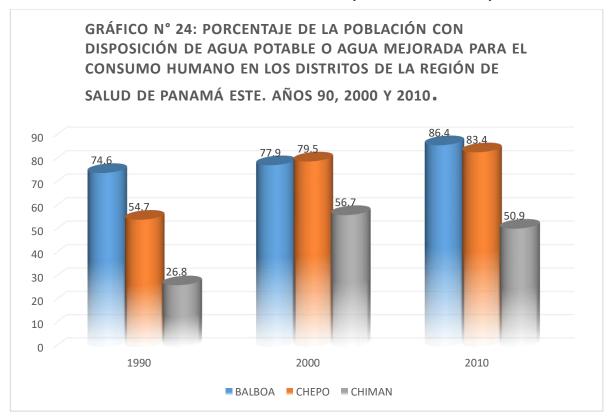
2.3 Condiciones de Saneamiento Básico

2.3.1. Agua Potable

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

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

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



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

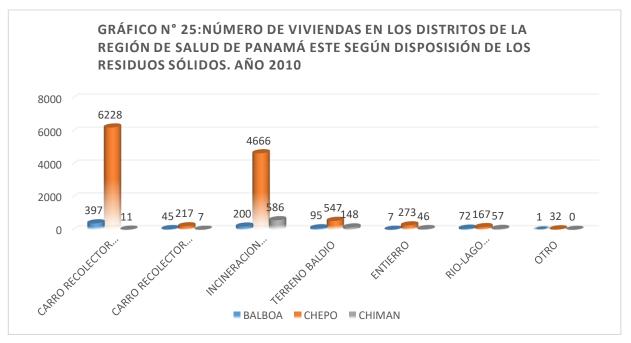


2.3.2 Residuos Sólidos

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

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

Fuente: INEC. Censos de Población y Vivienda 2010



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

En cuanto a la disposición de los residuos sólidos en los distritos de la RPE según datos del censo de 2010 la mayor cantidad de viviendas censadas hacen uso de la recolección de los residuos a través de carro de recolección pública 12,130 viviendas reportaron este mecanismo estando ubicadas principalmente en las áreas más accesibles, en este caso en el Distrito de Chepo; no podemos dejar de mencionar que un número importante; 38% hace uso de la incineración o quema, en este distrito lo cual puede explicarse debido a que existen áreas en las cuales otras.. En cuanto a las áreas menos accesibles, Balboa presenta el mismo comportamiento del Distrito de Chepo, pero en mucho menos proporción, lógicamente por la diferencia de población; en el Distrito de Chimán sin embargo el manejo de los desechos sólidos se dá principalmente por incineración.

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

2.3.3. Disposisión Adecuada de Aguas residuales y servidas.

.

2.4. Situación de Salud

2.4.1. Mortalidad

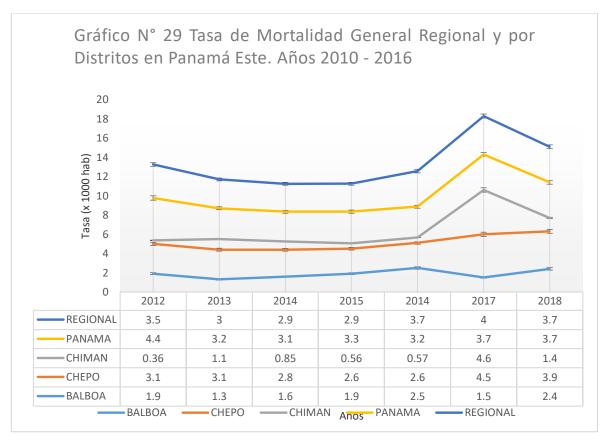
2.4.1.1. Mortalidad General

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

DISTRITO 2010		2011		20	2012		13	2014		2015		2016		
DISTRITO	N°	TASA	N°	TASA	N°	TASA	N°	TASA	N°	TASA	N°	TASA	N°	TASA
BALBOA	4	1.3	6	2	6	1.9	4	1.3	5	1.6	6	1.9	8	2.5
CHEPO	118	2.3	135	5.5	146	3.1	169	3.1	151	2.8	146	2.6	251	2.6
CHIMAN	3	0.83	3	0.56	2	0.36	4	1.1	3	0.85	2	0.56	5	0.57
PANAMA	158	2.3	200	4.6	194	4.4	216	3.2	216	3.1	243	3.3	244	3.2
REGIONAL	283	2.9	344	3.5	398	3.5	393	3	375	2.9	397	2.9	508	3.7

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





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

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

REGION/				2011			2012			2013			2014			2015			2016		
· ·	TOTAL	Н	М	TOTAL	Н	М	TOTAL	Η	M	TOTAL	Н	М	TOTAL	Н	М	TOTAL	Η	M	TOTAL	Η	М
BALBOA	4	3	1	6	5	1	6	5	1	4	3	1	5	4	1	6	5	1	8	4	4
CHEPO	118	83	35	135	80	55	146	102	44	169	100	69	151	105	46	146	102	44	251	<u>1</u> 49	102
CHIMAN	3	2	1	3	3	0	2	1	1	4	3	1	3	2	1	2	1	1	5	3	2
PANAMA	158	115	43	200	118	82	194	133	61	216	137	79	216	154	62	243	161	82	244	161	83

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





Fuente: Departamento de Estadísticas del Ministerio de Salud Panamá.

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

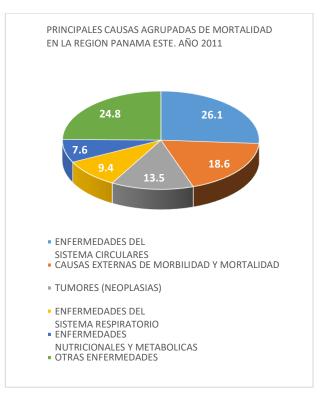
2010		
PRINCIPALES CAUSAS	TOTAL	%
ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO	86	26.2
CAUSAS EXTERNAS DE MORBI-MORTALIDAD	60	18.3
TUMORES (NEOPLASIAS)	40	12.2
ENFERMEDADES DEL SISTEMA RESPIRATORIO	35	10.6
CIERTAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS	23	7.1
OTRAS ENFERMEDADES	84	25.6
TOTAL	328	100



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



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



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

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



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

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



Fuente: Departamento de Estadística del Ministerio de Salud de Panamá

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

DE SALUD



PRINCIPALES CAUSAS AGRUPADAS DE MORTALIDAD EN LA REGION PANAMA ESTE.

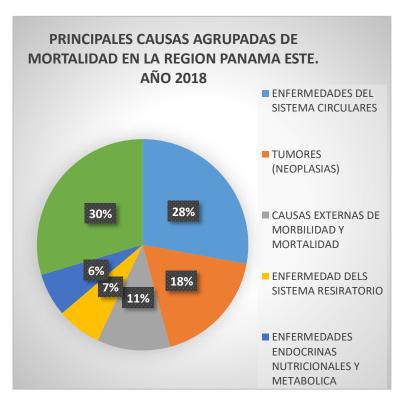
REGION PANAMA ESTE.										
20	017									
PRINCIPALES CAUSAS	TOTAL	%								
ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULARES	159	28.4								
CAUSAS EXTERNAS DE MORBILIDAD Y MORTALIDAD	85	15.3								
TUMORES (NEOPLASIAS)	57	10.3								
CIERTAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS	39	7								
ENFERMEDADES ENDOCRINAS NUTRICIONALES Y METABOLICA	39	7								
OTRAS ENFERMEDADES	179	32								
TOTAL	558	100								



Fuente: Departamento de Estadísticas del Ministerio de Salud Panamá

PRINCIPALES CAUSAS AGRUPADAS DE MORTALIDAD EN LA REGION PANAMA ESTE.

2018											
	018										
PRINCIPALES CAUSAS	TOTAL	%									
ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULARES	148	27.9									
TUMORES (NEOPLASIAS)	95	17.9									
CAUSAS EXTERNAS DE MORBILIDAD Y MORTALIDAD	60	11.2									
ENFERMEDAD DELS SISTEMA RESIRATORIO	36	6.8									
ENFERMEDADES ENDOCRINAS NUTRICIONALES Y METABOLICA	35	6.6									
OTRAS ENFERMEDADES	158	29.6									
TOTAL	532	100									

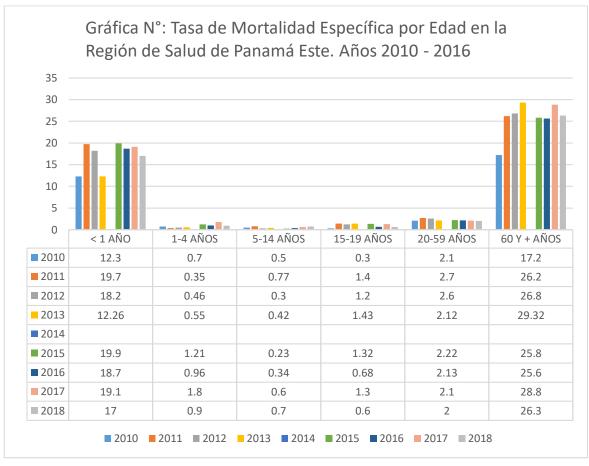


Fuente: Departamento de Estadísticas del Ministerio de Salud Panamá

Cuadro N°27 Tasa de Mortalidad Específica por Edad en la Región de salud de Panamá Este. Años 2010 - 2018.

GRUPO	2010		2011		2014	2012		2015		2016		2017		2018	
ETAREO	N°	TASA	N°	TASA		N°	TASA								
< 1															
AÑO	26	12.3	42	19.7		39	18.2	39	10.9	38	18.7	43	19.1	46	17
1-4															
AÑOS	6	0.7	3	0.35		4	0.46	14	1.21	11	0.96	20	1.8	10	0.9
5-14															
AÑOS	10	0.5	15	0.77		6	0.3	6	0.23	9	0.34	7	0.6	9	0.7
15-19															
AÑOS	3	0.3	13	1.4		12	1.2	15	1.32	8	0.68	15	1.3	7	0.6
20-59															
AÑOS	107	2.1	136	2.7		135	2.6	169	2.22	162	2.13	165	2.1	161	2
60 Y +															
AÑOS	126	17.2	199	26.2		212	26.8	250	25.8	260	25.6	308	28.8	299	26.3

Fuente: Departamento de Estadísticas del Ministerio de Salud Panamá

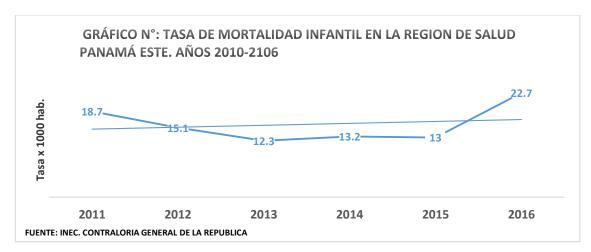


Fuente: Departamento de Estadísticas del Ministerio de Salud Panamá.



2.4.1.2. Mortalidad Infantil

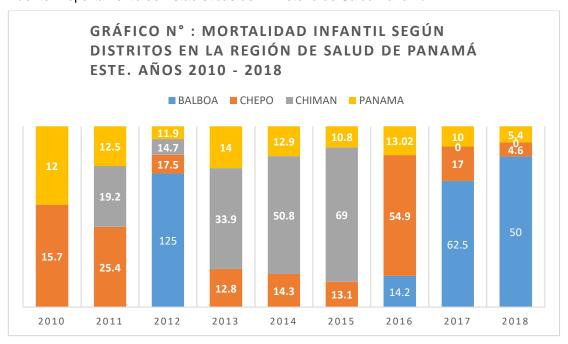
• Grupo Menor de 1 Año:



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

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
BALBOA			125				14.2	62.5	50
CHEPO	15.7	25.4	17.5	12.8	14.3	13.1	54.9	17	4.6
CHIMAN		19.2	14.7	33.9	50.8	69		0	0
PANAMA	12	12.5	11.9	14	12.9	10.8	13.02	10	5.4

Fuente: Departamento de Estadísticas del Ministerio de Salud Panamá



Fuente: Departamento de Estadísticas del Ministerio de Salud Panamá.

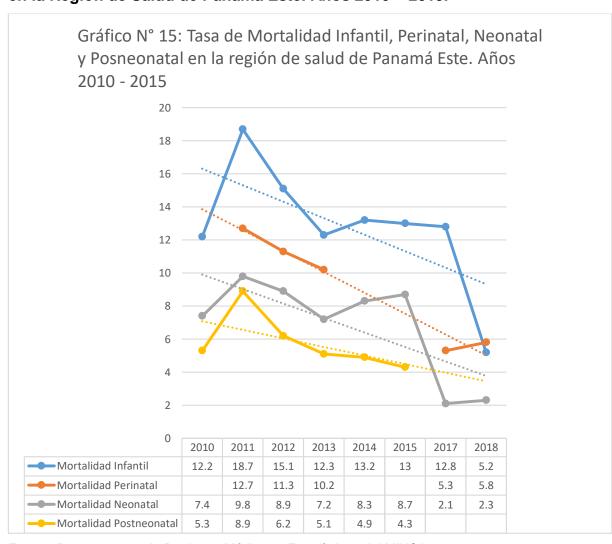


Cuadro N° 29: Tasas de Mortalidad Infantil, Perinatal, Neonatal y Posneonatal en la Región de Salud de Panamá Este. Años 2010 – 2015.

Tasas	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2017	2018
Mortalidad Infantil	12.2	18.7	15.1	12.3	13.2	13	12.8	5.2
Mortalidad Perinatal		12.7	11.3	10.2			5.3	5.8
Mortalidad Neonatal	7.4	9.8	8.9	7.2	8.3	8.7	2.1	2.3
Mortalidad Postneonatal	5.3	8.9	6.2	5.1	4.9	4.3		

Fuente: Departamento de Registros Médicos y Estadísticas del MINSA.

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



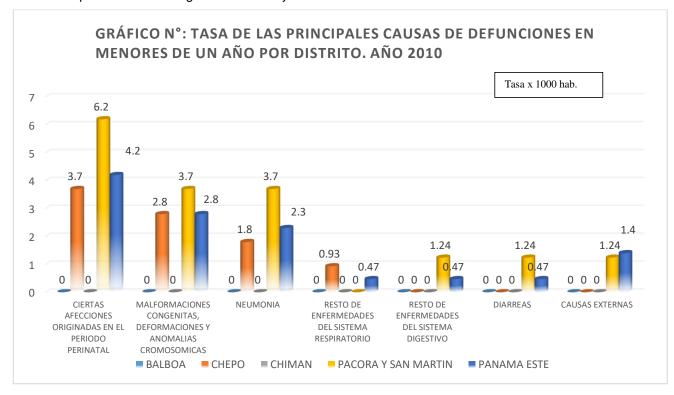
Fuente: Departamento de Registros Médicos y Estadísticas del MINSA.



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

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

Fuente: Departamento de Registros Médicos y Estadísticas del MINSA



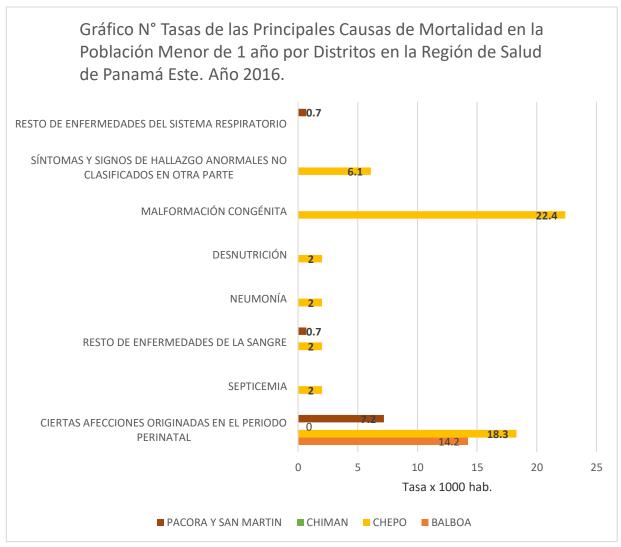
Χ

Fuente: Departamento de Registros Médicos y Estadísticas del MINSA

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

DISTRITOS	TO	ΓAL	ORIGINA	FECCIONES Das en el Perinatal		SEPTICEM IA	RESTO DE ENFER San	-	NEUM	ONÍA	DESNU	ITICIÓN	MALFORMACIÓN CONGÉNITA		SÍNTOMAS Y SIGNOS DE HALLAZGO ANORMALES NO CLASIFICADOS EN OTRA PARTE		RESTO DE ENFERMEDADES DEL SISTEMA RESPIRATORIO	
	N°	TASA	N°	TASA	N°	TASA	N°	TASA	N°	TASA	N°	TASA	N°	TASA	N°	TASA	N°	TASA
BALBOA	1	14.2	1	14,2														
CHEPO	27	54.9	9	18.3	1	2.03	1	2.03	1	2.03	1	2.03	11	22.4	3	6.1	1	2.03
CHIMAN	0	0																
PACORA Y SAN MARTIN	18	13.02	10	7.2			1	0.72					6	4.3			1	0.72

Fuente: Departamento de Registros Médicos y Estadísticas del MINSA



Fuente: Departamento de Registros Médicos y Estadísticas del MINSA



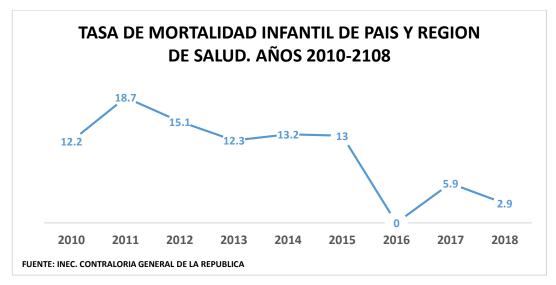
• Grupo de 1 – 4 años de Edad.

Cuadro N° 32: Tasa de Mortalidad en Menores de 5 años en la Región de Salud de Panamá Este. Años 2000 – 2018.

AÑOS	TASA DE MORTALIDAD EN MENORES DE 5 AÑOS (x 1000
	hab.)
2000	4.9
2001	4.6
2002	2.6
2003	2.4
2004	3.2
2005	3.8
2006	2.7
2007	3.7
2008	3.7
2009	3
2010	2.9
2011	3.3
2012	3.1
2013	2.9
2014	3.6
2015	3.9
2016	5.1
2017	5.9
2018	2.9

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





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

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

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

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

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



PRINCIPALES CAUSAS DE		
DEFUNCIONES POR GRUPO ETAREO. AÑO 2017		
2017		
1 a 4 años	N°	
Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en		
otra parte		6
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalias cromosomicas		5
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias		4
Enfermedades del sistema nervioso		2
Enfermedades del sistema respiratorio		1
Causas externas de morbilidad y de mortalidad		1
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos, y ciertos trastornos		
que afectan el mecanismo de la inmunidad		1
Total		20

PRINCIPALES CAUSAS DE		
DEFUNCIONES POR GRUPO ETAREO. AÑO 2018		
2018		
1 a 4 años	N°	
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalias cromosomicas		2
Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados		
en otra parte		2
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias		1
enfermedad por virus de la inmodeficincia humana (VIH)		1
Los demas tumores (neoplasia) malignos		1
Otras Enfermedades del corazon		1
Resto de enfermedades del sistema digestivo		1
Resto de enfermedades del sistema nerviosos		1



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

PRINCIPALES CAUSAS DE				
DEFUNCIONES POR GRUPO ETAREO. AÑO 2013				
60 Y + AÑOS				
CAUSAS	N°			
TUMORES MALIGNOS	39			
ENFERMEDAD CEREBRO VASCULAR	31			
ENFERMEDAD ISQUEMICA DEL CORAZON	23			
DIABETES MELLITUS	23			
OTRAS CAUSAS	96			
TOTAL	212			

PRINCIPALES CAUSAS DE DEFUNCIONES POR GRUPO ETAREO. AÑO 2016				
60 Y + AÑOS				
CAUSAS	N°			
ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR	42			
ENFERMEDAD ISQUÉMICA DEL CORAZÓN	39			
TUMORES (NEOPLASIAS)	34			
DIABETES MELLITUS	28			
OTRAS CAUSAS	126			
TOTAL	269			

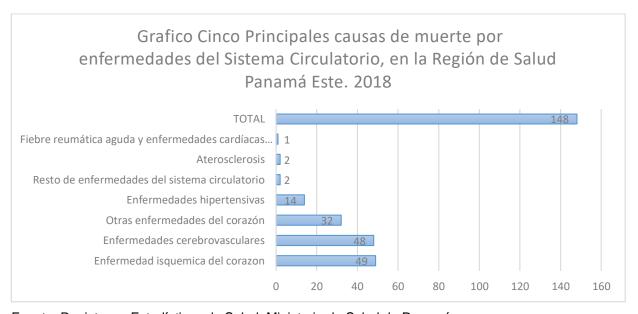
Fuente: Registros y Estadísticas de Salud. Ministerio de Salud de Panamá

PRINCIPALES CAUSAS DE	
DEFUNCIONES POR GRUPO ETA	AREO.
AÑO 2017	
60 y +	N°
Enfermedades del sistema	
circulatorio	131
Tumores (Neoplasias)	
Malignos	32
Enfermedades endocrinas,	
nutricionales y	
metabólicas	30
Enfermedades del sistema	
respiratorio	25
Otras Causas	90
Total	308

PRINCIPALES CAUSAS DE					
DEFUNCIONES POR GRUPO					
ETAREO. AÑO 2018					
60 y +	N°				
Enfermedades del					
sistema circulatorio	121				
Tumores (Neoplasias)					
Malignos	60				
Enfermedades del					
sistema respiratorio	28				
Enfermedades					
endocrinas,					
nutricionales y					
metabólicas	25				
Otras Causas	65				
Total	299				

Cuadro N° 35 Cinco Principales causas de muerte por enfermedades del Sistema Circulatorio, en la Región de Salud Panamá Este

2017	
Causa	N°
Enfermedad isquemica del corazon	53
Enfermedades cerebrovasculares	48
Otras enfermedades del corazón	34
Enfermedades cerebrovasculares	19
Resto de enfermedades del sistema circulatorio	3
Total	157



DE SALUD

Cuadro N° 36: TASA DE MORTALIDAD DE LAS PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE POR ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO POR DISTRITO. AÑO 2017

DISTRITOS	ТОТ	AL		to del Cardio	Enfermedades Cerebrovasculares		Enfermedad isquemica del Corazon			medades tensivas	Otras enfermedades del corazón	
	Nº	TASA	Nº	TASA	Nº	TASA	Nº	TASA	Nº	TASA	Nο	TASA
TOTAL	1	0.3	1	0.3	0	0.0	0	0	0	0.0	0	0.0
Balboa	76	1.3	0	0.0	25	0.4	20	0.3	6	0.1	23	0.4
Chepo	3	0.9	0	0.0	1	0.3	1	0.3	1	0.3	0	0.0
Chimán	79	1.1	0	0.0	23	0.3	31	0.4	11	0.1	11	0.1
Panamá	159	1.1	1	0.0	49	0.4	52	0.4	18	0.1	34	0.2

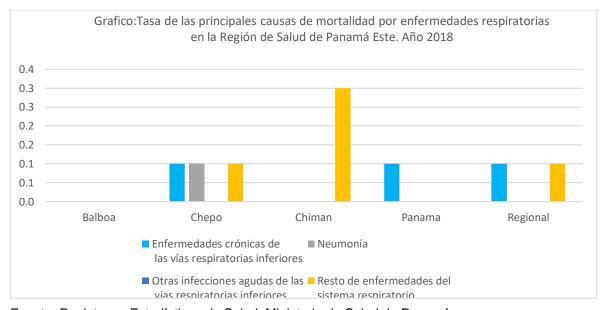
Cuadro N° 36: TASA DE MORTALIDAD DE LAS PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE POR ENFERMEDADES DEL SISTEMACIRCULATORIO POR DISTRITO. AÑO 2018

DISTRIT OS	TO	ΓAL	Infa del Car	Mio	Enfermedades Cerebrovascula res		Enfermed ad isquemica del corazon		Enfermedad es Hipertensiva s		Otras enfermedad es del corazón	
	N o	TAS A	N oı	TAS A	Nō	TASA	Nº	TAS A	Nº	TASA	Nº	TASA
TOTAL	143	9.9	0	0	48	3.3	49	3.40 9	14	1.0	32	2.2
Balboa	1	3.0	0	0	1	3.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Chepo	70	12.0	0	0	27	4.6	18	3.1	8	1.4	17	2.9
Chimán	1	2.8	0	0	1	2.8	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Panamá	71	9.0	0	0	19	2.4	31	3.9	6	0.8	15	1.9



Cuadro N° 37: Tasa de las principales causas de mortalidad por enfermedades respiratorias en la Región de Salud de Panamá Este. Año 2018

									Otras ecciones			
				Enfermedades				agı	udas de	Resto de		
Distrito					nicas de				las	enfe	rmedades	
Distrito					as vías				vías		del	
					iratorias			respiratorias		sistema		
	2018			inf	eriores	Ne	umonía	inf	eriores	res	oiratorio	
	Pobl.	N°	Tasa	N°	Tasa	N°	Tasa	N°	Tasa	N°	Tasa	
Balboa	3286	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	
Chepo	58412	17	0.3	8	0.1	3	0.1	1	0.0	5	0.1	
Chiman	3518	1	0.3	0	0.0		0.0	0	0.0	1	0.3	
Panama	78524	15	0.2	8	0.1	3	0.0	1	0.0	3	0.0	
Regional	143740	33	0.2	16	0.1	6	0.0	2	0.0	9	0.1	



