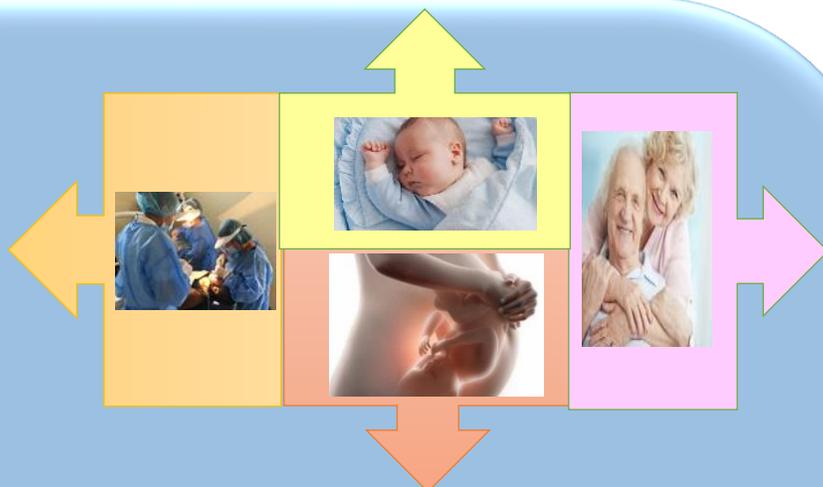




**Salud**  
MINISTERIO DE SALUD  
Panamá



# ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE SALUD DE REGIÓN DE BOCAS DEL TORO 2017

*DIRECCIÓN REGIONAL DE PLANIFICACIÓN  
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD DE BOCAS DEL TORO*

## **AUTORIDADES REGIONALES**

Dr. Daryl Padmore S.  
**Directora Regional**

Dr. Julio Cesar Restrepo  
**Subdirector Regional**

Dra. Thusnelda Cruz  
**Planificadora Regional de Salud**

## **COORDINACIÓN**

Dra. Thusnelda Cruz  
**Jefa del Departamento de Planificación Regional**

## **EQUIPO TECNICO**

Departamento de Registros Médicos. Lic. Marcelo Cargill  
Departamento de Salud Pública. Dr. Abdiel Rodríguez  
Departamento de Provisión de los servicios de salud. Dr. Anibal Ortíz  
Departamento de Promoción de la Salud: Lic. Antonio Holder  
Coordinación de Salud Bucal: Dra. Argelis Wjasky  
Coordinación de Vigilancia Epidemiológica. Dr. Abdiel Rodríguez  
Coordinación de Programa Ampliado de Inmunizaciones: Licda. Marilyn Rodríguez  
Coordinación Regional de Nutrición. Licda. Carolina Samudio  
Coordinación Regional de Laboratorios: Licda. Iliana Pinto  
Coordinación Regional de Farmacia. Lic. Rafael Tejada  
Coordinación Regional de Enfermería. Licda. Nelly de Arosemena  
Jefa regional de recursos Humanos: Sra. Norilen Smith

## **APOYO**

Lic. Richard Davidson  
Apoyo Informático

## **Contenido General de las Fotografías**

### **Fotografía N° 1. El Contexto**

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

### **Fotografía N° 2. Cuál es la demanda y necesidades de servicios?**

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

### **Fotografía N° 3. Caracterización de la Oferta**

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

### **Fotografía N° 4: Satisfacción del Cliente**

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

### **Fotografía N° 5: Red Social**

1. Comités, ONG'S, Clubes Cívicos, Iglesias, Otros

### **Fotografía N° 6: Proyección de la Red**

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

### **Fotografía N° 7: Caracterización del Sistema Regional y Proyecciones**

1. Organización y Funcionamiento

### **Fotografía N° 8: Instrumentos de Gestión**

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

### **Fotografía N° 9: Financiación de los Servicios**

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

### **Fotografía N° 10: Proyectos de Inversión**

ANALISIS DE SITUACIÓN DE SALUD

## INTRODUCCIÓN

El ministerio de salud, Región de Bocas del Toro como autoridad sanitaria tiene el deber de garantizar el cumplimiento de los lineamientos diseñados para el mejoramiento de la salud y el bienestar de la población de nuestra región.

A través el Análisis de la Situación de Salud de Bocas del Toro (ASIS) se busca establecer una priorización de los problemas que aquejan con mayor frecuencia nuestra población, realizar un análisis del perfil epidemiológico y evaluar las determinantes de la salud dentro de todo su contexto, evaluar la demanda y la oferta de los servicios de salud, de manera de poder realizar las intervenciones de manera oportuna sean de nuestra competencia directa o de otras instancias. Lograr un trabajo coordinado con otros sectores para realizar un abordaje integral a los problemas que aquejan a nuestra población.

En el ASIS se busca establecer un diagnóstico actualizado sobre las condiciones de salud de la región en todos sus contextos, analizar a través de los indicadores si la disponibilidad de recursos es adecuada para nuestras necesidades, rediseñar las estrategias sociales y del sector salud de ser necesario. Evaluar las áreas que hay que fortalecer en el sistema, para poder ser más eficientes y mejorar los indicadores de salud. Guiar el desarrollo de las capacidades regionales para las coberturas de atención, el acceso universal la vigilancia epidemiológica y la capacidad de respuesta a las necesidades de nuestra población de una manera más científica midiendo las brechas que existen y no basarla en el resultado de un promedio nacional.

Se entrega este análisis resultado de una exhaustiva revisión de datos e información actual y retrospectiva en nuestra región.

**MINISTERIO DE SALUD  
REGIÓN DE SALUD DE BOCAS DEL TORO  
DEPARTAMENTO REGIONAL DE PLANIFICACIÓN DE SALUD  
ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD**

Datos Generales Históricos de la Provincia de Bocas del Toro

***Generales:***

**Bocas del Toro** es una provincia de Panamá y su capital es la ciudad homónima de Bocas del Toro. Tiene una extensión de 4 5843,9 km<sup>2</sup>, una población de 125,461 habitantes (2010) y sus límites: al norte con el mar Caribe, al sur con la provincia de Chiriquí, al este y sureste con la comarca Ngäbe-Buglé, al oeste y noroeste con la provincia de Limón de Costa Rica; y al suroeste con la provincia de Puntarenas de Costa Rica. La provincia incluye la isla Escudo de Veraguas que se encuentra en el golfo de los Mosquitos y separada del resto por la península Valiente.

***Historia:***

Los europeos llegaron por primera vez a este territorio el 6 de octubre de 1502, durante el cuarto viaje del almirante Colón a América. Desde la época colonial, a partir de dicha fecha, fue parte de la gobernación de Veragua, en 1537 fue parte de la Veragua Real y en 1540 quedó dentro de la Provincia de Nueva Cartago y Costa Rica, cuyos territorios se extendían hasta el este de Honduras.

Se intentaron fundar poblados, pero éstos no duraron más que meses. En 1540 se fundó el poblado de Badajoz, a orillas del río Sixaola, pero fue destruido. En 1560, en la bahía de Almirante se fundó la villa de Castillo de Austria, pero fue abandonada al año siguiente por su ubicación inhóspita y malsana. En 1577, se fundó en las orillas del río Cricamola la Ciudad de Artieda del Nuevo Reino de Navarra, que quedó bajo jurisdicción de la nueva provincia de Costa Rica, pero fue abandonada al año siguiente por las mismas razones.

En 1605 fue fundada en el margen sur del Sixaola, la efímera Santiago de Talamanca por el conquistador Diego de Sojo y Peñaranda, y tuvo cierta prosperidad llegando a ser capital de la nueva provincia de Duy y Mexicanos en 1610, que se extendía desde el Sixaola hasta la isla Escudo de Veraguas, pero en ese mismo año una rebelión indígena encabezada por los cabécar que terminó en una masacre, obligó al abandono de la ciudad y la disolución de Duy y Mexicanos.

Durante el siglo XIX, la zona de Bocas del Toro quedó inmersa en una disputa fronteriza entre Costa Rica y Colombia, debido a interpretaciones de la Real Cédula de 1803, que traspasaba la jurisdicción de la Costa de Mosquitos hasta Escudo de Veraguas, del virreinato de Nueva España al Virreinato de Nueva Granada.<sup>11</sup> Con la independencia del istmo de Panamá (y su posterior adhesión a la Gran Colombia)

y el surgimiento de la República Federal de Centro América, la disputa por Bocas del Toro se hizo más evidente.

En 1836, temiendo la creciente influencia inglesa en el Caribe, Centroamérica proclamó la autoridad en la isla de Bocas de Toro y nombró a Juan Galindo para el establecimiento del distrito de Morazán. No obstante, la República de la Nueva Granada envió dos buques y un destacamento para expulsar a las fuerzas centroamericanas, lográndolo el 18 de diciembre, sin ninguna acción militar. Costa Rica protestó por la acción, considerándolo como una «usurpación», pero temiendo el poderío militar neogranadino se abstuvo de tomar acciones hasta la Separación de Panamá de Colombia en 1903, y permaneció como un reclamo fronterizo.

El 26 de mayo de 1837, la Nueva Granada denominó a Bocas del Toro como un cantón de la provincia de Veragua y en 1843 fue renombrado como territorio nacional, con beneficios tributarios y atribuciones sociopolíticas especiales.<sup>15</sup> En 1850 fue abolido el territorio y fue anexado a la provincia de Chiriquí (luego departamento de Chiriquí). En 1855, el archipiélago de Bocas del Toro, la laguna de Chiriquí y algunos caseríos en el continente fueron agrupados en la comarca de Bocas del Toro hasta 1894,<sup>16</sup> cuando fue convertido en distrito de la provincia de Colón<sup>17</sup>

Pocos días después de la separación de Panamá de Colombia, el 16 de noviembre de 1903, se promovió a Bocas del Toro como provincia de la nueva República de Panamá.

Durante la guerra de Coto fuerzas costarricenses recuperaron brevemente la provincia, llegando hasta la ciudad de Almirante, donde el 6 de marzo se preparaban los últimos detalles para tomar la capital de la provincia, situada en un extremo de la isla Colón, y que aún permanecía bajo control panameño, cuando llegó la noticia de que la lucha había terminado mediante la imposición del fallo White de 1914. Por esa razón los soldados costarricenses concentrados en Almirante fueron trasladados a la vecina provincia de Limón, terminando la ocupación costarricense de Bocas del Toro.

En 1991, un terremoto de escala 7,6 Mw azotó Bocas del Toro y la vecina Costa Rica, causando 79 muertos, 1061 heridos y numerosos daños estructurales. Mediante la Ley No.10 de 7 de marzo de 1997 más de la mitad de su territorio fue asignado a la comarca Ngäbe-Buglé, según fuera impreso en la Gaceta Oficial #23,242 publicada en 11 de marzo de 1997.

La provincia de Bocas del Toro está dividida en cuatro distritos y 30 corregimientos. El 8 de junio de 2015 se crea el nuevo distrito de Almirante, segregado del distrito de Changuinola. El distrito de Changuinola queda dividido en 13 corregimientos a saber: Changuinola cabecera, Guabito, Teribe, El Empalme, Las Tablas, Cochigró, Las Delicias, La Gloria, Finca 60, Finca 6, Barriada Cuatro de Abril y Finca 30 y El Silencio, tiene 240 centros poblados. El distrito de Almirante se divide en 6 corregimientos a saber: Almirante cabecera, Valle de Aguas Arriba, Valle de Riscó,

Nance de Riscó, Barrio Francés y Barriada Guaymí. El Distrito de Chiriquí Grande está conformado por cinco corregimientos: Bocas del Toro, Bastimentos, Cauchero, Punta Laurel, Tierra Oscura y el Distrito de Chiriquí Grande conformado por seis corregimientos: Chiriquí Grande (capital), Bajo Cedro, Miramar, Punta Peña, Punta Róbalo y Rambala, cuenta con 70 poblados.

**ALGUNAS CARACTERÍSTICAS DE LA DIVISIÓN POLÍTICA-ADMINISTRATIVA  
EN LA REPÚBLICA DE PANAMÁ, SEGÚN PROVINCIA, COMARCA  
INDÍGENA Y DISTRITO: AÑO 2016**

Provincia, comarca indígena y distrito	Cabecera de provincia y distrito	Año de creación (1)	Número de corregimientos (2)	Número de lugares poblados	Población estimada al 1/7/2016	Superficie aproximada (en Km <sup>2</sup> ) (3)	Habitantes por Km <sup>2</sup> Año 2016
<b>REPÚBLICA</b>	<b>Panamá</b>	<b>1903</b>	<b>655</b>	<b>12,718</b>	<b>4,037,043</b>	<b>74,177.3</b>	<b>54.4</b>
<b>Bocas del Toro</b>	<b>Bocas del Toro</b>	<b>1903</b>	<b>30</b>	<b>491</b>	<b>160,994</b>	<b>4,657.2</b>	<b>34.6</b>
Bocas del Toro	Bocas del Toro	1855	5	101	19,855	430.7	46.1
Changuinola	Changuinola	1970	13	224	98,334	2,221.6	44.3
Chiriquí Grande	Chiriquí Grande	1903	6	76	13,266	210.0	63.2
Almirante	Almirante	2015	6	90	29,539	1,794.9	16.5

### **Áreas protegidas:**

*La provincia de Bocas del Toro cuenta con Parques, reservas, bosque y humedales dentro de sus áreas protegidas, las cuales son competencia del Ministerio de Ambiente.*

Distrito de Bocas del Toro:

- Isla de Bastimento (Parque Marino)
- Mimitimbi (Reserva Hídrica Municipal)
- Playa Bluff (Reserva Municipal)

Distrito de Changuinola:

- Palo Seco (Bosque Protector)
- San San Pond Sak (Humedal de Importancia Internacional)
- La Amistad (Parque Internacional)

### ***Economía:***

Ciertamente la geografía y la cultura han influido las relaciones de producción en la provincia de Bocas del Toro:

**Agrícolas en tierra firme:** Changuinola, Almirante, Guabito y Chiriquí Grande con población mayoritariamente indígena y cuyo principal cultivo es el banano que registra un gran aporte económico al istmo en cuanto a exportación, principalmente a Estados Unidos y Europa;

**Turística de servicios en el archipiélago:** Bastimentos y Bocas Isla también llamada Isla Colón, con población latina - afroantillana, cuya economía se basa en el turismo, los servicios y la pesca.

### ***Cultura y tradiciones:***

#### Bailes

Los principales bailes folklóricos son los de origen afro-antillano e indígena.

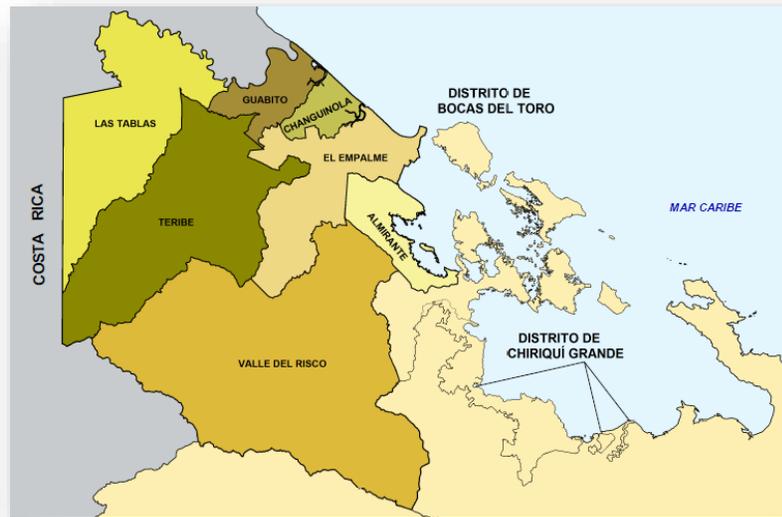
Los bailes más destacados que podemos mencionar son el de las Cuadrillas Antillanas, el baile Calidonia, el Palo de Mayo; además bailan ritmos de soca y calipso. Al bailar calidonia, polca y cuadrilla antillana se usan vestidos de salón y en los ritmos calipso, congas y Palo de Mayo se llevan atuendos afroantillanos.

#### Letras

Oriundos de esta provincia panameña son los escritores José María Sánchez Borbón (cuentista), Tristán Solarte (novelista, poeta, cuentista), Consuelo Tomás (poetisa y cuentista), Eyra Harbar (poetisa) y Magali Almengor Araúz (cuentista) ganadora del Concurso de Literatura Infantil Medio Pollito 2004, en la categoría jóvenes y adultos, por su obra *Thamy, la oruga*; organizado por el INAC.

### ***Localización:***

La Provincia de Bocas del Toro está ubicada entre las siguientes coordenadas: 9° 20' 26" N, 82° 14' 26" W y con una densidad de población de 27 02 hab/km<sup>2</sup>.



El español es el idioma oficial pero el inglés es bastante hablado. Además el ngöbe-buglé también es ampliamente usado entre los indígenas y, en menor medida, el gali-gali y el patois.

La moneda de Bocas del Toro es el balboa (PAB). Bocas del Toro es una de las nueve provincias de Panamá. La religión mayoritaria en Bocas del Toro es la católica.

## Composición de la Población de Bocas del Toro

Como consecuencia de circunstancias históricas, la población de la región está constituida por diversos grupos humanos:

### A. Grupos no Indígenas:

#### 1. Grupo Hispano-Indígena:

Constituye uno de los grupos humanos de mestizaje más importantes. Su actividad económica se desarrolla en todas las áreas, con especial énfasis en la agricultura, la ganadería y el comercio.

#### 2. Población Afroantillana:

Son los descendientes de los trabajadores antillanos de habla francesa o inglesa que llegaron a Panamá principalmente durante la construcción del Canal, traídos primero por los franceses y luego por los norteamericanos. Se les localiza mayormente en las áreas de tránsito (ciudades de Panamá y Colón) y en la provincia de Bocas del Toro. En el siglo 19, algunos aristócratas ricos que buscan establecerse en la provincia de Bocas del Toro, llegaron con un gran número de esclavos negros de los EE.UU. Colombia, San Andrés y Providencia. Sin embargo, cuando se abolió la esclavitud en 1850, los negros se quedaron y comenzaron a ganarse la vida como pescadores y agricultores de subsistencia. Hacia el final del siglo 19, los negros de Jamaica se unieron a ellos ya que la industria bananera de la provincia comenzó a desarrollarse.

#### 3. Otros grupos étnicos:

Están constituidos por pequeños grupos que, por su número, solo permiten su clasificación como "Colonia". De ellas, la de mayor antigüedad es la china, que llegó al Istmo durante la construcción del Ferrocarril Transístmico en 1850 y posteriormente desplazándose muchos a la provincia de Bocas del Toro. Los árabes atraídos por el auge comercial en la provincia. Otros grupos lo constituyen centroamericanos, que llegaron a la provincia atraídos por el auge comercial por la compañía bananera. Se dedican a actividades económicas relacionadas con el comercio y los servicios.

### B. Grupos Indígenas:

#### 4. Ngäbe:

Anteriormente denominado "Guaymíes". Se ubican, principalmente, en la Comarca Ngäbe-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 por ciento (260,058 personas) del total de la población indígena censada en el 2010. La investigación también determinó que el 25.4 por ciento de los Ngäbes;

de 10 años y más de edad son analfabetas. La edad mediana se situó en 16 años y el promedio de hijos tenidos por sus mujeres se determinó en 3.0.

#### 5. Buglé:

Antes se denominaban “guaymíes”. Están ubicados, principalmente, en la Comarca Ngäbe-Buglé, formada de la segregación de tierras de las provincias de Chiriquí, Bocas del Toro y Veraguas, representan el 6.0 por ciento (24,912 personas) del total de la población indígena censada en el 2010. La investigación también determinó que el 23.5 por ciento de los Buglés de 10 y años más de edad son analfabetas. La edad mediana se situó en 18 años y el promedio de hijos tenidos por sus mujeres se determinó en 2.8.

#### 6. Naso/Teribe:

Se encuentran a orillas de los ríos Teribe y San San en el corregimiento de Teribe (provincia de Bocas del Toro). Según el Censo de 2010, representan aproximadamente el 1.0 por ciento del total de la población indígena (4,046 personas).

Se determinó que el 7.5 por ciento de la población con 10 y más años de edad es analfabeta, su edad mediana fue establecida en 20 años y el promedio de hijos tenidos por sus mujeres es 3.2.

#### 7. Bri Bri:

Se le ubica a orillas del río Yorkín en Bocas del Toro. En 1911 se planteaba que, por su reducido número en el territorio nacional, debían considerarse como costarricenses, ya que en Panamá no tenían la condición tribal ni numérica de los otros grupos indígenas. Sin embargo, en el último Censo (2010) representan aproximadamente el 0.3 por ciento del total de la población indígena, reportó una población de 1,068 habitantes, con una mediana de edad de 28 años. En cuanto a la población analfabeta, el censo reveló que representó el 10.0 por ciento de la población de 10 y más años de edad y el promedio de hijos tenidos por sus mujeres se determinó en 2.5.

## **BOCAS FRUIT COMPANY**

Michael Theodore Snyder se casó en 1890 con Seveline Elizabeth Matthews, y vivían en una casa de madera de dos pisos en la ciudad de Bocas del Toro, cuando Bocas todavía estaba inundada de mar y enfermedades.

La ciudad se había expandido sobre un manglar pantanoso y malsano, donde los edificios se conectaban por pasadizos angostos sobre el agua. El terreno incentivaba la malaria y la fiebre amarilla, entre otras enfermedades.

Tal vez no era el mejor sitio para vivir, pero sí para hacer negocio. Snyder había fundado, junto con sus hermanos Charles Louis y Joseph Alfred, la Snyder Brothers Banana Company, que tuvo sus sembradíos de banano a lo largo de la Laguna de Chiriquí, en Cricamola, Chiriquí Grande, Robalo, Uyama, Caucho y Monkey Cay.

Muy pronto dejarían de estar solos. Los Snyder decidieron unirse a Minor C. Keith, que ya tenía un imperio bananero en Costa Rica, para continuar la producción y venta de la fruta. Bocas creció a la par del negocio bananero y otros grupos económicos comenzaron a interesarse en la actividad. Uno de ellos fue la United Fruit Company (UFC).

La UFC se formó en 1899 de la fusión de la Boston Fruit Company y las compañías de Minor C. Keith. Ese mismo año, la UFC también compró la compañía de los hermanos Snyder. Fue así como empezó la actividad de la transnacional estadounidense en Panamá.