Cuadro N° 38: INCIDENCIA DE LOS PRINCIPALES TUMORES MALIGNOS. REGION DE SALUD PANAMA ESTE. AÑOS 2010, 2011, 2012, 2013 , 2016,2017 y 2018

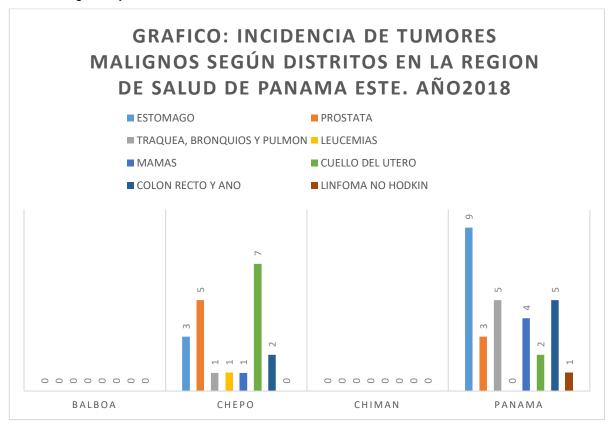
Í	.011, 2012, 201	AÑOS									
Principales Tumores	2010	2011	2012	2013	2016	2017	2018				
Estomago	1	4	9	10	0	7	12				
Prostata	3	0	10	3	2	5	8				
Traquea, Bronquios	0	2	4	5	6	2	6				
Cuello del Utero						5	9				
Leucemia	5	5	2	4	0	3	1				
Mamas	1	2	4	7	3	4	5				
Colon, Recto y Ano	0	7	7	4	4	8	7				



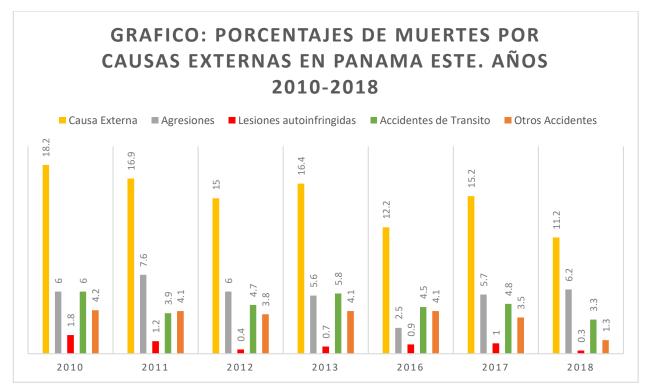


Cuadro N° 39: INCIDENCIA DE TUMORES MALIGNOS SEGÚN DISTRITOS EN LA REGION DE SALUD DE PANAMA ESTE. AÑO2018

DISTRITO	ESTOMAGO	PROSTATA	TRAQUEA, BRONQUIOS Y PULMON	LEUCEMIAS	MAMAS	Cuello del Utero	COLON, RECTO Y ANO	Linfoma no Hodkin
	N°	N°	N°	N°	N°		N°	N°
BALBOA	0	0	0	0	0	0	0	0
CHEPO	3	5	1	1	1	7	2	0
CHIMAN	0	0	0	0	0	0	0	0
Panama	9	3	5	0	4	2	5	1







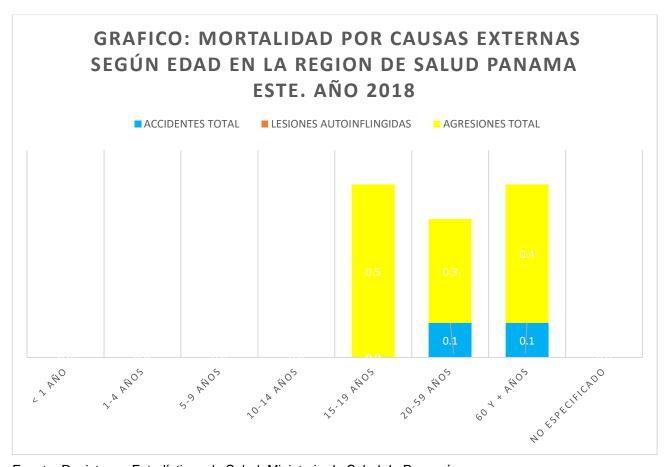
CUADRO N°: 40 PORCENTAJES DE MUERTES POR CAUSAS EXTERNAS EN PANAMA ESTE. AÑOS 2010-2018

AÑOS	Total de Defunciones	Causa Externa		Causa Externa Agresiones		_	siones nfringidas	Accide de Tra		Otros Accidentes	
		N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
2010	328	60	18.2	20	6	6	1.8	20	6	14	4.2
2011	407	69	16.9	31	7.6	5	1.2	16	3.9	17	4.1
2012	466	70	15	28	6	2	0.4	22	4.7	18	3.8
2013	408	67	16.4	23	5.6	3	0.7	24	5.8	17	4.1
2016	508	62	12.2	13	2.5	5	0.9	23	4.5	21	4.1
2017	558	85	15.2	32	5.7	6	1.1	27	4.8	20	3.6
2018	532	60	11.3	33	6.2	2	0.4	18	3.4	7	1.3



CUADRO N 41°: MORTALIDAD POR CAUSAS EXTERNAS SEGÚN EDAD EN LA REGION DE SALUD PANAMA ESTE. AÑO 2018

	ACCID TOTAL	ENTES	LESIONES AUTOINFLING	GIDAS	AG	GRESIONES TOTAL
	Nō	TASA	Nº	TASA	Nō	TASA
TOTAL						
< 1 AÑO	0	0.0	0	0.0	0	0.0
1-4 AÑOS	0	0.0	0	0.0	0	0.0
5-9 AÑOS	1	0.0	0	0.0	0	0.0
10-14 AÑOS	0	0.0	0	0.0	0	0.0
15-19 AÑOS	6	0.0	0	0.0	6	0.5
20-59 AÑOS	43	0.1	2	0.0	23	0.3
60 Y + AÑOS	10	0.1	0	0.0	4	0.4
NO ESPECIFICADO	0		0	0.0	0	0.0





CUADRO N° 42: PROMEDIO DE DEFUNCIOES ANUAL, MENSUAL Y DIARIOS DE MUERTES POR CAUSAS EXTERNAS. AÑO 2017-2018

2017

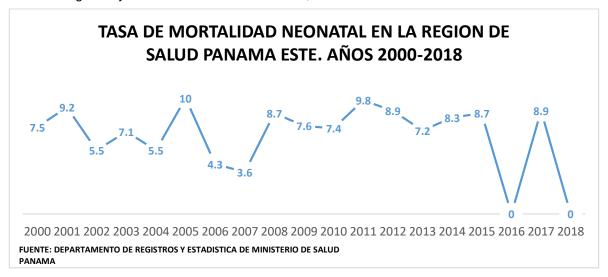
TOTAL	CAUSAS EXTERNA S	AGRESIONE S	LESIONES AUTOINFLINGIDAS INTENCIONALMENTE S	ACCIDENTE S DE TRANSITO	OTROS ACCIDENTES
TOTAL ANUAL	85	32	6	27	20
PROMEDI O MENSUAL	5.6	1.9	0.2	2	1.4
PROMEDIO DIARIO	0.18	0.06	0.006	0.06	0.04

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

2.4.1.2. Mortalidad Materna

Cua	Cuadro N° 43: Tasa de Mortalidad Materna en la Región de Salud Panamá Este.																		
	Años 2000 - 2018																		
	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
	00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18
N°	1	0	3	0	2	1	1	0	1	0	2	0	0	1	0	1	0	3	0
Т																			
AS	0.		1.		1.	0.	0.		0.					0.				8.	
Α	4	0	8	0	2	59	53	0	51	0	1	0	0	4	0	3	0	9	0

Fuente: Registros y Estadísticas de Salud. MINSA, Panamá





CUADRO Nº	CUADRO N°44 DEFUNCIONES MATERNAS POR DISTRITOS EN PANAMA ESTE, SEGÚN										
AÑOS. 2010	AÑOS. 2010 A 2018.										
DISTRITO	AÑOS										
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018		
Total	2	2 0 0 1 0 0 3 0									
Balboa	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
Chepo	* 2	×2 0 0 1 0 0 0 2 0									
Chiman	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
Panamá	0	0	0	0	0	0	0	1	0		

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

CUADRO N° 45 CAUSAS DE MUERTE MATERNA EN LA

REGION PANAMA ESTE. DURANTE LOS AÑOS 2010 AL 2016

AÑO	Nº	CAUSA DE MUERTE
2010	2	*ECLAMPSIA EN PERIODO NO ESPECIFICADO
2011	0	
2012	0	
2013	1	MUERTE OBSTETRICA DIRECTA
2014	0	
2015	0	
2016	0	
2017	3	* Shock puerperal *Colapso cardio respiratorio *Sepsis
2018	0	0

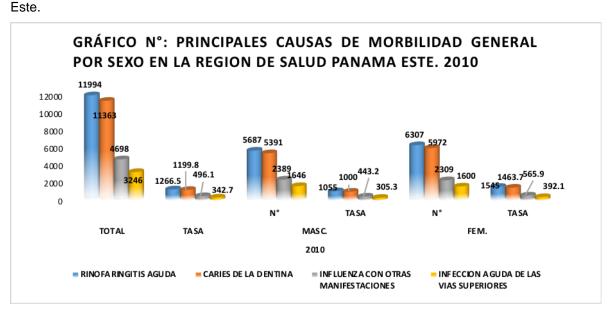


2.4.2. Morbilidad

2.4.2.1. Morbilidad General

CUADRO N° 46: PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD GENERAL POR SEXO EN LA REGION DE SALUD PANAMA ESTE. 2010								
			201	10				
	TOTAL	TASA	MA	ASC.	F	EM.		
	IOIAL	TASA	N°	TASA	N°	TASA		
RINOFARINGITIS AGUDA	11994	1266.5	5687	1055	6307	1545		
CARIES DE LA DENTINA	11363	1199.8	5391	1000	5972	1463.7		
INFLUENZA CON OTRAS								
MANIFESTACIONES	4698	496.1	2389	443.2	2309	565.9		
INFECCION AGUDA DE LAS								
VIAS SUPERIORES	3246	342.7	1646	305.3	1600	392.1		

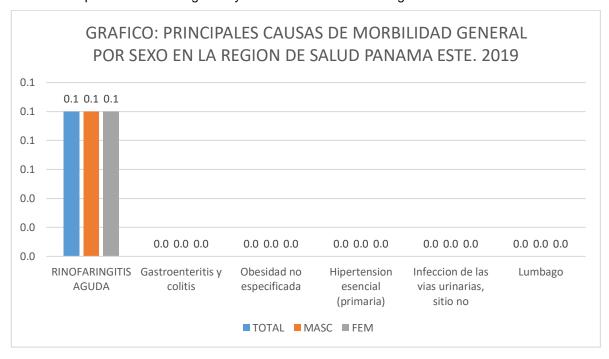
Fuente: Departamento de Registros y Estadísticas de Salud. Región de Salud de Panamá





CUADRO Nº 47: PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD GENERAL POR SEXO EN LA REGION DE SALUD PANAMA ESTE. 2017 2019 Causa Total Masc Fem. N° N° Pob. N° Tas Pob. Tas Pob. Tas а а а **RINOFARINGITIS** 123354 13986 0.1 6698 687 0.1 5637 711 0.1 **AGUDA** 2 2 6 0 Gastroenteritis 123354 5920 0.0 6698 310 0.0 5637 281 0.0 У colitis 2 2 8 2 179 Obesidad 123354 4143 6698 0.0 5637 235 0.0 no 0.0 especificada 2 0 2 3 123354 3315 0.0 6698 140 0.0 5637 191 0.0 Hipertension 2 5 2 0 esencial (primaria) Infeccion de las 123354 2649 0.0 6698 722 0.0 5637 192 0.0 2 2 7 vias urinarias, sitio no Lumbago 123354 2016 0.0 6698 126 0.0 5637 755 0.0

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





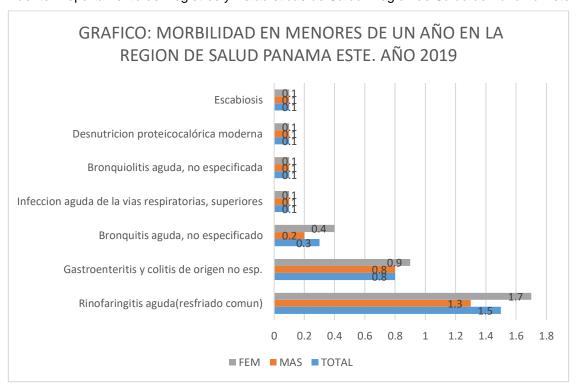
CUADRO N°48: MORBILIDAD EN MENORES DE UN AÑO EN LA REGION DE SALUD PANAMA ESTE. AÑO 2019

Pobl.	2019							
	TOTA	L	POBL	MASC	C .	POBL	FEM.	
	N°	TASA		N°	TASA		N°	TASA
2610	3890	1.5	1330	1772	1.3	1280	2118	1.7
2610	2162	0.8	1330	1027	0.8	1280	1135	0.9
2610	748	0.3	1330	257	0.2	1280	491	0.4
2610	207	0.1	1330	109	0.1	1280	98	0.1
2610	240	0.1	1330	105	0.1	1280	135	0.1
2610	198	0.1	1330	98	0.1	1280	100	0.1
2610	178	0.1	1330	98	0.1	1280	80	0.1
	2610 2610 2610 2610	TOTA N° 2610 3890 2610 2162 2610 748 2610 207 2610 198	TOTAL N° TASA 2610 3890 1.5 2610 2162 0.8 2610 748 0.3 2610 207 0.1 2610 240 0.1 2610 198 0.1	TOTAL POBL N° TASA 1330 2610 2162 0.8 1330 2610 748 0.3 1330 2610 207 0.1 1330 2610 240 0.1 1330 2610 198 0.1 1330	TOTAL POBL MASO N° TASA N° 2610 3890 1.5 1330 1772 2610 2162 0.8 1330 1027 2610 748 0.3 1330 257 2610 207 0.1 1330 109 2610 240 0.1 1330 105 2610 198 0.1 1330 98	TOTAL POBL MASC. N° TASA N° TASA 2610 3890 1.5 1330 1772 1.3 2610 2162 0.8 1330 1027 0.8 2610 748 0.3 1330 257 0.2 2610 207 0.1 1330 109 0.1 2610 240 0.1 1330 105 0.1 2610 198 0.1 1330 98 0.1	TOTAL POBL MASC. POBL N° TASA N° TASA TASA 2610 3890 1.5 1330 1772 1.3 1280 2610 2162 0.8 1330 1027 0.8 1280 2610 748 0.3 1330 257 0.2 1280 2610 207 0.1 1330 109 0.1 1280 2610 240 0.1 1330 105 0.1 1280 2610 198 0.1 1330 98 0.1 1280	TOTAL POBL MASC. POBL FEM. N° TASA N° TASA N° 2610 3890 1.5 1330 1772 1.3 1280 2118 2610 2162 0.8 1330 1027 0.8 1280 1135 2610 748 0.3 1330 257 0.2 1280 491 2610 207 0.1 1330 109 0.1 1280 98 2610 240 0.1 1330 105 0.1 1280 135 2610 198 0.1 1330 98 0.1 1280 100



2.4.2.1. Morbilidad en el Menor de 1 año.

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



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

2.4.2.3. Morbilidad en el Grupo de 1 – 4 años

CUADRO N° 49 : MORBILIDAD EN NIÑOS DE 1 A 4 AÑOS EN LA REGIÓN DE SALUD PANAMA ESTE.AÑOS 2017 al 2019

					20)19			
Causa	Pob.	TOTA L			MASC.		Dob	FEM.	
		N°	TAS A	Pob.	N°	TAS A	Pob	N°	TAS A
Rinofaringitis aguda(resfriado	886				242		436	238	
comun)	7	4803	0.5	4507	3	0.5	0	0	0.5
Gastroenteritis y colitis de	886				110		436	100	
origen no esp.	7	2109	0.2	4507	7	0.2	0	2	0.2
	886						436		
Pioderma	7	567	0.1	4507	269	0.1	0	298	0.1
Infeccion aguda de la vias	886						436		
respiratorias, superiores	7	972	0.1	4507	483	0.1	0	489	0.1
Parasitosis intestinal, sin	886						436		
otra espec.	7	391	0.0	4507	213	0.0	0	178	0.0

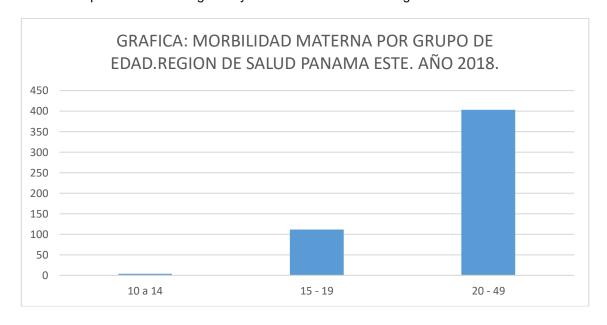


2.4.2.4. Morbilidad Materna

CUADRO N°50: MORBILIDAD MATERNA POR GRUPO DE EDAD.REGION DE SALUD PANAMA ESTE. AÑO 2018.

Edad	N°
10 a 14	4
15 - 19	112
20 - 49	403

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





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

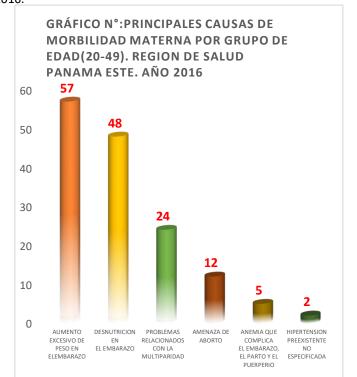
15 - 19	
CAUSA	N°
Aumento Excesivo de peso en el embarazo	3
Desnutrición en el embarazo	21
Problemas relacionados con la multiparidad	1
Amenaza de aborto	1
Anemia que complica el embarazo, el puerperio y el parto	1



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

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

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





2.4.2.5. Enfermedades Inmunoprevenibles

	20:	15	20	2016		2017		18	2019	
EVENTO	N°	TASA	N°	TASA	N°	TASA	N°	TASA	N°	TASA
TOSFERINA	0	0	1	0.73	0	0	0	0	0	0
PAROTIDITIS	1	0.07	0	0	3		13	0.1	0	0
VARICELA	354	26.1	253	18.4	195	0.0	102	0.7	119	1.0
HAPATITIS A	0	0	1	0.07	0	0.0	0	0	0	0
PARALISIS FLACIDA AGUDA	0	0	0	0	0	0.0	0	0	0	0
TETANO NEONATAL	0	0	0	0	0	0.0	0	0	0	0

Fuente: Departamento regional de Vigilancia Epidemiológica. Panamá Este.



Fuente: Departamento regional de Vigilancia Epidemiológica. Panamá Este.

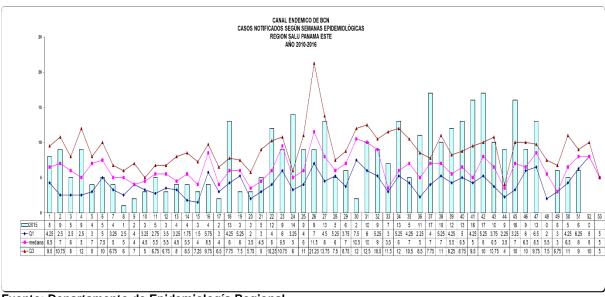


2.4.2.6. Enfermedades Respiratorias

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

2312.7010.	.51L. ANO. 2012-2010										
			2015		2016		2017		2018		019
	EVENTO	N°	TASA	N°	TASA	N°	TASA	N°	TASA	N°	TASA
NEU	MONIA Y					149			0.7		0.8
BRONCO	BRONCONEUMONIA		27.1	323	23.5		1.1	99	0.7	102	
	BRONQUIOLITIS		55.7	849	61.8	461	3.3	421	2.9	378	3.1
INFLUENZA/SINDROME GRIPAL		2235	165	3075	224	999	7.2	674	4.7	331	2.7
TUBERCULOSIS		134	9.91			142	1.0	90	0.6	104	0.8





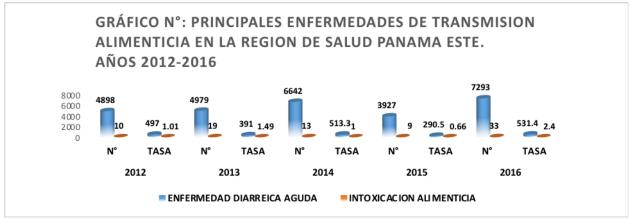
Fuente: Departamento de Epidemiología Regional.

2.4.2.7. Enfermedades de Transmisión Alimentaria

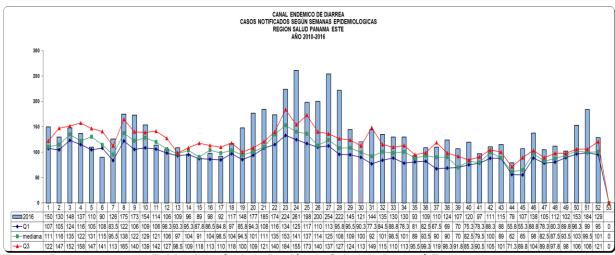
CUADRO N° 55: PRINCIPALES ENFERMEDADES DE TRANSMISION ALIMENTICIA EN LA REGION DE SALUD PANAMA ESTE.AÑOS 2012-2016

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

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







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

2.4.2.8. Discapacidad

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

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

Fuente: INEC

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

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

¹⁹ Ministerio de Economía y Fi</mark>nanzas. Atlas Social de Panamá." Situación de las personas con discapacidad



MINISTERIO DE SALUD

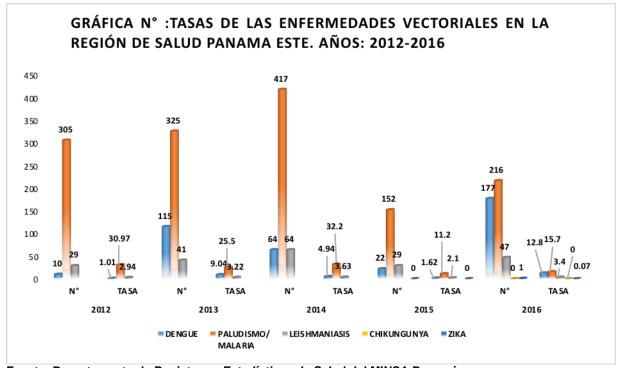
2.4.2.9. Enfermedades Emergentes y Reemergentes que afectan a la Población.

Enfermedades Vectoriales

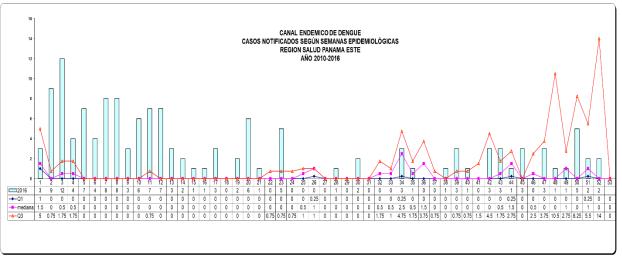
CUADRO N° 57: TASAS DE LAS ENFERMEDADES VECTORIALES EN LA REGION DE SALUD PANAMA ESTE. A $\tilde{\text{N}}$ OS: 2012-2016

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

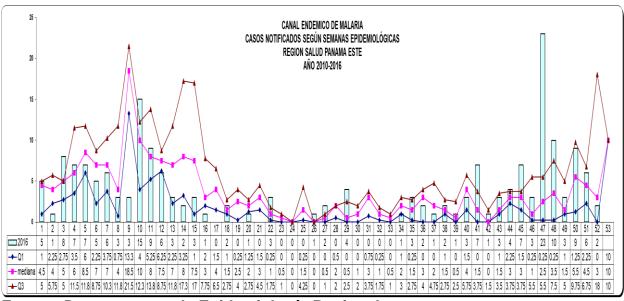
Fuente: Departamento de Registros y Estadísticas de Salud del MINSA Panamá.







Fuente: Departamento de Epidemiología Regional



Fuente: Departamento de Epidemiología Regional



SIDA

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

CASOS	MUERTES				
CASOS	N°	TASA			
349	210	60.2			

Fuente: Departamento de Registro y Estadísticas del MINSA.



Fuente: Departamento de Registros y estadísticas del MINSA.

	CUADRO N°: CASOS REPORTADOS DE SIDA EN LAREGION DE SALUD PANAMA ESTE. AÑOS 1997-2015																		
AÑO	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
N° DE CASOS	7	9	11	7	9	15	11	8	15	18	22	22	14	20	19	30	23	34	28

Fuente: Departamento de Registros Médicos y Estadísticas del MINSA.



Fuente: Departamento de Registros Médicos y Estadísticas del MINSA.



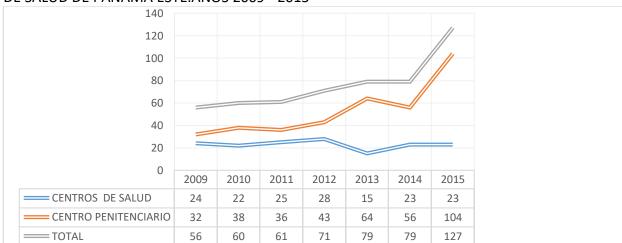
CUADRO N° 60: CASOS REPORTADOS DE SIDA SEGÚN FACTOR DE RIESGO EN LA REGIÓN DE SALUD PANAMA ESTE. AÑO: 1984 A 2015

		FACTOR DE RIESGO									
	TOTAL	HOMO DISEV	HETEROSEXUAL	TRANCELICION	HEMOLITICO	DBOCA III	DEDINIATAI	ABUSO	POBLACION	NO	
		HOIVIO-BISEX	HETEROSEXUAL	IRANSFUSION	HEIVIOFILICO	DRUGA IU	PERINATAL	SEXUAL	TRANSEXUAL	ESPECIFICADO	
REGION											
PANAMA	349	37	225	0	1	0	16	0	0	70	
ESTE											

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

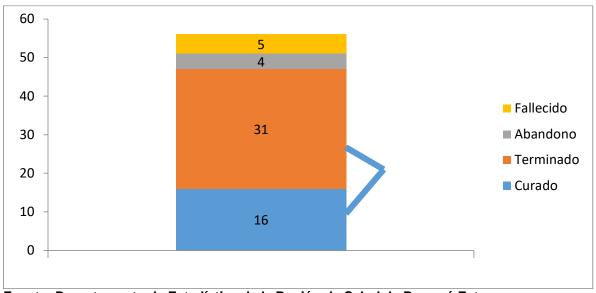
TUBERCULOSIS

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



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

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



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

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

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

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



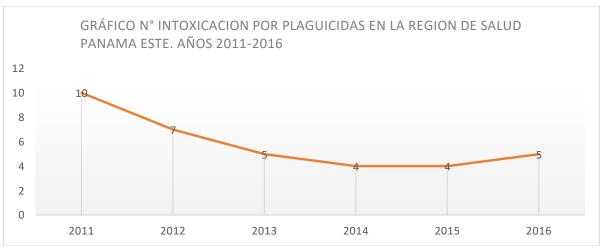
2.4.2.10. Situaciones de Riesgo

Intoxicación por plaguicidas

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

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

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



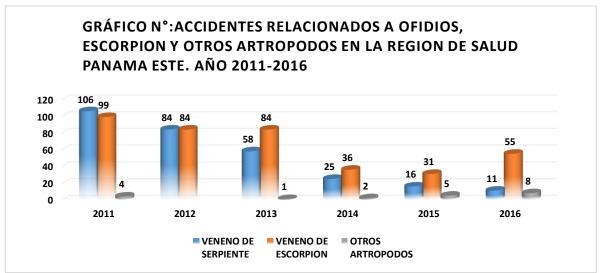


Accidentes relacionados a Ofidios, escorpión y otros artrópodos

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

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

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

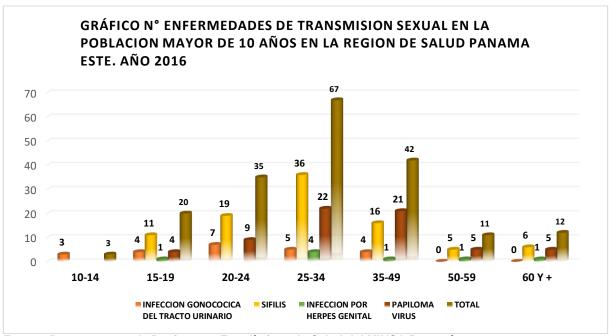




CUADRO N° 65: INCIDENCIA DE LAS ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL EN LA POBLACION MAYOR DE 10 AÑOS EN LA REGION DE SALUD PANAMA ESTE. AÑO 2016

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

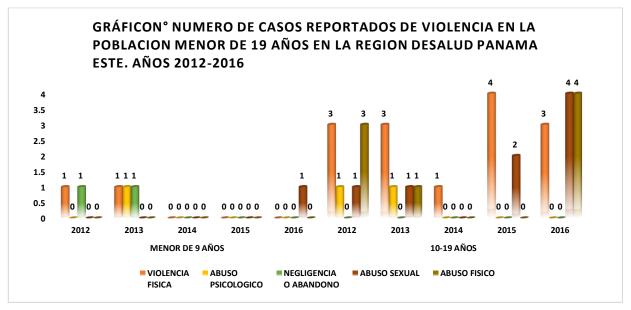
Fuente: Departamento de Registros y Estadísticas de Salud del MINSA Panamá.



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

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

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





TABACO

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

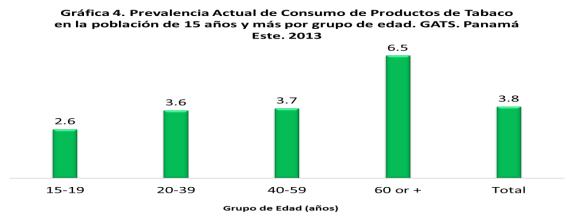
Se obtuvo una tasa de respuesta total de los encuestados de 97.1%.

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

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

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

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



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

DE SALUD

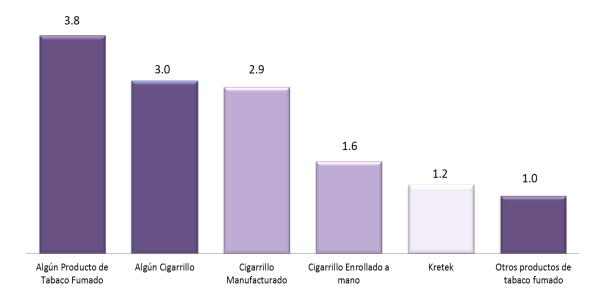
De acuerdo a la clasificación por categoría de edades, se presenta con una prevalencia total de 3.8% para el consumo de productos de tabaco, así en los individuos entre 15–19 años (133), el 2.6% manifestó haber fumado algún producto de tabaco alguna vez en su vida. La misma condición fue reportada por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

■ Masculino ■ Femenino Total 98.6 96.2 93.9 6.1 1.4 2.8 0.3 **Fumador Actual** Fumador Actual **Fumador Actual** No Fumador Fumado al menos Ocasional 100 cigarrillos en Diario toda su vida

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

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

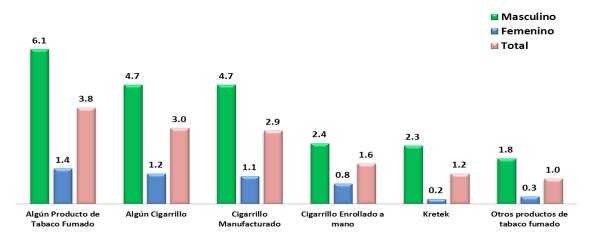
Gráfica 4.3. Porcentaje de Adultos de 15 años y más fumadores actuales según tipo de producto de tabaco fumado. GATS. Panamá Este. 2013.



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

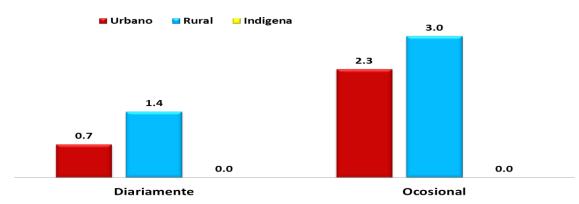
Gráfica 4.3.1.1 Porcentaje de Adultos de 15 años y más fumadores actuales según tipo de producto de tabaco fumado por sexo. GATS.

Panamá Este. 2013.



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

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

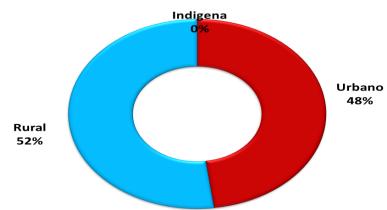


Fuente: Encuesta Mundial de Tabaco en Adultos. Panamá Este. Año: 2013.

En cuanto a los fumadores actuales según condición de fumador por área, podemos describir que se nota gran diferencia entre el fumador de a diario (0.7%) en relación al ocasional (2.3%) en el área urbana En el área rural se hace más notoria esta diferencia, de 1.4% y 3% respectivamente. No hubo variación para el grupo



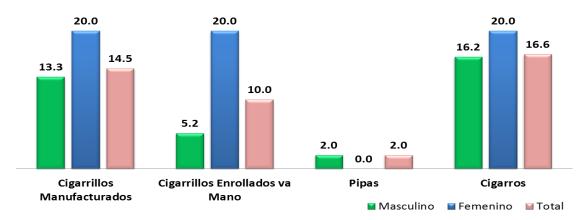
Gráfica 4.6.1 Población de Fumadores diarios de cigarrillo de 15 años y más según promedio de cigarrillos fumados por día por área. GATS. Panamá Este. 2013



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

Gráfica 4.12. Fumadores Diarios de 15 años y más según número promedio de productos de tabaco fumado por día por sexo.

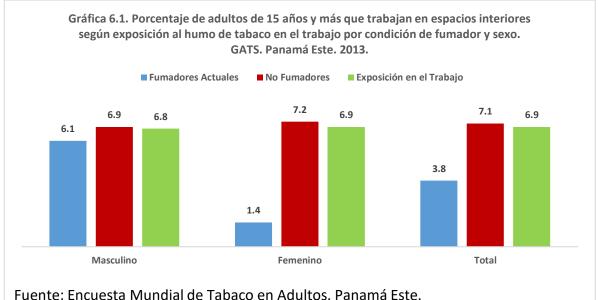
GATS. Panamá Este. 2013



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

En cuanto al tipo de producto de tabaco fumado por día por sexo, podemos describir que en todos los productos excepto el de pipas (0%), el predominio es a nivel de las mujeres con respecto a los hombres, como observamos en la gráfica en cuanto al cigarrillo manufacturado, en la mujer (20%) y en el hombre (13.3%), en los cigarrillos enrollados v de mano (20%) / (5.17%). En los cigarros fue de (20%) / (16.19%).





Esta opción de respuesta fue indicada por el 3.8% (1685) del total de los encuestados, respondiendo que sí habían fumado en su trabajo, estando el

entrevistado presente. El 96.2% (43003) reportó que no habían fumado en su presencia en el área laboral.

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

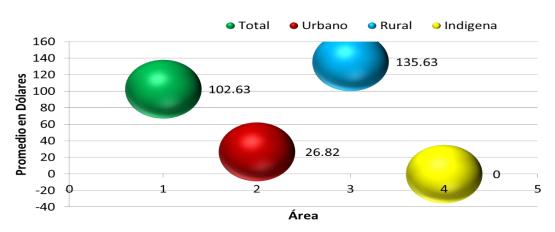


Figura 7.3 Fumadores de 15 años y más según promedio mensual de gasto en cigarrillo manufacturados por área. GATS. Panamá este. 2013.

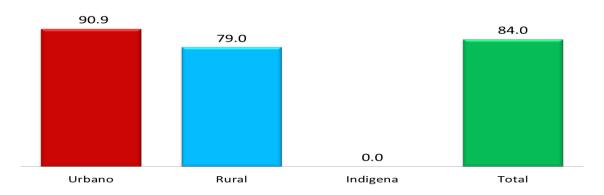
Fuente: Encuesta Mundial de Tabaco en Adultos. Panamá. Año 2013

De acuerdo a la clasificación por área, del total de personas (1189), el gasto promedio mensual en compra de cigarrillo es de B/. 102.63, lo que representa para



el área rural un gasto promedio mensual de B/. 135.63, en comparación con el área urbana que es de B/. 26.82 dólares, siendo menos el gasto por mes.

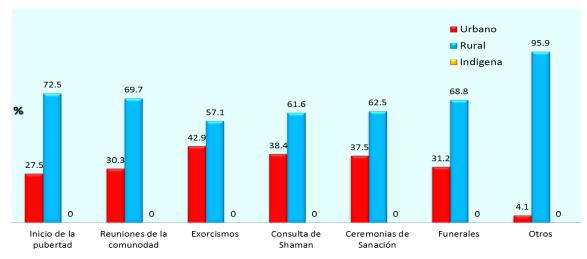
Gráfica 9.2 Población de 15 años y más que creen que el humo de tabaco de segunda mano causa enfermedades graves en los No fumadores por área. GATS. Panamá Este. 2013



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

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

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



Costumbre y Rituales Indígenas

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



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

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

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

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

- Actividades de Promoción de la Salud: los educadores para la salud y los promotores de la salud son el recurso humano técnico que a nivel comunitario están en contacto con la población y que reciben de primera mano la percepción de la misma sobre sus condiciones de salud, enfermedad y los riesgos que le afectan.
- Comités de Salud: constituyen los aliados estratégicos que de forma participativa elevan la voz del pueblo a las direcciones distritales de salud en materia

de las dificultades que la comunidad presenta a nivel sanitario tanto poblacional como ambiental.

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

FOTOGRAFÍA Nº 3. CARACTERIZACIÓN DE LA OFERTA

LA VIGILANCIA SANITARIA

1. ¿Qué aspectos considera la vigilancia sanitaria?

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

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



1.1 Vigilancia Epidemiológica

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

El CDC definió la vigilancia epidemiológica como "información para la acción" definición complementada luego por la OPS, como "información epidemiológica para la acción". En 1970, se la define como el "continuo escrutinio de todos los aspectos involucrados en la ocurrencia y diseminación de una enfermedad que son pertinentes para su control efectivo".

1.2 Vigilancia en Salud

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

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



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

En este caso el objetivo de la vigilancia no está centrado en conocer cada caso individual para adoptar medidas que eviten la propagación de las enfermedades transmisibles, sino monitorear el comportamiento de la prevalencia, incidencia y de sus factores determinantes para propiciar la adopción de medidas de promoción de la salud. Algunos autores proponen utilizar el concepto de vigilancia en salud pública como forma de indicar la ampliación del objeto de la vigilancia. Así, bajo el actual modelo de determinantes de la salud, se considera que el término "vigilancia de la salud" refleja más apropiadamente la visión integral de la salud en la que las enfermedades transmisibles son apenas uno de sus componentes.

1.3 Vigilancia Sanitaria

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

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

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

2. ¿Qué problemas se deben vigilar?

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

- 2.1. Situaciones Ambientales:
- 2.1.1 Eliminación de Desecho Sólidos
 - -Desechos Agrícolas
 - -Sustancias Industriales
 - -Desechos Comerciales
 - -Desechos Domésticos
 - -Desechos Hospitalarios
 - 2.1.2 Aguas residuales Sanitarias
 - -Procedentes de residencias
 - -Procedentes de Instituciones
 - -Procedentes de Comercios
 - -Procedentes de Industrias
 - 2.1.3 Manejo sanitario del Agua Potable
 - 2.1.4 Saneamiento de las obras de desarrollo y construcción
 - 2.1.5 Protección de la contaminación del Aire
 - -Gases tóxicos
 - -Ruido
- 2.2. Situaciones en la Producción, Manipulación y Circulación de Bienes para uso y consumo:
 - 2.2.1 Protección de Alimentos
 - -Según su origen: animal, vegetal, sintético, mixto.
 - -Según su conservación

-Según su preparación



- -Riesgos en el almacenamiento (roedores, plagas, hongos)
- 2.2.2 Protección de Animales para consumo
 - -Atención de Zoonosis
 - -Atención de Parasitosis
 - -Otras situaciones de salud veterinaria
- 2.2.3 Situaciones relacionadas con Plantas
 - -Por ingesta
 - Por contacto y exposición
- 2.3. Situaciones en la Prestación de Servicios:
- 2.3.1 Farmacovigilancia y suplementos nutricionales que no califican como medicamentos
 - 2.3.2 Regulación y Vigilancia de las Tecnologías Médicas
 - 2.3.3 Regulación y Vigilancia de Dispositivos Médicos

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

FORTALEZAS	DEBILIDADES
Equipo de Salud comprometido	 Fortalecimiento de algunas coordinaciones Multiplicidad de funciones del personal
Interés por cumplir las reglamentaciones existentes	Sistema de divulgación en cascada, no está implementado en todas las instalaciones
Utilización de herramientas para el manejo clínico y por laboratorio	Persistencia en la utilización de criterio en desuso para el manejo clínico y por laboratorio
Normas y guías actualizadas	
Protocolos y leyes enfocadas a una determinada situación de salud	
Reactivación de comisiones intersectoriales	
Supervisiones y monitoreos de nivel regional y nacional para el mejoramiento continuo	
Incorporación de equipo rodante	Falta de personal para el manejo de equipos rodantes
Incorporación de recurso humano	La contratación de personal se realiza a un ritmo no acorde a la demanda



Personal en educación continuada	Falta de mayor personal en periodos de formación que redunden en beneficio a los procesos de trabajo de la Región
1. 30% de Cumplimiento de Vacunación de Verano en las Instalaciones Minsa/CSS	Falta de combustible para la realización de vacunación de verano, supervisión y monitoreo en las comunidades de difícil acceso.
Cumplimiento 100% de Semana de Vacunación de la Américas en la Comarca Guna Madugandi.	
Incorporación del equipo vacunador de la CSS en Semana de Vacunación de Las Américas en comunidades de la Comarca Guna Madugandi	
83% de cumplimiento en Supervisión y monitoreos en Semana de Vacunación de las Américas	
60% del cumplimiento de las Supervisiones en las Instalaciones de Salud MINSA-CSS	Falta de conductor asignado para PAI y Epidemiología
42% del cumplimiento de los monitoreos en áreas sensitivas.	Movimientos migratorios de población hacia el área Este y Asentamientos informales
67% del cumplimiento de las docencias	
Adquisición de un Vehículo a través de la Coordinación de PAI Nacional	Falta de conductor asignado para PAI y Epidemiología
Asignación de 10 neveras eléctricas y 6 solares por parte del Biológico Nacional	
Capacitación por el Nivel Nacional a Coordinadores locales de PAI y REGES, sobre el software de PAI y elaboración de Tablas dinámicas, cuadros y gráfica a partir del Software.	
83% de las Vacunas de Influenza aplicadas, Equipo de Enfermería	
(Enfermeras (os), Técnicos en Enfermería y Asistentes de Salud,	
comprometidos en la vacunación contra la Influenza.	

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

ACCESIBILIDAD GEOGRAFICA, ECONOMICA Y CULTURAL

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

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

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

Distrito	Comunidad	Distancia en Horas de la Cabecera	Distancia en Km de la cabecera	Médio de Transporte	Distancia en Hora de la Instalación de salud más cercana	Costo Aproximado de transporte
Balboa	La Guinea			Acuático (Lancha)	4 hr	
	La			Acuático	2 hr	
	Esmeralda			(Lancha)		
	Pedro			Acuático	2 hr	
	González			(Lancha)		
Chepo	Majé			Acuático	1 hr	
	Cordillera			(Lancha)		
	Aguas			Acuático	45 mnts	
	Claras			(Lancha)		
	Cañazas			Terrestre	4 hrs	
				verano		



		Vehículo			
		doble			
		tracción),			
		acuático	en		
		invierno	(
		Cayucos)	,		
	Pintupo	Acuático		30 mts	
	Timapo	(Lancha	0	oo mo	
		Cayucos)	U		
	Piriá	Terrestre		Terrestre 4	
	Pina				
		verano		hrs	
		(Vehículo			
		doble		Acuático 5	
		tracción),		hrs y 30 mts	
		acuático	en	del puerto a	
		invierno	(la	
		Cayuco)	•	instalación	
		,		de salud	
	Puerto	Terrestre		3 hrs	
	Limón	verano	(
	Limon	Vehículo	(
		doble			
		tracción),			
		Acuático	en		
		invierno			
	Río Bote	Acuático		2 hrs	
		(Cayuco	0		
		Lancha)			
	Río Diablo	Acuático	(3 hrs	
		Cayuco)			
	Tiguarcicua	Terrestre		4 hrs	
		verano,			
		vehículo			
		doble			
		tracción,			
		acuático	en		
			CII		
		invierno(
		cayuco)			
	Akuayala	Terrestre		Existe una	-
				instalación	
				de salud en	
				esta	
				comunidad	
	Naca	Terrestre			
		verano,			
		acuático	en		
		invierno			
-	Wuagandi	Terrestre		1 hr	
	T Gagariai	101103110			
	MINISTERIO				

DE SALUD

	Chararé	Terrestre,	2 hrs
	Charace		
		vehículo	(vehículo)
		doble tracción	
		en época	4 hrs.
		seca en	(Caballo)
		invierno sólo	
		caballos	
	La Zahína		2 hrs
	La Zanina	Terrestre,	2 1115
		(vehiculo	
		doble	
		tracción)	
	Mamoní	Terrestre en	2 hrs
		época seca	
		(Vehículo	
		· ·	
		doble	
		tracción) en	
		invierno sólo	
		a caballo	
	Unión	Terrestre,	4 hrs
	Herrerana	(Vehículo	
	Tierrerana	· ·	
		doble	
		tracción)	
	Torín	Terrestre en	4 hrs
		época seca,	
		(Vehículo	
		doble	
		tracción), en	
		·	
		época	
		lluviosa	
		caballos	
	Chepillo	Acuático	1 hr
		(Lancha)	
	Cerro Plano	Caballo	6 hrs a Tortí
		Japano	4 hrs a
			Unión
			Santeña
Chimán	Majé		2 hrs
	Río	Lancha,	4 hrs
	Platanares	depende de	
	1 Idianai o	la Marea	
	Dia Handa		2 h = 2
	Río Hondo	caballo	2 hrs
		J	1



¿Cuál es el costo de movilización para la población?
 Las comunidades que se movilizan por agua se da principalmente con el uso de lancha y resulta costoso por la cantidad de combustible, lubricantes y uso de motor fuera de borda, la población no toda cuenta con este mecanismo de trasporte, y el servicio de este trasporte de forma pública no existe en el área.

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

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

COMPLEJIDAD DE LA RED

1.	¿La región cuenta con una red integrada e integrales de servicios de salu (RIISS)? Sí
	Si es si, como se organiza:
	No X
	Favor investigar

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

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



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

En esta instalación el Equipo Básico de Atención (Médico, Odontólogo, Enfermera, Técnico de Enfermería, Asistente de Farmacia, Personal de REGES y Aseador). El horario de atención es de 7 AM a 3 PM de lunes a viernes.

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

Instalación de Salud	Horarios de Atención
Centro de salud de Tortí	24 hrs
Centro de Salud de Unión Santeña	24 hrs
Centro de Salud de Chimán	24 hrs
Centro de salud de Pacora	7 a.m. a 10 p.m
Centro Médico Virgen La Merced	7 a.m. a 7 p.m.

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

La red de los servicios está sectorizada por Distritos y Corregimientos.

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

La integración de los Equipos Básicos de Salud se da a Nivel Regional, ya que a Nivel Local las limitantes geográficas (distancias y tiempo), la limitación de recurso humano y cinemática de la población (atención de fueras de área y asistencia en búsqueda de servicios de salud en varias instalaciones en un mismo distrito de salud y/o en otros distritos de salud) dificulta algún otro mecanismo de integración. A Nivel Regional mediante las reuniones con los Directores Distritales de Salud, Directores de Centros de Salud y resto del recurso humano encargado de programas de salud intercambian información y coordinan estrategias para mejorar coberturas de programas de salud, indicadores de desempeño y de impacto, así como estrategias para hacer frente a los retos que se presentan.



7. ¿Qué profesionales conforma el equipo básico?

Médico

Odontólogo

Enfermera

Asistente de Salud

Técnico de Enfermería

Asistente Dental

Asistente de Farmacia

Trabajador Social

Técnico de Registros Médicos

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

Instalación de salud	Población de responsabilidad
Centro de salud de Chepo	26,099
Centro de salud de Cerro Azul	4,684
Centro de salud de San Martín	6,176
Centro de salud de Pacora	67982
Centro de salud de Las margaritas	5,895
Centro de salud de Akuayala	5,143
Centro de salud de Loma del Naranjo	3,220
Centro de salud de Akuayala	5,143
Centro de salud de Tortí	10,924
Centro de salud de El Golfo	3,198
Centro de salud de Unión Santeña	1524
Centro de salud de Chimán	3,509
Policlínica de Cañitas	3,018

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

La Cartera de Servicio y los Programas de Salud que se ofertan a la población se caracterizan por brindar servicios de Prevención, Promoción y Atención de las morbilidades, con enfoque de primer nivel de atención, es decir, que el personal de salud que conforma los Equipos Básicos de Salud realiza actividades dirigidas más a evitar enfermedades y a promover el autocuidado de la salud por parte de la



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

Centros de Salud

Medicina General

Enfermería

Odontología

Control Prenatal

Control Puerperal

Planificación Familiar

Crecimiento y Desarrollo

Control del Adulto

Control de Manipuladores de Alimentos

Inmunización

Papanicolau

Alimentación Complementaria

Salud Escolar

Salud del Adolescente

Salud mental

Servicios de Apoyo

Control de Vectores

Promoción de la Salud

Servicios Intermedios

Farmacia

Inyectable

Inhaloterapia

Atención en Urgencias



Hidratación Parenteral Bajar temperatura por medios físicos

Cartera de Servicios Básico de Salud de la Red Itinerante:

La Cartera de Prestaciones Priorizadas (CPP) es el conjunto de prestaciones que se otorgarán a los beneficiarios de la Protección en Salud a Poblaciones Vulnerables y que se encuentran cubiertas por el costo per cápita. La CPP responde a necesidades que son susceptibles de ser atendidas en el primer nivel de atención. En la definición de la CPP no se incluyen servicios de manera exhaustiva, sino que el Equipo Básico Salud trabaja según las normas del MINSA contenidas en guías y protocolos que definen los alcances de cada una de las 15 actividades que la componen. Sus actividades comprenden servicios dirigidos a individuos, familias y grupos organizados de la comunidad y están enmarcadas en las tres (3) modalidades de atención establecidas por el MINSA (promoción, prevención y atención).