La principal fuente de ingresos surgía de las fincas de banano y los servicios asociados a las fincas. Desde el principio del siglo 20 la historia de la producción de banano en Panamá básicamente coincide con la historia de United Brands la cual de alguna forma u otra ha estado presente en Panamá desde 1899.

Originalmente se llamaba United Fruit Company pero en 1970 cambió su nombre a United Fruit Brands y luego nuevamente, para sacar provecho al renombre de su marca Chiquita, cambio su nombre a Chiquita Brands International en 1990 y ahora se le conoce como Bocas Fruit Company. Para los locales en Bocas es simplemente "la compañía" o como vernacularmente la llaman "Mamita Unai". Debido a la naturaleza del producto y la extensión de las fincas, miles de hectáreas; las fincas de banano se establecían en la mitad de la nada. La selva era domada y eliminada para darle espacio a miles de tallos de banano y edificios e infraestructura hasta que eventualmente había un pueblo en la mitad de un mar de verde; oro verde como se le dice a los bananos. En Bocas del Toro la compañía construyó ferrocarriles, puertos, y bodegas para procesar y exportar bananos. Establecer una operación de este tamaño definitivamente requiere grandes cantidades de personal de todos los niveles de forma que la compañía importaba ejecutivos y sus familias para que administraran las operaciones de las fincas de banano. La compañía inmediatamente se convirtió en el empleador más grande y básicamente el único empleador de la región. Los ejecutivos literalmente eran reclutados e importados a Bocas y muchas de las otras plantaciones de United Brands. La sede de la compañía se estableció en Changuinola, un pueblo creado para cubrir las necesidades de los bananeros. Antes de que llegara United Fruit Company, Bocas era una región olvidada de Panamá con una pequeña población de pescadores y agricultores de subsistencia. En adición a construir las facilidades para llevar a cabo sus negocios, la compañía también tuvo que construir pozos, sistemas de alcantarillados, instalar facilidades para la generación eléctrica, para telefonía y una red vial para que el área fuera vivible para los trabajadores y sus familias. Cientos de unidades habitacionales se construyeron para trabajadores inmigrantes de otras

provincias, los indígenas e incluso otros países, los cuales vinieron a aprovechar las oportunidades de trabajo en este nuevo pueblo. Muchos de los sistemas originales para necesidades básicas instalados por United Fruit Company aún están en uso, por ejemplo los sistemas de alcantarillado y las generadoras de electricidad. El gobierno autorizó un pago a Bocas Fruit Company en concepto de electricidad producida a través de sus generadoras para brindar electricidad a Almirante y Changuinola. De forma tal que la infraestructura creada por United Fruit aún está siendo utilizada aunque en ciertos casos ya ha revertido al gobierno nacional.

### **Decadencia en Bocas, auge en el Pacífico**

Entre 1930 y 1940, la producción de banano en la provincia de Bocas del Toro llega a sus niveles más bajos debido a la aparición de la sigatoka. El personal clave y de alta jerarquía administrativa fue trasladado desde Bocas hacia las nuevas divisiones

de la



empresa ubicadas en el lado Pacífico panameño. Otra parte se fue a Golfito, en Costa Rica.

El primer embarque de fruta se hizo el 22 de enero de 1929 hacia San Francisco y constó de 750 racimos de banano. A medida que crecían las exportaciones y aumentaba la población en Puerto Armuelles, en las áreas de las fincas se levantaban barracas y se nombraba a las fincas con nombres de árboles del lugar, como Nispero, Palo Blanco, Baco, Balsa y Guayacán, entre otros.

La actividad disminuyó durante los años de la II Guerra Mundial, ya que dejó de plantarse banano para cultivar cáñamo de Manila, una planta biológicamente similar al banano, pero que se utilizaba para producir fibras para sogas.

Más de 70 años después de esos primeros viajes exploratorios a Chiriquí y del establecimiento de la empresa en el Pacífico panameño, la transnacional, hoy Chiquita Brands Company, decide vender sus activos de la subsidiaria Puerto Armuelles Fruit Company (PAFCO).

Chiquita, por su parte, aún opera las poco más de seis mil hectáreas en donde cultiva banano en la provincia de Bocas del Toro.



## Fotografía N° 1. EL CONTEXTO

PRINCIPALES PROBLEMAS POLÍTICO-ECONOMICO-SOCIO CULTURAL Y DE GÉNERO DE LA REGIÓN.

### 1. La Postergación Social

Bocas del Toro sigue siendo calificada como una de las provincias con un mayor crecimiento poblacional, en la actualidad es la provincia con mayor crecimiento anual 2.8% en el país con una gran extensión territorial y de difícil acceso geográfico, económico y socio – cultural.

2. **Predominio de grupos poblacionales con alto grado de analfabetismo**, bajo poder adquisitivo y concentración de grandes núcleos de población en condiciones de pobreza extrema, hacinamiento y pobres condiciones de vivienda. A pesar de los programas de transferencia económica que benefician a nuestra población, posiblemente no se están priorizando las áreas con indicadores socio-económicos de mayor riesgo.

### 3. Déficit de Recurso Humano

Determinado por la falta de descentralización en la gestión de recursos humanos, carencia de personal en salud calificado en el mercado laboral; aunado a incentivos insuficientes para la permanencia de los profesionales de salud, dentro del Sistema Regional de Salud de Bocas del Toro. En la actualidad las proveedoras de servicios competimos por el RRHH en las áreas apartadas. La inequidad existente en la distribución del RRHH, impide alcanzar metas mínimas de salud en la región. Hay provincia con menor

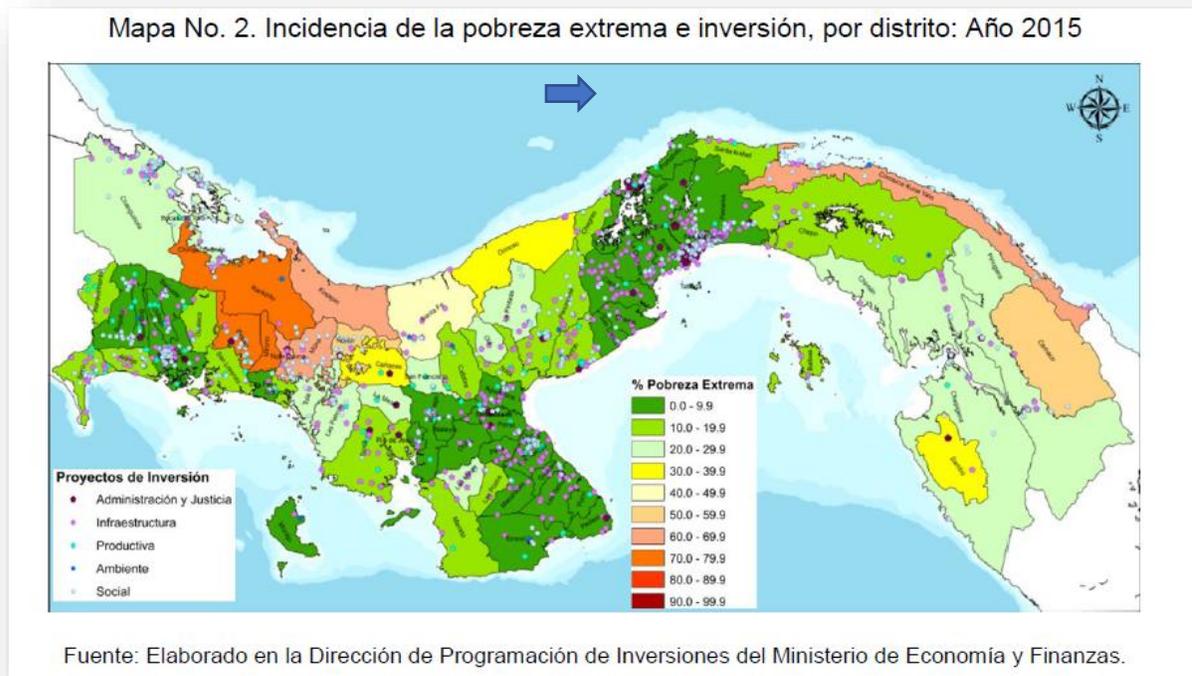
población de responsabilidad y cuentan con mejores indicadores de densidad de profesionales por población.

#### 4. Pobre Coordinación entre las prestadoras de servicios de salud

En general la Red de atención de los Servicios Públicos de Salud, no responde a las necesidades de la región, para dar respuesta a la creciente demanda de atención; en detrimento de las funciones de vigilancia en Salud Pública y coberturas de programas preventivos, que deben desarrollar el Ministerio de Salud y la Caja de Seguro Social. Siendo esta provincia una de las provincia que presenta una alta incidencia porcentual de Pobreza General, como se muestra en la Gráfica N°3, del MEF.

Fuente Ministerio de Economía y Finanzas

La pobreza general de la provincia de Bocas del Toro disminuyo en un mínimo

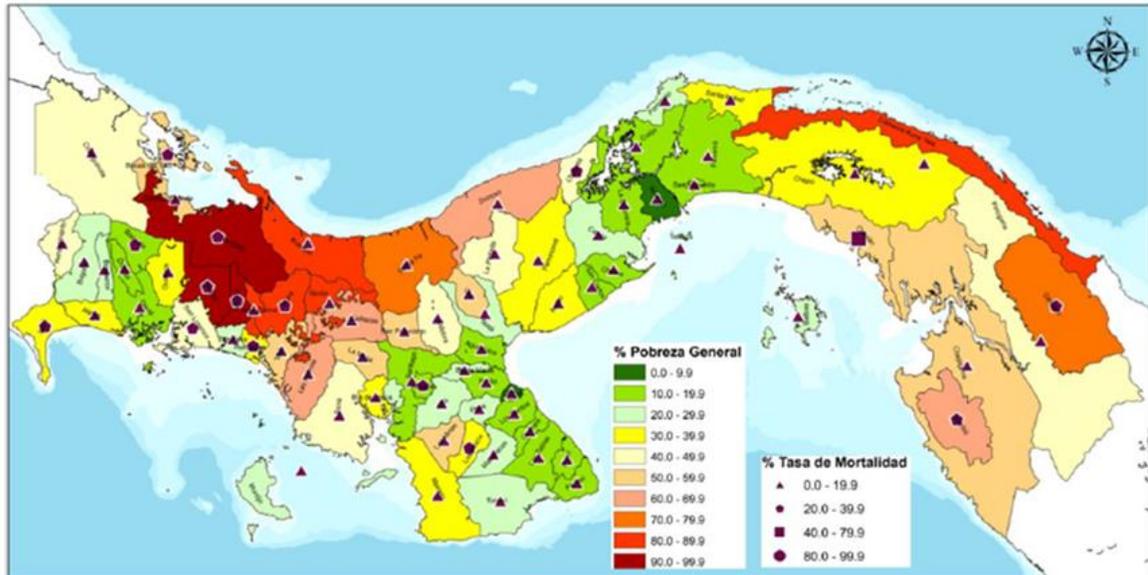


porcentaje del 2011 al 2015 e igual sigue distante del Porcentaje de Pobreza General Nacional. Siendo después de las comarcas la provincia con índices más elevados en la pobreza general.

Si realizamos una evaluación de los resultados de los cruces entre inversión, pobreza y otras manifestaciones de bienestar, estos proporcionan información valiosa que generarán e indicarán áreas que merecen mayor atención y estudio. La provincia de Bocas del Toro en los distritos de Bocas del Toro 29.3 % y Changuinola presenta una Pobreza Extrema 21.2 % y el distrito de Chiriquí Grande 25.8 %. Los

Proyectos de Inversiones realizadas en la provincia son infraestructura y sociales principalmente, en menor grado los de producción.

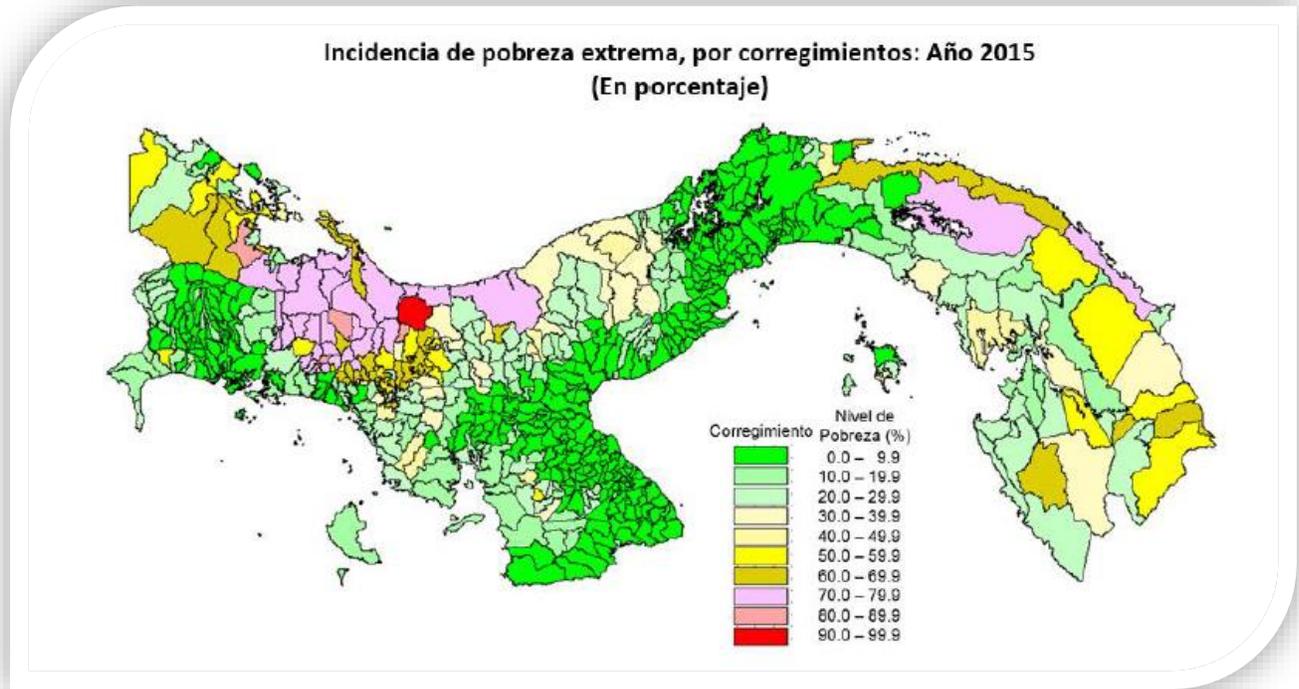
Mapa No. 4. Incidencia de la pobreza general y tasa de mortalidad, por distrito: Año 2015



Fuente: Elaborado en la Dirección de Programación de Inversiones del Ministerio de Economía y Finanzas, con datos del mapa de pobreza 2015 y datos de tasa de mortalidad del Instituto Nacional de Estadística y Censo.

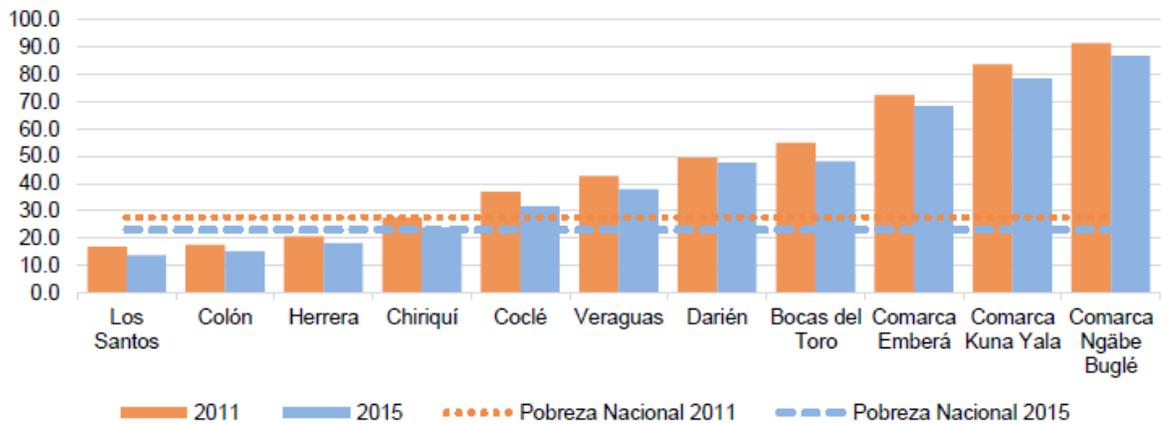
El distrito de Changuinola presenta una Pobreza General de 44.6 % con una TMI de 19.4, Chiriquí Grande 52.6 % el más alto de la región con una TMI de 11.3 y el distrito de Bocas del Toro 52.1% con una TMI de 20.5. Esta tasa es por 1,000 nacidos vivos. Si realizamos una evaluación de los resultados de los cruces entre inversión, pobreza y otras manifestaciones de bienestar, estos proporcionan información valiosa que generarán e indicarán áreas que merecen mayor atención y estudio.

Tomando salud como ejemplo, los resultados de pobreza y la falta de acceso a servicios básicos, a un cierto nivel, se ve reflejado en las tasas de mortalidad. El siguiente paso es estudiar éstas, para expandir los conocimientos sobre cuáles políticas públicas y sociales tienen mayor éxito y donde hay puntos de entrada para mejoras.



Fuente Ministerio de Economía y Finanzas

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



En la incidencia de pobreza extrema por corregimientos podemos ver que los más afectados en el Distrito de Almirante son Valle Risco (P.G. 88.2% P.E. 68.2%), Nance Risco (P.G. 84.3% P.E. 62.6%), Valle de Agua Arriba (P.G. 84% P.E. 60.3%),

En el Distrito de Changuinola los más afectados son los corregimiento: Las Delicias (P.G. 84% P.E.56.6%), La gloria (P.G.82.3%P.E.56%), Cochigró (P.G.81.4% P.E. 52.9%).

En el Distrito de Chiriquí Grande están más afectados los corregimientos de Bajo Cedro P.G. 83.5% P.E. 59.9%, Miramar P.G. 76.8% P.E.53.7%, Punta Robalo P.G.58.9% P.E. 25%.

En el Distrito de Bocas del Toro el corregimiento de Cauchero P.G. 82.5% P.E. 54.9%, Tierra Oscura P.G. 77.3 P.E 53.3%, Punta Laurel P.G.74.6% P.E. 52.9%.

PROPORCIÓN DE PERSONAS EN CONDICIÓN DE POBREZA EXTREMA Y GENERAL EN BOCAS DEL TORO, MARZO 2015 Y 2016 (en %)		
Provincias	2015	2016
	Pobreza General	Pobreza General
<b>TOTAL</b>	<b>23.0</b>	<b>22.1</b>
<b>Bocas Del Toro</b>	<b>48.1</b>	<b>47.1</b>

Fuente: MEF

La pobreza General para el 2016 fue de 47.1 para la provincia evidenciando una disminución de 1 %.

## PRIORIDADES IDENTIFICADAS

Analizados los indicadores socio – económicos, y los patrones culturales de la población de responsabilidad, podemos hacer la priorización de las acciones necesarias, para lograr estrategias más efectivas, eficientes y oportunas de atención, prevención y rehabilitación. Significando esto mejora en los indicadores de salud y socioeconómicos de la región.

- Realizar un análisis de desigualdad para detectar los corregimientos y distritos más vulnerables, con mayor riesgo de salud, para diseñar las estrategias de intervención en estas áreas, actualizado.
- Revisar y utilizar los Mapas de Pobreza y desigualdad en Panamá publicado por el MEF, para detectar cuales son los distritos y corregimientos con brechas de pobreza y pobreza extrema en nuestra región.
- Fortalecimiento a través de la coordinación interinstitucional de la RISS en la provincia de Bocas del Toro y la Provincia de Chiriquí, para lograr una atención oportuna, eficiente y de calidad en los instalaciones de Salud
- Revisión de los indicadores utilizados por las Prestadoras de Servicios en la Estrategia de la Cobertura de Extensión, para lograr una atención integral y equitativa a los grupos más postergados y vulnerables en la Región de Bocas del Toro. Hasta considerar la eliminación de las misma.

- Cumplimiento con lo descrito en los Convenios de Compensación de Costo, para lograr una armonía entre las proveedoras de servicios en la región.
- Cumplimiento de las normativas de los programas de atención en la Región de Bocas del Toro para mejorar la calidad de atención y la prevención en el sistema de salud.
- Promover la utilización de las plataformas con que cuentan nuestras instituciones, para mejorar la calidad de atención e innovar en salud con la metodología que nos ofrece cada una de ellas.

**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.**

Aspectos Políticos Prioritarios: Déficit Público, la deuda externa y excesiva centralización:

La deuda externa entre cada gobierno va en aumento en nuestro país, los recursos van a estar más limitados en todas las áreas incluyendo salud. El Ministerio de Salud adquiere los dineros del presupuesto general de la nación, teniendo que competir con los otros ministerios para lograr presupuestos suficientes para su funcionamiento y sus inversiones, el mismo siempre sufre recortes afectando todas las programaciones del sector salud, teniendo que priorizar. Otra situación es la estructura programática del Ministerio de Salud al cual le toca atender responsabilidades de otros Ministerios afectando el presupuesto para sus funciones esenciales. Es importante proponer una nueva estructura programática para lograr mejores resultados.

Para la adquisición de equipos que no sean médico quirúrgico, tienen que ser adquiridos muchas veces por redistribuciones presupuestarias de funcionamiento, en el nivel local o regional.

El proceso centralizado para el manejo de algunos objetos de gasto de nuestro presupuesto como: medicamentos, médico quirúrgico etc., ocasiona desabastecimientos en algunos momentos y en otros momentos tenemos que recibir insumos algunas veces innecesarios a destiempo y con fechas de vencimientos próximas a vencer, ocasionando sobreabastecimiento y vencimientos respectivamente.

#### INEFICIENCIA ADMINISTRATIVA Y DE GESTIÓN

Es importante fortalecer la eficiencia administrativa de la institución y la capacidad de gestión, mejorando el perfil del personal administrativo con que cuentan la región, la cantidad de personal administrativa es suficiente, pero los perfiles no son los adecuados para los cargos que ocupan. Es importante trabajar en el tema de capacitaciones y becas para lograr el desarrollo de competencias y habilidades,

hasta el momento estas deficiencias traen un subsecuente aumento de gastos, entorpecimiento en la ejecución de los presupuestos y demás actividades. Muy poco atractiva y debilitada la estructura administrativa por la figura del contrato, es necesario hacer un análisis del índice de rotación del personal para asegurar como afecta el movimiento del recurso humano a la institución.