La CPP está conformada por un total 15 actividades que contienen intervenciones básicas, enfocadas en el objetivo de garantizar un buen estado de salud en las comunidades. En la siguiente lista se muestra cada una las actividades seleccionadas, clasificadas en promoción, prevención y atención:

Servicios de promoción de salud

1. Saneamiento ambiental.

Comprende las siguientes actividades:

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

2. Educación para la salud.

Comprende las siguientes actividades:

Promoción de las inmunizaciones



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

3. Educación sobre alimentación y nutrición.

Comprende las siguientes actividades:

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

4. Organización y capacitación para la participación comunitaria.

Comprende las siguientes actividades:

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



5. Inmunizaciones

- 6. Control prenatal, educación y orientación a la mujer embarazada y referencia para la atención institucional del parto
- 7. Control de crecimiento y desarrollo en menores de 59 meses, control de escolar, adolescente y adulto.

8. Control puerperal

9. Atención integral para las mujeres en edad fértil.

Comprende las siguientes actividades:

- Toma de muestra de Papanicolau a mujeres de 15 años y más, con vida sexual activa o a partir de los 20 años sin inicio de vida sexual activa.
- Examen de mamas
- Administración de anticonceptivos para mujeres de 15 a 49 años en unión.
- Provisión preventiva de hierro y ácido fólico para mujeres de 15 a 49 años con vida sexual activa.

10. Monitoreo del crecimiento a nivel comunitario

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

Servicios de atención de salud

11. Atención a la morbilidad

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



- 12. Distribución de complemento alimentario a niños menores de 6 a 59 meses en riesgo nutricional, con desnutrición moderada y severa, embarazadas y puérperas de bajo peso
- 13. Atención al déficit de micronutrientes menores de 59 meses, escolares, MEF, embarazadas y puérperas.
- 14. Captación de sintomáticos respiratorios y referencias de personas afectadas por tuberculosis.
- 15. Diagnóstico y control de la Malaria y la Leishmaniasis.

Cartera de Servicios para el Segundo Nivel de Atención (CSS – Hospital Regional de Chepo)

ESPECIALIDADES	URGENCIAS	PROGRAMAS	SERVICIOS	SERVICIOS
			TÈCNICOS	DE APOYO
Anestesiología	Medicina	Crecimiento y	Psicología	Inyectables
Cardiología	General	Desarrollo	Trabajo Social	Curaciones
Cirugía general	Atención de	Maternal	Nutrición	Corte de
Dermatología	Partos 24	Salud de	Fonoaudiología	puntos
Ginecología	horas	Adultos	Fisioterapia	Farmacia
Medicina Familiar	Salón de	Tercera edad	Estimulación	Laboratorio
Medicina Interna	operaciones	Salud Mental	temprana	Rayos x –
Neonatología	24 horas	SADI	Terapia	24 horas.
Oftalmología		Epidemiología	ocupacional	
Ortopedia		Clínica de		
Otorrinolaringología		Monitoreo		
Pediatrìa		Salud		
Psiquiatrìa		ocupacional		
Urologìa		Escolar y		
		Adolescentes		
		Vacunas		
		Clínica de		
		heridas		

Fuente: Departamento de registros y Estadísticas del Hospital Regional de Chepo.

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

No asegurado 0.50 centavos la consulta

Asegurados: gratuito

12. ¿Existen y se aplican protocolos de atención?

Sí existen protocolos de atención para los tres tipos de servicios (promoción, prevención y atención) en donde los protocolos de atención específicamente están basados y sustentados en Normas, Guías y Manuales sustentados en revisiones conjuntas entre el MINSA, la CSS y la OPS.

Los protocolos se aplican tanto en la Red Fija como en la Red Itinerante.

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

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

La red de servicios MINSA-CSS no está articulada, pues no existen lineamientos explícitos en cuanto a la articulación de ambos sistemas. Las instalaciones del MINSA en PANAMA ESTE brindan sus servicios a toda la población de responsabilidad (asegurados y no asegurados). Sin embargo, es importante señalar que en beneficio de la población, existen acuerdos interinstitucionales a nivel local entre ambos sistemas.

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

En este aspecto en Panamá Este se hacen intentos de articular la medicina tradicional sobre todo de las comunidades indígenas para lo cual se han realizado encuentros de intercambio con las parteras y médicos tradicionales.



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

No existen mecanismos de articulación entre ambas redes

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

Sí, el Sistema Único de Referencia y Contra referencia considera la dinámica de funcionamiento de las instalaciones de salud. Es importante señalar que el sistema está diseñado para la articulación de servicios de atención dentro de una misma instalación y entre servicios de instalaciones diferentes según su nivel de atención y complejidad. Por ende, la dinámica de funcionamiento de las instalaciones es determinante del proceso ya que constituye la base sobre la cual el personal de salud que refiere a un paciente a otro servicio, necesita por obligación conocer que otros servicios tienen su instalación y que servicios tienen las demás instalaciones de la red.

Evidencia de ello es que el documento en sí consta en la sección de Referencia de renglones como:

Instalación que refiere, instalación receptora y el servicio al que refiere.

Si el servicio emisor es consulta externa, urgencias u hospitalización.

Motivo de la referencia: servicio no ofertado, ausencia de profesional, falta de equipos, falta de insumos, cese de actividades y otros (cuál).

Clasificación de la atención solicitada como urgente, hospitalización, electiva prioritaria o electiva.

Todos ellos parámetros que permiten medir la dinámica de funcionamiento de las instalaciones.

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

Entrada de pacientes → registros médicos → técnica de enfermería → Enfermera → Médicos u Odontólogo → farmacia → salida de pacientes (que podría ser para su hogar, por traslado o por Referencia)

18. ¿Cuáles son los mecanismos con qué funciona el sistema de referencia contra referencia entre el primero, segundo y tercer nivel de



MINISTERIO

DE SALUD

atención? ¿Es eficiente y efectivo en el sistema? ¿Cuáles son las debilidades del sistema de referencia y contra referencia?

La referencia se da hacia las instalaciones que cuenten con disponibilidad de especialistas y/o servicios técnicos.

El Sistema de Referencia y Contra referencia presenta debilidades en diferentes niveles a saber:

- -Dentro de una misma institución del primer nivel de atención no se utiliza el SURCO como sistema para referir un paciente a otro servicio.
- -El médico tratante o emisor quien debe asegurarse antes de proceder con la referencia, de adjuntar al mismo copia de los resultados de Rayos X, Laboratorios, EKG y otros estudios pertinentes según protocolo de Atención, envía la información incompleta a pesar de disponer de los recursos en su instalación.
- -En los casos de urgencias debe notificar vía telefónica al médico coordinador del servicio de urgencias sobre la condición del paciente y muchas veces no lo hace.
- -Una vez que el paciente sea evaluado u hospitalizado por parte del especialista, éste deberá enviar la contra referencia (en letra clara y legible), al médico que elevó la consulta consignando la información solicitada en el documento para una mejor atención y evaluación del paciente, sin embargo, en la gran mayoría de los casos no se cumple con la contra referencia.
 - 19. ¿Se utiliza el SURCO? ¿Conoce la base legal que lo sustenta?
 Si se utiliza.
 La base legal que sustenta el SURCO es la Resolución Ministerial
 N°422 del 9 de diciembre de 2003.
 - 20. ¿Cuáles son las principales dificultades que inciden en el funcionamiento efectivo del SURCO?

 Ver respuesta 18
 - 21. ¿Cuáles son las necesidades de mejoras a la estructura física? ¿Las instalaciones de salud cuentan con adecuaciones específicas para la población con discapacidad?

Las necesidades de mejoras a la estructura física de las instalaciones en materia de adecuaciones para la población con discapacidad son:



Pavimento de táctil en las aceras y en el piso de interiores con bandas bien reconocibles por su textura, color y contraste. Indican recorridos diseñados para ser útiles a los discapacitados visuales. Se caracterizan por el pavimento táctil, a veces de franjas o barras longitudinales (direccionales y sonoras), pero generalmente. Un pavimento que da información sobre barreras arquitectónicas y urbanísticas del entorno a peatones parcial o totalmente invidentes, y que se emplea tanto en exteriores como interiores. Se necesitan en todas las instalaciones.

Presencia de rampas con grado de inclinación adecuado como mecanismo de acceso para subir y bajar, entrar y salir a las instalaciones de salud. Se necesita en los Centros de Salud.

Disponibilidad de barandas o pasamanos en pasillos y baños que permitan sostenerse a los pacientes con discapacidad motora al momento de desplazarse. Se necesita en todas las instalaciones.

Señalización para el público en general en cuanto al uso, cuidado y respeto de las áreas y estructuras dirigidas exclusivamente a los pacientes discapacitados.

22. ¿Existen en su región los centros reintegra?

No existe.

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

Por parte de la coordinación de Discapacidad implementada a partir del año 2017 se intenta actualizar dicha base de datos

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

Actualmente si hay fortalecimiento entre los niveles de atención por la vigilancia e informes mensuales de los SURCOS emitidos.



25. Cuadro N° 9 CAPACIDAD DE ESTABLECIMENTOS ASISTENCIALES

Cuadro No.

CAPACIDAD INSTALADA DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD

1000 Hab.	No. Camas x 1000 Hab.
1	0.0002
1	
	•
13	
13	
	·
	1

Fuentes:



^{**} Fuentes recomendadas: Encuestas poblacionales sobre percepción de necesidades de salud y atención de salud.

BOLSONES DEPROTEGIDOS

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

Ver Comunidades en pregunta N° 1 de accesibilidad geográfica, económica y cultural.

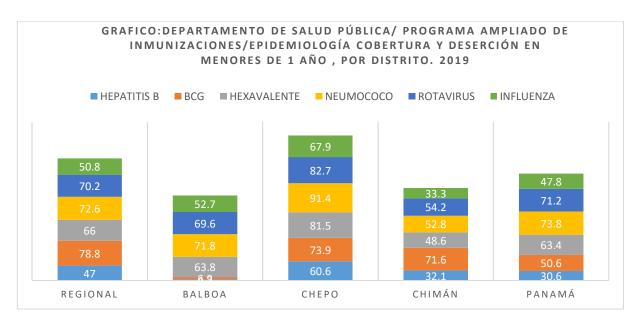
2. ¿Cuáles son los principales riesgos que los afectan?

Estas poblaciones son vulnerables a problemas de salud producto de las limitantes geográficas, de accesibilidad, económicas y ambientales en materia de enfermedades inmunoprevenibles, infectocontagiosas, problemas nutricionales y enfermedades crónicas no transmisibles, en materia ambiental están más expuestos a situaciones de saneamiento y vectores, falta de acceso a agua potable, hacinamiento y poca accesibilidad geográfica y econóica a los servicios de salud.

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

DEPARTAMENTO DE SALUD PÚBLICA/ PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES/EPIDEMIOLOGÍA COBERTURA Y DESERCIÓN EN MENORES DE 1 AÑO, POR DISTRITO. ENERO A OCTUBRE 2019.

Región	Pob.	Hepat	itis B	ВС	G	HEXAVALENTE		NEUMOCOCO		Rota Virus			INFLUENZA			
		1 era Dosis	Cob. %	1 era Dosis	Cob. %	N	%	D	N	%	D	N	%	D	N	%
Regional	2610	1227	47	2056	78.8	1723	66	13.5	1895	72.6	5.9	1832	70.2	11.4	1326	50.8
Balboa	72	3	4.2	5	6.9	947	63.8	20.3	1065	71.8	10.9	1033	69.6	8.2	782	52.7
Chepo	1484	900	60.6	1096	73.9	66	81.5	-1.5	74	91.4	0	67	82.7	2.5	55	67.9
Chimán	81	26	32.1	58	71.6	35	48.6	10.3	38	52.8	2.6	39	54.2	2.3	24	33.3
Panamá	973	298	30.6	492	50.6	675	63.4	3.6	718	73.8	-1.7	693	71.2		465	47.8



Fuente: Coordinación del Programa Ampliado de Inmunizaciones Regional. Panamá Este

La cobertura de vacuna de BCG y Hepatitis B están calculadas con base a las dosis de vacunas aplicadas en las instalaciones de salud, giras y comunidades de la Región Panamá Este y no incluye las dosis de vacunas aplicadas en los hospitales del resto del país de aquellas personas residentes en nuestras comunidades pero que, ante la inminencia del parto migran hacia la ciudad capital o a otras regiones del país en busca de un parto institucional con condiciones más seguras que en sus comunidades de origen y no reportan a su llegada al hospital su verdadera área de procedencia, esto es común para el Distrito de Balboa y Chiman

Observamos que realmente el comportamiento de coberturas mayor al 100% en el Distrito de Chepo es preocupante y esto ocurre en todas las vacunas en este grupo etáreo, es cierto que tenemos comunidades con grandes áreas de invasión, pero la distribución de cobertura nos hace dudar si es solo la causa o es que estamos tomando población de Darién y Metropolitana dentro de nuestras coberturas y llevando a cabo un subregistro de la información como no los ha cuestionado el Nivel Nacional.

Cuadro N°: Coberturas de Vacunación por Distritos en el grupo etáreo de 1 año. Región de Salud de Panamá Este. 2019

REGION DE		HEPAT	TTIS A	N	MR	INFLU	IENZA	VA	RICELA	FIEBRE AMARILLA		
SALUD	Población	1ra.	COB.	OB. 1ra.		1ra. COB.		1ra.	COB.	1era	COB.	
Regional	2203	2200	99.9	2230	101.2	2187	99.3	1773	80.5	1889	85.7	
Balboa	76	37	48.7	40	52.6	44	57.9	42	55.3	45	59.2	
Chepo	1083	1301	120.1	1337	123.5	1247	115.1	953	88	1035	95.6	
Chimán	85	65	76.5	60	70.6	76	89.4	56	65.9	59	69.4	
Panamá	959	797	83.1	793	82.7	820	85.5	722	75.3	750	78.2	

Fuente: Departamento de Registros médicos. Programa Ampliado de Inmunizacions. R.S:P:E.

Las coberturas de MMR, Hepatitis A, Influenza, Varicela y Fiebre Amarilla, los 3 distritos mantienen coberturas menores al 95% que debe ser lo esperado sin embargo en el distrito de Chepo la cobertura está por arriba de 100% ya que en nuestro distrito ha sido auge de invasiones en las comunidades de Chepo cabecera, Tanara, Unión Azuero. se ha insistido buscar estrategias para que estas coberturas aumenten en estos 3 distritos ya que el niño llega a las instalaciones y observamos bajas coberturas y mayormente en fiebre amarilla, siendo Panamá Este una de las tres regiones que aplican esta vacuna somos cuestionados por estas bajas coberturas regionales.

Cuadro N°: Dosis y Coberturas de Vacunación con VPH a Niñas (os) de 10 años por distritos en la región de Salud de Panamá Este. 2019

	POBLACIÓN		VPH											
REGIONES DE SALUD	(NIÑAS(os) DE 10 AÑO)	18	3	2	а	MASC	ULINO	FEME	NINO	TDAP				
		N	%	N	%	N	%	N	%	Ν	%			
Regional	2226	1622	72.9	747	33.6	841	148.2	833	76.4	1466	65.9			
Balboa	55	1192	82.6	408	34.2	509	165.8	476	82.4	851	71.54			
Chepo	1192	82	80.5	34	41.5	31	140.9	35	92.1	65	79.3			
Chimán	82	55	85.5	34	61.8	25	161.3	22	91.7	46	83.6			
Panamá	898	898	58.4	271	30.2	276	1238	300	66.4	504	56.1			

Fuente: Departamento Regional de Registros y Estadísticas de salud. Región de salud de Panamá Este. Año 2019

Las vacunas trazadoras son el VPH y Tdap.

Es preocupante las coberturas en este grupo, esperábamos coberturas mayores ya que en enero d3e este año se introduce la vacuna VPH al niño de 10 años, pero los resultados no son los esperados, hemos sugerido estrategias vacunales en las escuelas para incentivar al personal, pero en muchas ocasiones el nudo crítico coincide con la accesibilidad al transporte y poco apoyo de docentes y padres de familia para cubrir esta población.

Cuadro N° Dosis y Coberturas de TDAP refuerzo al grupo de 10 años por distritos. 2019

REGION DE SALUD	TDAP										
	Pob	No. Dosis	Cob.								
Regional	2226	1466	65.9								
Balboa	55	46	83.6								
Chepo	1192	851	71.4								
Chimán	82	65	79.3								
Panamá	898	504	56.1								

Fuente: Departamento Regional de Registros y Estadísticas de salud. Región de salud de Panamá Este. Año 2016

según el Censo de Población.

Actualmente contamos en el Distrito de Chepo con invasiones en Tanara, Chichebre, Unión de Azuero y El Zapote, esta población no se encuentra encuestada dentro de nuestro censo.



En el Distrito de Panamá, aún no han segregado la población de jurisdicción del MINSA-Capsi Las Garzas, lo que está enmarcado dentro del corregimiento de Pacora, no pudiendo determinar las coberturas reales de este corregimiento. En el informe final que envía el Biológico Nacional se incorporan las coberturas del Minsa Capsi Las Garzas al Corregimiento de Panamá.

Cuadro N°: Coberturas de Vacunación según distritos en la población de Embarazadas en la región de Salud de Panamá Este. 2019.

REGIÓN DE SALUD	POB. > 60 AÑOS	NEUMOCOCO CONJUGADO	COBERTURA	INFLUENZA	COBERTURA
REGIONAL	10874	6357	58.5	5762	53
BALBOA	450	121	26.9	257	57.1
СНЕРО	6484	3580	55.2	3325	51.3
CHIMAN	333	189	56.8	178	53.5
PANAMA	3607	2467	68.4	2002	55.5

Fuente: Departamento Regional de Registros y Estadísticas de salud. Región de salud de Panamá Este. Año 2020

Tdap e Influenza

La cobertura de Tdap en embarazadas representa para el nivel regional un 58.5%, por debajo de lo esperado, esta baja cobertura se observa en los distritos de Chimán, Balboa y Panamá, debemos de buscar estrategias vacunales que incrementen estas coberturas en los niveles locales, ya que por lo menos en esta vacuna el objetivo primordial es cubrir al menor que no recibe una vacuna contra la tosferina hasta los 2 meses de edad a través de la vacunación de la madre.

La vacunación con la influenza con una cobertura regional 53%, para este periodo.

LOS RECURSOS HUMANOS

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

Dentro de los cambios con respecto al reclutamiento está centralizado a nivel nacional, la asignación de puestos toma en cuenta el nivel académico del personal para lograr así una mayor productividad.

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

Los recursos que sirven a la red informal de salud parteras y curanderos se capacitan a través de encuentros de 5 días o más en los cuales se realizan tallares; estas actividades son realizadas por el departamento de promoción de la salud y la coordinación de salud sexual y reproductiva con fondos brindados por la dirección de asuntos indigenistas del MINSA y son supervisadas por el equipo de salud de los nivels locales

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

Se llevan a cabo en cada unidad ejecutora según la programación de sus carteras de servicios y el nivel regional solicita las unidades para cada capacitación.

- 28. ¿Cómo participa el equipo de salud en la decisión de prioridades de salud? De forma activa en base a sus competencias técnicas y administrativas y su contacto directo con la población de responsabilidad.
- 29. ¿Cómo determina el equipo de salud los costos de la atención sanitaria? ¿Cuáles son las actividades con mayor peso en la definición de estos costos? No son determinados los costos de la atención sanitaria por nuestros niveles de atención



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

No contemplan los costos reales de los servicios, las tarifas se establecen en base a las necesidades de la población y de su economía.

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

NO SE ESTÁ LLEVANDO A CABO ESTE PROCESO

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

NO APLICA

33. Incorporar la parte de condiciones de empleo en las regiones (Existen estudios de tipo de empleo en salud, flexibilidad laboral y protección social de los trabajadores, distribución del empleo entre sectores públicos y privados,

SE DESCONOCE

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

NO APLICA

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

NO APLICA

36. ¿Se está incorporando las modalidades de tercerización o externalización en el sector?

En el área de Salud MINSA no se aplica.

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



REGION DE SALUD PANAMA ESTE	TOTAL	MEDICINA GENERAL	MEDICOS ESPECIALISTAS	MEDICOS INTERNOSY ODONTOLOGOS INTERNOS	MEDICOS VETERINARIOS	ODONTOLOGOS	TECNICOS EN ASSIT. ODONTOLOGICA	ENFERMERIA	TECNICOS EN ENFERMERIA	ASISTENTE DE SALUD	CONTROL DE VECTORES	NUTRICIONISTA	SANEAMIENTO AMBIENTAL //DISAPAS	TECNICOS AGROPECUARIOS	LABORATORISTA CLINICO	TECNICOC EN LABORATORIOS	AUXILIAR EN LABORATORIO CLINICO Y ASITENTE CLINICA	FISIOTERAPIA	TECNICOS EN RADIOLOGIA	FARMECEUTICOS Y TECNICOS EN FARMACIA	TEC. EN ESTIMULACION	EDUCADOR PARA LA SALUD	ESTADISTICOS	TRABAJO SOCIAL	PERSONAL ADMINISTRATIVOS	COMITÉ/ APOYO DE OTRAS INSTITUCIONES
SEDE REGIONAL DE SALUD	11 3	4			2			7	1		1 6	1	5	1	1			1					4		6 9	1
C.S LAS MARGARITAS		7	2	1		2	2	4	6	9					2	1	2			2			3	1	5	
C.STORTI		6	2	1		1		7	5	3	3				1	1	2			4			4		1 1	3
C.S PACORA		9	3	3		7	2	6	1 0	3	2				2	3				3	1	1	3	1	6	6
C.S CERRO AZUL		2	3			1		3	4	1													3		3	
C.S SAN MARTIN		2	2			1		3	3	1										1			2	1	5	
C.S CHIMAN		2				1		2		1										1					2	
C.S UNION SANTEÑA		2						2	1	3															1	
C.S EL GOLFO		2		1		1		3		1	1				1								1		4	
C.S AKUA YALA		1						2	2	1										3			1		1	2
C.S LOMA DEL NARANJO		2						2		5													1		3	
C.S VIRGEN DE LA MERCED		6	1			2		4	4	1					1			1	1	3			4			
CASA MARIA	23																								2 3	
DEPOSITOS DE MEDICAMENTOS	6																			4					2	
BIOLOGICO REGIONAL	10	3						2															1		3	1

LOS INSUMOS SANITARIOS

(Medicamentos. Médico Quirúrgicos, Laboratorios, Odontología, Imagenología)

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

A nivel regional existen 14 farmacias funcionando, desconocemos de la existencia de farmacias comunitarias.

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

Sí conocemos la Política Nacional de Medicamentos del año 2009 acordada entre el MINSA, la CSS y la OPS, la cual consta de 5 artículos en donde el artículo 4 presenta los componentes de Acceso, Calidad, eficacia y vigilancia de la seguridad; uso racional de los medicamentos, investigación, recursos humanos, propiedad intelectual, monitoreo y evaluación.

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

- a. Si conocemos de la existencia de la política de medicamentos del 2009.
- b. Si conocemos de la existencia de la CONAPEP.
- c. también conocemos sobre el avance en la elaboración en la lista de medicamentos especializada

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

Sí se tiene conocimiento sobre dicho avance, sin embargo, no a través de medios formales dirigidos desde el nivel nacional al nivel regional y local, el conocimiento ha sido adquirido por gestiones personales mediante publicaciones y boletines informativos en la web.

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

Si existe un listado Regional de Medicamentos en La Región de Salud Panamá Este

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

El número de renglones de medicamentos que tenemos en la RSPE es de 274 y lo utilizan Médicos Generales y especialistas.

- 7. ¿Conoce y utiliza la herramienta LSS/SUMA, para la sistematización de los inventarios de medicamentos, médico quirúrgicos, laboratorios, odontología, imagenología en su almacén regional, hospital regional o instalaciones de mayor capacidad resolutiva?
- Si conocemos la herramienta LSS/SUMA y la utilizamos para la Sistematización de los inventarios de medicamentos.
 - 8. Se utilizan los informes gerenciales y transaccionales que generan el LSS/SUMA, para la toma de decisiones gerenciales oportunas?
 - Si se utilizan los informes que genera/SUMA para toma de decisiones Gerenciales oportunas.
 - ¿Existen esquemas de distribución y/o de subvención para facilitar el acceso a los medicamentos, médico quirúrgicos, laboratorios, odontología, imagenología por grupos poblacionales o por patologías,
 - Si contamos con esquemas de distribución, para el acceso de los insumos sanitarios, el flujo de distribución es:
 - 1- Se recibe la solicitud mensual de los insumos requeridos por cada departamento (farmacia, laboratorio, enfermería, odontología)
 - 2- Según el cronograma de distribución se atienden las solicitudes
 - 3- se facturas los insumos de cada solicitud
 - 4- se distribuyen a cada unidad ejecutora por departamento según cronograma de entrega de los mismos
 - 10. ¿Se utilizan los formatos para el registro de consumo de los 5 grupos de insumos sanitarios (medicamentos, odontología, médico quirúrgico, laboratorio e imagenologia) en su región, para realizar estimaciones de necesidades de los insumos?