La cultura del mantenimiento es muy pobre, lo que ha ocasionado un deterioro importante de las instalaciones; en los últimos años se han realizado inversiones importantes en la mejora de la infraestructura, para lograr una prestación del servicio adecuada en las diferentes instalaciones y mejorar el área laboral de los funcionarios disminuyendo los riesgos de enfermedades ocupacionales y ofreciendo estructuras físicas más bioseguras para los pacientes.

### INSATISFACCIÓN DEL USUARIO

En la actualidad la percepción de los servicios de salud por el usuario del sistema es de una mala atención a regular en general. En este sentido se está trabajando en la mejora de los procesos de calidad en las instalaciones de salud, activación de los equipos locales de calidad, aplicación de los instrumentos de los ODC, activación de los buzones de sugerencias, mejora de las infraestructuras, mejora de los salarios y aumento del pago de los turnos del personal de salud, todas estas acciones tienen como objeto mejorar la satisfacción del usuario y su percepción sobre los sistemas de salud.

### **CONVENIOS, ACUERDOS, COMPROMISOS INTERNACIONALES EN DONDE NUESTRO PAÍS ES SIGNATARIO**

Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948 (Ley 13 de 17 de octubre de 1976),  
Convención sobre los derechos del niño (Ley 15 del 16 de noviembre de 1990),  
Código Sanitario Panamericano (Ley No. 3 de 12 de noviembre de 1928)  
Convención Interamericana sobre tráfico internacional de menores (ley 37 de 25 de junio de 1998),  
Convención Interamericana sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Racial (Ley 49 de 2 de febrero de 1967),  
Convenio sobre la prohibición de las peores formas de trabajo infantil y la acción inmediata para su eliminación (Ley 18 de 15 de junio de 2000),  
Constitución de la Organización Mundial de la Salud Y Protocolo concerniente a la oficina de higiene pública (Ley No. 15 de 29 de enero de 1951),  
Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Políticos (Ley 13 de 17 de octubre de 1976),  
Pacto Internacional de Derechos civiles y políticos (Ley 14 de 28 de octubre de 1976),  
Convenio Básico del Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá (INCAP) (Ley No. 49 de 7 de diciembre de 1954),  
Protocolo adicional a la Convención Americana sobre Derechos humanos en materia de derechos económicos, sociales y culturales o protocolo de El Salvador (Ley 21 de 22 de octubre de 1992),

Convención Americana sobre Derechos Humanos o Pacto San José (Ley 15 de 28 de octubre de 1977),  
Protocolo facultativo de la Convención sobre los derechos del niño relativo a la venta de niños, prostitución infantil y la utilización de niños en la pornografía (ley 47 del 13 de diciembre de 2000),  
Convenio Básico del Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá (INCAP) (Ley No. 49 de 7 de diciembre de 1954),  
Convención para la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (Ley 51 de 1981),  
Convenio Básico del Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (ley No. 7 de 10 de enero de 2001),  
Declaración del Milenio del 2000,  
Convención para la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (Ley 51 de 1981),  
Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer o Convención de Belem do Pará (ley 12 de 20 de abril de 1995),  
Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para el control del Tabaco (Ley 40 de 7 de julio de 2004),  
Convenio sobre sustancias psicotrópicas, hecho en Viena el 21 de febrero de 1971 Entró en vigencia el 16 de agosto de 1976,  
Convenio sobre la prevención de la contaminación del mar por vertimiento de desechos y otras materias, 1972. Abierto a la firma en México, D.F., Londres, Moscú y Washington, el 29 de diciembre de 1972. Entró en vigencia el 30 de agosto de 1975,  
Protocolo para la protección del pacifico sudeste contra la contaminación radioactiva. Firmado en Paipa (Colombia) el 21 de septiembre de 1989. Entró en vigencia el 24 de enero de 1995,  
Convenio de Ginebra para mejorar la suerte de los heridos, enfermos y náufragos de las fuerzas armadas en el mar (convenio II), Firmado en Ginebra el 12 de agosto de 1949, Entró en vigencia el 21 de octubre de 1950,  
Convención interamericana para la eliminación de todas las formas de discriminación contra las personas con discapacidad, suscrita en Guatemala el 7 de junio de 1999, entró en vigencia el 14 de septiembre de 2001,  
Convenio (Panamá- OMS) (para proyectos de salubridad en la república de Panamá) Firmado el 9 de noviembre de 1951,  
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, Acuerdo básico de cooperación UNICEF 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,  
Convenio sobre prerrogativas e inmunidades de la oficina sanitaria panamericana, Firmado el 10 de marzo de 1952, Entró en vigencia el 10 de marzo de 1952,  
Acuerdo de sede entre el gobierno de la república de panamá y el comité internacional de la cruz roja, Firmado en Panamá el 22 de julio de 2010, entro en vigencia el 22 de julio de 2010,

Protocolo sobre establecimiento de sendas legaciones y para que ciudadanos panameños puedan seguir cursos de medicina misionaria en institutos y hospitales hasta graduarse o diplomarse, Celebrado mediante Canje de Notas de 2 de agosto de 1948, entró en vigencia el 2 de agosto de 1948.

Convenio de cooperación científica y técnica, hecho en Buenos Aires el 18 de febrero de 1983, aprobado mediante Ley No.18 de 31 de octubre de 1983 Ministerio de Salud, Gaceta Oficial No 20.081 de 19 de junio de 1984,

Acuerdo referente al establecimiento de una oficina en Panamá de la agencia de cooperación internacional del Japón (JICA), celebrado por Canje de Notas P-88-44-MRE y DGOICT/DT 034 de 4 de febrero de 1988,

Acuerdo de cooperación y coordinación en materia de sanidad vegetal, suscrito en Lima el 26 de agosto de 2010, aprobado mediante Ley No. 19 de 29 de marzo de 2011, Gaceta Oficial No. 26754 de 31 de marzo de 2011,

Convención internacional de protección fitosanitaria, aprobada en la Sexta Conferencia de la FAO en 1951, Revisada en la Vigésima Conferencia de la FAO, el 28 de noviembre de 1979, entró en vigencia -Convención (1951) el 3 de abril de 1952, Tratado de prohibición de pruebas nucleares en la atmosfera, el espacio ultraterrestre y bajo el agua, firmado en Moscú el 5 de agosto de 1963, entró en vigencia el 10 de octubre de 1963,

Convención sobre la prohibición del desarrollo, la producción y el almacenamiento de armas bacteriológicas (biológicas) y tóxicas y sobre su destrucción (anexa a la resolución 2626 (XXVI) AG. ONU), abierta a la firma en Londres, Washington y Moscú el 10 de abril de 1972;

Convención internacional para prevenir la contaminación de las aguas del mar por hidrocarburos 1954. (Tal como fue enmendada el 11 de abril de 1962), Aprobada en Londres el 12 de mayo de 1954, entró en vigencia el 26 de julio de 1958;

Convenio sobre la prevención de la contaminación del mar por vertimiento de desechos y otras materias, 1972, abierto a la firma en México, D.F., Londres, Moscú y Washington, el 29 de diciembre de 1972, entró en vigencia el 30 de agosto de 1975.

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

Cooperación Española en materia de prevención, control y seguimiento del VIH/SIDA que se centra en el fortalecimiento de las capacidades de las instituciones para dar una respuesta efectiva a la epidemia.

Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) para prevención, capacitación y sensibilización en VIH/SIDA.

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) que comprende un proyecto conjunto de sensibilización, capacitación y comunicación sobre VIH/SIDA.

Agencias del Sistema de las Naciones Unidas en el grupo temático (ONUSIDA): Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) proyecto conjunto de capacitación, sensibilización y comunicación sobre VIH/SIDA.

Fondo de población de las Naciones Unidas (UNFPA) que comprende una serie de acciones de prevención a través de la Comisión de Salud Sexual y Reproductiva, Centro de Información de las Naciones Unidas en Panamá (CINUP) para el desarrollo de actividades en prevención de VIH/SIDA, con la participación de personas que viven con el VIH,

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

**a. 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.

**b. 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.

**a. Proyecto de Mejora de la Equidad y Desempeño en Salud del PNUD**

**a.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.

### **a.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.

### **b. Agencia de Desarrollo Internacional de los Estados Unidos**

#### **b.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.

#### **b.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).

**c. Programa Iniciativa Salud Mesoamérica del PNUD**

**c.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

**c.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.

**d. Programa de Mejoramiento de la Equidad y Fortalecimiento de los Servicios de Salud del PNUD**

**d.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.

**e. 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.

**f. Programa de Protección Social – Apoyo a la Red de Oportunidades del PNUD**

**f.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.

**f.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. Ministerio de Salud **Análisis de Situación de Salud de la Región de Salud de Panamá Este 2017**

**g. Dirección de Programación de Inversiones del Ministerio de Economía y Finanzas (MEF)**

**g.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, 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 Inversiones Públicas (SINIP).

#### **h. 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.

### **LA LUCHA CONTRA LA POBREZA ES UNA PRIORIDAD GUBERNAMENTAL.**

Por otra parte, el Gobierno Nacional adoptó los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) como pauta de desarrollo nacional y asume el compromiso fundamental de saldar las brechas de desarrollo territorial y social; también con la nueva Ley de Descentralización, se crea una demanda extraordinaria para información a estos niveles de desagregación geográfica.

En resumen, los mapas desagregados de pobreza se constituyen en un instrumento de priorización y focalización geográfica de los programas e inversiones diversificadas que desarrolla el sector gubernamental, que no se acotan a los de índole social, puesto que para disminuir la pobreza también se requiere la acción de otros sectores, entre ellos, con particular importancia, los productivos y ambientales.

El nuevo Mapa de Pobreza de Panamá (2017), una herramienta que permitirá identificar la distribución de las áreas con pobreza general y extrema y su relación con una serie de indicadores socioeconómicos y de bienestar relacionados con la inversión social en Panamá, permitirá hacer una mejor evaluación, diseño e implementación de planes y acciones a favor de un mayor bienestar para el pueblo panameño, desde el ámbito social como desde el productivo y el ambiental. Además, será de gran utilidad para los académicos, la sociedad civil, la empresa privada, y los profesionales de toda índole

### **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.**

Se da a nivel regional una coordinación provincial interinstitucional a través del de la Junta Técnica con la Gobernación y el Consejo Técnico Municipal, donde se presentan temas muy puntuales, para solucionar dificultades que aquejan a las comunidades. No hay una participación conjunta en la elaboración de un diagnóstico y mucho menos en la toma de decisión o ejecución del plan de Salud directa y constante. Sí logramos a través del ejercicio convocar a los sectores para que presentemos los distintos hallazgos encontrados en nuestras comunidades y se solicita el apoyo para la ejecución de los planes de acción en los programas que se desarrollan en la región, para obtener mejores resultados como por ejemplo, el

Programa escolar, programa antitabaco, programa de TBC, programa de salud sexual y reproductiva, programa de nutrición., etc. Disminuyendo los riesgos de los grupos más vulnerables.

CÓMO SE INCORPORA LA POLÍTICA DE SALUD A LOS PROGRAMAS SOCIALES REGIONALES, POR EJEMPLO: RED DE OPORTUNIDADES, 120 A LOS 65, BECA UNIVERSAL Y OTROS PROYECTOS DE INVERSIÓN SOCIAL.

La política de salud encaja perfectamente en los programas sociales ya que en ella se señala asegurar el acceso universal a todos los ciudadanos, mejorando la calidad de la atención y participando en la atención de estos grupos que son parte de los programas de salud que se desarrollan en nuestras unidades de atención. A través de los programas sociales se ha garantizado a los grupos vulnerables que antes no asistían a los servicios de atención por la falta de recursos y de concientización de la importancia de los controles, una atención oportuna en los servicios de salud. Esto se ha logrado al condicionar los pagos con el cumplimiento de la atención, aumentando el acceso al sistema.

### **120 a los 65**

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

- **OE 3.2** Conducir las acciones dirigidas a aumentar el acceso de los grupos vulnerables a todas las intervenciones en salud pública para mejorar las condiciones de salud integral a nivel nacional. (OE transitorio por ODM)
  - **LA.3.2.1.** Implementación del modelo comunitario de atención y educación de salud nutricional focalizado en la población menor de 5 años, embarazadas y tercera edad, especialmente en las áreas rurales con población indígena y no indígena y en las áreas urbano-marginales a nivel nacional.

### **Red de Oportunidades**

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

- **OE 3.2** Conducir las acciones dirigidas a aumentar el acceso de los grupos vulnerables a todas las intervenciones en salud pública para mejorar las condiciones de salud integral a nivel nacional. (OE transitorio por ODM)
  - **LA.3.2.2.** Fortalecimiento de las intervenciones de salud en los grupos priorizados para disminuir las muertes por causas prevenibles.

### **Ángel Guardián**

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

- **OE 3.2** Conducir las acciones dirigidas a aumentar el acceso de los grupos vulnerables a todas las intervenciones en salud pública para mejorar las condiciones de salud integral a nivel nacional. (OE transitorio por ODM)
  - **LA.3.2.2.** Fortalecimiento de las intervenciones de salud en los grupos priorizados para disminuir las muertes por causas prevenibles

### **Beca Universal**

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

- **OE 3.2.** Conducir las acciones dirigidas a aumentar el acceso de los grupos vulnerables a todas las intervenciones en salud pública para mejorar las condiciones de salud integral a nivel nacional. (OE transitorio por ODM)
  - **LA.3.2.7.** Establecer alianzas entre los programas nacionales para el abordaje de las enfermedades transmisibles, con enfoque intercultural en las comarcas indígenas

### **100 Agua Potable/0 Letrinas**

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

- **OE 3.2** Conducir las acciones dirigidas a aumentar el acceso de los grupos vulnerables a todas las intervenciones en salud pública para mejorar las condiciones de salud integral a nivel nacional. (OE transitorio por ODM).
  - **LA.3.2.9:** Construcción de acueductos rurales.
  - **LA.3.2.10.** Construcción de letrinas y manejo de residuos sólidos.

## **CUÁLES SON LAS PROYECCIONES Y TENDENCIAS DEL CONTEXTO POLÍTICO-ECONÓMICO-SOCIO CULTURAL – Y DE GÉNERO, SU RELACIÓN CON LA GESTIÓN SANITARIA Y CON LOS PERFILES DE SALUD – ENFERMEDAD DE LA POBLACIÓN TANTO A NIVEL PROVINCIAL, REGIONAL Y DISTRITO.**

La situación actual para la Región de Bocas del Toro no escapa de lo que ocurre en el contexto del resto del país, donde impera la insatisfacción tanto del usuario externo como del interno por los problemas en la atención y gestión de salud.

Donde nuestro sistema presenta muchas necesidades y se pocos recursos para la solución de los mismos:

- El surgimiento de las enfermedades emergentes y recrudescimiento de las re-emergentes
- Los cambios en la estructura poblacional con un incremento de la población de tercera edad, y por ende incrementos en la demanda de mayores recursos de mayor complejidad
- El incremento desproporcionado de los costos de la atención médica, por la incorporación de tecnologías cada vez más sofisticadas, sin que exista una verdadera evaluación del costo / beneficio de las mismas
- El cambio en el perfil epidemiológico de las enfermedades donde prevalecen las enfermedades crónicas (tumores, cardiopatías, etc.). los

- cuales conllevan la utilización de recursos mucho más complejos para solo mejorar la calidad de vida de los pacientes afectados por estos males
- Un mayor acceso a la información por parte de la población lo que trae como consecuencia mayores exigencias por parte de pacientes y familiares en cuanto a la atención que deben recibir.

Por esta realidad hoy las acciones se dirigen a:

- Tendencia a la separación de funciones
- Redefinición de los sistemas de atención
- Nuevas modalidades de financiación y pago de servicios
- Focalización de gasto y servicios
- Descentralización y participación social
- Nuevas formas de organización y gestión

**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.**

#### CLIMA:

Bocas Del Toro tiene un clima tropical. Hay precipitaciones durante todo el año en Bocas Del Toro. Hasta el mes más seco aún tiene mucha lluvia. La temperatura media anual en Bocas Del Toro se encuentra a 26.0 °C. Hay alrededor de precipitaciones de 2945 mm.

#### RIESGOS DE LA PROVINCIA

La mayor cantidad de sismos se reportaron en las provincias de Chiriquí (461), Veraguas (165) y Bocas del Toro (133). Panamá, donde la desnutrición crónica en las comunidades indígenas ha aumentado en los últimos años. La Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO) sitúa el problema de la desnutrición en este país por encima del 19%, una cifra que supera con creces la media latinoamericana de 12.8 %, siendo Bocas del Toro una de las provincias con altos índices de desnutrición.

El VII Censo Nacional de Talla en escolares de primer grado del 2007 determinó que la prevalencia de la desnutrición crónica en nuestro país estaba en 22.1%. En el censo de 2013 se ubicó en 15.9% para el país.

Se trata de una reducción de 6.2% No obstante.

El VII Censo Nacional de Talla reveló que la desnutrición crónica persiste en las provincias de Darién y Bocas del Toro presentando el 27.7%, la mayor después de las comarcas.

Asimismo, el dengue sigue cobrando sus víctimas en el istmo, pese a los esfuerzos que se hacen para combatir el problema. Según datos de Epidemiología del Ministerio de Salud, en lo que va de este año se han reportado unos 1,010 casos, principalmente en las regiones de Panamá Metro, Veraguas y Bocas del Toro. El problema del mosquito aumenta todavía más con la mala disposición de la basura, que le sirven de criadero al insecto.

Se estima que en la última década de este siglo el cambio climático habrá ampliado las zonas afectadas por sequías y la intensidad de las inundaciones.

El ministerio de ambiente se ha propuesto como objetivos la promoción de un ambiente sano y protección de los recursos naturales. Además, la reducción de la deforestación, tala y transporte ilegales de madera y la ocurrencia de incendios en masas vegetales en todo el país, y la reducción del impacto ambiental en las zonas propensas a estos siniestros.

El Ministerio de Ambiente definió cuatro zonas geográficas para monitorear e intervenir y garantizar la protección de los recursos naturales. Bocas del Toro (35) junto con Chiriquí (90) y la Comarca Ngäbe Buglé (35) forman parte de la Zona 1 con 90 áreas protegidas.

Un equipo de fuerza de 725 colaboradores se destinados, para apoyar en los operativos de agua, prevención de incendios, control de tala y tráfico de fauna ilegales, y protección de áreas protegidas en las cuatro zonas. Mi AMBIENTE emitió el Decreto Ejecutivo 5 de 1 de febrero de 2017, que regula el procedimiento de sanción directa para 20 infracciones ambientales que son detectadas frecuentemente por sus inspectores. Esto con la intención de lograr la acción oportuna de la institución en casos donde es posible la verificación de la infracción de manera inmediata y así evitar mayores afectaciones al ambiente.

No existe a la fecha un estudio nacional de vulnerabilidad; no obstante se han desarrollado mapas de amenazas de inundaciones que incluyen áreas en las provincias de Darién y Bocas del Toro, catalogadas como de alta vulnerabilidad a riesgos de inundaciones. Según datos del Sistema Nacional de Protección Civil (SINAPROC), las áreas con mayor vulnerabilidad a inundaciones en los próximos 20 años incluyen áreas marino costeras de las provincias de Chiriquí, Veraguas, **Bocas del Toro**, Panamá y Darién. Los resultados de un análisis preliminar para la elaboración de un índice de vulnerabilidad de ecosistemas al cambio climático, combinando variables de temperatura y precipitación identificó parcelas con cambios más dramáticos en las áreas de Bocas del Toro, ecosistemas de costa del Golfo de Chiriquí, la región centro del Darién y áreas de la Cuenca del Canal. De lo anterior se evidencia la correlación existente entre áreas con situaciones persistentes de pobreza y desigualdad y alta vulnerabilidad a eventos climáticos, especialmente en las provincias de Darién y Bocas del Toro. Así, la exacerbación de la situación de pobreza y desigualdad puede ser un impacto del cambio climático en Panamá.

En la región para reducir la vulnerabilidad al cambio climático en comunidades rurales se cuenta con un plan de la gestión integrada del riesgo.

**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.**

La legislación existente favorece la participación social en la gestión sanitaria, sin embargo, se requiere de ciertos cambios en los procesos y capacitar los actores claves en materia de sistemas organizacionales, actitud del recurso humano, el empoderamiento y mecanismos de incentivos. El Decreto de Gabinete N° 401, por el cual se constituyen legalmente los Comités de Salud, se definen sus objetivos y se integra su labor a los programas del Ministerio de Salud. Este decreto faculta como persona jurídica al Comité de Salud y le confiere el nivel de organismo de interés público, como medio eficaz de defensa de los derechos en materia de salud.

En la Región de Salud de Bocas del Toro se incorpora de manera creciente la participación civil, tanto de las comunidades como de las organizaciones civiles, promoviendo así el empoderamiento de los ciudadanos y la rendición de cuentas como medios para incentivar el mejoramiento constante de la calidad y la eficiencia de los servicios que prestamos. Es imperante reactivar los comités de salud de manera formal. En la actualidad no contamos con ningún comité de salud. Las estrategias de participación social son través de los promotores de salud y los educadores para la salud, que apoyan al sistema con todas las actividades de promoción y educación en todas las áreas con los temas de dengue, tabaco, tuberculosis, violencia, embarazos en adolescentes, VHI y SIDA, etc.

También se cuenta con el Decreto Ejecutivo N° 40 por el cual se crean las Juntas administradoras de Acueductos Rurales, el cual fue reformado por el decreto 1939 del 2015.

La región cuenta con 66 Juntas administradoras con personería Jurídica y 240 Juntas sin personería, realizan los cobros de tarifas.

Se realiza el programa de comunidades libres de caries en el corregimiento de finca 06.

El ministerio de salud ha enfatizado la importancia de la participación social en el proceso de producción de la salud. Se impulsa el desarrollo de los Corregimientos Sanos. La ruta a seguir es empoderar a líderes en los corregimientos que contribuyan a fomentar la organización y participación ciudadana, el autocuidado y la creación de entornos saludables.