Si se utiliza los formatos para registro de consumo de los medicamentos



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

No están conformados los comités Regionales de Fármaco Vigilancia y Farmacoterapia

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

Sí existen y sí se aplican los protocolos de tratamiento estandarizado para este tipo de patologías, basados en las Normas, Guías y Manuales de Atención certificados por el MINSA, CSS y OPS.

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

25% es el porcentaje de las farmacias (MINSA) que cuentan con Farmacéutico. Generalmente el horario de servicios que se concentran los profesionales es de 7am-3pm

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

el cual no hay disponibilidad de farmacéutico?

2015 = 201

2016= 364

2017=189

- 16. ¿Cuántos laboratorios clínicos, de agua, de alimentos están funcionando? Actuamente 1 a nivel regional, el cual entró a funcionar a partir del año 2017.
- 17. ¿Existe un laboratorio de referencia definido? ¿Qué criterios se aplicaron para su selección?

Sí existe un laboratorio de referencia definido y es el laboratorio del Hospital Regional de Chepo, Policentro de Chepo y Centro de Salud de Pacora, los criterios que se utilizaron para su selección son:

- Cuenta con la mayor capacidad resolutiva de la Región de Salud
- Funciona las 24 horas, los 7 días de la semana.
- Cuenta con equipo de bacteriología y todas las otras secciones de rutina.



- 18. ¿Son uniformes las tarifas de los laboratorios y medicamentos para los usuarios? ¿Con que criterios se definen esas tarifas? ¿Existe margen de ganancia para las instalaciones de salud? ¿Cuál es?
- a. No son uniformes las tarifas de los medicamentos para los usuarios.
- b. Estas Tarifas se definen según el criterio administrativo de cada unidad ejecutora.
- c. Si existe margen de ganancia para las Instalaciones de salud ellos tiene una ganancia de 30%.
 - 19. ¿Existe un laboratorio de referencia definido para citología?

Si existe, actualmente el Iboratorio del Centro de salud de Parque Lefevre.

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

La adquisición es en base al abastecimiento proveniente del nivel nacional.

Cuadro No.
EVOLUCIÓN DEL GASTO EN MEDICAMENTOS, INSUMOS DE
ODONTOLOGÍA, MÉDICO QUIRÚRGICO, LABORATORIO E IMAGENOLOGÍA
EN LOS ULTIMOS 5 AÑOS

INDICADOR	2012	2013	2014	2015	2016
Gasto total en					
medicamentos por la CSS					
Gasto total en		1091386.4	555610.4	1627162.4	1436906.2
medicamentos por MINSA					
Gasto Per cápita en		6.39	3.36	2.33	6.85
medicamentos					
Gasto total en laboratorio					
por la CSS					
Gasto total en laboratorio		196.603.63	232.031.10	271,026,33	274,578,64
por MINSA					
Gasto Per cápita en	40.4%	52.9%	64.8%	84.4%	97.7%
laboratorio					
Gasto total en médico					
quirúrgico por la CSS					
Gasto total en médico					
quirúrgico por MINSA					
Gasto Per cápita en médico					
quirúrgico					
Gasto total en odontología					
por la CSS					
Gasto total en odontología					
por MINSA			68.564,77	72.347,35	78.312,12

Gasto Per cápita en odontología			0,53	0,54	0,57
Gasto total en					
imagenología por la CSS					
Gasto total en					
imagenología por MINSA	0	0	0	0	0
Gasto Per cápita en					
imagenología					

EQUIPOS Y TECNOLOGIA

- ¿Se conoce el porcentaje de los equipos en condiciones defectuosas o fuera de uso? Si se conoce y actualmente no se cuentan con equipos en condiciones defectuosas o fuera de su uso.
- 2. ¿Conoce el porcentaje de los equipos aun en uso que hayan cumplido su vida útil? **No se conoce.**
- ¿Existe algún listado de equipos para su reposición?
 No existe.

FOTOGRAFÍA Nº 4. SATISFACCIÓN DEL USUARIO

LISTAS DE ESPERA Y MORA QUIRURGICA

- 1. ¿Cuál es la mora quirúrgica y hasta cuanto se espera por un cupo en el salón de operaciones en los diferentes servicios quirúrgicos? ¿A nivel hospitalario se han establecido mecanismo de registro y control de la mora quirúrgica? ¿Han sido efectivos? ¿Existe una lista de espera por servicio quirúrgico? **N/D**
- 2. ¿En qué servicios, programas o actividades se concentra el mayor número de usuarios es espera por la atención demandada? **N/D**
- ¿Se registra el rechazo de pacientes?N/D
- 4. ¿En qué distritos existe mayor proporción de la demanda no satisfecha, en términos de disponibilidad de recursos para la atención? **N/D**
- 5. ¿Qué mecanismos (redes sociales, presencial, centros de llamadas, otros) se utilizan para otorgar citas de medicina general y especializada? **N/D**



HORARIO DE SERVICIOS

- ¿En qué horario se ofrecen los servicios de salud? (Consultas externas de hospitales y de Centros de Salud) La población está satisfecha con los horarios actuales
- 2. ¿Se ha realizado alguna propuesta de modificación de horarios, ya sea para la prolongación de las horas de apertura o de los días de funcionamiento de las instalaciones?

No se ha realizado una propuesta formal de la modificación de horarios, sin embargo, la evaluación de costos en salud implica que la problemática es más a nivel de educación de la población en el uso adecuado de los servicios de salud, en la promoción del autocuidado de la salud y en la necesidad de más recurso humano técnico y administrativo para hacerle frente a la transición demográfica y a la polarización epidemiológica de nuestra provincia.

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

Atención de urgencias.

Entre las limitantes podemos mencionar principalmente la inseguridad del personal y los pacientes esto en el área de Pacora y la falta de transporte para pacientes en el área de Tortí

MECANISMOS DE MEDICION DE LA SATISFACCION DEL USUARIO

1. ¿Los establecimientos de salud desarrollan encuestas de satisfacción de usuarios?

No. Actualmente no se han establecido mecanismos que permitan evaluar el grado de satisfacción del usuario. Se han hecho algunos ejercicios al respecto y personal del centro de salud orientándose la metodología para evaluar las respuestas en los buzones de sugerencias.

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

Actualmente se cuentan con buzones de sugerencias en las 13 instalaciones de salud

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

Si

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



Si se realizan a nivel comunitario en la población vulnerable llevada a cabo por el auditor social.

5. ¿Se comparten estos resultados?

Si se comparte en los informes de Gestión anual.

6. ¿Conocen el programa de humanización?

Sí, se conoce el programa de humanización en el Sistema Regional de Salud.

Es de nuestro conocimiento el Convenio firmado entre la Secretaría Nacional de Ciencia y Tecnología (SENACYT) y la Universidad de Panamá para la formación, actualización y especialización de todo el personal de salud en materia de humanización.

Actualmente se cuenta con un programa de cuidados paliativos gratuito en Panamá y se han capacitado a más de 2000 profesionales en los últimos cuatro años, existen coordinadores de esos programas en las 14 regiones de salud que país, incluida la de Panamá Este.

De igual forma se realizan en nuestro Sistema Regional Seminarios de Acompañamiento Humano y Espiritual del Enfermo cuyo objetivo fue el de retomar la razón de ser de la medicina que es el cuidar a la persona sufriente, la jornada se enfocó en dos vías: la de humanización y la de cuidados paliativos.

- 7. ¿Se aplican en algunos de sus hospitales? En el Hospital Regional de Chepo (CSS)
- 8. ¿Conoce usted la demanda insatisfecha en su región, por instalación y por tipo de servicio? Ejemplos: urgencias, consulta externa, hospitalización, rehabilitación y otros.

Se desconoce, no se llevan registros

CONTROL DE CALIDAD

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

Sí se han realizado auditorias de expedientes, cuyo objetivo es medir el cumplimiento de las normas y los protocolos de atención.

En general los aspectos calificados como debilitados fueron los relacionados a la salud del adolescente, este programa no se lleva según las normas establecidas.

En control prenatal las pacientes no acuden a los controles de laboratorio en el tercer trimestre en un elevado porcentaje.

No se registra el estado nutricional con la mayoría de los expedientes.



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

Capacitaciones continuas del personal técnico que se encarga del llenado de expediente.

- 3. ¿Conoce sobre el observatorio de calidad que está en la página web de MINSA, donde se encuentran los indicadores de calidad y cuadro de mando? Si se tiene conocimiento de esta herramienta
- 4. ¿Se ha desarrollado programas de mejoramiento de la calidad de los servicios?

Ver respuesta #2

- ¿Existe instrumentos para medir el desempeño de los servicios de salud en relación al cumplimiento de los estándares de calidad establecidos?
 Las auditorías de expedientes.
- 6. ¿Están establecidos los mecanismos específicos para la canalización de los reclamos y la adjudicación de quejas de los distintos actores del sector? Buzones de sugerencias

FOTOGRAFÍA N°5. ACTORES Y RED SOCIAL

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

La organización se da en ambas redes, a continuación la descripción:

☐ **Red Fija:** se realiza a nivel de Sub Centros de Salud en su mayoría y en Centros de Salud, mediante la intervención de los Comités de Salud, los promotores de salud, educadores para la salud, administradores de acueductos rurales y asistentes de salud quienes son el recurso humano que está en contacto directo con la población a través de las actividades extramuros, en donde la población participa de forma activa en los procesos de reuniones para tratar temas de salud poblacional y salud ambiental involucrando otros sectores como representantes de corregimiento, policía nacional, escuelas, organizaciones sin fines de lucro y otras instituciones gubernamentales afines con la salud integral de la población. Fungen en su conjunto como un sistema de retroalimentación a través del cual todo director médico distrital con una misión y visión de Sistema de Salud Humano, con Equidad y Calidad, un Derecho de Todos, mejorará la gestión de las instalaciones bajo su administración así como la oferta de servicios de salud. □ Red Itinerante: se realiza a nivel de las comunidades céntricas donde se prestan los servicios básicos de salud a través de auditores sociales, la población protegida quienes se organizan para garantizar una convocatoria aceptable y al igual que en la red fija, los promotores de salud, educadores para la salud y administradores de acueductos rurales, en donde la población

MINISTERIO

DE SALUD

participa de forma activa en los procesos de reuniones para tratar temas de salud poblacional y salud ambiental involucrando otros sectores como representantes de corregimiento, policía nacional, escuelas, organizaciones sin fines de lucro y otras instituciones gubernamentales afines con la salud integral de la población. En estos procesos la población da a conocer cuáles son sus necesidades prioritarias y su percepción de los servicios prestados con miras a las mejoras y cambios requeridos.

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

Actualmente:

- 10 Comités de Salud
- 93 Juntas Administradoras de Acueductos Rurales con personerías jurídicas.
- Club de Leones
- Centro de Vida Cristiana
- Iglesia Cruzada Cristiana Panamá
- Iglesia Católica
- Bomberos voluntarios de Panamá
- Cruz Roja
- SINAPROC
- 3. ¿Qué tipo de apoyo generan estas organizaciones?

Apoyo a la convocatoria y participación de la población en caso de actividades como:

- Jornadas de Atención Primaria Ambulatoria, tanto en la fase de programación como en la de ejecución.
- Operativos de Salud contra patologías transmisibles por vectores (Dengue, Chicungunya), tanto en la fase de programación como en la de ejecución.
- Ferias y Jornadas Comunitarias de Salud, tanto en la fase de preparación como en la ejecución.
- Actividades Comunitarias en la Campaña contra el Cáncer de Mama y de Próstata, tanto en los procesos de organización, logística y ejecución.
- Durante la pandemia todas estas organizaciones han puesto sus recursos a disposición de la región de salud, apoyando en la estrategia de trazabilidad comunitaria.
- ¿Se ha realizado algún análisis de actores sociales?

No se ha realizado análisis de los actores sociales, pero es de enfocar que la participación social ha ido disminuyendo en los últimos años debido al poco interés de las comunidades en participar activamente en las organizaciones.



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

Tenemos conocimiento de que los curadores o mejor denominados curanderos se dedican sobre todo al manejo del dolor y de síntomas aislados sin ningún enfoque diagnóstico o sindrómico, utilizando plantas con propiedades curativas e inclusive medicamentos de consumo y venta libre. Se estima que están ubicados en la zona rural más que en la urbana, desconocemos el número, en donde la población que demanda mayormente sus servicios son las personas de 50 años y más que son las más predispuestas a trastornos musculo esqueléticos que producen dolores. No existe integración entre las prácticas y cultura de la población en las actividades formales de salud, la población decide en que sector atenderse según sus posibilidades y creencias, el sector público de salud respeta la decisión de los usuarios y la labor de los curanderos, y no entra en conflictos con el sector informal y viceversa.

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

Fortalezas:

- 1. Nuestro equipo local de salud (promotores de salud, educadores para la salud, asistentes de salud) conoce bien sus comunidades, corregimientos y distritos en base su realidad sociocultural.
- 2. Disponemos de recurso humano que es procedente de varios de estos lugares poblados y facilitan las alianzas estratégicas con la red social.

Debilidades:

- 1. Recurso humano limitado para poder realizar y coordinar más acciones (a parte de las mencionadas en la respuesta a la pregunta 3) dirigidas a la integración y participación más activa de organizaciones comunitarias que apoya las acciones de salud.
- 2. Recursos económicos limitados para que el equipo de salud regional realice procesos de capacitación del recurso humano que conforma la red social de salud con la finalidad de percibir fortalezas en estos, desarrollar capacidades y así generar resultados positivos en la población.
 - 3. Región manejada muy políticamente.
 - 4. Coordinaciones debilitadas.
 - 5. Poco trabajo en equipo
 - 6. Multiplicidad de funciones y cargos para un mismo personal



7. ¿Cómo se percibe la estrategia de extensión de cobertura, la atención integral a la niñez con una base comunitaria (monitoras) y la atención de la población que pertenece a la Red de Oportunidades y a la población que está en los 120/70.

Atención Integral a la niñez con una base comunitaria (monitoras): No Aplica Red de Oportunidades: regular, los beneficiarios recomiendan que se les habilite un día exclusivo para los controles de salud de las personas en la red de oportunidades.

Programa de 120 a los 65: regular, los beneficiarios recomiendan que se les habilite un día exclusivo para los controles de salud de las personas en el programa.

Además, esta estrategia debe ser más divulgada por el equipo que participa en la misma y por las autoridades regionales, provisión de los servicios de salud; para lo cual se deben realizar reuniones de coordinación con todos los involucrados, es decir los que brindan el servicio y los que tenemos el contacto directo con la población para de esta manera unificar la información y que todos estemos sincronizados en cuanto al tema de salud se refiera.

8. ¿Cómo se perciben las resoluciones y decretos que establecen la gratuidad de algunos servicios de salud (Decreto Ejecutivo 329 de 14 de julio de 2009, Decreto Ejecutivo 428 de 15 de diciembre de 2004, Resolución 321 de 18 de agosto de 2005 y Decreto Ejecutivo 546 de 21 de noviembre de 2005). ¿Se aplican estos decretos en las instalaciones hospitalarias y ambulatorias de la

Se perciben con muy buena aceptación debido al beneficio que brindan a los grupos vulnerables. Estas resoluciones y decretos se aplican en todas las instalaciones del MINSA

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

FOTOGRAFÍA Nº 6. PROYECCIÓN DE LA RED

ADECUACIONES DE LA OFERTA

MINISTERIO

DE SALUD

1. La promoción de la salud y la prevención de los daños forman parte de la concepción moderna de los modelos de atención. ¿Cómo deben concebirse en las nuevas formas de organización de los servicios?

Los servicios deben ser orientados a la promoción de la salud y a la prevención de enfermedades por lo cual se debe hacer más énfasis en el trabajo comunitario involucrando a las comunidades además el sistema debe ser fortalecido a través de capacitaciones sobre estos aspectos de promoción y prevención a todos sus funcionarios actuales y con la adquisición de más educadores y promotores de la salud.



- 2. ¿Es necesario la conformación de equipos básicos en el proceso de cambio en la atención de la salud-enfermedad? ¿Cómo se debe adecuar la oferta de servicios en términos de los equipos básicos de salud? ¿Cómo debe darse la alternabilidad de roles? ¿En qué aspectos puede ser considerada esta estrategia?
 - Se hace necesaria la conformación de equipos básicos deacuerdo a la población existente, la oferta debe ser principalmente en promoción y prevención
- 3. ¿Se están introduciendo nuevas modalidades de atención de salud, tales como procedimientos de un día, cirugía ambulatoria, programa de atención a domicilio, Jornadas de Atención en salud (JAPAS), grupos itinerantes, entre otras?
 - Sí, actualmente se llevan a cabo las JAPAS, existen además grupos itinerantes.
- 4. ¿Se utilizan las redes sociales (internet, twitter, Facebook, Instagram, correo electrónico u otros) como herramientas de divulgación de temas prioritarios como uso racional de medicamentos, polifarmacia, uso racional de antibióticos, automedicación, apego a la terapéutica, otros, de una manera continua y sistemática. Mensajes de promoción de la salud, mensajes preventivos, control y vigilancia en salud?

Actualmente en el Departamento de Salud Pública, se utilizan los correos electrónicos, como una manera de poder evidenciar la divulgación de información de carácter sensitivo para el desempeño de las labores cotidianas, específicamente cuando se trata de divulgar nuevos avances, cambios en los procesos, o bien legislación sanitaria que debe ser implementada de inmediato y acercar un poco más la comunicación con el personal bajo el cargo del Departamento

En Promoción de la salud Si se utilizan las redes sociales a nivel del departamento siguiendo un flujo que inicia en el departamento, luego enviado a la dirección de la región y por este medio se difunde a nivel nacional mediante el twitter; los mensajes son de las actividades de promoción enfocadas a la prevención de problemas de salud y enfocando la importancia de los factores protectores.

- 5. ¿Se están adoptando decisiones para modificar la oferta de servicios de primer nivel?
 - No, la oferta de servicios de primer nivel de atención ha permanecido igual sin proyectos ni planes de modificarla pero se hace necesaria su modificación dando prioridad a la promoción y prevención y no a la



- 6. ¿Se están adoptando decisiones para modificar la oferta de servicios de segundo nivel?
 - En el segundo nivel de atención no se está modicando la oferta se está fortaleciendo la existente.
- 7. Se están desarrollando programas y acciones para la identificación y/o atención de grupos de riesgo definidos por criterios de ingresos, riesgo específico, edad, género, etnia o marginación? Si es así, cuáles?

A través del ASIS se analiza información valiosa e integral que nos lleva a la identificación de grupos vulnerables además se están desarrollando tales como:

- -Red de Oportunidades
- -Aplicación de Resoluciones y Decretos que establecen la gratuidad de servicios básicos de salud a grupos étnicos, discapacitados, menores de 5 año, embarazadas, puérperas.
- -Protección en Salud a Poblaciones Vulnerables
 - 8. ¿Se han establecido prioridades de atención en relación con cada una de las etapas del curso de vida: niñez, adolescencia, edad adulta, vejez?
 - Sí se han establecido prioridades de atención en relación con cada una de las etapas del curso de la vida, muestra de ello es que en las instalaciones del centro de salud se destina de forma programada un día específico de la semana para los servicios de prevención tales como Controles de Crecimiento y Desarrollo, Programa de Salud del Adolescente y Programa Escolar, Controles de Salud para Manipuladores de Alimentos y servicios de Atención de seguimiento a pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles (Diabetes Mellitus e Hipertensión).
 - 9. ¿Cómo se da la planificación de servicios en el nivel local? ¿Qué participación tienen los diferentes actores sociales? La planificación de servicios en el nivel local es establecida por la Dirección Médica regional de Salud en acción conjunta con los Directores de Centro de Salud en donde se establece un Plan Operativo Anual para ejecutar los procesos que son necesarios en coordinación directa con las coordinaciones regionales de los diferentes programas de salud según los lineamientos del nivel regional y nacional.
 - 10. ¿La organización con base a sectores implica la definición de espacios poblacionales específicos?

No, la organización con base a sectores no implica la definición de espacios poblacionales específicos. Al disponer de un sistema de salud organizado



para atender la demanda de la población en materia de servicios de salud brindados por el sector público, el sector privado y el sector informal, es la misma población la que decide según sus necesidades y características socioeconómicas y demográficas donde acudir por el servicio sin importar su procedencia y residencia, por lo que definir espacios poblacionales específicos es irrelevante.

Sin embargo se ha intentado que cada centro de salud tenga un área de jurisdicción definida.

- ¿Se han definido y caracterizado estos espacios en la región?
 Si.
- 12. ¿Cómo deberán asumirse los derechos y deberes de los ciudadanos, de la familia y de la comunidad en torno a su propia salud, en un nuevo modelo de atención? Se conoce la existencia de la Ley 68 de 20 de noviembre de 2003. ¿Cómo se aplica?

Los deberes y derechos de los ciudadanos, de la familia y de la comunidad en torno a su propia salud deben asumirse de forma integral en el nuevo modelo de atención individual, familiar, comunitaria y ambiental, viendo a cada persona no como un individuo aislado sino como un ser que se crece y se desarrolla en un nicho ecológico como cualquier otro ser vivo, pero con características biológicas, psicológicas y sociales, viendo la salud no solo como la ausencia de enfermedad ni como un simple bienestar sino como el producto de la armonía personal, espiritual, familiar, comunitaria, laboral y ambiental.

Sí conocemos de la Ley 68 de 20 de Noviembre de 2003 que Regula los Derechos y Obligaciones de los Pacientes, en materia de información y decisión libre e informada, que consta de 8 capítulos y 53 artículos. Se aplica en su totalidad en todas las instalaciones de salud sin importar el nivel de atención o su complejidad.

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

Realmente la competencia técnica está limitada para poder asumir nuevos enfoques en la prestación de servicios de prevención, promoción y rehabilitación, producto de la alta demanda poblacional ante un recurso humano escaso en donde gran parte del personal técnico que cubre las jornadas ordinarias es el mismo que le corresponde cubrir las jornadas extraordinarias; en donde hay limitada disponibilidad económica y de tiempo para acudir a jornadas de actualización, docencias, seminarios, talleres que no son del MINSA; en donde las actividades de capacitación y actualización del MINSA brindadas por el nivel nacional están dirigidas a los coordinadores regionales y de allí no se establecen estrategias regionales para compartir



los conocimientos y experiencias adquiridas con los niveles locales de una forma estandarizada.

Aspectos a fortalecer:

- Fortalece la disponibilidad de recurso humano para contar de una oferta cónsona con la demanda.
- Implementar en el financiamiento en actualización médica continua en actividades nacionales e internacionales no institucionales.
- Reforzar la participación de actores claves de las instalaciones locales de salud en las actividades de capacitación brindadas por el nivel nacional al nivel regional.

Estrategias a desarrollar para incrementar la calidad de los trabajadores del Sistema de Salud:

- Implementar a nivel regional un plan operativo anual de capacitación institucional en temas de prevención, promoción y rehabilitación por instalación de salud, que abarque toda la red de servicios y que se cumpla a cabalidad.
- Premiar al personal de salud con mejor desempeño e impacto en los indicadores y coberturas de los diferentes programas de prevención de cada instalación con la asistencia a actividades de docencia (Congresos, Simposio, Jornadas, Seminarios, Talleres) nacionales y/o internacionales.
- Incluir en los programas de capacitaciones organizados por el nivel nacional a actores claves de los centros de salud para que los mismos sirvan de agentes promotores con sus compañeros en cuanto a las capacidades adquiridas
- 14. ¿Qué porcentaje de los trabajadores de salud reside en las periferias de la instalación del primer nivel de atención donde labora?
 En la región de salud el 85% de los trabajadores de salud reside en las periferias.
- 15. ¿Integralidad de las acciones biopsicosocial, se utiliza este enfoque en el momento de la prestación de los servicios de salud y en el análisis de este enfoque?
 - Se intenta brindar este enfoque.

ADECUACIÓN DE LA CARTERA DE SERVICIOS

1. La eficacia y calidad de las acciones deben ser evaluadas periódicamente. ¿Con base a qué criterios? ¿Quién y Cómo se evalúan? Lastimosamente no existe un programa de evaluación periódica de la eficacia y calidad de las acciones en materia de adecuación de la cartera de servicios, lo que constituye una necesidad importante para hacerle frente a los nuevos



retos en materia sanitaria y mantener los estándares establecidos por los organismos reguladores como la OPS.

- 2. ¿Con que frecuencia se revisa y adecúa a las necesidades de salud de la población la cartera de servicios? **Leer respuesta anterior**
- 3. ¿En qué instalaciones se desarrolla el modelo de atención individual, familiar, comunitario y ambiental?

Nuestras 13 instalaciones de salud buscan acercarse a este modelo

- 4. ¿Cuáles considera usted que son las mejoras que deben efectuarse en la red de servicios, para desarrollar el modelo de médico funcional antes definido?
 - Más recurso humano
 - Más recursos financieros
 - Transporte
- 5. ¿Cómo debe mejorarse la capacidad del sistema de urgencias en su región, incluidos los servicios, la logística y la coordinación intersectorial?