## EL ÍNDICE DE DESARROLLO HUMANO GENERAL Y POR GÉNERO DE LA REGIÓN

El IDH es un importante indicador del desarrollo humano que elabora cada año Naciones Unidas. Se trata de un indicador que, a diferencia de los que se utilizaban anteriormente que medían el desarrollo económico de un país, analiza la salud, la educación y los ingresos. El IDH para Bocas del Toro es de 0,668 considerado un IDH medio

INDICE DE DESARROLLO HUMANO DE PANAMÁ 2013 A 2015		
AÑO	IDH	RANKING IDH
2015	0,788	60º
2014	0,785	60º
2013	0,780	65º

Fuente: INEC

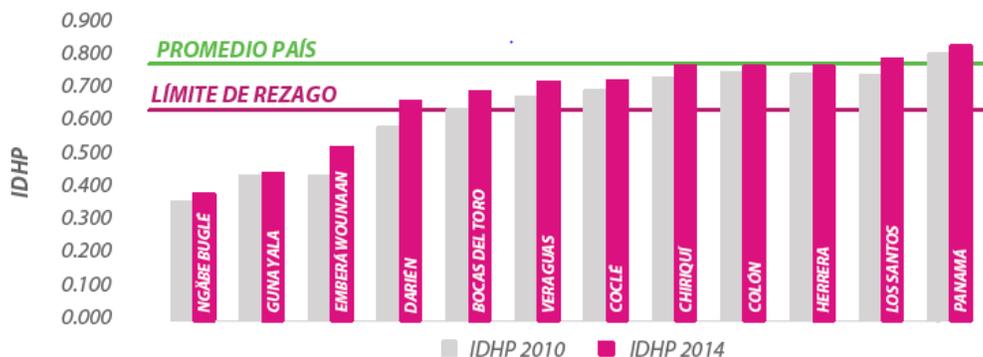
INDICE DE DESARROLLO HUMANO DE PANAMÁ 2002-2010		
DISTRITO	IDH 2002	IDH 2010
BOCAS DEL TORO	0.563	0.602
CHANGUINOLA	0.643	0.658
CHIRIQUÍ GRANDE	0.540	0.575

Fuente: INEC

El Distrito con el IDH más bajo fue el de Chiriquí Grande con 0.575 para el 2010

## Desarrollo Humano por provincia y comarca (2010 y 2014)

Gráfico 7



Fuente: Elaboración propia en base a encuestas de hogares e información demográfica. (INEC).

Se puede observar una mejora del IDHP para el 2014 en la provincia.

A partir de estos indicadores se puede categorizar a las provincias según su nivel de IDHP y su dinámica.

Con un IDHP más bajo que el promedio nacional, pero con mayor dinamismo se ubican la comarca Emberá Wounaan, Darién, **Bocas del Toro** y Veraguas, está última acercándose al promedio nacional.

## LA ENCUESTA DE LA NIÑEZ Y JUVENTUD EN PANAMÁ

Las diferentes provincias y comarcas pueden ser ordenadas de mejor a peor en los diferentes indicadores:

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

La Encuesta consideró cuatro tipos de atributos socioeconómicos: educación, infraestructura de los hogares, ingreso de las familias y características de las prácticas parentales. El análisis evaluó cómo las dimensiones socioeconómicas contribuyen o no al desarrollo de cada grupo de edad.

Resumen de los indicadores novedosos de desarrollo:

### 1. IDF (Índice de Desarrollo de las Familias)

Índice compuesto por un subíndice de “prácticas parentales” y una “escala de resiliencia emocional”.

### 2. IDB (Índice de Desarrollo de los Bebés – 3 a 8 meses)

Indicador de 11 ítems que trata del desarrollo social y emocional de los bebés, como facilidad de sonreír, tiempo de alimentación, hábitos de dormir, entre otros.

### 3. IDI (Índice de Desarrollo de la Infancia)

Índice compuesto por 33 ítems que tratan de dimensiones socioemocionales y cognitivas (motriz-gruesa) de los niños y niñas de 4 a 5 años y 11 meses.

### 4. IDJ (Índice de Desarrollo de la Juventud)

Índice compuesto por un subíndice de “desarrollo socioemocional” y otro de “desarrollo cognitivo”. Diferente de los índices para la infancia, estos son indicadores formulados a partir de medidas y escalas más complejas (48 ítems de la dimensión socioemocional y 17 ítems de la cognitiva).

## RESULTADOS DE LA ENCUESTA DE LA NIÑEZ Y LA JUVENTUD

### IDF

Casi todos los niños y niñas de Panamá son cuidados por sus familias y sus madres (66% de los cuidadores(as) son madres, 17% abuelos, 7% tíos y 3.6% padres). La gran mayoría vive en familias nucleares, pero el 22% de los padres no viven con la niña o el niño. En general (y aunque la Encuesta no podía indagar sino sobre un conjunto limitado de conductas), puede decirse que hay indicios del uso de pocas reglas para los niños y niñas pequeños en Panamá. Hay pocos libros en los hogares panameños. Aun dentro de una cultura verbal, hay evidencia de que 39% de las familias no conto ningún cuento distinto a sus niños y niñas durante el último mes. La participación de la familia cuidadores(as) en el aprendizaje de los niños y niñas es fundamental aun cuando ellos tengan acceso a la educación preescolar. Bocas del Toro en este indicador esta de N°11,

### IDB

Durante los primeros meses de vida, las condiciones de desarrollo de los bebés dependen más de la infraestructura del hogar donde viven, principalmente de la disponibilidad de agua potable y electricidad. Es interesante mencionar que entre los bebés que no gatean, 16% vive en locales con piso de tierra. La presencia de “brechas de desarrollo” entre los bebés sugiere que ya hay algo que la política pública puede hacer desde una edad muy temprana, Bocas del Toro en este indicador esta de N°8.

### IDI

Más de la mitad (58%) de los niños de 12 a 23 meses alcanzo el máximo valor en el indicador de desarrollo basado en variables cognitiva-motriz gruesa. Hay una fuerte correlación (factor 0.35) de los niños y niñas que tuvieron un puntaje más bajo con la proporción de cuidadores(as) que no les enseñaron letras, palabras o números.

Los rezagos cognitivos se originan desde muy temprano y se asocian con la falta de estímulos adecuados a lo largo de la vida de los niños, por lo que tienden a transformarse en otros tipos de desigualdad.

La situación de los niños y niñas que desde muy temprano dejan de saber lo básico está relacionada con su estructura familiar, con las prácticas parentales y con el ingreso de los hogares. No hay duda de que gran parte de lo que pasa con los niños y niñas pequeños es responsabilidad primaria de sus padres y de sus familias. Por esta razón, comprender el rol de las prácticas y estilos parentales es clave para pensar estrategias integradas de desarrollo de la infancia y de la juventud. Bocas del Toro en esta Indicador está de N°8.

## IDJ

15 a 19 años el 81% estudia, mientras que de 20 a 24 años solo 44% sigue estudiando hay evidencia de brechas importantes en el desarrollo cognitivo y socioemocional de los jóvenes que seguramente afectan las posibilidades de realizar sus sueños. Las mujeres jóvenes presentaron mejores resultados que los hombres de sus mismas edades en las pruebas cognitivas La imposibilidad de completar la educación primaria es una causa importante del rezago en el desarrollo cognitivo de los jóvenes (quien no completa la primaria tiene un desarrollo cognitivo 67% más bajo). Por otro lado, el desarrollo es 30% más alto para los que tienen escolaridad terciaria. Las prácticas parentales son un determinante clave del desarrollo de jóvenes y niños, pero en sí mismas son influenciadas por un nivel mínimo de educación y de ingresos de las familias. Los jóvenes panameños están inmersos en un círculo vicioso de subdesarrollo que solo puede revertirse a través de una inversión consistente en su formación. Ocupando Bocas el Toro en este indicador el puesto N°9.

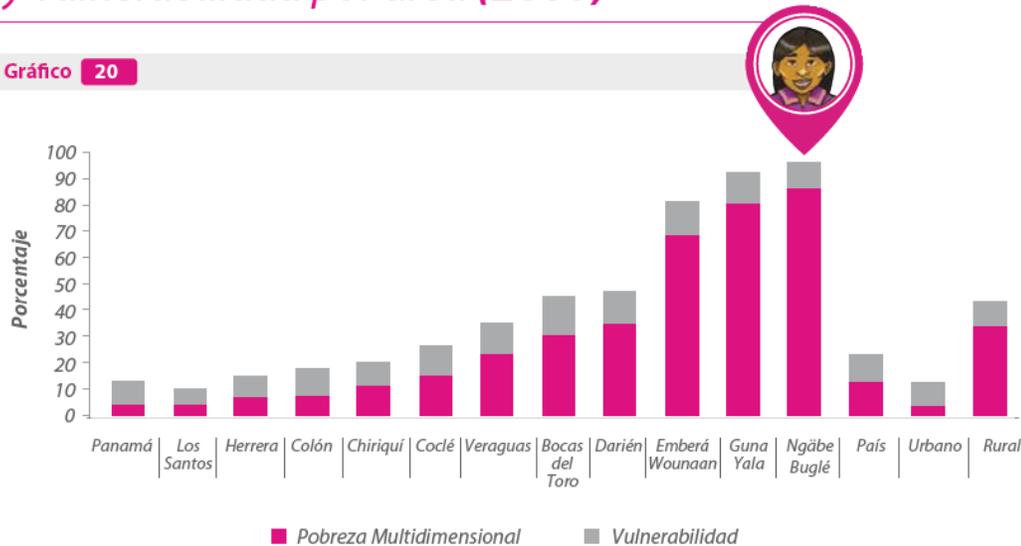
El Sistema de Salud juega un rol muy importante es este tema, ya que el periodo prenatal y posnatal son momentos sensibles, para el desarrollo neurológico de los bebés, de modo que fenómenos como el estrés o la depresión parental afectan el desarrollo del sistema nervioso y del cerebro, lo cual parece estar relacionado con problemas cognitivos y de regulación de las emociones aun durante el primer año de vida. Las oportunidades para que niños y niñas desarrollen todo su potencial y ejerzan su capacidad de pensamiento, imaginación y formación de relaciones Sociales están relacionadas con la posibilidad de Contar con una buena salud, una buena nutrición, adecuados estímulos y relacionamientos afectivos con personas significativas. Promover la primera infancia significa ampliar las oportunidades de los niños y niñas para que se desarrollen plenamente en todas las dimensiones que definen su bienestar, como el físico, motor, el cognitivo y el socioemocional. Numerosos estudios confirman que algunos de los problemas críticos que enfrenta la población adulta, bien sean de salud mental, de enfermedad cardiaca, obesidad, dificultades de lectura, escritura, habilidad numérica y criminalidad, por mencionar algunos, tienen sus raíces en la primera infancia. Instituciones científicas como el *Center on the Developing Child*, de la Universidad de Harvard o publicaciones afamadas como *The Lancet*, traen regularmente evidencias sobre como las situaciones adversas en la primera infancia se perpetúan y se traducen en bajo rendimiento educativo en la primaria y secundaria, Así como en enfermedades durante la vida adulta, incluyendo la depresión, el alcoholismo y el abuso de drogas, todo lo cual implica altos costos sociales y gastos del Estado en los programas para atender todas esas consecuencias. Las evidencias comprueban que retrasos tempranos en el desarrollo puede tener impactos aun en el corto o en el mediano plazo. Niños y niñas criados en ambientes adversos y con privaciones tienen mayor riesgo de sufrir problemas como un pobre desempeño escolar, consumo de alcohol y drogas o de involucrarse en actividades delictivas durante la adolescencia. De igual forma, estos niños pueden tener problemas desajuste de comportamiento de carácter “internalizaste” (como la ansiedad y la depresión) o “externalizaste (como la agresividad). En la vida adulta los problemas pueden estar asociados con

la dificultad de mantener estabilidad en las relaciones personales o en el trabajo o con mayor probabilidad de estar en la pobreza.

Es importante desarrollar actividades para cada uno de los grupos regionalmente en las instituciones de salud.

## IPM y vulnerabilidad por área (2010)

Gráfico 20



Fuente: Elaboración propia en base a censo de población y vivienda 2010. (INEC).

El ingreso no es una representación suficiente de las necesidades de las personas. El Índice de Pobreza Multidimensional (IPM) identifica múltiples privaciones individuales en materia de educación, salud y nivel de vida.

Este índice utiliza microdatos de encuestas o censos y todos los indicadores necesarios para construir la medida deben provenir de la misma fuente.

Aplicación en Panamá: Se está calculando por primera vez en Panamá a partir de los datos del Censo 2010, que permite calcular 9 de los 10 indicadores. Las dimensiones e indicadores considerados son los siguientes:

- Educación:
  - Población con baja escolaridad (menos de 6 años)
  - Población en edad escolar que no asiste a la escuela.
- Salud:
  - Mortalidad declarada en los hogares
  - Acceso a agua.
- Nivel de vida:
  - Acceso a electricidad
  - Combustible
  - Tipo de Piso

- *Saneamiento*
- *Bienes del hogar*

Se considera que las personas que presentan 3 o más carencias en los indicadores medidos se encuentran en pobreza multidimensional. Si tienen entre 2 y 3 carencias se identifican como vulnerables o cerca de entrar en pobreza. A partir de estos indicadores se calculó la incidencia; es decir, la población que vive en pobreza multidimensional o es vulnerable dentro del total de población del área de referencia.

Al promedio de carencias presentadas por los hogares en pobreza se le denomina intensidad de la pobreza.

Se observa que la Pobreza Multidimensional (PM) en el país era de 14.1% en el promedio nacional pero fluctúa en un rango que va desde 4.2% en Panamá a 89.5% en la comarca Ngäbe Buglé.

Si se suma la población vulnerable, aquella que está cerca del límite de PM, el promedio nacional sube a 23.3% de población en pobreza multidimensional o vulnerable. Al sumar ambas poblaciones las comarcas quedarían de esta manera:

Las provincias de Panamá, Los Santos, Herrera y Colón presentan menos de 10% de PM, en tanto Chiriquí y Coclé están entre 12 y 15%, Veraguas 24.3% y Bocas del Toro y Darién 36%.

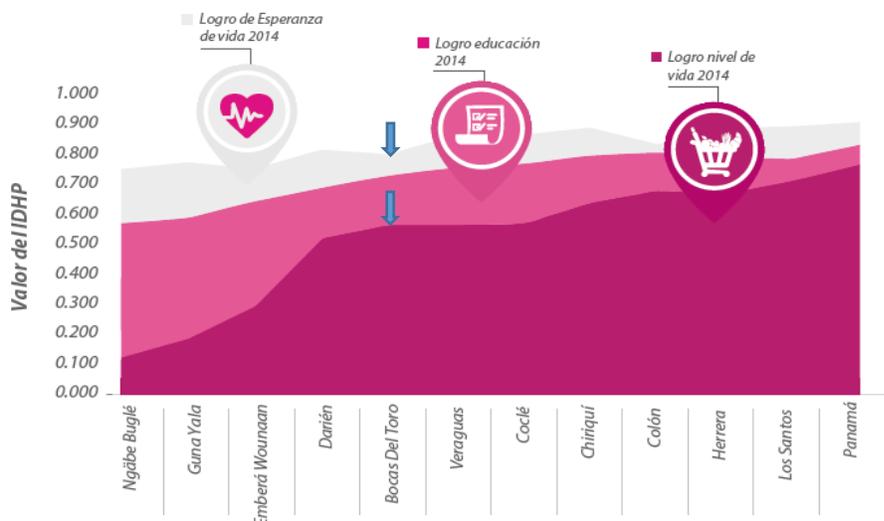
DISTRITO	IPM 2010
<b>BOCAS DEL TORO</b>	50.7
<b>CHANGUINOLA</b>	33.1
<b>CHIRIQUÍ GRANDE</b>	42.3

Fuente: INEC

El índice de Pobreza Multidimensional más alto en la provincia de Bocas del Toro lo tiene el Distrito de Bocas del Toro.

## Logro en dimensiones IDHP (2014)

Gráfico 9



Fuente: Elaboración propia en base a encuestas de hogares e información demográfica. (INEC).

También es posible identificar el nivel de avance en cada una de las dimensiones del índice. Se puede observar que la dimensión de longevidad es la que presenta mayores avances en el país, dado los esfuerzos de las últimas décadas por reducir las tasas de mortalidad de la población. Si bien la tendencia es positiva, algunas áreas se ubican por debajo de lo esperado para su nivel de desarrollo, como es el caso de la comarca Emberá Wounaan, **Bocas del Toro** y Colón.

La siguiente dimensión es la educativa, que muestra logros entre 0.571 y 0.832 y una tendencia positiva. La dimensión de nivel de vida presenta un menor avance y mayor desigualdad, aunque las comarcas presentan una situación más crítica.

### ÍNDICE DE DESARROLLO HUMANO DE PANAMÁ IDHP. DIMENSIÓN EDUCACIÓN

PROVINCIA	Alfabetismo 2010	Alfabetismo 2014	Asistencia 2010	Asistencia 2014	Escolaridad 2010	Escolaridad 2014
País	94.4	95.1	72.8	75.1	9.5	10.0
Bocas del Toro	87.5	89.8	71.2	72.7	7.4	8.2

Encuesta de Hogares e información demográfica (INEC)

En la Dimensión de educación el IDHP en Bocas del Toro ha presentado avances, aumento en la alfabetización 89.8 para el 2014. La escolaridad mostró un

crecimiento para el 2014 de 7.4 a 8.2, para el 2017 la escolaridad de la provincia fue de 9.6.

<i>PROVINCIA</i>	<i>Logro educación 2010</i>	<i>Logro educación 2014</i>
País	0.775	0.797
Bocas del Toro	0.699	0.730

Dentro de los factores de protección o de riesgo para el desarrollo de los niños y niñas está el acceso a los servicios de salud como determinante externa, es importante garantizar el acceso a la población infantil a los servicios de salud de la provincia, con el cumplimiento de lo establecido en las normas de atención y la atención gratuita para los grupos vulnerables.

### **ESTRATEGIAS DE CONCERTACIÓN, DE POLÍTICAS Y DE GESTIÓN PARTICIPATIVAS**

El MINSA ejerce la rectoría de salud a través del liderazgo institucional, la coordinación intersectorial con los otros sectores gubernamentales y la concertación de todas las instancias de la sociedad. Se han realizado múltiples esfuerzos para cumplir con las funciones del Rol rector, evidenciado esto en el último análisis de las FES del MINSA 2017, quedando todavía mucho que hacer en este tema. En cuanto a la gestión participativa en la provincia la participación social es baja todavía, según atlas de IDH 2015, sin embargo se antepone un mediano nivel de confianza interpersonal, como bien lo establece el atlas de IDH 2015, esto indicadores nos dicta que debemos aprovechar en la confianza interpersonal de nuestra población de manera positiva. En Bocas del Toro se cuenta con grupos organizados civiles que solicitan las necesidades que ellos perciben como prioritarias y generalmente tienen agendas propias. Es necesario empoderar a las comunidades y los otros sectores e instituciones, para lograr una gestión más participativa.

### **MARCO LEGAL QUE CONFIERE AL MINSA EL EJERCICIO DE LA FUNCIÓN REGULATORIA DE MANERA DIRECTA O POR MEDIO DE AGENCIA ESPECIALIZADAS**

El Decreto de Gabinete No. 1 del 15 de enero de 1969 por el cual se crea el Ministerio de Salud, se determina su estructura y funciones y se establecen las normas de integración y coordinación de las instituciones del sector salud.

### **FUNCIONES PRINCIPALES DEL MINISTERIO DE SALUD**

#### **1. Según la Constitución Nacional de la República**

#### **CAPITULO 6: SALUD, SEGURIDAD SOCIAL Y ASISTENCIA SOCIAL:**

**Artículo 105:** Es función esencial del Estado velar por la salud de la población de la República. El individuo, como parte de la comunidad, tiene derecho a la promoción, protección, conservación, restitución y rehabilitación de la salud y la obligación de conservarla, entendida ésta como el completo bienestar físico, mental y social.

**Artículo 106:** En materia de salud, corresponde primordialmente al Estado el desarrollo de las siguientes actividades, integrando las funciones de prevención, curación y rehabilitación:

a. Desarrollar una política nacional de alimentación y nutrición que asegure un óptimo estado nutricional para toda la población, al promover la disponibilidad, el consumo y el aprovechamiento biológico de los alimentos adecuados.

b. Capacitar al individuo y a los grupos sociales, mediante acciones educativas, que difundan el conocimiento de los deberes individuales y colectivos en materia de salud personal y ambiental.

c. Proteger la salud de la madre, del niño y del adolescente, garantizando una atención integral durante el proceso de la gestación, lactancia, crecimiento y desarrollo de la niñez y adolescencia.

d. Combatir las enfermedades transmisibles mediante el saneamiento ambiental, el desarrollo de la disponibilidad de agua potable y adoptar medidas de inmunización, profilaxis y tratamiento, proporcionadas colectivas e individualmente, a toda la población.

e. Crear, de acuerdo con las necesidades de cada región, establecimientos en los cuales se presten servicios de salud integral y suministren medicamentos a toda la población. Estos servicios de salud y medicamentos serán proporcionados gratuitamente a quienes carezcan de recursos económicos.

f. Regular y vigilar el cumplimiento de las condiciones de salud y la seguridad que deben reunir los lugares de trabajo, estableciendo una política nacional de medicina e higiene industrial y laboral.

**Artículo 107:** El Estado deberá desarrollar una política nacional de medicamentos que promueva la producción, disponibilidad, accesibilidad, calidad y control de medicamentos para toda la población del país.

**Artículo 108:** Es deber del Estado establecer una política de población que responda a las necesidades del desarrollo social y económico del país.

**Artículo 109:** Todo individuo tiene derecho a la seguridad de sus medios económicos de subsistencia en caso de incapacidad para trabajar u obtener trabajo retribuido. Los servicios de seguridad social serán prestados o administrados por entidades autónomas y cubrirán los casos de enfermedad, maternidad, invalidez, subsidios de familia, vejez, viudez, orfandad, paro forzoso, accidentes de trabajo,

enfermedades profesionales y las demás contingencias que puedan ser objeto de previsión y seguridad sociales. La ley proveerá la implantación de tales servicios a medida que las necesidades lo exijan.

El Estado creará establecimientos de asistencia y de previsión sociales. Son tareas fundamentales de éstos la rehabilitación económica y social de los sectores dependientes o carentes de recursos y la atención de los mentalmente incapaces, los enfermos crónicos, los inválidos indigentes y de los grupos que no hayan sido incorporados al sistema de seguridad social.

**Artículo 110:** El Estado podrá crear fondos complementarios con el aporte y participación de los trabajadores de las empresas públicas y privadas a fin de mejorar los servicios de seguridad social en materia de jubilaciones. La Ley reglamentará esta materia.

**Artículo 111:** Los sectores gubernamentales de salud, incluyendo sus instituciones autónomas y semiautónomas, intégrese orgánica y funcionalmente. La Ley reglamentará esta materia.

**Artículo 112:** Las comunidades tienen el deber y el derecho de participar en la planificación, ejecución y evaluación de los distintos programas de salud.

**Función regulatoria ha resultado ser positivo en términos de su contribución a la mejora de las condiciones de salud de la población.**

Dentro de la función reguladora podemos describir:

- Establecimiento de normas y seguimiento de su cumplimiento (salud ambiental)
- Seguimiento de la legislación sobre salud de los trabajadores (Salud Ocupacional)
- Seguimiento del cumplimiento de leyes de protección de la maternidad (Salud Materno Infantil)
- Seguimiento del cumplimiento de normativas que fomenten comportamientos saludables (Enfermedades Crónicas)

A través de estas se logra crear la capacidad institucional para desarrollar el marco reglamentario con el fin de proteger la salud pública y la fiscalización de su cumplimiento. También la capacidad de generar nuevas leyes y reglamentos dirigidos a mejorar la salud de la población, así como a fomentar el desarrollo de entornos saludables. La protección de los ciudadanos en sus relaciones con el sistema de salud. La ejecución de todas estas actividades para asegurar el cumplimiento de la regulación de forma oportuna, correcta, congruente y completa. Con esta se logra crear un marco normativo – legal regulatorio para la protección, seguridad y certificación de la calidad de los ambientes institucionales, medio ambiente, protección a los grupos más vulnerables y los establecimientos de interés sanitarios

## **CONOCE EL NIVEL DE COMPETENCIA ESTABLECIDO EN MATERIA DE FISCALIZACIÓN PARA EL NIVEL LOCAL, REGIONAL Y NACIONAL.**

**El nivel Nacional** se encarga de formular, planificar, dirigir, coordinar, ejecutar, supervisar y evaluar la política de salud. Tiene competencia exclusiva para regular, supervisar y fiscalizar el cumplimiento de las mismas.

**El Nivel Regional** se estructura como organismo descentralizado y tendrán la responsabilidad de dirigir, normar, integrar, coordinar, supervisar y evaluar las acciones de salud que ejecutan los servicios de la correspondiente jurisdicción. Las Regiones de Salud y los servicios que las integran, como órganos ejecutivos Operacionales, tienen la responsabilidad de ejecutar los programas y obtener el máximo de rendimiento de los recursos.

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

## **EXISTEN NORMAS SANITARIAS PARA EL FUNCIONAMIENTO DE ESTABLECIMIENTO PÚBLICO Y EL MINSA FISCALIZA EL CUMPLIMIENTO DE ÉSTAS.**

El Ministerio de Salud como ente rector y regulatorio de la salud de la población panameña, establece decretos, leyes todo en materia de regulación en atención a los establecimientos públicos, que por las actividades que realizan requieren de supervisión y/o fiscalización por parte del Ministerio de Salud, el Ministerio de Salud específicamente diferentes departamentos de la Dirección General de Salud competente en este tema ejerce de manera eficaz y eficiente las regulaciones de su competencia tanto en el ámbito nacional, regional y local.

## Aspectos Demográficos y Epidemiológicos

A. Indidores demográficos	2000			2010			2014			2017		
	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem			
Densidad de población	20.17			25.50			33.6			35.56		
□ Rural	12.23			16.66			12.32					
□ Urbana	7.87			8.75			17.88					
□ Indígena	5.84			17.13			17.95			18.57		
Tasa de crecimiento natural o anual	29.26			29.79			25.05					
Tasa bruta de natalidad	34.0			34.5			29.25					
Tasa global de fecundidad	4.81			4.35			4.00					
Tasa general de fecundidad	153.3			129.2			116.7					
Porcentaje de población urbana	39.15			34.44			36.6					
Porcentaje de población rural	60.85			65.56			53.20					
Porcentaje de población indígena	55.2			63.62			55.01			52.2		
Razón de dependencia	830.0			751.5			716.1					
% De población inmigrante	24.5			23.6			N/D					
% De población emigrante	21.0			17.9			N/D					
Saldo migratorio	1,749			1,531			N/D					
% De población discapacitada	1.25			2.89			N/D					
Estructura de población por grupo de edad (en años)	2000			2010			2014			2017		
	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem	Total	Masc.	Fem.
Total	93,682	48,938	44,744	118,405	60,160	58,245	152,004	77,992	74,012	165,622	84,713	80,909
Menor de un año	3,873	1,997	1,826	3,555	1,810	1,745	4,555	2,328	2,227	4660	2382	2278
1 a 4	10,952	5,534	5,418	13,605	6,920	6,655	17,362	8,893	8,469	17922	9178	8744
5 a 9	13,235	6,707	6,528	15,637	7,940	7,697	19,855	10,143	9,712	21042	10774	10268
10 a 14	12,122	6,233	5,889	14,259	7,246	7,013	17,966	9,129	8,837	19147	9746	9401
15 a 9	9,844	5,123	4,721	12,510	6,337	6,173	15,851	8,077	7,774	17301	8788	8513
20 a 59	39,962	21,111	18,851	52,768	26,273	26,495	68,579	34,846	33,733	76231	38510	37721
60 a 64	1,386	877	509	2,323	1,370	953	2,783	1,571	1,212	3339	1833	1506
65 y más	2,308	1,356	952	3,748	2,264	1,1,484	5,053	3,005	2,048	5980	3502	2478
Otras Tasas	2000			2010			2012			2016		
	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem	Total	Masc.	Fem.
Tasa de mortalidad	4.9			4.6			4.2					
Tasa de mortalidad en < de 1 año	38.32			27.70			23.6					
Tasa de mortalidad perinatal				15.0			22.1			19.2		
Tasa de mortalidad neonatal	13.3			8.1			11.1					
Tasa de mortalidad post-neonatal	19.2			19.6			12.5					
Tasa de mortalidad en menores de 5 años	30.3			2.6								
Tasa de mortalidad materna	1.1			6.2			5.8			7.6		
Esperanza de vida al nacer (total)	70.17	68.35	72.08	71.9	70.32	73.51	72.43	70.86	74.12			

Fuente Institucional: Contraloría General de la República. INEC

**POBLACIÓN DE RESPONSABILIDAD, BOCAS DEL TORO 2017**

 DISTRITO	POBLACIÓN TOTAL	HOMBRE	MUJERES
BOCAS DEL TORO	20,367	10,673	9,694
CHANGUINOLA	103,933	51,204	49,022
ALMIRANTE	31,388	15,806	15,514
CHIRIQUÍ GRANDE	13,709	7,030	6,679
	<b>165,622</b>	<b>84,713</b>	<b>80,909</b>

Fuente Institucional: Contraloría General de la República. INEC

**DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN GRUPOS  
ÉTNICOS. 2017**

 DISTRITO	INDÍGENAS	AFRODESCENDIENTES	LATINOS
BOCAS DEL TORO	52.2%	12.7%	35.1%

Fuente Institucional: Contraloría General de la República. INEC

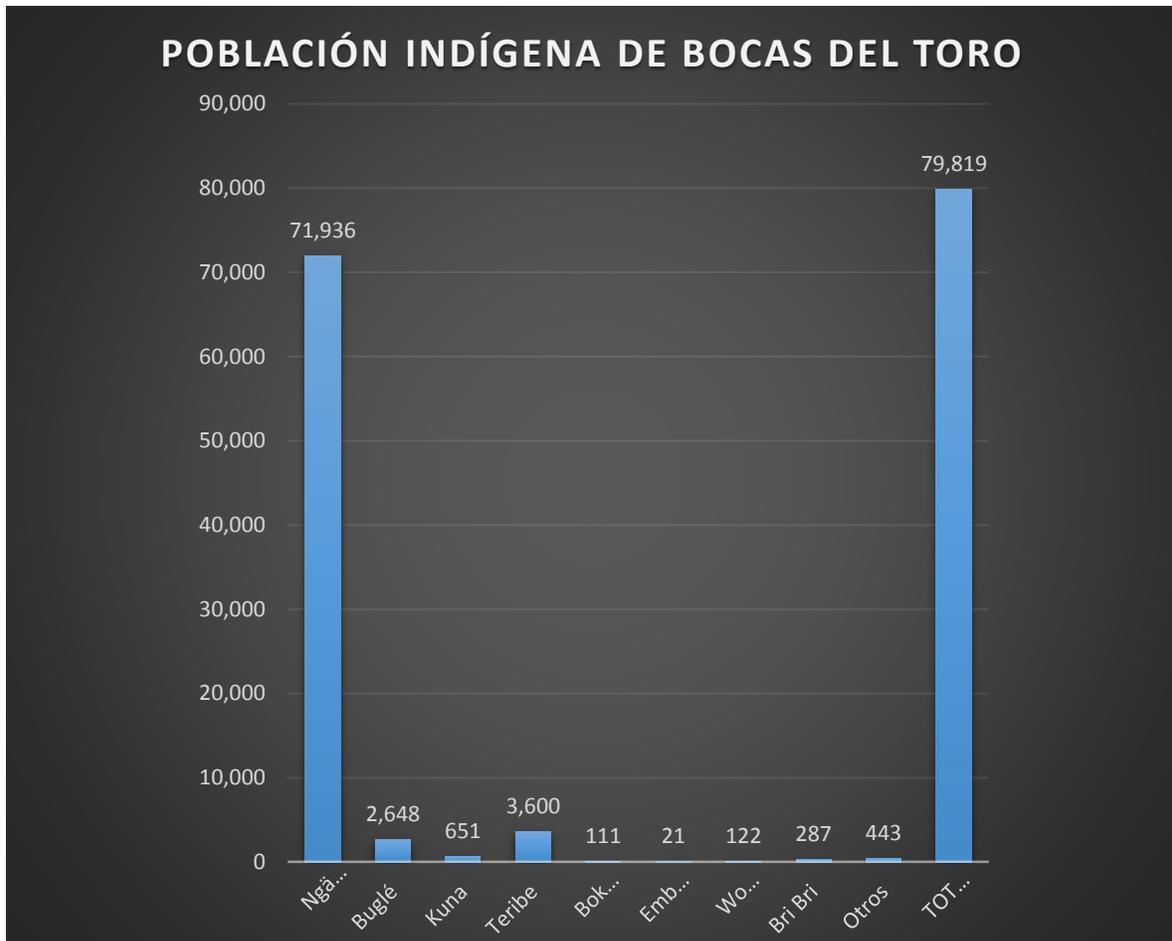
La población indígena en Bocas del Toro es del 52.2% de la población de Bocas del Toro, disminuyendo en comparación a los años anteriores.

**MINISTERIO DE SALUD  
REGIÓN DE BOCAS DEL TORO**

<b>POBLACIÓN INDÍGENA EN LA PROVINCIA DE BOCAS DEL TORO</b>						
<b>POBLACIÓN</b>	<b>2000</b>	<b>2010</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>
<b>Población en Bocas del Toro</b>	93,682	118,405	152,004	156,478	165,622	170.320
<b>Población Indígena</b>	49,377	79,819	83,619	85,334	86,503	86,920
<b>Porcentaje de la Población Indígena</b>	52.7%	67.4%	55.0%	54.5%	52.2%	51,03%

Fuente Institucional: Contraloría General de la República. INEC

La Población Indígena en la provincia de Bocas del Toro va en disminución, como podemos observar en el cuadro del 2000 al 2018. Esta disminución no es por el saldo migratorio porque este es siempre positivo en todos los años del cuadro, más es el porcentaje de población que inmigra que la población que emigra. Tendríamos que analizar la mortalidad según etnia.



Fuente Institucional: Contraloría General de la República. INEC

La población indígena de la Provincia está conformada en su mayoría por loa Ngäbe por 71,936 representando el 90.1 %, luego los Teribes con 3,600, Bugle con 2,648, Kunas con 651, Bri Bri 287, los otros grupos indígenas se presentan en menor cantidad.



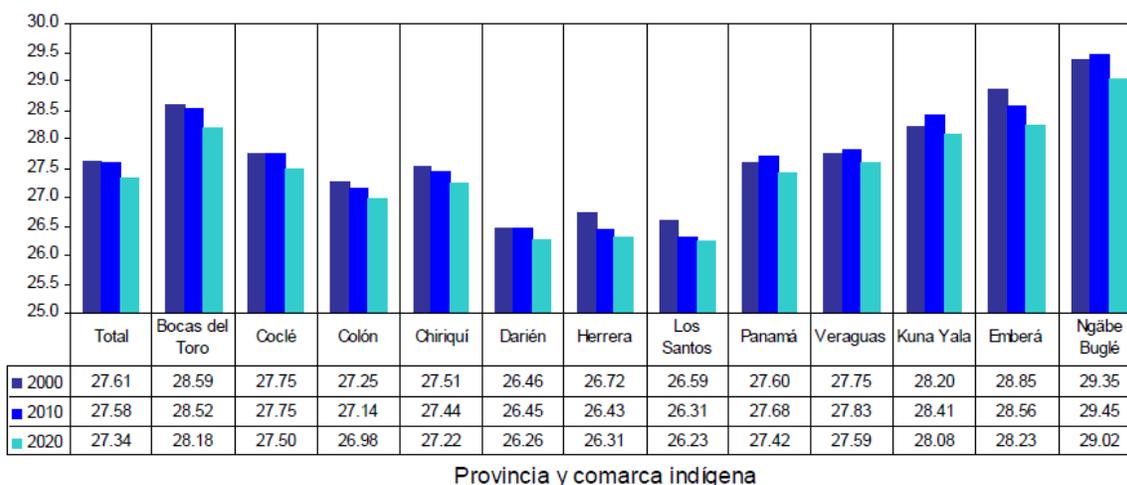
**MINISTERIO DE SALUD**  
**REGIÓN DE BOCAS DEL TORO**

<b>INDICE DE ENVEJECIMIENTO EN LA PROVINCIA DE BOCAS DEL TORO</b>	
<b>Lugar</b>	<b>2017 (%)</b>
Panamá	43%
Bocas del Toro	15%

Fuente Institucional: Contraloría General de la República. INEC

El índice de envejecimiento es la relación de la población de 60 años y más entre la población de 0-14 años por 100, nos indica la transición de una población joven a una población más vieja. La población de Bocas del Toro tiene un índice de 15% lo que indica que su población es eminentemente joven en comparación de la Población del país que es de 45% lo que quiere decir que la base de la pirámide de la población está disminuyendo, la población está envejeciendo, esta aumenta su población adulta mayor.

Gráfico 1. EDAD MEDIA DE LA FECUNDIDAD ESTIMADA Y PROYECTADA  
POR PROVINCIA Y COMARCA INDÍGENA: AÑOS 2000, 2010 Y 2020

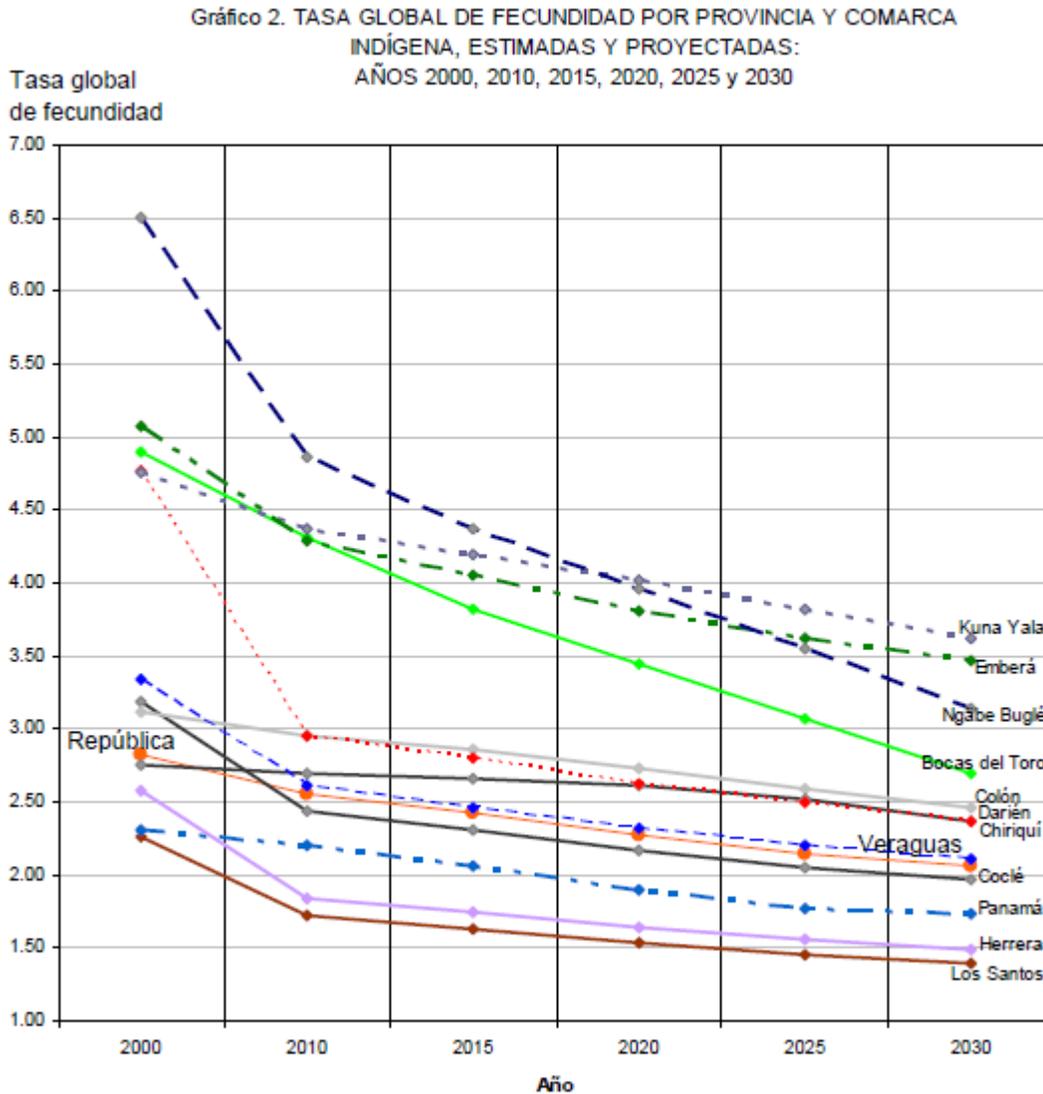


Fuente Institucional: Contraloría General de la República. INEC

Este indicador que muestra la edad promedio en que las mujeres tienen sus hijos (as) refleja diferencias entre provincias, oscilando entre los 26 y los 29 años, según las características sociales y económicas predominantes.

Para el 2010, las provincias de Darién, Herrera y Los Santos presentaron como edad promedio los 26 años. En Coclé, Colón, Chiriquí, Panamá y Veraguas fue de 27 años. Bocas del Toro, Comarcas Kuna Yala y Emberá de 28 años; y con la edad media de fecundidad más alta de 29 años, la Comarca Ngäbe Buglé.

Para el 2020 a pesar de las disminuciones que se espera refleje este indicador, la edad media de la fecundidad continuará situándose en el grupo de 25 a 29 años.



Fuente Institucional: Contraloría General de la República. INEC

Los niveles propuestos son los siguientes: Alto:  $TGF \geq 4.5$ ; Moderadamente Alto:  $4.5 > TGF \geq 3.5$ ; Intermedio:  $3.5 > TGF \geq 2.5$ ; Bajo:  $2.5 > TGF > 1.5$ ; Muy Bajo:  $TGF \leq 1.5$ .

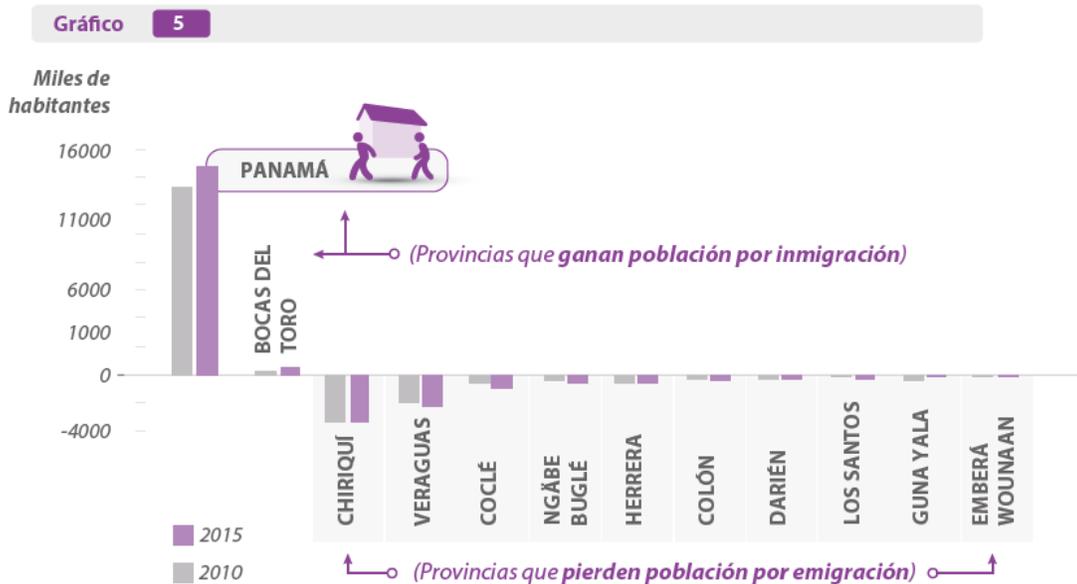
A nivel de provincia y comarca indígena, se observa durante todo el periodo de la proyección disimilitudes en las tasas globales de fecundidad. Estas diferencias

obedecen principalmente a la intrínseca relación existente entre el nivel de fecundidad y las condiciones socio-económicas y los patrones culturales, así como a los factores psicológicos y fisiológicos, lo cual se interpreta como el acceso a los servicios de salud, educación, empleo, entre otros y al grado de dotación de las infraestructuras y condiciones que promuevan un entorno que ha contribuido al cambio de hábitos, aspiraciones y actitudes de la población respecto de la procreación, el espaciamiento de los nacimientos y el acceso a métodos de planificación familiar. Bocas del Toro después de las comarcas es la provincia que presenta las tasas mas altas de fecundidad.

Por su parte, Bocas del Toro de un nivel de fecundidad alto, con una tasa de 4.9 en el 2000, que se reduce y avanza a uno moderadamente alto con una tasa de 4.3, a 3.8 hijos por mujer para el 2010. Para el 2020 presentara un nivel moderadamente alto con una tasa de 3.5. La provincia de Darién junto a Bocas del Toro estarán en el nivel intermedio de fecundidad para el 2030. En general, la tasa global de fecundidad mostrará una tendencia de desaceleración de su disminución.