La población percibe como urgente cualquiera de los siguientes síntomas: fiebre no cuantificada, vómitos, diarrea, tos y dolor de cabeza. Producto de esto, no estaría indicado implementar mejoras en la capacidad del sistema de urgencias en las instalaciones del primer nivel de atención con baja complejidad ya que las mismas canalizan las urgencias verdaderas (es decir aquellas patologías que por datos objetivos como signos vitales, edad, factores de riesgo, comorbilidad y juicio clínico más que por sintomatología del paciente) al segundo nivel de atención utilizando el SURCO.

- 6. ¿Se utiliza el TRIAGE? No se utiliza TRIAGE
- 7. ¿Los Proveedores públicos y privados están obligados a prestar el mismo conjunto de beneficios? **SE DESCONOCE**

AMPLIACION DE COBERTURA

1. ¿Cómo debe organizarse la red por niveles de atención y complejidad para lograr una mayor cobertura de atención?

En este sentido, se debe fortalecer la red fija a nivel de las instalaciones del primer nivel de atención de la siguiente forma para lograr una mayor cobertura de atención:

Centros de Salud: estandarizar la atención de consulta externa de servicios de Pediatría, Ginecología y Psiquiatría en los distintos centros de salud con alta demanda de estos servicios por lo menos una vez al mes.



- 2. ¿La ampliación de horarios para incrementar las coberturas de atención de la población desprotegida debe ser en término de mayor número de horas de apertura al día o con relación a un mayor número de días semanales para la provisión de servicios en función del análisis de comportamiento poblacional? Consideramos que debe ser a un mayor número de horas de apertura al día.
- 3. ¿Bajo qué normas deben realizarse las giras médicas integrales y las jornadas de atención primaria ambulatoria? ¿Quiénes deben participar? Las giras médicas integrales y las Jornadas de Atención Primaria Ambulatorias (JAPA) deben realizarse según lo establecido en las funciones de la Dirección Nacional de Provisión de Servicios de Salud para mejorar las coberturas en miras al cumplimiento de las políticas de salud acordadas para cumplir con los objetivos de desarrollo del milenio y en lo establecido en las normas de atención del MINSA que se sustentan en la Constitución de la República en materia de salud. Deben participar funcionarios tanto del nivel nacional como regional, tanto técnico como administrativo en apoyo con la red social comunitaria.
- 4. ¿Cuáles son los servicios básicos integrales que deben incorporarse para ampliar la cobertura de servicios? ¿Cómo se incluyen en la cartera de servicios? Y ¿Cuáles son los servicios intermedios y administrativos que requieren ser ampliados en apoyo a este proceso?

Servicios básicos integrales que deben incorporarse:

- Pediatría
- Ginecología
- Medicina Familiar
- Psiquiatría

Se deben incorporar a la cartera de salud según las necesidades de cada población.

Servicios intermedios y administrativos que requieren ser ampliados en el apoyo:

- Transporte
- Farmacia
- Laboratorio
- Electrocardiograma.
- Imagenología
- 5. ¿La estrategia de disminución de oportunidades perdidas es una opción para ampliar coberturas? ¿Cómo y Cuándo se aplican? ¿Quién las aplica?
- Si se constituyen en una opción para ampliar coberturas y se aplica principalmente en el aspecto de las inmunizaciones, giras asistenciales y en la



población que acude por morbilidad a nuestras instalaciones de salud. Es aplicada por todo el equipo básico de salud.

6. ¿Cuál es el mecanismo de coordinación administrativa (informes, archivo de expedientes y otras) establecido por las regiones con las organizaciones extra institucionales?

No se realiza.

7. ¿En qué medida se articula la estrategia de extensión de cobertura con las acciones rutinarias de la red fija?

En gran medida ya que para poder cumplir las coberturas e indicadores de desempeño en base a una gestión por resultados.

8. ¿Se integran los datos de cobertura provenientes de instalaciones de la CSS y del sector privado?

Lamentablemente no se integran, lo que constituye una debilidad del sistema ya que puede generar sub registros y duplicidad de actividades con las consecuencias que acarrea como desgaste del recurso humano, desabastecimiento y sobreuso de los servicios.

9. ¿Se cuenta con un sistema de información único?

No, en estos momentos el MINSA dispone de un sistema de información segregado (SIES, PAI, SIEEC) y la CSS también dispone de su sistema de información institucional.

En el año 2016 y 2017 ha entrado a implementarse el Sistema de Información Electrónica en salud (SEIS) el cual busca a futuro unificar nuestro sistema de información en salud.

Panamá Este (MINSA) cuenta actualmente con 4 instalaciones de salud con este sistema de informació



10. Cuadro COBERTURA DEL SISTEMA DE SALUD

Cuadro No.

COBERTURA DEL SISTEMA DE SALUD

	Porcentaje de personas cubierto por el Sistema de Salud (total)	Porcentaje de personas cubierto por el Estado (Ministerio de Salud)	Porcentaje de personas cubierto por el seguro de Salud	Porcentaje de personas cubierto por el sector privado	Porcentaje de personas sin cobertura
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. MAPEO INSTITUCIONAL DEL SISTEMA DE SALUD

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

FUENTE(S):

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



- 1. ¿En su región de salud como se ejerce el rol de rectoría de la autoridad sanitaria? ¿Se cumplen y vigilan las Funciones Esenciales de Salud Pública, las de regulación, las de conducción y las de armonización de la provisión de los servicios de salud? ¿Cómo lo hace? ¿Quiénes participan? ¿Cuándo se efectúan estas funciones
 - En nuestra Región de Salud el rol de rectoría de la autoridad sanitaria se ejerce según nuestro Plan Operativo regional en un 98%
- El rol de rectoría se ejerce mediante las funciones y vigilancia de las funciones esenciales de Salud Pública plasmadas en las normativas y a través de reuniones interprógramaticas de sus componentes como Enfermería, Saneamiento Ambiental, Zoonosis, Depa ,Epidemiología y PAI, además de la participación del componente de Promoción, Provisión, laboratorio, y planificación.
- Salud Pública: La coordinación regional, no actualiza o formula normas y procedimientos, sin embargo, es participe cuando se convoca a nivel nacional, en el aporte de ideas en el mejoramiento de las normativas existentes, las que se crean o bien de la revisión para futuros cambios.
- En la implementación: recibimos capacitación del nivel nacional para el cumplimiento y capacitación de las normativas o leyes que existen, a fin de poder cumplir con un proceso administrativo eficiente y moderno.
- La supervisión de del cumplimiento se realiza a través de las unidades ambientales o poblacionales a cargo, basados en datos recabados desde las coordinaciones o bien desde el nivel local.
- La capacitación se brinda a través de las coordinaciones bajo el cargo, tanto en epidemiología, como las unidades ambientales, a sus funcionarios, posterior a ello, se realiza a los niveles locales en sus respectivas comisiones.
- 2. ¿Se conoce la misión, visión, organigrama y funciones de cada unidad ejecutora del MINSA, de la CSS y del sector privado? ¿Considera que el organigrama responde a las necesidades para el funcionamiento efectivo de la organización? explique.
 - Sí la conocemos; sin embargo, además de estar estructurado se hace necesario que sea 100% funcional. Por ende, consideramos que no responde a las necesidades para el funcionamiento efectivo de la organización.
- ¿Considera que el organigrama responde a las necesidades para el funcionamiento efectivo de la organización? ¿Explique? Leer respuesta anterior.
- 4. ¿En el entendido de que la regionalización permite el enfoque sistémico en la organización sanitaria, es necesario cambiar el ordenamiento político administrativo existente? ¿Es decir, crear nuevas regiones o modificar las existentes? ¿Por qué?

Actualmente nuestra Región de Salud funciona como un todo; es necesaria la reorganización a nivel Distrital y por corregimientos para conocer mejor las necesidades de nuestros pobladores y además planificar y ejecutar acciones que causen impacto en nuestros grupos más vulnerables.

5. ¿Cuál es el grado de avance en el proceso de descentralización del nivel central hacia las regiones, de las regiones hacia los niveles locales (hospitalarios y ambulatorios)? ¿Cómo debe darse este proceso? ¿Qué aspectos deben ser tomados en consideración desde el punto de vista de los servicios y de la población?

En la actualidad consideramos que el grado de avance es poco, la concentración del aspecto financiero está en el nivel central a l igual que las directrices impartidas por las diversas áreas de nuestra organización.

En cuanto a descentralización de los niveles locales con respecto al regional está completamente centralizado

6. Cuál es el rol de los patronatos y de los consejos de gestión en la prestación de servicios de salud y cómo se vinculan con las autoridades regionales y nacionales?

No contamos con patronatos.

- 7. La estructura orgánica debe guardar relación con los procesos sanitarios. **Si.**
- 8. ¿Cuál considera el equipo regional qué debe ser la estructura de la región de salud?
- 9. ¿Existen manuales de procedimiento administrativo? ¿Cómo se aplican? ¿Quién y cuándo se aplican?

Si existen, sobre todo en las áreas de compras, contabilidad y tesorería y son aplicados por los responsables de estos departamentos según las normas

- 10. ¿Cómo se da la coordinación con la CSS? ¿Sobre qué bases debería darse? ¿Qué mecanismos han sido o pueden ser efectivos? ¿Quiénes participan de este proceso? ¿En qué momentos y para qué se establecen nexos de coordinación?
- Salud Pública / Epidemiología / PAI: se da a través de las coordinaciones entre instituciones, que sean homólogas, entre los Departamentos de Epidemiología para las notificaciones, investigación de casos e información que se requiera, así como también en las comisiones interinstitucionales que



existen actualmente y están activas como la de PTMI, Muerte Materna y perinatal, Tuberculosis, y Enfermedades Nosocomiales.

- Las coordinaciones de PAI al realizar actividades de campaña, rutina diaria en el abasto y despacho de vacunas así como también el descarte, el Ministerio de Salud como ente rector debe ser informado sobre los movimientos de los insumos de biológicos que se utilicen dentro de la institución, donde el Ministerio de Salud es el proveedor de los mismos
- Dentro de los mecanismos que han sido más efectivos están la comunicación a través de grupos conformados por Whatsapp, reuniones periódicas que en ocasiones nos e han podido dar por falta de tiempo, la notificación y estrecho intercambio de información entre los Departamentos de Epidemiología de ambas instituciones
- Se estableció el nexo con el Departamento de Epidemiología para la notificación e intercambio de información, así como también al momento de la investigación y apoyo logísticos que ha requerido la Caja de Seguro Social al momento de recabar información sobre casos que por la naturaleza hay que salir a las comunidades, también cuando se necesita de apoyo de parte de la institución para salir a la comunidad en actividades de vacunación como lo son campañas de vacuna o programas

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

FORTALEZAS	DEBILIDADES		
Equipo de Salud comprometido	Fortalecimiento de algunas coordinacionesMultiplicidad de funciones		
 Interés por cumplir las reglamentaciones existentes 	 Fortalecer sistema de divulgación en cascada 		
Utilización de herramientas para el manejo clínico y por laboratorio	 Persistencia en la utilización de criterio en desuso para el manejo clínico y por laboratorio 		
Normas y guías actualizadas	 Algunas normas o guías aún están en validación 		
 Protocolos y leyes enfocadas a una determinada situación de salud 			
 Reactivación de comisiones intersectoriales 	 Poca respuesta de las demás instituciones gubernamentales 		
 Supervisiones y monitoreos de nivel regional y nacional para el mejoramiento continuo 	La periodicidad de estos monitores es muy espaciada		
Incorporación de equipo rodante	 Falta de personal para el manejo de equipos rodantes 		



Incorporación de recurso humano	 La contratación de personal se realiza a un ritmo no acorde a la demanda
Personal en educación continuada	 Falta de mayor personal en periodos de formación que redunden en beneficio a los procesos de trabajo de la Región

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

Si se están introduciendo cambios en este sentido, se está tratando de coordinar más de cerca con la CSS y todos los demás sectores del sector público.

Es preciso iniciar las coordinaciones con el sector privado

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

Si responden a las necesidades regionales ya que las mismas fueron elaboradas tomando como base el análisis de situación de salud de cada una de las regiones en los cuales se involucraron a todos los actores de nuestras comunidades; desde el nivel local al regional, son aplicadas en las programaciones operativas.

- La planificación operativa y presupuestaria guarda relación con las políticas, objetivos estratégicos y líneas de acción.
 Sí.
- 15. ¿Los POA's son registrados en el SIMEPLANS como herramienta de monitoreo y evaluación de los mismos? ¿Con qué frecuencia se realiza el monitoreo? ¿Quién y cómo se efectúa?
 - Si son registrados en el SIMEPLANS por cada una de las coordinaciones y departamentos a nivel regional, el monitoreo y evaluación es realizado trimestralmente por la dirección Regional en conjunto con el Planificador Regional y además es monitoreado por el Departamento de planificación a nivel Central.
- 16. ¿Cómo incide el nivel central en el desempeño del nivel regional? ¿Cuáles son los puntos críticos de la burocracia administrativa? ¿Cómo pueden transformarse los nudos críticos?

El nivel central es el que brinda los recursos financieros para la ejecución operativa, estos recursos financieros la mayoría de las veces son escasos, es quien capacita al personal y los guía en las actividades, proyectos y programas a desarrollar lo que consideramos se realiza en forma adecuada; por otro lado, existen procesos administrativos muy burocráticos que causan demora en nuestra ejecución presupuestaria tanto de funcionamiento como de inversiones.



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

 La toma de desiciones se realiza tomando en cuenta el impacto de nuestras acciones en los grupos más vulnerables
- 18. ¿Quién(es) y como ejerce(n) las funciones de supervisión, evaluación y control de la provisión de los servicios de salud al sector público y privado? Estas funciones son desempeñadas sólo en el sector público por ahora, se hace necesario integrar al sector privado y es una tarea principalmente por la dirección regional y el departamento de provisión de los servicios de salud, existen algunas herramientas informáticas para llevar a cabo el control de los insumos sanitarios necesarios así como formularios creados los cuales permiten monitorear periódicamente el abastecimiento de las instalaciones de salud.
- 19. ¿Existe alguna instancia responsable de análisis, ejecución y seguimiento de las políticas de salud, planificación y coordinación en la región?

 Dirección Regional y Planificación Regional
- 20. ¿Cuál es el porcentaje de centros de salud que disponen de tecnología informática de soporte al sistema de información, acceso a servicio de internet, al menos para la gestión administrativa, de personal, para la sistematización de los inventarios y para el fortalecimiento de la promoción de la salud y prevención de enfermedades?
 41%
- 21. ¿Cuáles son los hospitales e instalaciones ambulatorias que dispone de tecnología informática de soporte al sistema de información para la gestión administrativa? ¿Y para la gestión clínica (por ejemplo, expediente electrónico, LSS-SUMA, para registro de ingresos y egresos, estadísticas clínicas, gestión de servicios clínicos, otros)?
 - 1 Hospital de la CSS cuenta con Sistema de expediente electrónico, 33 % de los centros de salud de la Región de salud cuentan con SEIS y la Sede regional en su depósito de medicamentos cuenta con el sistema LSS SUMA, en el 2017 se implementó el sistema ISTMO para el manejo administrativo de los recursos financieros
- 22. ¿Cuál es el grado de uso de la información para la gestión clínica, (por ejemplo para incrementar rendimientos de salas y quirófanos, adecuar el tipo de servicio a las patologías más frecuentes ingresadas, reducir exploraciones innecesarias o reducir tiempo de hospitalización)?
 - Falta más análisis de información de la gestión clínica para fortalecer la toma de desiciones en todos los niveles.



23. ¿Conoce la existencia de la tele radiología, telemedicina, clínicas virtuales, espirometría y electrocardiografía digital, hospital virtual, expediente electrónico, son utilizados en su región, que beneficios brindan a la población y cuáles son sus debilidades?

Sí es de nuestro conocimiento los servicios de Tele radiología, Telemedicina, Clínicas virtuales, espirometría y electrocardiografía digital, hospital virtual y expediente electrónico; sin embargo, no son utilizados en nuestro centro de salud.

REVISIÓN DE INFORMACIÓN EXISTENTE SOBRE EL INICIO DE LA PANDEMIA Y SOBRE LA ENFERMEDAD COVID-19

El 31 de diciembre del 2019 fue notificado por primera vez en la Ciudad de Wuhan provincia de Hubei ubicada en la República Popular China la ocurrencia de un conglomerado de neumonías de etiología desconocida y que posteriormente la causa de esta neumonía viral se identificó como un nuevo tipo de coronavirus, que es diferente de cualquier otro coronavirus humano descubierto hasta ahora, Esto disparó las alarmas a nivel mundial y en menos de un mes ya se reportaban casos similares en varios países, siendo Italia y España unos de los más afectados con un gran número de muertes por este virus.

La enfermedad por coronavirus COVID-19 es la <u>enfermedad infecciosa</u> causada por este virus y ambos eran <u>desconocidos antes de que estallara el brote en Wuhan</u> (China) en diciembre de 2019. Actualmente la COVID-19 es una pandemia que afecta a muchos países de todo el mundo.

Los principales síntomas del COVID-19 son fiebre, tos seca y cansancio. Otros síntomas menos frecuentes que afectan a algunos pacientes son los dolores y molestias, la congestión nasal, el dolor de cabeza, la conjuntivitis, el dolor de garganta, la diarrea, la pérdida del gusto o el olfato y las erupciones cutáneas o cambios de color en los dedos de las manos o los pies. Estos síntomas suelen ser leves y comienzan gradualmente. Algunas de las personas infectadas solo presentan síntomas levísimos.



La OMS está estudiando las investigaciones en curso sobre las formas de propagación de la COVID-19 y seguirá informando sobre las conclusiones que se vayan obteniendo.

MEDIDAS PREVENTIVAS

La principal forma de propagación de la COVID-19 es a través de las gotículas respiratorias expelidas por alguien que tose o que tiene otros síntomas como fiebre o cansancio. Muchas personas con COVID-19 presentan solo síntomas leves. Esto es particularmente cierto en las primeras etapas de la enfermedad. Es posible contagiarse de alguien que solamente tenga una tos leve y no se sienta enfermo, debido a esto la importancia y el uso obligatorio del tapabocas o mascarilla.

Según algunas informaciones, las personas sin síntomas pueden transmitir el virus. Aún no se sabe con qué frecuencia ocurre. La OMS está estudiando las investigaciones en curso sobre esta cuestión y seguirá informando sobre las conclusiones que se vayan obteniendo.

Practicar la higiene respiratoria y de las manos es importante en TODO momento y la mejor forma de protegerse a sí mismo y a los demás.

Dado que es posible que algunas personas infectadas aún no presenten síntomas o que sus síntomas sean leves, conviene que mantenga una distancia física con todas las personas si se encuentra en una zona donde circule el virus de la COVID-19.

FACTORES DE RIESGO PARA COVID-19

Aunque falta mucha información sobre este tipo de neumonía provocada por el COVID-19, en base a los datos epidemiológicos presentados a nivel mundial y nacional se puede mencionar algunos factores de riesgo que se han evidenciado desde el inicio de la pandemia. Entre estos tenemos:

- Diabetes mellitus tipo II
- Hipertensión
- Cáncer
- Edad mayor de 60 años



- Cardiopatías
- Personas inmunosuprimidas
- Obesidad

En la Región de Salud Panamá Este se detectaron gran cantidad de personas mayores de 40 años con enfermedades crónicas mediante la realización de la estrategia de los CENSOS DE SALUD PREVENTIVA durante el 2018 y 2019, pero muchos de estos pacientes, aunque fueron diagnosticados no fueron a los centros de salud a realizar el debido seguimiento a su enfermedad.

FACTORES PROTECTORES PARA COVID-19

- Estilos de vida saludable
- No fumar
- Hacer ejercicios
- Alimentación baja en grasas y azúcares
- No padecer enfermedades crónicas
- Sistema Inmunológico fortalecido
- Importante: dar prioridad en instalaciones de salud a los controles de crónicos por ser pacientes de riesgo para evitar que lleguen a hospitales en estado de crisis por descompensación de su enfermedad.

MEDIDAS REGLAMENTARIAS Y OPERATIVAS DE PANAMÁ

El Ministerio de Salud desde el mes de enero del 2020, procedió a elaborar varios documentos que pudieran servir de guía a todo el personal de salud de Panamá para enfrentar la posible llegada de este nuevo virus a nuestro país.

Entre los documentos que fueron elaborados y divulgados desde el mes de febrero del 2020 a todos los profesionales de la salud podemos mencionar los siguientes:

- Plan Operativo Nacional del sistema de salud para la prevención y control del nuevo coronavirus.
- 2. Plan de acción ante un brote o epidemia de COVID-19 en el territorio nacional.
- 3. Lista de verificación para obtener el certificado Sanitario de Bioseguridad post COVID-19 para los establecimientos de interés sanitario.



- 4. Guía Sanitaria para las operaciones post COVID 19 de supermercados en Panamá.
- 5. Lineamientos sanitarios generales de Bioseguridad para las instalaciones de salud públicas y privadas, post COVID-19.
- 6. Guía de retorno a la normalidad en la atención del programa para el control de la Tuberculosis en la instalación del MINSA.
- 7. Guía de retorno a la normalidad en la atención de salud Sexual y Reproductiva en la instalación del MINSA.

Cabe destacar que existen muchos más que pueden ser consultados en el sitio oficial del MINSA.

PLAN OPERATIVO NACIONAL DEL SISTEMA DE SALUD PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DEL NUEVO CORONAVIRUS

El Ministerio de Salud en colaboración el Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud (ICGES) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS /OMS), elaboró este plan operativo nacional. Los documentos de referencia tanto el Reglamento Sanitario Internacional 2005, las Normas, Guías y Protocolos establecidas en el país, así como documentos técnicos de OPS/OMS. Además, se inicia la implementación de las medidas de prevención, detección temprana y control de las acciones que permitan brindar la respuesta sanitaria integral necesaria para la atención y protección de la población susceptible de ser afectada por el virus 2019-nCoV, reduciendo las complicaciones y posible mortalidad y procurando limitar la propagación de este nuevo virus en Panamá.

Está estructurado en cinco grandes áreas para la acción:

- Vigilancia Epidemiológica, incluyendo el Control de los Contactos de los Casos Confirmados, el Control de Aeropuertos, Puertos y Cordón Fronterizo y el monitoreo del comportamiento del virus a nivel local e internacional.
- 2. Capacidad de respuesta integral del sistema de salud para la atención de los pacientes,
- 3. Capacidad de respuesta del ICGES para el diagnóstico de laboratorio.



- 4. Promoción, Comunicación de Riesgo y Participación Social.
- 5. Actualización y Capacitación.

CRONOLOGÍA DEL EVENTO COVID 19 EN PANAMÁ

- 9 de marzo 2020: Confirmación del primer caso de COVID-19 en Panamá.
- 10 de marzo 2020: **Primera muerte** fue confirmada en Panamá; el paciente fallecido era el director del Colegio Monseñor Francisco Beckman.
- 11 de marzo 2020: OMS determina en su evaluación que la COVID-19 puede caracterizarse como una pandemia
- 13 de marzo 2020: **Decreto Ejecutivo 472** que declara en Panamá el Estado de Emergencia debido a la Pandemia de Coronavirus en todo el país.

DATOS RELEVANTES

El Ministerio de Salud emite nuevas medidas de movilidad con la finalidad de contener la propagación del COVID-19, como las siguientes:

- Circulación por días de acuerdo con la cédula y al sexo y el uso de mascarillas
- Se establecen excepciones de salida para niños con autismo.
- Se refuerzan las medidas educativas para la prevención del COVID-19 y para el diagnóstico oportuno, generando materiales educativos y artes a ser compartidos con otras instituciones.
- Se continúa estableciendo un marco legal que facilite las acciones en salud como la idoneidad para personal médico, las gestiones administrativas para contrataciones varias.
- Se implementan la línea 169 y la ROSA para el abordaje de los casos y su atención, manejo de los contactos y orientación a la población.



. INFORME DE SITUACIÓN REGIONAL COVID-19 DE LA REGIÓN DE SALUD PANAMÁ ESTE

Debido a la situación actual por la pandemia de COVID – 19, mediante instrucciones brindadas por Organización Mundial de la Salud, el Ministerio de Salud y la Región de Salud de Panamá Este implementa diversas actividades encaminadas, inicialmente a la capacitación del personal de salud, instituciones públicas y privadas, permitiendo esto la divulgación en las diferentes comunidades bajo nuestra responsabilidad.

Con la intervención de los equipos de respuesta rápida se implementan estrategias dirigidas a la captación oportuna de pacientes sospechosos de covid-19 y la toma correcta de muestras representativas que permitan la detección a través de técnicas moleculares del virus.

En todas instalaciones de la región de salud de Panamá Este se conformaron secciones de TRIAGE respiratorio, permitiendo una búsqueda activa de casos, permitiendo la captación e intervención oportuna.

En la Región se están desarrollando, todas las estrategias establecidas en el PLAN OPERATIVO NACIONAL PARA EL CONTROL Y PREVENCIÓN DEL CORONAVIRUS, lo que implica la activación de doce (12) equipos de Respuesta Rápida, para el abordaje inicial y toma de muestras de casos sospechosos, seguimiento de casos confirmados y sus contactos.

Debido al incremento de casos en la región de salud, el número de muestras tomadas a los casos positivos y sus contactos en seguimiento requieren de mayor cantidad de insumos tanto para la toma y envío de muestras, así como los equipos de protección personal de los funcionarios que realizan esta actividad.