El grupo de las adolescentes mostró una tendencia a disminuir su número de nacimientos por cada mil mujeres. Hacia el 2020, este grupo continuará una tendencia a disminuir y con mayor proporción en Darién y Bocas del Toro. En base a los niveles de la fecundidad observados para el 2020, se han agrupado con alta fecundidad a las tres comarcas. En un nivel de fecundidad media se tiene a las provincias de Bocas del Toro y Darién. Mientras que, en el nivel de baja fecundidad están las provincias restantes. De esta manera, se puede apreciar la evolución de los niveles de las tasas específicas de fecundidad a nivel provincial.

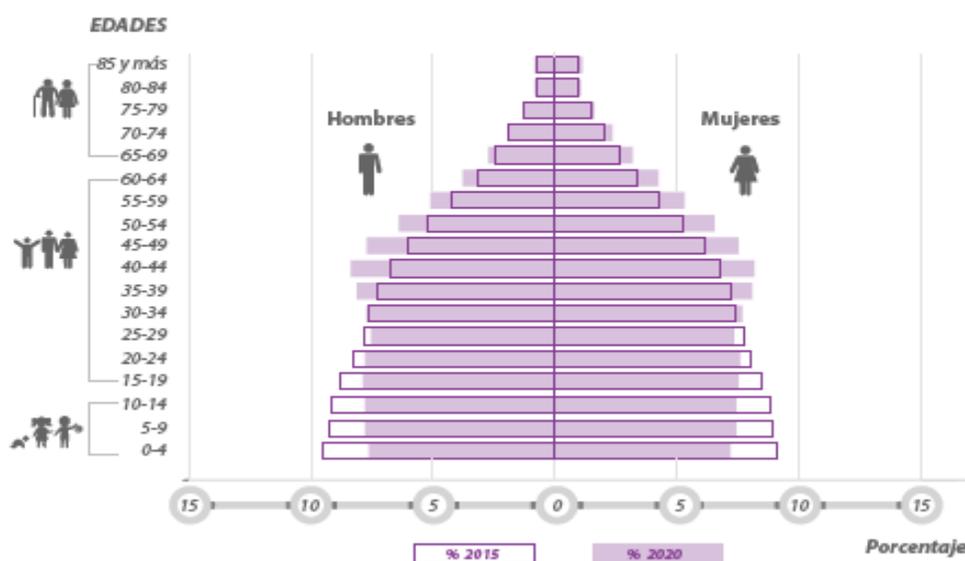
## Saldo migratorio neto (2010 y 2015)



El saldo migratoria neto del 2010 y 2015 podemos ver que presento un leve incremento. Panamá y Bocas del Toro son las unicas provincias que ganan población por inmigración.

## Pirámides de la población total de Panamá (2015 - 2020)

Gráfico 1

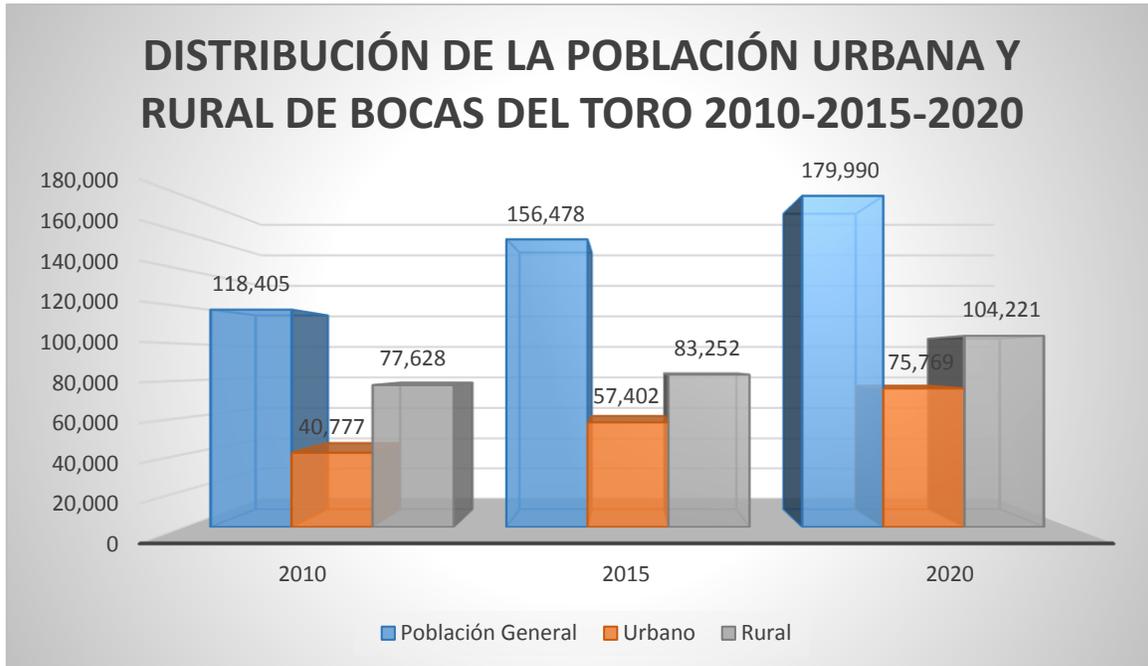


Fuente: Boletín 14. Estimaciones y proyecciones de la población de la república por provincia y comarca indígena según sexo y edad. Años 2000-30. (INEC).

La base de la Pirámide Poblacional se estrecha para el 2020 y se ensancha en los rangos de edad de 35 a 64 ampliamente obteniendo una forma más cuadrada, lo que demuestra la mejora en la calidad de vida, nuestra población adulta va aumentar a diferencia de lo que podemos ver en la pirámide del 2015 con una base mayor y con una forma más triangular.

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN URBANA Y RURAL DE BOCAS DEL TORO 2010-2015-2020			
	2010	2015	2020
<b>Población General</b>	<b>118,405</b>	<b>156,478</b>	<b>179,990</b>
<b>Urbano</b>	40,777	57,402	75,769
<b>Rural</b>	77,628	83,252	104,221

Fuente Institucional: Contraloría General de la República. INEC



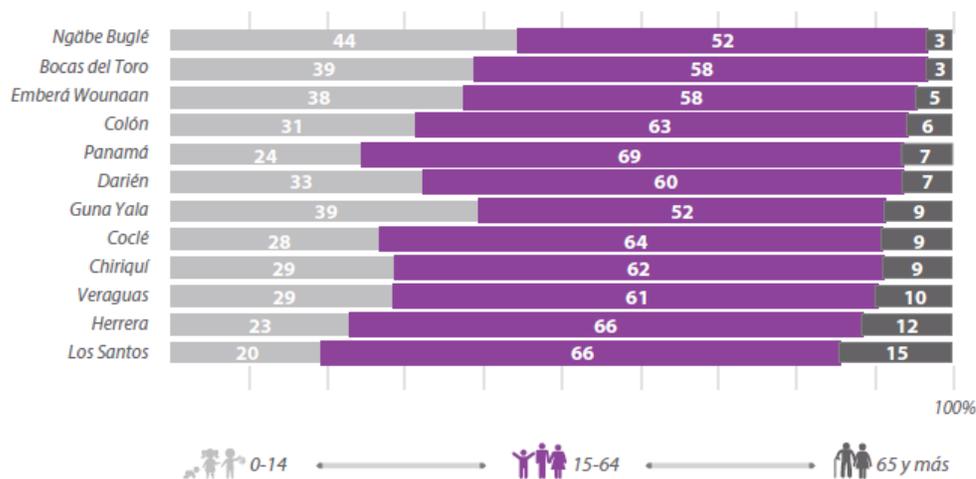
Fuente Institucional: Contraloría General de la República. INEC

La población de Bocas del Toro, según su distribución urbano – rural podemos observar que la razón para el 2010 era 1.9, para el 2015 1.4 y para el 2020 se proyecta que será de 1.3. Está disminuyendo el porcentaje entre ambas poblaciones a expensas de un aumento de la población urbana.

## BOCAS DEL TORO ES UNA PROVINCIAS CON ALTA DEPENDENCIA INFANTIL Y JUVENIL

### Porcentaje de población por grupos de edad (2015)

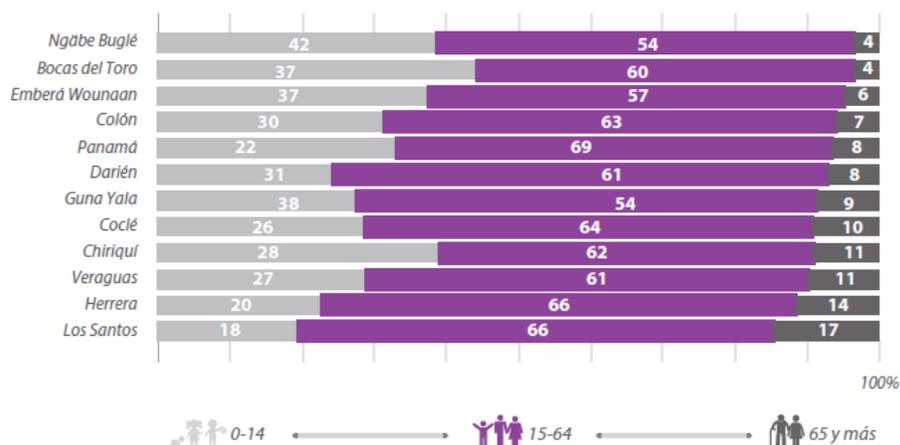
Gráfico 2



Fuente: Boletín 14. Estimaciones y proyecciones de la población de la república por provincia y comarca indígena, según sexo y edad: Años 2000-30. (INEC).

### Porcentaje de población por grupos de edad (2020)

Gráfico 3



Fuente: Boletín 14. Estimaciones y proyecciones de la población de la república por provincia y comarca indígena, según sexo y edad: Años 2000-30. (INEC).

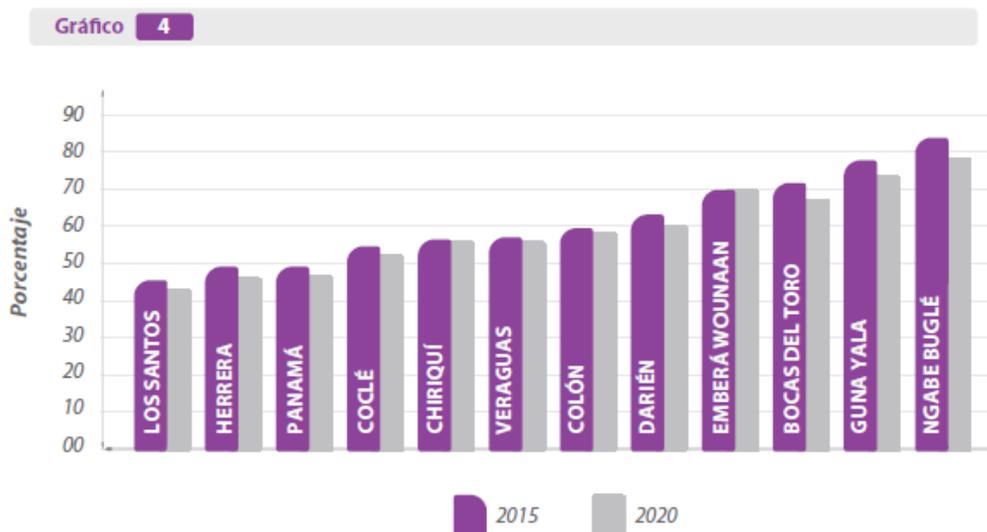
Bocas del Toro y Darién mostraron el mayor porcentaje de habitantes en el grupo de edad 0-14 años. Durante el período de 2010-20 las provincias de Bocas del Toro

y Darién experimentarán los mayores porcentajes de incremento de su población en edades productivas, que corresponderán al 3.5 por ciento y 3.2 por ciento de aumento en cada una.

La provincia de Bocas del Toro y las Comarcas Emberá Wounaan, Guna Yala y Ngäbe Buglé, presentan una estructura de edad joven, en la que el grupo de edades de 0-14 representa entre el 38 y 44% de su población y hacia el 2020, se espera que siga en un nivel alto, manteniéndose arriba del 35%.

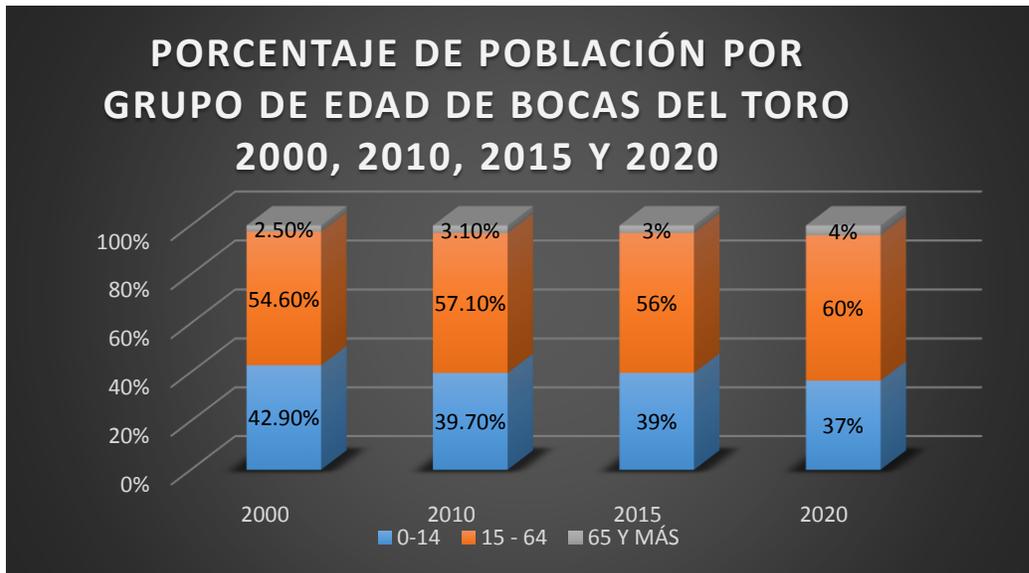
En el 2015, aunque proporcionalmente la población en edad de trabajar (15-64 años) es mayor que la población infantil y joven, estas provincias presentan una alta tasa de dependencia total, en mayor medida para la Comarca de Guna Yala con 93%, seguido de la Ngnäbe Buglé con 92% y la Emberá Wounaan y **Bocas del Toro con 73%**. Estas elevadas tasas se deben principalmente al amplio grupo de niños y jóvenes dependientes, como lo revela la gráfica de Tasa de Dependencia Juvenil.

### Tasa de dependencia juvenil (2015 y 2020)



Fuente: Elaborado a partir de Boletín 14. Estimaciones y proyecciones de la población de la república, por provincia y comarca indígena, según sexo y edad: Años 2000-30. (INEC).

La provincia de Bocas del Toro presenta la Tasa de dependencia juvenil más alta para el 2015 antecedida solo por la comarcas NGANBE BUGLE y GUNA YALA.



Fuente Institucional: Contraloría General de la República. INEC

En este Gráfico del Porcentaje de población por grupo de edad en los años 2000.2010.2015 y 2020 observamos pequeñas disminuciones pero aún seguimos con grupos de 0 - 14% con el 39 % para el 2015 y según proyecciones 2020 tenemos 37% que aún sigue siendo alto.

Esta estructura poblacional joven, con altas tasas de dependencia infantil y juvenil indica que debemos priorizar los siguientes aspectos:

- Inversión en Educación
- Atención para la primera Infancia
- **Salud**

**CONDICIONES DEL SANEAMIENTO BÁSICO**

<b>CUADRO 55: POBLACION CON ACCESO A AGUA POTABLE EN LA PROVINCIA DE BOCAS DEL TORO. CENSO AÑO 2000</b>				
<b>Distrito</b>	<b>Corregimiento</b>	<b>Población</b>	<b>Población con agua potable</b>	<b>Cobertura (%)</b>
Bocas del Toro	Bocas Del Toro	4.020	3.492	56
	Bastimentos	1.344	677	87
	Cauchero	1.636	306	50
	Punta Laurel	966	58	19
	Tierra Oscura	1.950	553	6
Changuinola	Changuinola	39.896	33.914	85
	Almirante	12.430	9.898	80
	Guabito	14.366	8.987	63
	Teribe	1.808	870	48
	Valle Del Risco	3.422	1.190	35
Chiriquí Grande	Chiriquí Grande	2.069	1.758	85
	Miramar	912	531	58
	Punta Peña	1.730	1.601	93
	Punta Róbalo	1.673	1.354	81
	Rambala	1.047	924	88
<b>TOTAL PROVINCIA</b>		<b>89.269</b>	<b>67.449</b>	<b>76</b>

Fuente: Contraloría General de la República. Censo Nacional Año 2000

<b>Condiciones del saneamiento básico (Encuesta Mix o Censo, 2010)</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>
% de la población con disposición de agua potable o agua mejorada para el consumo humano		
<input type="checkbox"/> Urbano	89	92
<input type="checkbox"/> Rural	75	78
<input type="checkbox"/> Indígena	N/D	N/D
% de la población con disposición adecuada de residuos sólidos (relleno sanitario o enterramiento)		
<input type="checkbox"/> Urbano	87	90
<input type="checkbox"/> Rural	45	50
<input type="checkbox"/> Indígena	N/D	N/D
% de la población con disposición adecuada de aguas residuales y servidas (alcantarillado sanitario, fosa séptica o tanque séptico)		
<input type="checkbox"/> Urbano	75	78
<input type="checkbox"/> Rural	36	36
<input type="checkbox"/> Indígena	89	92
% de instalaciones con disposición adecuada de desechos hospitalarios peligrosos (incineración, relleno sanitario o enterramiento)	95%	96%

Las condiciones de saneamiento han mejorado del 2000 a la fecha, ya que el porcentaje de la población con disposición de agua potable o agua mejorada para el consumo humano para el 2017 de 92% para las áreas rurales y 78% para las áreas rurales. Disposición adecuada de residuos sólidos (relleno sanitario o enterramiento) ha mejorado en las áreas rurales, falta mejorar las áreas rurales y conocer el dato de la población indígena, quienes utilizan la quema para el manejo de estas. En la disposición adecuada de aguas residuales y servidas el área urbana tiene una cobertura de 78%, el área rural la cobertura es baja 36%, y el área indígena la cobertura es de 92%. El proyecto que actualmente se está construyendo en el área de Changuinola y Bocas

del Toro Isla debe mejorar la cobertura. Instalaciones con disposición adecuada de desechos hospitalarios peligrosos tiene una cobertura del 96 %, se tiene contrato con un proveedor para el destino final de estos desechos, solo queda mejorar algunos puestos de salud del área de Bocas del Toro en el área insular y unos del área de Changuinola del área del Teribe.

INDICADORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y DE EDUCACIÓN DE LA PROVINCIA DE BOCAS DEL TORO 2010					
PROVINCIA DE BOCAS DEL TORO	PORCENTAJE DE NO ASEGURADOS EN LA PROVINCIA 2010	% DE ANALFABETISMO 2010	PROMEDIO DE AÑOS APROBADOS 2010	% DE DESOCUPADOS (Pob. De 10 años y más) 2010	MEDIA DE INGRESO ANUAL DE LA POB. OCUPADA 2010
PROVINCIAL	53.89%	12.12%	6.2	10.77%	303
BOCAS DEL TORO	69.69%	10.32%	6.3	10.02%	300
CHANGUINOLA	46.16%	11.85%	6.3	10.62%	303
CHIRIQUÍ GRANDE	72.94%	17.13%	5.4	13.35%	280

Fuente Institucional: Contraloría General de la República. INEC

El analfabetismo para el 2010 provincial era de **12.12 %**, siendo el Distrito de Chiriquí Grande el que presento el mayor porcentaje **17.13%** y para el 2014 el provincial disminuyó **10.2%**.

POBLACIÓN PROTEGIDA POR LA CAJA DE SEGURO SOCIAL EN BOCAS DEL TORO, POR CLASE DE ASEGURADOS									
Y DEPENDIENTES, SEGÚN PROVINCIA Y COMARCA INDÍGENA: AÑO 2016									
Provincia y comarca indígena	Población protegida (P)								
	Total	Asegurados cotizantes			Dependientes				
		Total	Activos	Pensionados (1)	Total	Hijo (a)	Esposa o compañera	Padre y/o madre	Esposo (a) inválido (a)
<b>TOTAL</b>	<b>3,026,769</b>	<b>1,490,101</b>	<b>1,211,234</b>	<b>278,867</b>	<b>1,536,668</b>	<b>1,128,330</b>	<b>246,428</b>	<b>161,745</b>	<b>165</b>
<b>Porcentaje</b>	<b>100.0</b>	<b>49.2</b>	<b>40.0</b>	<b>9.2</b>	<b>50.8</b>	<b>37.3</b>	<b>8.1</b>	<b>5.3</b>	<b>0.0</b>
Bocas del Toro	119,616	39,795	33,366	6,429	79,821	58,152	12,998	8,663	8

Fuente Institucional: Contraloría General de la República. INEC

El porcentaje de la población asegurada de Bocas del Toro para el 2010 era de **53.89%** y para el 2016 es de **74.3%**. Los cotizantes activos representan el **33.26%** y los beneficiarios **66.73%** para el 2016. Lo que representa un considerable aumento.

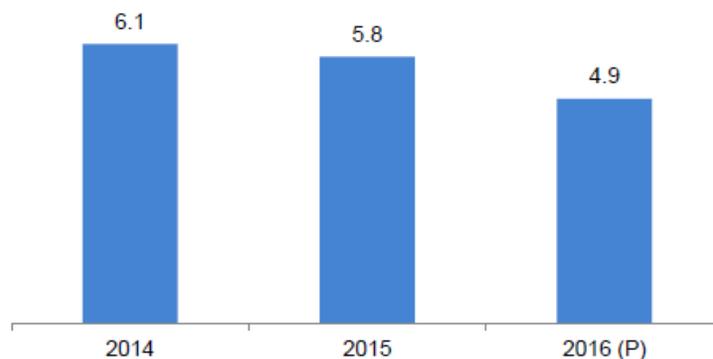
**NUEVAS INSCRIPCIONES DE ASEGURADOS EN LA  
REPÚBLICA, POR SEXO: AÑOS 2012-15 Y 2016,  
SEGÚN PROVINCIA**

Año y provincia	Nuevas inscripciones de asegurados		
	Total	Hombres	Mujeres
2012	72,401	41,627	30,774
2013	77,455	43,134	34,321
2014	67,912	37,955	29,957
2015	65,295	34,010	31,285
<b>2016</b>	<b>63,893</b>	<b>34,961</b>	<b>28,932</b>
Bocas del Toro	1,862	913	949
Coclé	3,533	3,058	475
Colón	3,187	1,567	1,620
Chiriquí	5,677	2,946	2,731
Herrera	1,659	765	894
Los Santos	875	427	448
Panamá	38,293	20,316	17,977
Panamá Oeste	6,175	3,557	2,618
Veraguas	2,632	1,412	1,220

Fuente: Dirección Nacional de Planificación, Departamento de Estadística de la Caja de Seguro Social.