Dentro de la estrategia nacional se tiene contemplada, la toma de muestras por parte del personal calificado a fin de poder determinar la extensión de la infección dentro de la población panameña; en la Región de Salud Panamá Este,



esta actividad se ha visto incrementada, en gran parte por el tránsito de personas entre regiones sanitarias, a pesar de existir medidas de estado como lo son: cerco sanitario, cuarentena y selección de individuos que pueden circular basados en género y numeración de cédula.

Teniendo así, equipos de respuesta rápida, que son principalmente de los Centros de Salud de nuestra área, laborando en horarios de jornada ordinaria y extraordinaria, en la captación, atención de paciente, seguimiento y monitoreo de contactos de pacientes confirmados, de la línea de atención 169 (R.O.S.A.), lo que conlleva a un gasto con tendencia al alza, en el renglón de insumos, específicamente Equipos para la protección personal, indispensables para el cuidado y protección del personal que labora, al personal de otras instituciones, que se les brinda a los demás miembros de la Fuerza de Tarea Conjunta, combustible, necesario para la movilización del personal, y de las muestras que se generan producto de atención por demanda espontánea, por visitas realizadas, en la atención de contactos; gastos que incurren en alimentación del personal que labora en el cerco epidemiológico y de los pacientes en apoyo de algunos pacientes en condiciones de riesgo social y económico (alimentos e insumos de protección).

El primer caso presentado en nuestra región fue el 18 marzo, hasta el día de hoy hay un acumulado de 4181 casos de los cuales 4082 han sido leves, 96 moderados y 3 graves con un total de 60 fallecidos. Se han realizado un total de 14,244 pruebas, al 19 de octubre del 2020.

Se activó el COE Regional desde el 10 de marzo, el cual se integró la CSS, la junta técnica, la Alcaldía, representantes de corregimientos, las juntas comunales, estamentos de seguridad (Bomberos, SENAFRONT, SENAN, SINAPROC, Policía Nacional) iglesias y grupos religiosos, clubes cívicos, empresas privadas, líderes comunitarios, voluntarios instituciones regionales

Desde el 3 de julio del presente año el COE Regional pasó a ser el COCYTC Regional, conformado por los mismos participantes del COE Regional, donde se inició la estrategia de trazabilidad; paralelamente, se implementó el centro de llamada regional para el seguimiento de los pacientes COVID-19 positivos y sus contactos, estrategia que fue en colaboración conjunta con la Alcaldía de Chepo.



Actualmente en el Centro de Llamadas Regional del COCYTC se le da seguimiento a todos los pacientes COVID-19 positivos, se les realiza la investigación de cada uno de los contactos tanto familiares como de trabajo que tuvieran contacto estrechos con ellos; se les llama diariamente para saber su evolución ante la enfermedad y de la condición de los familiares que están en casa guardando la cuarentena, a la vez se coordina diariamente la visita por el ERR y el EUT para hacerle la visita para la entrega de medicamentos y alimentación, de haber una complicación en una de las familias de seguimiento se le hace el llamado al ERR en turno para la visita, quienes acuden al sitio, evalúan y disponen si hay que realizar un traslado. La coordinación ha sido efectiva entre el centro de llamada, los centros de salud y los equipos unificados de trazabilidad.

Desde el 13 de agosto se inicia la estrategia en el centro de llamadas de hacer turnos en la tarde en fines de semana, logrando una mayor cobertura en el seguimiento de los pacientes, es decir desde entonces el centro de llamada labora de lunes a viernes de 8:00 a.m a 8:00pm y los fines de semana de semana de 7:00 a.m. a 3:00 p.m.

Cuadro de producción del Centro de Llamadas Regional del COCYTC

Total de pacientes atendidos hasta la fecha	8100 llamadas a pacientes positivos
Total de intervenciones realizadas por	270 llamadas diarias a pacientes
día	activos y seguimientos de contactos que aproximadamente son 675
Total de intervenciones	s realizadas por turno
Turno de 8:00 a 4:00	945 seguimientos de pacientes
	activos y sus respectivos contactos
Turno de 4:00 a 8:00	35 llamadas a pacientes positivos con
	su respectiva investigación de
	contactos
Turno de fin de semana 7:00 a.m. a	270 llamadas diaria a pacientes
3:00 p.m.	activos y seguimiento de los
	contactos que aproximadamente son
	675

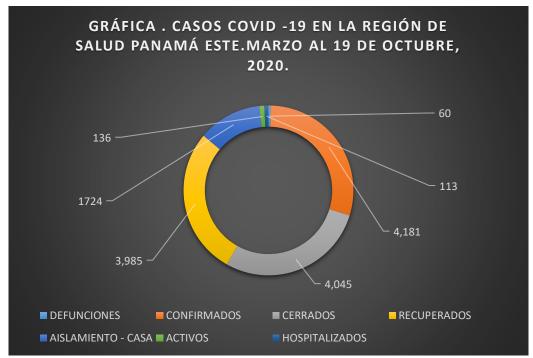
Fuente: Centro de llamadas Regional COCYTC



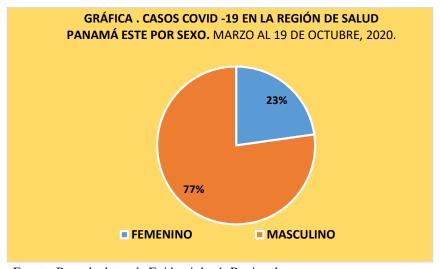
El 25 de agosto inició operaciones el Auto Rápido de Hisopados COVID-19, ubicado frente al Municipio de Chepo, con el objetivo de captar, diagnosticar tempranamente pacientes con COVID-19, dar tratamiento oportuno y realizar la trazabilidad entre los contactos, favoreciendo el aislamiento y la disminución de la propagación en las comunidades bajo nuestra responsabilidad.

La producción del auto rápido desde entonces ha sido de 932 pruebas realizadas, dando como resultado 32 casos positivos, teniendo como estrategia la asignación de un laboratorista desde el mes de septiembre con el fin de diagnosticar inmediatamente a pacientes positivos tanto sintomáticos como asintomáticos e iniciar el proceso de trazabilidad inmediatamente por lo que es de gran importancia considerar el nombramiento de más tecnólogos médicos a nivel regional ya que sólo contamos con 6 tecnólogos y un coordinador regional.





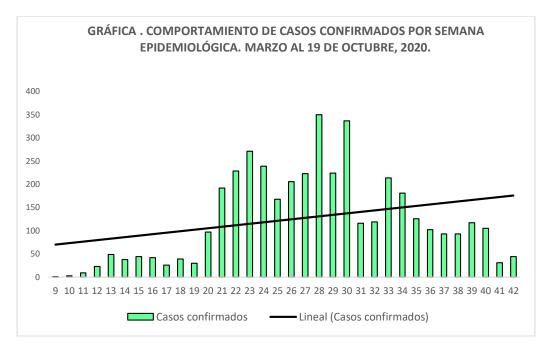
A la fecha se han realizado 14,244 pruebas por COVID-19, reportando 4,181 pacientes confirmados, 3,985 pacientes recuperados, en aislamiento domiciliario 1,724, hospitalizados 113 y 136 pacientes activos a la fecha de cohorte.



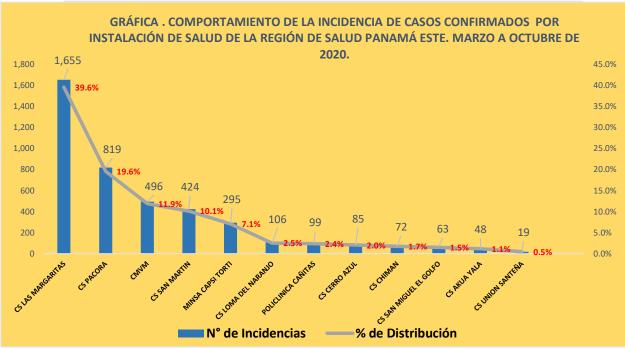
Fuente: Base de datos de Epidemiología Regional

De marzo a octubre del 2019 el comportamiento de casos COVID-19 positivos en la Región de Salud Panamá Este, según sexo se observa que los hombres presentan un porcentaje más alto 77% (11,000) en comparación a las mujeres con un 23% (3,244).

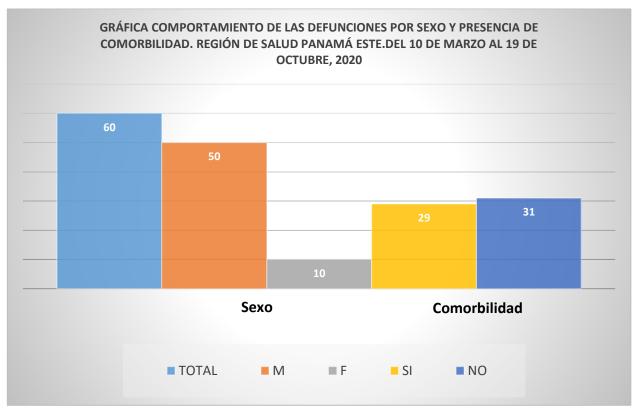




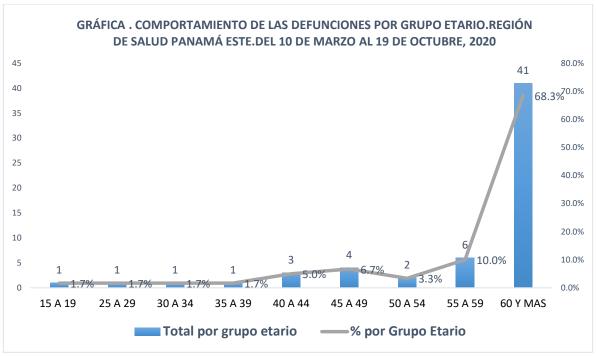
En la gráfica se muestra la tendencia de la epidemia en la región; donde desde la semana epidemiológica 20 inicia el aumento de casos confirmados por COVID-19 tanto al nivel nacional reflejándose en nuestra región, el ascenso obedece a las medidas de flexibilización de movilidad, a la reapertura de algunas de las actividades comerciales, además del brote que para la semana epidemiológica 26 se da el brote en el Centro Penitenciario La Joya, aumentando así la incidencia de los acaso confirmados en la Región de Salud Panamá Este; aunado a esto podemos mencionar que el aumento de caso en la semana 28 pudiera estar relacionada directamente a la apertura del bloque 2, siendo de la región una de las principales fuente de mano de obra laboral a nivel de la capital donde dicha movilización de la población se convierte en un riesgo potencial del contagio de la COVID-19.



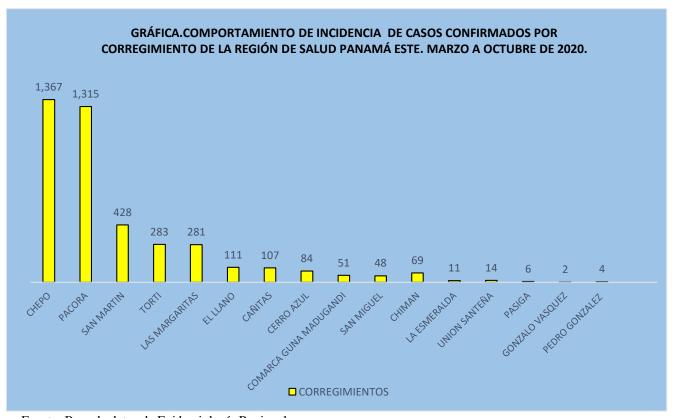
En la gráfica se observa el 39.6% de la incidencia de casos fueron captados en el Centro de Salud de Las Margaritas esto está asociado a que dicha instalación de salud oferta sus servicios al corregimiento de Margaritas y de Chepo Cabecera, siendo las áreas con mayor densidad poblacional donde tenemos por el momento el Policentro de Chepo cerrado desde el 2017; seguido por el 19.6% de incidencias captadas en el Centro de Salud de Pacora, instalación que maneja aproximadamente un 41% de habitantes (51,469) bajo nuestra responsabilidad sanitaria, recordando que la misma es compartida con la Región Metropolitana al igual que las instalaciones de salud de Cerro Azul y San Martín que por la dinámica en la movilidad de su población laboralmente activa potencia el aumento de los casos de la COVID-19 aumentando con esto la demanda de los servicios ofrecidos por el sistema de salud de la Región de Panamá Este por lo que se requiere un recurso acorde a las necesidades en estos tiempos de pandemia.



Las sesenta (60) defunciones de la Región de Salud de Panamá Este, representa una letalidad de 1.4%; predominando el sexo masculino con 50 muertes y el femenino en 10; de estas muertes 29 presentaron un factor de riesgo que empeoraron su condición como la edad, hipertensión arterial, diabetes mellitus, insuficiencia cardiaca, obesidad y tabaquismo, entre otras.

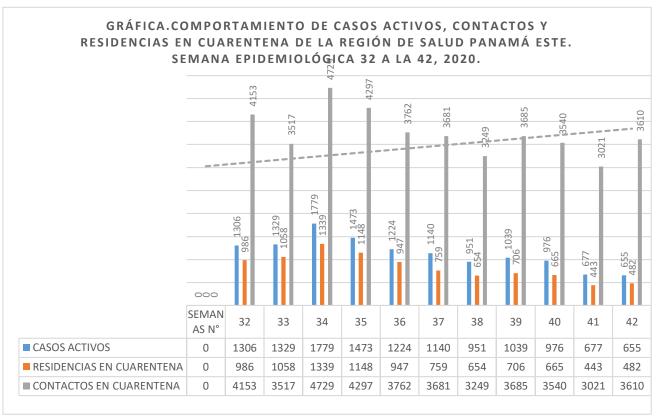


El gráfico muestra el comportamiento de las defunciones por grupos de edad, donde la población con mayor incidencia de muertes en nuestra región fue la de 60 años y más con un porcentaje de 68.3%(41); un 10%(6) en el grupo de 55 a 59 años y en las edades más productivas que van de los 15 a 49 años el porcentaje oscilo entre el 1.7% y 6.7%, los cuales en su mayoría presentaban una comorbilidad que aunado a la enfermedad aumentó la letalidad en ese grupo de pacientes. Al 19 de octubre la Región de Salud Panamá Este marcaba un porcentaje de letalidad del 1.4%



Fuente: Base de datos de Epidemiología Regional

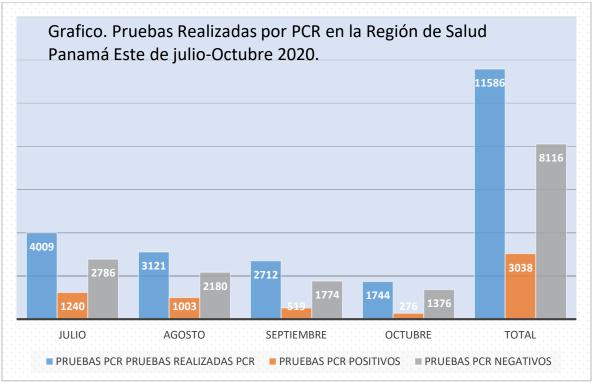
En el gráfico se muestra la incidencia de casos confirmados por corregimiento, donde Chepo (43,272) y Pacora (51,469) reflejan el mayor número de casos, debido a que son los corregimientos con mayor número de población; luego le sigue el corregimiento de San Martín donde la mayoría de los casos fueron en empresas agrícolas ya que los colaboradores trabajan y viven en fincas dentro de los proyectos, y se trasladaban en un vehículo tipo coaster a sus residencias por lo cual mantenían un gran número de contactos estrechos; corregimientos más distantes como Pásiga, Gonzalo Vásquez y Pedro González mantuvieron la incidencia más baja debido a la distancia que mantienen las residencias en esas comunidades.



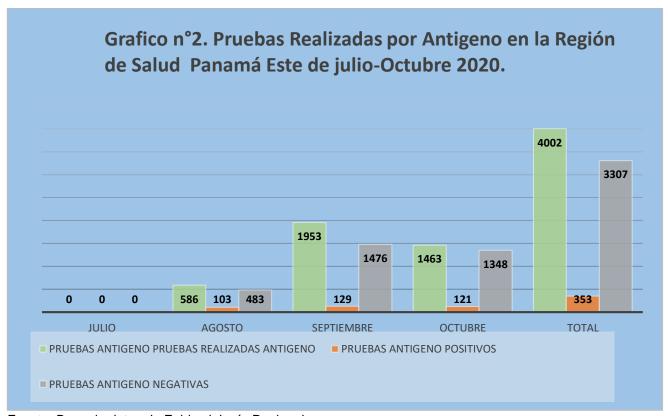
Fuente: Base de datos de Epidemiología Regional

Se puede observar un aumento en la semana 34 y 35 debido a la apertura del bloque 2 dentro de la estrategia de reactivación económica, datos que reflejan el resultado de dicho evento sin embargo el trabajo de los ERR y EUT demuestran que las acciones para mitigar la COVID-19 dan resultado ya que hay una disminución dinámica y progresiva de los casos y con ellos sus contactos, a pesar de la apertura económica de las otras actividades incluidas en el bloque, gracias a la estrategia se observa que el número de casos activos se mantiene.

En las siguientes gráficas se refleja la cantidad de hisopados realizados durante los meses de julio a octubre, tanto de PCR como antígenos, como estrategia para la captación temprana y oportuna de los pacientes COVID-19 sintomáticos y asintomáticos, de julio a octubre se realizaron 5,1150 pruebas de las cuales 11,586 fueron PCR y 4,002 pruebas de antígeno de las cuales 3,391 fueron positivas.



Fuente: Base de datos de Epidemiología Regional



Fuente: Base de datos de Epidemiología Regional

En relación al Rt se realiza a partir de datos extraídos de base de datos de epidemiología regional, que son compilados de la plataforma oficial utilizada para la notificación de eventos de notificación obligatoria (ENO), conocida como Sistema de vigilancia en Salud Pública (SISVIG).

Se realiza cálculo de Rt utilizando plataforma digital en sitio web https://harvardanalytics.shinyapps.io/covid19/.

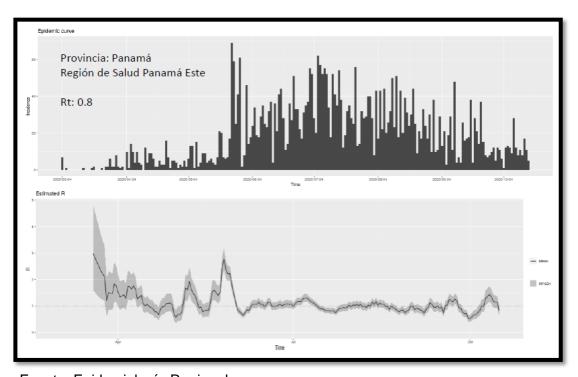
Para el informe presentado, se obtienen valores de Rt, de los corregimientos que presentan mayor número de casos activos hasta el día 18 de octubre 2020 a las 3:00 p.m.



La Región de Salud Panamá Este, tiene como área de responsabilidad los Distritos de

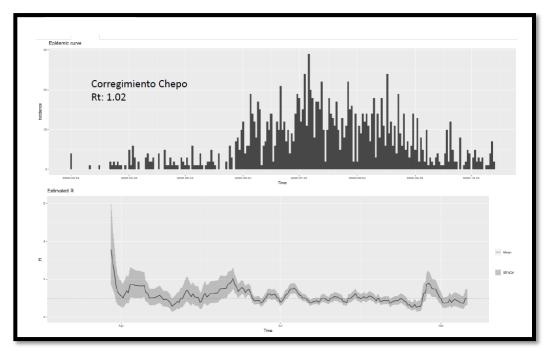
- Chepo
- Chiman
- Balboa
- Panamá (solo corregimiento de San Martín, Pacora (solo desde el río Tataré hasta límite con corregimiento las Garzas, Malengue y Pueblo Nuevo); Cerro Azul.

El rt regional se mantiene por debajo de 1, lo cual nos refiere a que la pandemia dentro de la región se mantiene estable, donde se calcula que, por cada persona infectada,1puede resultar infectado / contagiado.

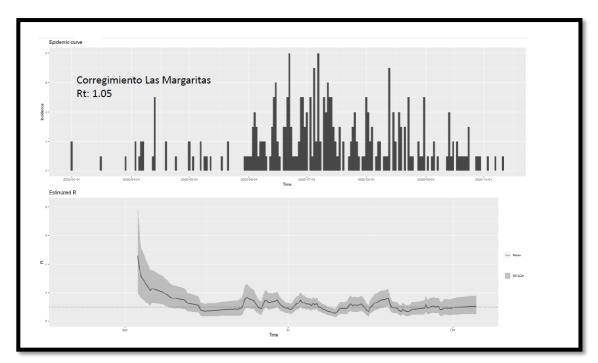


Fuente: Epidemiología Regional



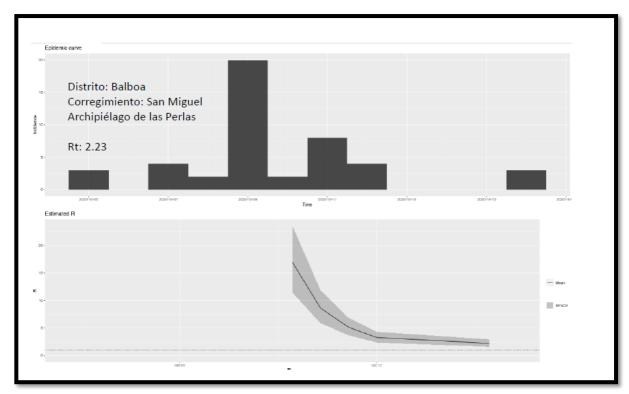


Este valor no excluye el hecho de que se mantienen dentro de áreas específicas, algunos repuntes con una tendencia a la baja en la mayoría de los casos, siendo así, que en el corregimiento de Chepo, se observa un ligero aumento por encima de la línea base (1), donde en semanas anteriores se había mantenido por debajo.



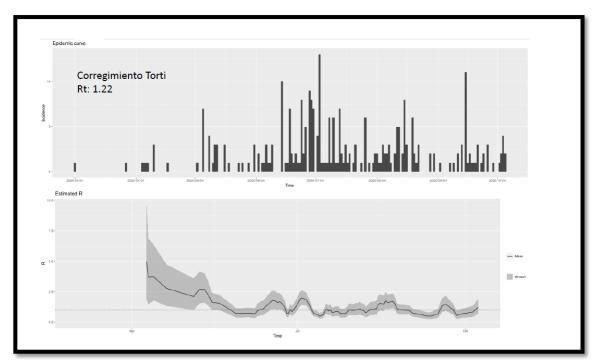
Con respecto al corregimiento de Las Margaritas, mantiene una meseta sostenida a lo largo de las semanas epidemiológicas anteriores, con un muy discreto aumento en el valor Rt. Este corregimiento, se encuentra en cercanías con el corregimiento de Chepo (Aproximadamente a 5 minutos en auto, lo que puede facilitar el tránsito de personas entre las comunidades de Margaritas y Chepo cabecera, lo cual podría explicar este aumento muy leve sobre la línea base.

A pesar de esto, podemos decir que, dentro del corregimiento de Las Margaritas, el comportamiento de la pandemia es estable, al igual que en Chepo cabecera, pero en mayor proporción, sobre este último.

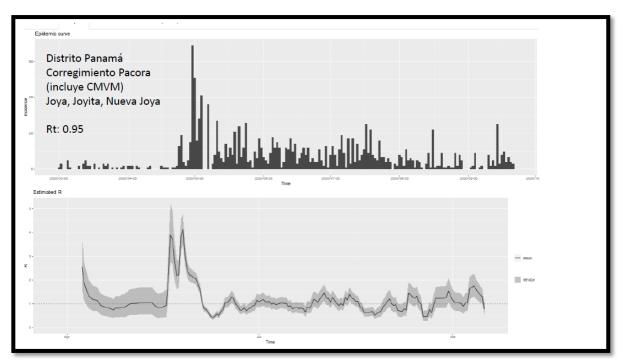


En el distrito de Balboa por ser área insular de la región, se presentan casos dentro de las comunidades de San Miguel, y La Esmeralda, siendo, esta última, de interés ya que a pesar que en la comunidad de San Miguel, mantenemos un Rt individual, elevado, de manera prematura, podemos mencionar que los casos con las medidas actuales regionales /locales, se puede disminuir en la línea del tiempo.

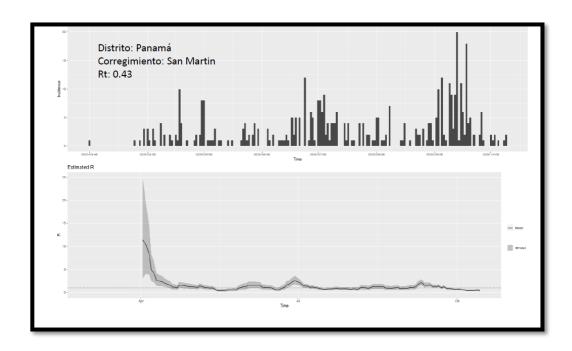
En contraste, con el escenario de la comunidad de La Esmeralda, donde a pesar que tenemos 4 casos detectados, muy probablemente, exista un subregistro, en gran parte por el factor social de la población, y a que sus moradores se muestran en desacuerdo con las actividades de muestreos, monitoreo de la enfermedad a través de las pruebas de laboratorio existentes, incluso, ofendiendo al personal que labora en esta área, según manifiestan los funcionarios que han intentado realizar actividades en esta área.



En referencia al Corregimiento de Tortí, se observa un incremento en las actividades por parte del equipo local del Minsa Capsi, en el muestreo de personas sintomáticas y sus contactos, y una disminución, con tendencia al alza en las últimas semanas, del Rt, en este sector.



Dentro del sector que corresponde a la jurisdicción de la Región de Salud Panamá Este, el corregimiento de Pacora, luego de presentar cifras elevadas de Rt, empieza una bajada progresiva, con tendencia notoria a la baja, el Centro de Salud, a través de su personal intramuro y Equipo de Respuesta Rápida local, se mantiene monitoreando a través del seguimiento, muestreo y aislamiento de los contactos obteniendo así de manera oportuna casos detectado que son oportunamente notificados y aislados.



En el corregimiento de San Martín, hay una tendencia a la baja, que es progresiva, debido a las intervenciones oportunas, en las comunidades y empresas.

FOTOGRAFÍA Nº8:

INSTRUMENTOS DE GESTIÓN

PLANIFICACION REGIONAL Y PROGRAMACION LOCAL

- ¿Con qué frecuencia actualiza su análisis de situación de salud? ¿Quiénes participan y cómo participan?
 - El análisis de situación regional se actualiza cada 5 años, el proceso es coordinado por el departamento de planificación regional y participan los niveles locales, las coordinaciones regionales así como actores comunitarios (instituciones públicas y miembros de la comunidad)
- ¿La planificación regional es participativa?
 Sí, es participativa.
- 3. ¿Quiénes participan? ¿Con qué frecuencia se efectúa este proceso? Participan cada jefe de departamento de la Región de Salud de Panamá Este en acción conjunta con los Directores de los Centros de Salud plantean sus objetivos y planes de acción ante las situaciones de salud que requieren de



una planificación para ser resueltas y así mediante consenso se deciden las acciones a ejecutar según sus prioridades y disponibilidad de recursos.

- 4. ¿Existen procesos de planificación conjunta MINSA-CSS? Cómo se facilitan estos procesos?
 - Sí existen, sobre todo en las áreas de salud pública, vigilancia epidemiológica y vacunación
- 5. Se efectúa programación local conjunta MINSA-CSS? **Sólo en el área de Vigilancia epidemiológica y PAldas**
- ¿Esta programación se realiza sobre la base de un programa de trabajo?
 Sí
- 7. ¿Cuáles son los elementos de este programa?

 Objetivos, metas, responsables, fechas de ejecución y presupuesto.
- 8. ¿La población participa del proceso de planificación sanitaria? ¿Cómo participa? ¿Desde qué momentos?

No. La población no participa del proceso de planificación sanitaria ya que es un proceso que lleva únicamente a nivel participativo de la Región de Salud pero se hace necesario el fortalecimiento de este proceso tomando en cuenta este aspecto

- 9. ¿Cómo y quiénes efectúan la convocatoria para la participación de la sociedad en el proceso de planificación regional y de programación local? N0 aplica
- 10. ¿Cómo se evalúan las metas establecidas? ¿Se dispone de indicadores de evaluación de insumos, proceso y resultados? ¿Quién, Con qué, Cuándo, ¿Cómo se efectúa la evaluación?

Cada actividad planificada en los planes operativos contempla su indicador y su meta los cuales son evaluados trimestralmente por cada coordinado regional responsable en conjunto con los coordinadores de los niveles locales.

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

Sí existen.

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

Sí se utilizan



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

 Se requiere fortalecer este aspecto ya que no se incluyen
- 14. ¿Conoce el sistema de información para la administración logística, el ciclo logístico de nuestra cadena de abastecimiento?
 No.
- 15. ¿Cuáles son los avances en la implementación Sistema de Administración Logística (SIAL)?

Desconocemos

PRESUPUESTACION POR PRODUCTO Y RESULTADO

1. Los presupuestos de funcionamiento e inversión se realizan con base en los objetivos definidos durante el proceso de planificación o en base a los resultados?

Los presupuestos actualmente se realizan a una presupuestación histórica y lo asigna directamente el nivel central, no se toma en cuenta el presupuesto por resultados

- 2. ¿Cuál es la proporción del presupuesto asignada a la atención de la población y cuál a las funciones de salud pública y del ambiente? Se requiere hacer este análisis, no existe una herramienta que nos permita hacerlo en estos momentos ya que actualmente nuestro presupuesto es asignado por partidas en forma global a la región y no desagregado por programas.
- 3. ¿Cuál es el nivel de responsabilidad de los directivos de instalaciones en el proceso de elaboración y seguimiento de presupuestos, rendición de cuentas por resultados de servicios según indicadores cualitativos y cuantitativos de actividades y de calidad? No, se realiza
- 4. ¿Considera usted que reactivar los convenios de gestión son una alternativa para la elaboración del presupuesto por resultados y su evaluación? ¿Qué tipo de convenio sería el más conveniente?
 - Sí consideramos que es una estrategia que podría encaminarnos hacia los presupuestos por resultados
- ¿Se están introduciendo compromisos de gestión entre los diferentes niveles del sistema de atención de salud?
 No
- 6. ¿Cuáles y cómo se ha aumentado el porcentaje del presupuesto de salud para la Salud Pública.



Ha aumentado en rubros como :

MINISTERIO

DE SALUD

Salarios Turnos Extras Insumos medicoquirúrgicos Medicamentos Infraestructura (Proyectos)

INCENTIVOS

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

El único incentivo conocido hasta el momento es el bono de productividad y el mismo no toma en cuenta el desempeño del personal; no existen otros tipos de incentivos

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

No, no responde a criterios de evaluación del desempeño para todos los profesionales. La evaluación debe ser más enfocada a cada disciplina con un enfoque del desempeño según las actividades diarias segregadas por disciplina.

- 3. ¿Cuáles han sido introducidos? Sólo el bono de productividad.
- 4. ¿Para qué categorías de personal? **Personal administrativo y técnico.**
- 5. Se aplican incentivos con base a la productividad o sólo en función de la antigüedad del personal de salud?

No se aplican ni en base a la productividad ni a la antigüedad del personal.

- 6. Se considera qué un sistema de incentivos impactará sobre la relación costobeneficio y costo-efectividad en los servicios de salud?
- Sí, la filosofía del recurso humano es formar parte de una institución para servir a otros, por ende un sistema de incentivos constituye un factor de motivación para mejorar el desempeño y calidad de los funcionarios en el desarrollo de sus actividades con mejores estándares de calidad en búsqueda de la excelencia al beneficio de la población de la responsabilidad.



SISTEMA DE ABASTECIMIENTO Y SUMINISTRO

- 1. ¿Cómo se determinan las especificaciones técnicas por insumo sanitario para los diferentes servicios? ¿Quién las determina? . Las especificaciones técnicas son brindadas y determinadas por el nivel central
- 2. ¿Hay un sistema de inventario para los insumos sanitarios?

 Existe un sistema de Inventario Cíclico Mensual, de igual forma se realizan inventarios tres veces al Año
- Descríbalo ¿Qué estándares se han definido y si se actualizan? ¿Quién y ¿Cómo se definieron?
 N/D
- ¿Cómo se da el proceso de compras, en términos de la competencia?
 ¿Cuáles son sus limitaciones? Cómo puede mejorarse?
 N/D
- 5. ¿Conoce el proceso de compras conjuntas, compras a través de los organismos internacionales?

N/D

- 6. ¿Cómo se evalúan los proveedores y qué mecanismos se aplican para el rechazo de los mismos? **N/D**
- 7. ¿Conoce la existencia de las comisiones evaluadoras para cada uno de los 5 grupos de suministros sanitarios?

SÍ

- ¿Cómo se establecen los acuerdos de pago a proveedores, para cada una de las fuentes de financiamiento (presupuesto regular, autogestión y otras)? N/D
- 9. ¿Cuáles son los mecanismos establecidos para controlar las perdidas y fraudes, se coordina con la Dirección General de Salud y Dirección Nacional de Farmacias y Drogas el procedimiento para el descarte? ¿Son efectivos? ¿Cómo podrían mejorarse?
- a. Los Mecanismo que utilizamos para controlar la pérdida son los Inventarios a Nivel Del Almacén Regional e Instalaciones locales, los cuales se complementan con los Informes de Consumo y los informes de Registro diario.
- b. el proceso de descarte se coordina con La Dirección Nacional de Salud y la Dirección de Farmacias y Droga aplicando el Decreto 249 del 3 de junio de 2008 que dicta las normas sanitarias de disposición final de los Desechos Farmacéuticos y Químicos.



- c. La efectividad se ha visto comprometida por el mismo sistema el cual no cuenta con disponibilidad de Proveedores que cumplan con la Norma para la realización de este proceso, del mismo modo se podría mejorar creando una partida especial para descarte de Medicamentos
 - 10. ¿Conoce la información de los insumos vencidos que brinda en el LSS/SUMA.

Si se conoce la información de los insumos vencidos que brinda el sistema LSS/SUMA.

11. ¿Cómo se articula el sistema de abastecimiento y suministro entre el nivel nacional y regional y entre este último y las instalaciones locales? ¿Cuáles son sus limitantes?

Se articula mediante un cronograma mensual de distribución nacional a las regiones, de acuerdo a la llegada de los insumos programados para el año en curso, luego del nivel regional se realiza un cronograma de distribución mensual a cada centro y puesto de salud regional.

Las limitantes son:

- 1- Recurso Humano calificado tanto técnico como administrativo
- 2- Transporte adecuado para la distribución
- 3- infraestructura adecuada para el almacenamiento
 - 12. ¿Cómo se coordina el abastecimiento y suministro entre la CSS y el MINSA? ¿Qué problemas se destacan? ¿Cómo pueden establecerse mejores acuerdos?

No realizamos abastecimientos y suministros entre MINSA y CSS

13. ¿Los criterios aplicables a la priorización de la compra consideran el perfil de morbi - mortalidad de la población y los principales riesgos a la que está sometida?

Los criterios los realiza el MINSA

- 14. ¿Cómo se realiza la estimación de necesidades de insumos sanitarios? La estimación de los insumos se realiza teniendo en cuenta, los registros de consumo histórico, inventario de existencia, fecha de vencimiento de los insumos, las actividades regionales (giras, censos, japa, programas) de las unidades ejecutoras.
 - 15. ¿Cómo se registra la información de consumo?



La información de consumo se registra llevando el consumo de medicamentos dispensados, por día por mes y por año de cada instalación de salud (en formatos para estos fines).

16. Conoce las modalidades de compra?

Si se conoce las modalidades de compras

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

Si conocemos el manual de buenas prácticas de almacenamiento y los avances en su implementación.

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

Si se han presentado, existe un proyecto de construcción de depósito de medicamentos e insumos medicoquirúrgicos en el Banco de Proyectos del Ministerio de Economía y Finanzas elaborado en 2016.

SISTEMA DE INFORMACION EN SALUD

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

Vigilancia de la salud (SISVIC), Financiamiento (ISTMO), Provisión de los servicios (LSSUMA), SIES, PAI y actualmente el SEIS.Sin embargo, carecemos en nuestro sistema de información de estadísticas vitales, sociales confiables las mismas las obtenemos de fuentes como el INEC y estadísticas nacionales del MINSA, sin embargo falta consolidar la información tanto del CSS y el sector privado además de que la mayor parte de la información no se encuentra desagregada por corregimientos lo que dificulta la confiabilidad en nuestros indicadores

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

La Existente se utiliza de forma efectiva para la toma de decisiones a nivel local.



- 3. ¿Cómo se evalúa la calidad de la información? ¿Quiénes y cuándo se evalúa? ¿Se aplica la auditoria informática?
 - No. No se dispone de un sistema formal y autorizado para la auditoría informática y poder determinar la calidad de la información.
- 4. ¿Qué mecanismos aplica el equipo de salud para analizar la información que surge como producto del sistema? ¿Qué procesos transformadores aplica? ¿Y si es oportuno?
 - Internamente se analiza la información disponible, cuando se detecta alguna alerta o situación que requiere intervención inmediata.
- 5. ¿Se han definido los usos y contenidos de información? ¿Quién los define? Sólo se han definido los usos y contenidos de la información generada por el SIES, SIEEC y PAI como sistemas con plataforma informática formal. Son definidos por las respectivas coordinaciones del nivel nacional.
- 6. ¿Con qué mecanismo establecen los usuarios sus necesidades de información?
 - A través de notas formales dirigidas a los diferentes departamentos y también por visita directa a la región de salud con los actores claves.
- 7. ¿El sistema de información gerencial contempla centro de producción claramente establecidos, que responden a las necesidades y complejidad de la instalación de salud?

No existe un sistema de información gerencial en nuestras instalaciones de salud.

- 8. Contamos con sistemas de información paralelos o un sistema de información único?
- NO, Nuestro sistema de información institucionalmente está desintegrado según diferentes áreas, y si lo vemos desde el punto de vista del sector salud igualmente no existe un sistema de información único.

CATASTRO

EQUIPAMIENTO Y TECNOLOGIA



EQUIPAMIENTO Y TECNOLOGÍA ULTIMO AÑO DISPONIBLE NIVEL NACIONAL Y REGIONAL

Cuadro No.

NUMERO DE CAMAS POR INSTALACION /NUMERO DE CAMAS POR HABITANTE

Nombre de la Instalación	Institución/No. de camas			
	Total	MINSA	CSS	PRIVADO
No. Total de camas	40	0	40	-
•				
•				
•				
•				
•				
•				
•				
No. de servicios de imagenología				
No. De Ultrasonidos	1	1	ı	-
No. De Rayos X	1	1	•	-
No. De Panorex	0	0	•	-
No. De Periapical	0	0	•	-
No. De CAT	0	0	•	-
No. De Mamógrafos	0	0	-	-
 No. De Equipos de resonancias magnéticas 	0	0	•	-
No. de Laboratorios Clínicos	7	5	2	-
No. de Bancos de Sangre	0	0	-	-
No. de Farmacias	14	12	2	-
No. de Sillones Dentales	14	14	-	-
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

Si observamos el número de camas existentes a nivel regional para una población de 137,000 habitantes la cual es nuestra población de responsabilidad observamos que la razón es de 0.0002 camas por cada mil habitantes, es decir existe un marcado déficit en nuestro hospital de referencia.



- Cuáles son los mecanismos establecidos para el reporte de los estudios imágenes realizados?
 - Los estudios son enviados para reporte y el informe presentado 15 días después.
- 2. Qué mecanismos se utiliza para la entrega efectiva de los resultados a los pacientes? Qué porcentaje de estudios realizados no son retirados? Los resultados de los estudios de imagenología son entregados a los pacientes a través de citas las cuales se dan a los 15 días de haber sido realizado el estudio.
- 3. ¿Cuál es el porcentaje del presupuesto de operación destinado a mantenimiento y reparación?
- ¿Cuál es el porcentaje del personal de mantenimiento cuya formación es meramente empírica.
 100 % a nivel de MINSA
- 5. ¿Cuáles son los montos del presupuesto destinados a la adquisición de nuevos equipos?
- 6. Con base a qué criterios se prioriza la adquisición de equipos y de nuevas tecnologías?
 En cuanto a la adquisición de equipos se priorizan por la demanda de atención.

En cuanto a la adquisición de equipos se priorizan por la demanda de atención y por la accesibilidad que tenga la instalación de salud a un hospital de segundo nivel, es decir se trata de mantener el equipamiento básico en la áreas menos accesibles.

FOTOGRAFÍA N°9. FINANCIACIÓN DE LOS SERVICIOS

COMPENSACION DE COSTOS

- ¿Existen convenios de compensación de costos con la CSS en la región y en los hospitales, comente sus experiencias?
 Si existen acuerdos de compensación sin embargo, no se lleva a cabo
 - Si existen acuerdos de compensación sin embargo, no se lleva a cabo este proceso en nuestra Región de salud.
- ¿Qué mecanismos se aplican para el análisis de la información de costos, como se relacionan los costos con la producción, con el rendimiento, los recursos y los resultados? ¿Qué decisiones se toman a partir de este análisis? No se lleva a cabo
- 3. ¿Qué aspectos de la atención sanitaria determinan sus costos? ¿Cómo influyen la tecnología de punta, las decisiones de diagnóstico y tratamiento de los profesionales, en la complejidad de los servicios de salud y duplicidad de los servicios?



4. ¿Las tarifas establecidas responden a los costos reales? ¿Sobre qué bases se estiman? ¿Cómo deben ajustarse?

No, están basados en la situación socioeconómica de nuestras poblaciones, cda instalación de salud establece sus costos

5. ¿Cómo afecta la duplicidad de servicios la compensación de costo? En falta de presupuesto ´para desempeñar acciones en el sector.

FUENTES DE FINANCIACION

1. Se han reducido las brechas en gasto total en salud per cápita y gasto publico per cápita.

Se desconoce

- 2. ¿Qué porcentaje de la atención sanitaria se financia a través del presupuesto público? El 100%
- 3. ¿Cuáles son los aportes de la autogestión en la financiación de los servicios sanitarios? No se realiza autogestión en nuestras instalaciones de salud
- ¿Cuáles son los aportes de la autogestión de los Patronatos y Consejos de Gestión en la financiación de los servicios hospitalarios que gestionan?
 No se realiza.
- El aporte de la atención de salud se fija en función de la capacidad de pago de los usuarios.
 No.
- 6. ¿Cómo funciona el sistema de evaluación socio-económica? ¿Permite la recuperación de costos de acuerdo a los recursos de los usuarios? ¿Qué modificaciones deben realizarse? ¿Se conoce la diferencia entre costos y tarifas?

No se lleva a cabo en los centros de salud

¿Cuál ha sido el impacto de las resoluciones y decretos de gratuidad en su presupuesto? Falta de recursos financieros para sostenibilidad de las instalaciones y los programas de salud.

7. ¿Dentro de su región de salud, a qué población debe subsidiar el Presupuesto del Estado?

Los no asegurados



- 8. El subsidio estatal es garante de la equidad sanitaria? **Contribuye**
- 9. ¿Las donaciones constituyen una importante fuente financiera o generan en ocasiones mayores dificultadas para la organización del sistema? ¿Qué normas deberían regularlas?

No, se dan donaciones en nuestra Región

- 10. ¿Cuáles han sido los aportes técnicos-financieros de los organismos internacionales, empresas privadas u otros? Principalmente en aspectos como el Control de la Malaria y construcción de acueductos en áreas rurales.
- 11. ¿Las tarifas actuales del sistema facilitan la sobre utilización de los servicios de salud y limitan la eficiencia del sistema?

Sí

- 12. ¿Existe información confiable y oportuna sobre gasto público en salud, privado y de bolsillo?
 No.
- Existen recursos para la adquisición, contratación y mejoras de las tecnologías de punta (ancho de banda, servidores, contratación de servicios de internet).

No.

- 14. ¿Quién decide y sobre qué base, el proceso de gestionar, negociar y modular recursos técnicos financieros de diversas fuentes? (responsabilidad social, empresarial a nivel nacional, regional y local). Dirección. Planificación y Administración Regional
- 15. ¿El sector salud está en conocimiento de los marcos legales e institucionales y los procedimientos para obtener recursos de la cooperación externa para el sector salud?

A nivel regional desconocemos.



FOTOGRAFÍA N°10. PROYECTOS DE INVERSIÓN

- 1. ¿Con base en el análisis prospectivo de la red de servicios realizado cuáles son las principales áreas de inversión requeridas para el desarrollo de una red integrada e integral de servicios de salud (RIISS)?
- 2. ¿Qué criterios deben cumplirse para presentar proyectos de inversión? ¿Cuáles de los criterios establecidos por el MEF presentan dificultad debido a su complejidad o a las limitaciones de recursos en la región?
- Los proyectos de inversión deben contar con un estudio de costos y beneficio social, si el monto es igual o mayor a 0.1% (B/. 23.9 millones) del presupuesto general del Estado deberá realizarse estudio de factibilidad.
- En caso de montos menores de 0.1% y mayores de cinco millones de balboas (B/. 5.0 millones) requerirán un documento a nivel de perfil de proyectos.

La formulación a nivel de perfil requiere de consideraciones técnicas para el levantamiento de diseños y cálculos de presupuestos, en nuestra Región de salud carecemos de recurso humano idóneo que realice esta actividad

3. ¿De los proyectos de inversión del año 2015 y los proyectados para el 2016, qué porcentaje apunta hacia los objetivos de mejorar cualitativa y cuantitativamente la red de servicios a fin de lograr una red integrada e integral de servicios de salud (RIISS)? ¿Cuáles fortalecen la estrategia de atención primaria de salud renovada?

Todos los proyectos formulados

- Existen proyectos financiados por medio de la Cooperación Técnica internacional.
 No.
- 5. ¿Cuentan ustedes con un Plan Quinquenal de Inversiones actualizado? **Sí.**
- 6. ¿Consideran que el mismo debe ser revisado y adecuado a las prioridades de sus necesidades y demandas regionales?
 - El plan quinquenal de inversiones es revisado y adecuado a las necesidades priorizadas y a las demandas regionales.



ANÁLISIS DE DESIGUALDADES EN LA REGIÓN DE SALUD DE PANAMÁ ESTE.

Según el análisis de desigualdades presentados en el Atlas de Desigualdades 2015, Panamá presenta diferencias marcadas entre las provincias, especialmente en la dimensión de nivel de vida que evalúa el acceso a servicios básicos, ingresos y empleo; la Región de Salud de Panamá Este no escapa a esas desigualdades las cuales a lo largo de este ASIS regional la hemos podido observar con diversos indicadores como por ejemplo, el IDH, el ingreso promedio percápita, entre otros.

ATENCIÓN PROFESIONAL DEL PARTO VS INGRESO

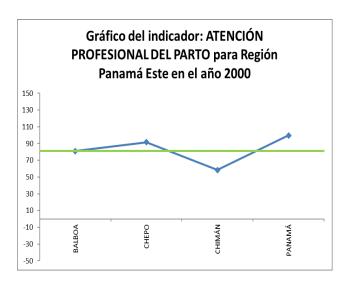
Análisis descriptivo de los valores		
del indicador: ATENCIÓN	2000	2010
PROFESIONAL DEL PARTO		
Promedio	76.97	86.20
Desviación estándar	17.01	18.87
Máximo	91.60	100.00
Percentil .75	93.60	99.85
Percentil .5 (Mediana)	81.00	93.90
Percentil .25	69.65	79.30
Mínimo	58.30	64.70
Rango	33.30	35.30
Número de casos	4	4

Fuente: INEC





Fuente: INEC





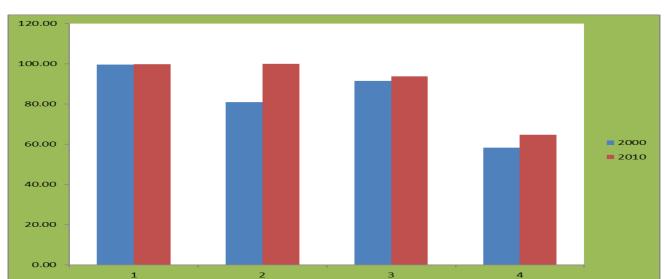


Gráfico Atención Profesional del Parto VS. ingresos por Distrito en la Región de Salud de Panamá Este. Años 2000 - 2010

Fuente: INEC

En la información presentada en los gráficos anteriores podemos observar que de los distritos de la región de Salud de Panamá Este el Distrito de Chimán presenta la mayor desigualdad en cuanto atención profesional del parto e ingresos, evidentemente en nuestra Región este Distrito es el de menor accesibilidad geográfica, y según datos de la Encuesta de propósitos múltiples de los 4 distritos de la región es el que mayor porcentaje de pobreza genera 57.7% y de pobreza extrema (26.5%), el ingreso promedio percápita a

Nivel del Distrito fue de B/ 144.9 para el año 2015. Y en cuanto al coeficiente de GINI este Distrito presenta el corregimiento a nivel regional con el coeficiente más alto, el cual es el Corregimiento de Brujas.

Este análisis nos lleva a reforzar el hecho de las intervenciones a nivel de la Región de salud deben enfocarse en nuestras áreas más vulnerables como lo es el Distrito de Chimán; por lo cual los proyectos sociales deben ser concentrados en esta área con el fin de mejorar las condiciones de vida que influencian nuestros indicadores regionales y a nivel de país.

Bibliografía

- 1. Plan de Gobierno de La República de Panamá 2014-2019.
- 2. Política Nacional de Salud y Lineamientos Estratégicos, 2010-2015. Dirección de Planificación, Ministerio de Salud de Panamá, "2010.
- 3. Funciones Esenciales de La Salud Pública. 2002.
- 4. Lineamiento Metodológico de los Perfiles de los Sistemas de Salud, Monitoreo y Análisis de los Sistemas de Cambio. OPS- USAID.
- 5. Análisis Prospectivo de la Red de Servicios de Salud, Ministerio de Salud de Panamá.

Fuentes Consultadas

Experiencia técnica del personal de:

- Dirección Nacional de Planificación
 - Departamento de Análisis de Situación y Tendencias de Salud
 - Departamento de Planificación de Salud Poblacional
 - Departamento de Planificación de Salud Ambiental
 - Departamento de Registros y Estadísticas de Salud
 - Departamento de Formulación y Evaluación de Presupuesto y Proyectos de Inversión
 - Dirección de Recursos Humanos
 - Dirección de Promoción de La Salud
 - Dirección de Provisión de Servicios de Salud
 - Dirección General de Salud
 - Planificación Regional de las 14 Regiones