Para el 2016 se inscribieron un total de 63,893 de los cuales 1862 eran inscripciones de la Provincia de Bocas del Toro.

Crecimiento económico de Panamá: Años 2014 – 2016 (P)  
(En porcentaje)



Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Censo.

En el Informe Económico Social de MEF del 2016 se publica la Gráfica del Crecimiento económico de Panamá, donde se observa claramente la

desaceleración del crecimiento económico para el 2014-2016 (P). Situación que se verá reflejada en la economía de nuestra provincia.

## TIERRAS DEDICADAS A LA AGRICULTURA Y GANADERÍA EXTENSIVA E INTENSIVA

Para la agricultura en el año 2012/2013 se sembraron 2,150 hectáreas; para el año 2013/2014 se sembraron 1,930 hectáreas; en el año 2014/2015 se sembraron 1,540 hectáreas; en el año 2015/2016 se sembraron 1,190 y para el año 2016/2017 se sembraron 1,290 hectáreas, siendo el rubro que se ha estado cultivando aparte del banano el arroz, luego el maíz y el frijol de bejuco.

<b>CUADRO 1. SUPERFICIE SEMBRADA Y COSECHA DE ARROZ, MAÍZ Y FRIJOL DE BEJUCO EN LA REPÚBLICA, SEGÚN PROVINCIA Y COMARCA INDÍGENA: AÑOS AGRÍCOLAS 2012/13- 2016/17</b>										
Provincia y Comarca Indígena	SUPERFICIE SEMBRADA EN HECTAREAS Y COSECHA EN QUINTALES (1)									
	2012/13		2013/14		2014/15		2015/16		2016/17 (P)	
	Superficie Sembrada	Cosecha	Superficie Sembrada	Cosecha	Superficie Sembrada	Cosecha	Superficie Sembrada	Cosecha	Superficie Sembrada	Cosecha
<b>Arroz (en cáscara)</b>										
TOTAL	99,630	5,500,300	103,840	6,364,300	89,190	5,653,100	93,630	6,244,900	92,520	7,116,700
Bocas Del Toro	1,340	44,100	1,380	55,800	950	20,900	550	11,100	710	18,800
<b>Maíz (en grano seco)</b>										
TOTAL	67,540	2,602,500	62,470	2,912,600	63,540	3,109,100	66,590	2,271,600	59,630	2,827,600
Bocas Del Toro	750	8,600	530	5,800	550	4,400	560	5,400	570	5,600
<b>FRIJOL DE BEJUCO (EN GRANO SECO)</b>										
TOTAL	13,100	99,700	11,390	95,300	10,830	90,100	12,520	110,500	11,490	101,000
Bocas Del Toro	60	200	20	100	40	200	30	100	10	100

Fuente Institucional: Contraloría General de la República. INEC

<b>CUADRO 4. EXISTENCIA DE GANADO VACUNO, PORCINO Y GALLINAS EN LA REPÚBLICA, SEGÚN PROVINCIA Y COMARCA INDÍGENA: AÑOS 2012-16</b>					
Provincia y Comarca Indígena	Existencia (en cabezas)				
	2012	2013	2014 (a)	2015	2016
<b>Ganado Vacuno</b>					
TOTAL	1,722,500	1,727,300	1,625,200	1,540,500	1,554,200
Bocas del Toro	54,200	53,200	50,500	45,000	45,800
<b>Gallina (1)</b>					
TOTAL	20,460,300	19,862,000	22,286,300	23,930,900	23,907,500
Bocas del Toro	148,900	154,100	144,200	142,200	169,600

Ganado Porcino					
<b>TOTAL</b>	<b>320,600</b>	<b>341,800</b>	<b>345,400</b>	<b>365,000</b>	<b>389,000</b>
<b>Bocas del Toro</b>	12,400	17,200	16,400	13,300	15,600

Fuente Institucional: Contraloría General de la República. INEC

En la provincia de Bocas del Toro observamos una disminución en la existencia del Ganado Vacuno, sin embargo hay un aumento en el Rubro de la Gallina del 2012 al 2016. El Ganado Porcino alcanzó su máxima producción en el 2013 y una considerable baja en el 2015, para el 2016 se observa un leve aumento en la cría de este rubro.

CUADRO 2. SACRIFICIO DE GANADO VACUNO EN BOCAS DEL TORO Y ALGUNOS DISTRITOS: AÑOS 2012-2016					
Provincia y Algunos Distritos	Sacrificio de Ganado Vacuno (en cabezas)				
	2012	2013	2014	2015	2016
<b>TOTAL</b>	<b>422,475</b>	<b>391,230</b>	<b>382,205</b>	<b>372,808</b>	<b>327,518</b>
<b>Bocas Del Toro</b>	<b>3,528</b>	<b>3,687</b>	<b>3,515</b>	<b>3,449</b>	<b>3,516</b>
<b>Changuinola</b>	3,262	3,539	3,442	3,392	3,157
<b>Resto de la provincia</b>	266	148	73	57	359

Fuente Institucional: Contraloría General de la República. INEC

El sacrificio del Ganado Vacuno en a nivel de provincia se observa una marcada disminución del 2012 al 2016. El distrito de Bocas del Toro presenta una mayor producción del Ganado Vacuno que el Distrito de Changuinola.

EMPLEO INFORMAL EN LA PROVINCIA DE BOCAS DEL TORO, POR SECTOR EN EL EMPLEO, SEGÚN SEXO: ENCUESTA DE MERCADO LABORAL, AGOSTO DE 2015-16												
Sexo, Provincia y Comarca Indígena	Agosto 2015						Agosto 2016					
	Población ocupada no agrícola	Empleo Informal					Población ocupada no agrícola	Empleo Informal				
		Total	En empresas del sector formal	En empresas del sector informal	Hogares	%		Total	En empresas del sector formal	En empresas del sector informal	Hogares	%
<b>TOTAL (1)</b>	1,441,286	575,415	109,165	409,006	57,244	39.9	1,452,547	583,940	87,736	442,773	53,431	40.2
<b>Bocas Del Toro</b>	35,231	19,320	2,162	15,568	1,590	54.8	28,920	15,873	2,208	12,345	1,320	54.9

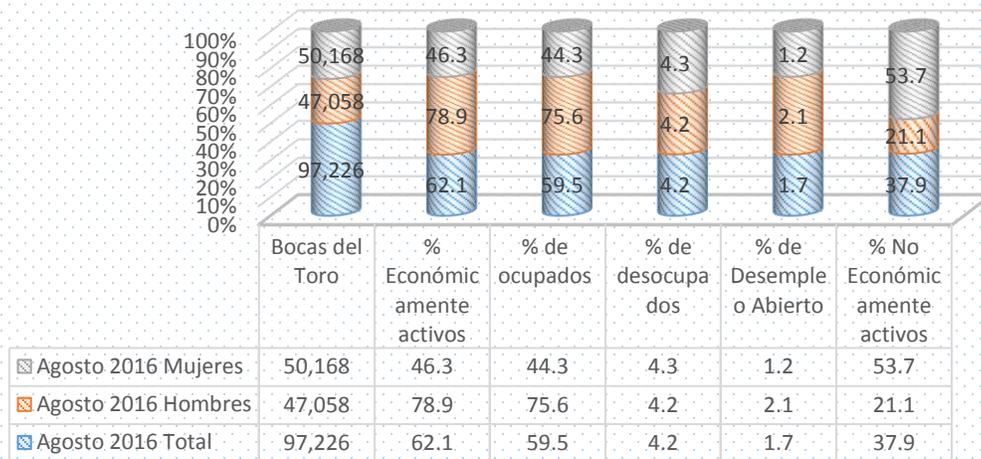
Fuente Institucional: Contraloría General de la República. INEC

En la provincia la población ocupada no agrícola del 2015 al 2016 disminuyó en un 18%, el empleo informal también disminuye para el 2015 era de 19,320 personas en el empleo informal para el 2016 eran 15,873.

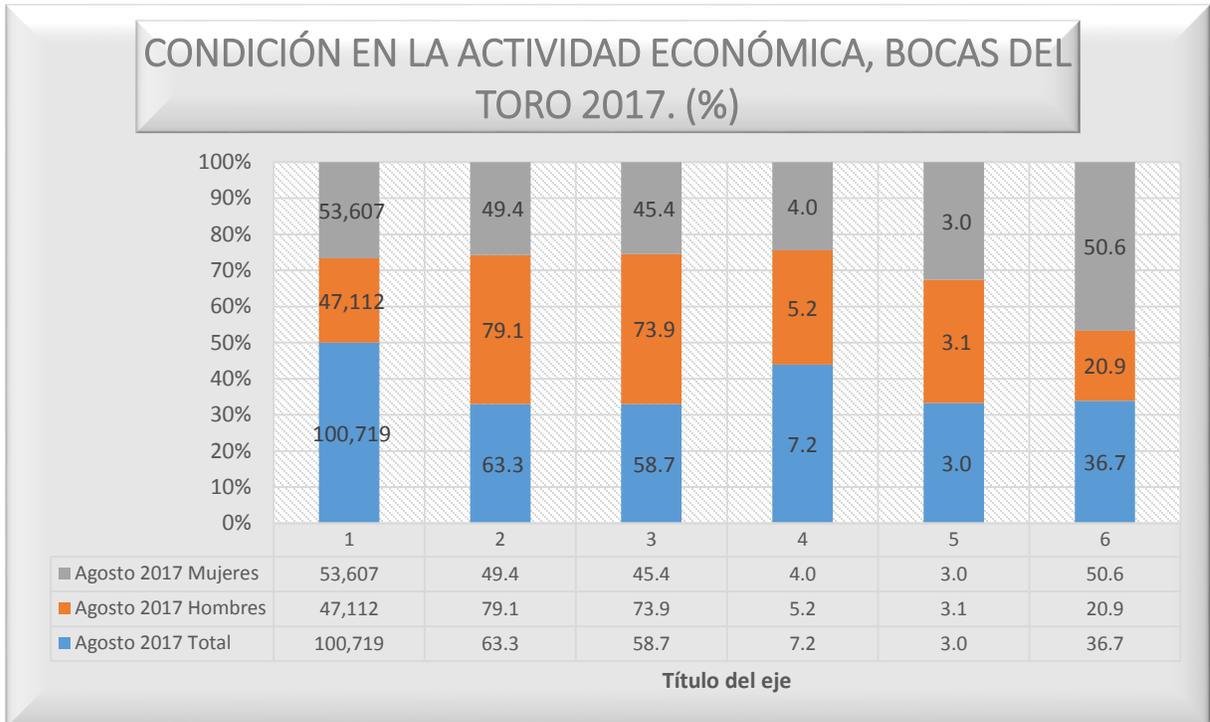
CONDICIÓN EN LA ACTIVIDAD ECONÓMICA Y SUS COMPONENTES, BOCAS DEL TORO						
ENCUESTA DE MERCADO LABORAL, AGOSTO 2016-17						
POBLACIÓN DE BOCAS DEL TORO	Población de 15 y más años de edad (1)					
	Agosto 2016			Agosto 2017		
	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres
<b>Bocas del Toro</b>	<b>97,226</b>	<b>47,058</b>	<b>50,168</b>	<b>100,719</b>	<b>47,112</b>	<b>53,607</b>
<b>Económicamente activos</b>	<b>60,388</b>	<b>37,152</b>	<b>23,236</b>	<b>63,716</b>	<b>37,254</b>	<b>26,462</b>
Porcentaje de económicamente activa	62.1	78.9	46.3	63.3	79.1	49.4
<b>Ocupados</b>	<b>57,841</b>	<b>35,597</b>	<b>22,244</b>	<b>59,137</b>	<b>34,813</b>	<b>24,324</b>
Plenos	24,082	15,899	8,183	30,475	19,589	10,886
A tiempo parcial	27,744	15,742	12,002	20,853	9,947	10,906
Subempleo visible	937	668	269	1718	837	881
Porcentaje de subempleo visible	1.62	1.88	1.21	2.91	2.40	3.62
Subempleo invisible	5,078	3,288	1,790	6,091	4,440	1,651
Porcentaje de subempleo invisible	8.8	9.2	8.0	10.3	12.8	6.8
<b>Desocupados</b>	<b>2,547</b>	<b>1,555</b>	<b>992</b>	<b>4,579</b>	<b>2,441</b>	<b>2,138</b>
<b>Porcentaje de desocupados</b>	<b>4.2</b>	<b>4.2</b>	<b>4.3</b>	<b>7.2</b>	<b>5.2</b>	<b>4.0</b>
<b>Desempleo abierto</b>	<b>1,638</b>	<b>1,011</b>	<b>627</b>	<b>3,062</b>	<b>1,465</b>	<b>1,597</b>
Porcentaje de desempleo abierto	2.7	2.7	2.7	4.8	3.9	6.0
Buscó trabajo la semana pasada, hicieron gestión para conseguirlo y están disponibles	991	633	358	2205	1103	1102
Buscó trabajo durante las últimas cuatro semanas, hicieron gestión para conseguirlo y están disponibles	647	378	269	815	362	453
Ya consiguió trabajo	0	0	0	42	0	42
<b>Desempleo oculto</b>	<b>909</b>	<b>544</b>	<b>365</b>	<b>1517</b>	<b>976</b>	<b>541</b>
Se cansó de buscar trabajo	323	223	100	508	235	273
Buscó antes y espera noticias	586	321	265	1009	741	268
Buscaron trabajo la semana pasada o las últimas cuatro, hicieron gestión para conseguirlo, pero no están disponibles	0	0	0	0	0	0
<b>No económicamente activos</b>	<b>36,838</b>	<b>9,906</b>	<b>26,932</b>	<b>37,003</b>	<b>9,858</b>	<b>27,145</b>

<b>Inactivos puros</b>	30,337	8,813	21,524	32,092	9,102	22,990
<b>Potencialmente activos</b>	6,501	1,093	5,408	4,911	756	4,155
Han trabajado antes	3,711	499	3,212	2,658	387	2,271
Nunca han trabajado	2,790	594	2,196	2,253	369	1,884

## CONDICIÓN EN LA ACTIVIDAD ECONÓMICA, BOCAS DEL TORO 2016. (%)



Fuente Institucional: Contraloría General de la República. INEC



Fuente Institucional: Contraloría General de la República. INEC

Se observa un aumento del 2016 al 2017 de la población económicamente activa, al igual que la población Ocupada también presenta un aumento en la región.

## CONDICIÓN DE LA POBLACIÓN OCUPADA DE BOCAS DEL TORO, POR CATEGORÍA EN LA ACTIVIDAD ECONÓMICA:

## ENCUESTA DE MERCADO LABORAL, AGOSTO 2016-17

Provincia de Bocas del Toro actividad económica	Población de 15 y más años de edad ocupada (1)									
	Agosto 2016					Agosto 2017				
	Total	Características del empleo				Total	Características del empleo			
		Plenos	Tiempo parcial	Subempleo			Plenos	Tiempo parcial	Subempleo	
Visible	Invisible			Visible	Invisible					
<b>Bocas del Toro</b>	<b>57,841</b>	<b>24,082</b>	<b>27,744</b>	<b>937</b>	<b>5,078</b>	<b>59,137</b>	<b>30,475</b>	<b>20,853</b>	<b>1,718</b>	<b>6,091</b>
Agricultura, ganadería, caza, silvicultura, pesca y actividades de servicios conexas	28,672	6,859	18,951	536	2,326	19,221	8,455	7,657	241	2,868
Explotación de minas y canteras	147	106	41	-	-	135	135	-	-	-
Industrias manufactureras	2,246	434	1,478	39	295	3,843	355	2,713	321	454
Suministro de electricidad, gas, vapor y aire acondicionado	168	168	-	-	-	202	164	-	-	38
Suministro de agua; alcantarillado, gestión de desechos y actividades de saneamiento	137	96	-	-	41	207	138	-	-	69
Construcción	2,612	1,434	847	110	221	3,007	1,325	787	32	863
Comercio al por mayor y al por menor; reparación de vehículos de motor y motocicletas	7,267	2,949	2,964	97	1,257	9,403	4,477	4,356	440	130
Transporte, almacenamiento y correo	2,277	1,446	654	-	177	2,655	1,311	904	146	294
Hoteles y restaurantes	2,333	1,387	781	24	141	3,353	1,838	1,238	236	41
Información y comunicación	163	83	38	-	42	262	180	-	41	41
Actividades financieras y de seguros	336	281	55	-	-	296	208	-	-	88
Actividades inmobiliarias	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Actividades profesionales, científicas y técnicas	188	188	-	-	-	208	86	122	-	-
Actividades administrativas y servicios de apoyo	1,499	802	697	-	-	1,384	576	551	82	175
Administración pública y defensa; planes de seguridad social de afiliación obligatoria	2,257	2,221	36	-	-	4,332	4,290	42	-	-
Enseñanza	3,462	3,209	205	-	48	4,491	3,740	395	-	356
Servicios sociales y relacionados con la salud humana	1,691	1,587	65	-	39	2,509	2,441	68	-	-
Artes, entretenimiento y creatividad	175	38	137	-	-	408	173	195	-	40
Otras actividades de servicio	842	276	417	55	94	902	359	450	50	43
Active los hogares en calidad de empleadores, actividades indiferenciadas de producción de bienes y servicios de los hogares para uso propio	1,369	518	378	76	397	2,319	224	1,375	129	591
Actividades de organizaciones y órganos extraterritoriales y actividades no declaradas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Fuente Institucional: Contraloría General de la República. INEC

<b>CONDICIÓN DE LA POBLACIÓN OCUPADA DE BOCAS DEL TORO, POR CATEGORÍA DE LAS CINCO ACTIVIDADES ECONÓMICAS PRINCIPALES PARA LOS AÑOS 2016- 2017</b>	
<b>BOCAS DEL TORO ACTIVIDAD ECONÓMICA</b>	
<b>2016</b>	<b>2017</b>
Agricultura, ganadería, caza, silvicultura, pesca y actividades de servicios conexas	Agricultura, ganadería, caza, silvicultura, pesca y actividades de servicios conexas
Comercio al por mayor y al por menor; reparación de vehículos de motor y motocicletas	Comercio al por mayor y al por menor; reparación de vehículos de motor y motocicletas
Enseñanza	Enseñanza
Hoteles y restaurantes	Administración pública y defensa; planes de seguridad social de afiliación obligatoria
Construcción	Industrias manufactureras

Fuente Institucional: Contraloría General de la República. INEC

<b>CONDICIÓN DE LA POBLACIÓN OCUPADA, POR CATEGORÍA EN LA OCUPACIÓN: ENCUESTA DE MERCADO LABORAL, AGOSTO 2016-17</b>										
Provincia, comarca indígena, sexo y categoría en la ocupación	Población de 15 y más años de edad ocupada									
	Agosto 2016					Agosto 2017				
	Total	Características del empleo				Total	Características del empleo			
		Plenos	Tiempo parcial	Subempleo			Plenos	Tiempo parcial	Subempleo	
			Visible	Invisible				Visible	Invisible	
<b>Bocas del Toro</b>	<b>57,841</b>	<b>24,082</b>	<b>27,744</b>	<b>937</b>	<b>5,078</b>	<b>59,137</b>	<b>30,475</b>	<b>20,853</b>	<b>1,718</b>	<b>6,091</b>
<b>Empleados</b>	<b>27,939</b>	21,217	4,373	254	2,095	<b>36,948</b>	25,457	5,757	728	5,006
<b>Gobierno</b>	7,514	7,375	139	-	-	11,240	10,776	114	-	350
<b>Empresa privada</b>	18,494	12,842	3,776	178	1,698	22,342	13,760	4,092	549	3,941
<b>Empleado de una cooperativa</b>	161	119	42	-	-	295	75	127	50	43
<b>Organización sin fines de lucro</b>	401	363	38	-	-	752	622	49	-	81
<b>Servicio doméstico</b>	1,369	518	378	76	397	2,319	224	1,375	129	591
<b>Cuenta propia</b>	17,532	2,039	13,032	332	2,129	15,489	3,512	10,364	800	813
<b>Patrono</b>	1,148	806	255	-	87	1,606	1,296	207	-	103
<b>Miembro de una cooperativa</b>	20	20	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>Trabajador familiar</b>	11,202	-	10,084	351	767	5,094	210	4,525	190	169

Fuente Institucional: Contraloría General de la República. INEC

### CONDICIÓN DE LA POBLACIÓN OCUPADA DE BOCAS DEL TORO, POR CATEGORÍA DE LAS CINCO OCUPACIONES PRINCIPALES: AÑOS 2016- 2017

BOCAS DEL TORO OCUPACIÓN	
2016	2017
EMPRESA PRIVADA	EMPRESA PRIVADA
CUENTA PROPIA	CUENTA PROPIA
TRABAJO FAMILIAR	GOBIERNO
GOBIERNO	TRABAJO FAMILIAR
SERVICIO DOMÉSTICO	SERVICIO DOMÉSTICO

Fuente Institucional: Contraloría General de la República. INEC

La condición de la población ocupada de Bocas del Toro del 2016 al 2017 presentó un leve aumento de 1,296. Si hacemos un análisis del cuadro de la Población ocupada por categorías en la ocupación podemos observar un fenómeno interesante y es que para el 2017 aumento de la ocupación fue leve, ocurrió un aumento significativo en las categoría de Empleados que paso de 27,939 empleados a 36, 948 (+9009), estos fueron en Empleados de Empresa Privada de 18,494 a 22,342 (+3,848) y Empleados de Gobierno de 7,514 a 11,240 (+3,726) y en Empleo de Servicios Domésticos de 1369 a 2319 (+950) principalmente. Pero se observa una disminución en los Trabajadores Familiares de 11,202 a 5,094 (-6,108) y en los ocupados Cuenta Propia de 17,532 a 15,489 (-2043). En conclusión lo que ha ocurrido es una significativa (15,8%) migración de los trabajos independientes hacia la Ocupación de Empleados (Empleados de Gobierno y de Empresa Privada).

ESCUELAS, AULAS, PERSONAL DOCENTE Y MATRÍCULA DE EDUCACIÓN INICIAL EN						
EL PAÍS y LA PROVINCIA DE BOCAS DEL TORO AÑO ACADÉMICO 2015						
Dependencia, provincia y comarca indígena	Educación inicial					
	Escuelas	Aulas	Personal docente	Matrícula		Alumnos por docente
				Número	Porcentaje (1)	
<b>PAÍS</b>	<b>3,244</b>	<b>5,796</b>	<b>7,141</b>	<b>117,758</b>	<b>100.0</b>	<b>16</b>
<b>Bocas del Toro</b>	<b>207</b>	<b>303</b>	<b>345</b>	<b>6,798</b>	<b>5.8</b>	<b>20</b>

Fuente Institucional: Contraloría General de la República. INEC

<b>DOCENTES Y MATRÍCULA DE EDUCACIÓN INICIAL EN BOCAS DEL TORO, SEGÚN DEPENDENCIA, AÑOS 2012-16</b>										
Dependencia, provincia y comarca indígena	Educación Inicial (a)									
	Docentes					Matrícula				
	2012	2013	2014 (R)	2015 (R)	2016 (E)	2012	2013	2014 (R)	2015 (R)	2016 (E)
<b>TOTAL</b>	5,505	5,498	5,605	7,141	7,106	103,269	105,074	108,424	117,758	122,499
<b>Bocas del Toro</b>	245	223	304	345	353	5,269	4,699	6,145	6,798	6,909

Fuente Institucional: Contraloría General de la República. INEC

El número de docentes del 2012 al 2016 va en aumento, de 245 a 353, al igual que la matrícula de 5,269 a 6,909, para la Educación Inicial. Importante este aumento para atender de la mejor manera a nuestra población en la primera infancia, mejorando el desarrollo de esta población.

<b>CUADRO 1. DOCENTES Y MATRÍCULA DE EDUCACIÓN PREMEDIA Y MEDIA DE BOCAS DEL TORO, SEGÚN DEPENDENCIA. AÑOS 2012-16</b>										
Dependencia, provincia y comarca indígena	Educación Pre-media y media									
	Docentes					Matrícula				
	2012	2013	2014 (R)	2015 (R)	2016 (E)	2012	2013	2014 (R)	2015 (R)	2016 (E)
<b>TOTAL</b>	20,672	22,056	22,995	23,377	24,002	300,259	310,391	311,827	316,951	327,088
<b>Bocas del Toro</b>	767	789	950	1,046	1,115	13,060	14,466	14,489	15,201	16,027
<b>Oficial Nacional</b>	15,654	16,183	16,486	18,223	18,320	249,400	259,264	261,590	264,912	273,835
<b>Bocas del Toro</b>	669	675	822	897	950	12,210	13,491	13,582	14,169	15,027
<b>Particular Nacional</b>	5,018	5,873	6,509	5,154	5,682	50,859	51,127	50,237	52,039	53,253
<b>Bocas del Toro</b>	98	114	128	149	165	850	975	907	1,032	1,000

Fuente Institucional: Contraloría General de la República. INEC

Para la educación Pre-Media y Media tenemos un aumento significativo del número de docentes del 2012 al 2016, la matrícula también va en aumento.

MATRÍCULA, PERSONAL DOCENTE Y GRADUADOS DE EDUCACIÓN UNIVERSITARIA EN LA REPÚBLICA, POR SEXO, SEGÚN DEPENDENCIA Y UNIVERSIDAD: AÑO 2015									
Dependencia y universidad	Educación universitaria								
	Matrícula			Personal docente			Graduados		
	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres
<b>TOTAL</b>	<b>156,635</b>	<b>61,928</b>	<b>94,707</b>	<b>14,830</b>	<b>7,707</b>	<b>7,123</b>	<b>26,031</b>	<b>8,746</b>	<b>17,285</b>
<b>Oficial</b>	<b>102,813</b>	<b>40,961</b>	<b>61,852</b>	<b>8,325</b>	<b>4,176</b>	<b>4,149</b>	<b>16,377</b>	<b>5,436</b>	<b>10,941</b>
Universidad de Panamá	58,115	20,153	37,962	4,359	2,248	2,111	8,327	2,423	5,904
Universidad Tecnológica de Panamá	21,452	13,170	8,282	1,552	971	581	3,170	1,681	1,489
Universidad Autónoma de Chiriquí	12,000	4,139	7,861	1,030	434	596	2,451	744	1,707
Universidad Especializada de Las Américas	10,240	2,721	7,519	1,346	496	850	2,360	551	1,809
Universidad Marítima Internacional de Panamá	1,006	778	228	38	27	11	69	37	32
<b>Particular</b>	<b>53,822</b>	<b>20,967</b>	<b>32,855</b>	<b>6,505</b>	<b>3,531</b>	<b>2,974</b>	<b>9,654</b>	<b>3,310</b>	<b>6,344</b>

Fuente Institucional: Contraloría General de la República. INEC

El personal docente de las Universidades Oficiales para el 2015 es de 8,235, para las particulares es de 6,505. La Matrícula para las universidades oficiales 102,813, las particulares 53,822. Las Universidades Oficiales tienen el 55 % de los profesores universitarios del País las Particulares el 43.8% de profesores. El 66% de la matrícula del país es responsabilidad de las Universidades Oficiales y el 34% de las particulares. El 63 % de graduandos los producen las Universidades Oficiales y el 37% lo producen las Universidades Particulares. La planta de profesores de las particulares es mayor para la cantidad de matrícula que les corresponde y la cantidad de graduandos que se producen. La Planta de profesores para las Oficiales le corresponde atender una matrícula más grande y producen un porcentaje más alto de graduandos.

PERSONAL DOCENTE Y MATRICULA, EDUCACION UNIVERSITARIA- 2017. UNIVERSIDAD DE PANAMA, CENTRO REGIONAL DE BOCAS DEL TORO		
DOCENTES	MATRICULAS	INCREMENTO PORCENTUAL ANUAL
122	2,704	7.3
UNIVERSIDAD TÉCNOLOGICA DE PANAMÁ, CENTRO REGIONAL DE BOCAS DEL TORO		
DOCENTES	MATRICULAS	INCREMENTO PORCENTUAL ANUAL
157	220	0.9

Fuente: Boletín Universitario 2017

CRUBO Y UTP

En la Provincia las Universidades del estado tienen una matrícula total de 2,924 de estudiantes para el 2017. Un total de docentes de 279. La UP Regional con un incremento porcentual de 7.3 % anual y la UTP Regional de 0.9 % anual.

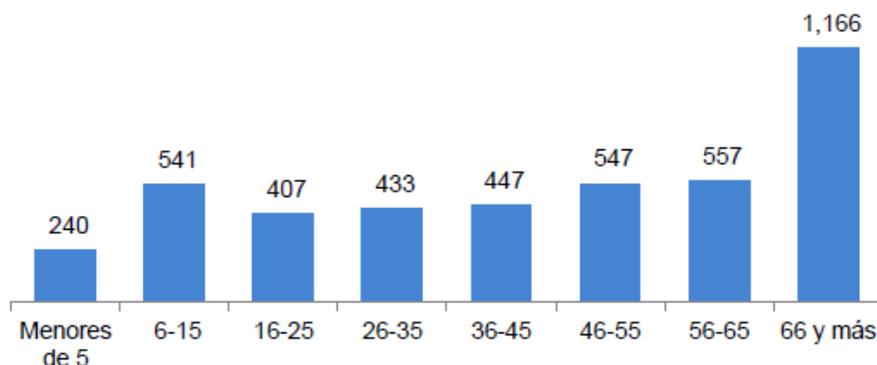
Ambas Univesidades han ampliado las ofertas académicas, las cuales son atractiva para los aspirantes y permite que puedan estudiar en la provincia y no tener que migrar a otras provincias como Chiriquí, Panamá u otros países como Costa Rica.

No se encontro datos Oficiales de las Universidades Privadas en la Región. Se cuenta con la Universidad ISAE y la Universidad del Istmo (UDI) dentro de la oferta universitaria privada.

ESTADISTICAS DE DISCAPACIDAD, PROVINCIA DE BOCAS DEL TORO.2010			
N°	CAUSAS DE DISCAPACIDAD 2010	TOTAL DE CASOS BOCAS DEL TORO	TOTAL DE CASOS EN EL PAÍS
1	DEFICIENCIA FÍSICA	961	29,280
2	CEGUERA	777	21,377
3	RETRASO MENTAL	606	15,518
4	SORDERA	557	15,191
5	PROBLEMAS MENTALES	281	8,168
6	PARÁLISIS CEREBRAL	99	3,720
7	OTROS	144	3,911
<b>TOTAL</b>		<b>3425</b>	<b>97,165</b>

Fuente Institucional: Contraloría General de la República. INEC

Número de personas con discapacidad beneficiarias de los programas y servicios, por grupos de edad: Año 2016



Fuente: Secretaría Nacional de Discapacidad.

El Porcentaje de la Población discapacitada para el censo del 2010 en Panamá es de **2.85%**, para la Provincia de Bocas del Toro es del **3.52%**, siendo las más frecuentes:

- Deficiencia Física
- Ceguera
- Retraso Mental

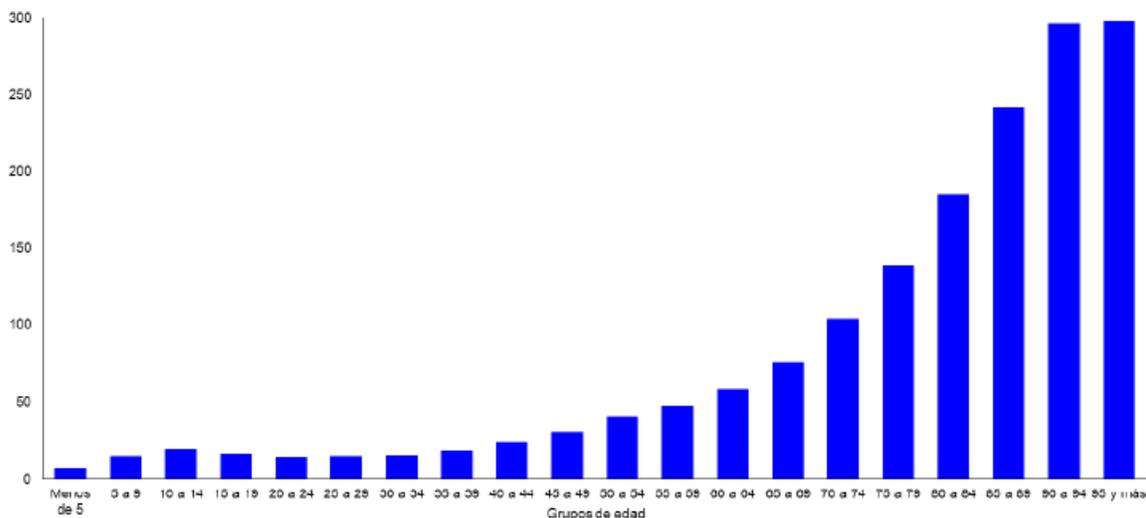
En Panamá las que presentaron mayor frecuencia fueron:

- Deficiencia Física
- Ceguera
- Problemas Mental

Según el informe económico y Social del MEF, 2016 la población de discapacidad nacional que se beneficia de los programas y servicios por grupos de edad son 4,338, de los cuales el grupo de edad que recibe mayor beneficios son de 66 y más años, seguido del grupo de 6-15 años.

La tasa de discapacidad (tasa por 1,000 hab.) para el censo del 2010 para Panamá fue de 29 y para Bocas el Toro fue de 27, siendo más alta la tasa para los hombres que para las mujeres.

Personas con discapacidad por grupos de edad: Censo de 2010  
(Tasas por mil habitantes)



Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Censo.

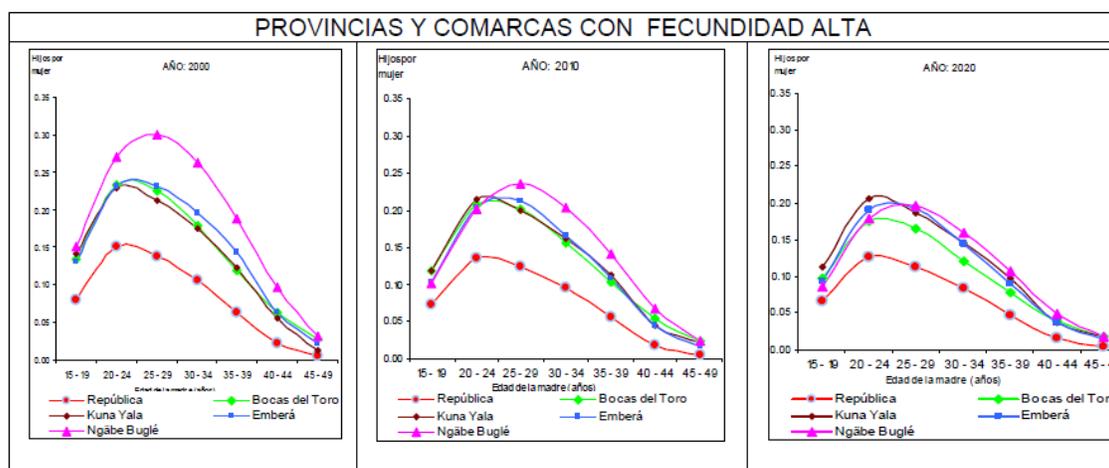
Si bien la discapacidad es una condición ligada a la longevidad, para los más pequeños es una condición que puede relacionarse con la condición nutricional, los patrones de enfermedad crónica o infecciosa y los problemas congénitos, afectando su bienestar por el resto de sus años de vida. A nivel nacional la tasa de discapacidad fue mayor entre la población de 60 y más años de edad que entre la más joven. De cada mil personas de 60 años o más, 11.4 eran discapacitadas, mientras que para los más jóvenes la tasa disminuye

considerablemente a 0.6 por cada mil menores de 5 años y a 4.8 por mil de 5 a 19 años de edad. En Bocas del Toro la mayor tasa de discapacidad la presentó el grupo de edad de 20-59, de cada 1000 personas de 20 a 59 años 12.1 son discapacitadas. En el grupo de 60 y más la tasa fue casi la mitad de la nacional 7.3. La única que presentó este comportamiento además de Bocas del Toro fue la Comarca Emberá Wounaan.

PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN BOCAS DEL TORO POR GRUPO DE EDAD (TASAS POR 1,000 hab.) 2010					
PROVINCIA	TOTAL	GRUPOS DE EDAD (EN AÑOS)			
		Menos de 5	5 a 19	20 a 59	60 y más
PAÍS	28.6	0.6	4.8	11.8	11.4
BOCAS DEL TORO	27.4	1	7.1	12.1	7.3

Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Censo

TASA DE FECUNDIDAD POR EDAD DE LA MADRE, PROVINCIA Y COMARCA INDÍGENA, CLASIFICADO SEGÚN NIVEL DE FECUNDIDAD, ALTA, MEDIA Y BAJA: AÑOS 2000, 2010 Y 2020

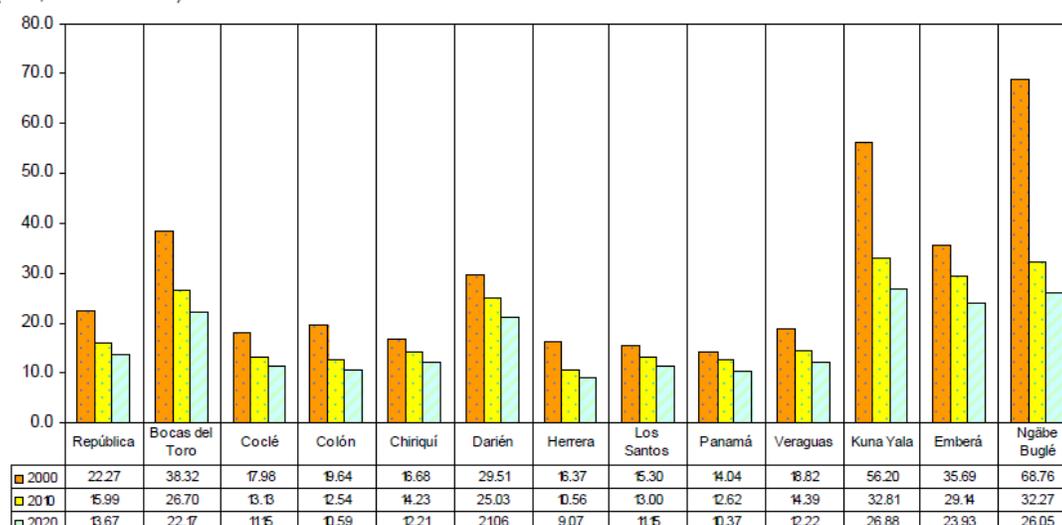


Fuente Institucional: Contraloría General de la República. INEC

Podemos ver en este cuadro que Bocas del Toro es la provincia con la tasa de fecundidad más alta al igual que las comarcas para los años 2000, 2010 y en proyecciones con los datos del CENSO 2010 sino hay cambios estructurales importantes se mantendrá con una alta tasa de fecundidad. Durante el período 2010-20, implica que el grupo de mujeres de 20-24 años será el que aportará el mayor número de nacimientos en el país.

ESTIMACIÓN Y PROYECCIÓN DE LA TASA DE MORTALIDAD INFANTIL (1q0) POR PROVINCIA Y COMARCA INDÍGENA: AÑOS 2000, 2010 Y 2020

Tasa de mortalidad infantil  
(Por 1,000 nacidos vivos)



Provincia y comarca indígena

Fuente Institucional: Contraloría General de la República. INEC

## **Mortalidad infantil en Bocas del Toro**

La Tasa de Mortalidad Infantil es un importante indicador del avance en materia de servicios de salud, el mismo se expresa por mil nacidos vivos, además (1q0) indica la probabilidad de morir de los menores de un año, en relación a cada mil nacidos vivos.

En este período 2000-2010 se produjeron importantes disminuciones en la Comarca Ngäbe Buglé (-53 por ciento), Comarca Kuna Yala (- 42 por ciento), Bocas del Toro (-30 por ciento), que pasan de tasas de 68.76, 56.20 y 38.32 a tasas de 32.3, 32.81, 26.70 muertes infantiles por cada mil nacidos vivos, respectivamente. De continuar con las condiciones actuales, se espera para el 2020 que las provincias mantengan una tendencia de disminución de la mortalidad infantil, sin embargo, tanto las comarcas indígenas como las provincias de Bocas del Toro y Darién continuarán mostrando los más altos niveles de mortalidad infantil en el país, a no ser que se produzcan mayores inversiones en los programas de atención prenatal y materno infantil, sin menoscabo de los esfuerzos en el resto de las provincias.

MORTALIDAD PERINATAL EN LA REPÚBLICA, AÑOS 2012-16										
PROVINCIA	Mortalidad perinatal									
	Número (1)					Tasa (2)				
TOTAL	2012	2013	2014	2015	2016	2012	2013	2014	2015	2016
BOCAS DEL TORO	93	78	69	85	82	22.1	18.8	16.6	19.6	19.2

Fuente Institucional: Contraloría General de la República. INEC



Fuente Institucional: Contraloría General de la República. INEC

La Tasa de Mortalidad Perinatal en la región del 2012 al 2016 se observa que disminuyó considerablemente en el 2013-2014, pero se incrementa nuevamente para el 2015-2016. Según el número de casos ocurridos el promedio de la MP en la provincia por año es de 81.4. La región presenta tasas altas para la MP es importante establecer estrategias diferentes a las utilizadas hasta la fecha ya que las características de la región como la cultura, el alto porcentaje de población indígena, la población migratoria, la densidad de población, el poco RRHH especializado para la atención hospitalaria de las pacientes, los grandes bolsones de población en pobreza extrema y pobreza general que presentan los distritos, la alta tasa de natalidad de la provincia, la multiparidad de nuestras pacientes, el alto porcentaje de analfabetismo, ser solteras, periodo intergenésico menor de dos años y en conjunto con la residencia en comunidad rural y escaso dominio del español en gran parte de nuestra población. La baja cobertura de los controles prenatales; todos son factores de alto riesgo para nuestro binomio.

**MORBILIDAD REGISTRADA DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES 2011-2016**

AÑO	DENGUE		MALARIA		SIDA		TUBERCULOSIS	
	CASOS	TASA	CASOS	TASA	CASOS	TASA	CASOS	TASA
PANAMÁ	3327	82.4	811	20.1	613	15.2	1408	34.9
2011	375	269.8	37	26.6	5	3.6	132	95
2016	718	446	1	0.6	5	3.1	180	111.8

Fuente Institucional: Contraloría General de la República. INEC  
(Tasa por 100,000 hab.)

La tasa del Dengue va en aumento, es importante señalar que se ha mejorado las notificaciones de las enfermedades obligatorias en la región. Se observa una disminución en los casos de malaria, las tasas de SIDA se mantienen y los casos de tuberculosis presentan un aumento en la tasa del 2011 al 2016.

<b>PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD DISTRITO BOCAS DEL TORO</b>			
N°	2010	2012	2016
1	HIPERTENSIÓN ESENCIAL	HIPERTENSIÓN ESENCIAL	HIPERTENSIÓN ESENCIAL (PRIMARIA)
2	ASMA, NO ESPECIFICADA	DIABETES MELLITUS	ASMA, NO ESPECIFICADA
3	DIABETES MELLITUS, NO ESPECIFICADA	ASMA, NO ESPECIFICADA	OBESIDAD
4	HIPERCOLESTEROLEMIA	OBESIDAD	DIABETES MELLITUS
5	OBESIDAD	DIABETES MELLITUS	HIPERCOLESTEROLEMIA
6	TUBERCULOSIS DEL PULMON	EPILEPSIA	RINOFARINGITIS AGUDA [RESFRIADO COMÚN]

Fuente Institucional: Contraloría General de la República. INEC

Para el distrito de Bocas del Toro dentro de las principales causas de morbilidad para el 2010, 2012 y 2016 podemos observar que siguen marcando como primera causa la Hipertensión Esencial, el Asma pasa al segundo lugar, la Obesidad sube al tercer lugar, la Diabetes Mellitus en cuarto lugar y la hipercolesterolemia en el quinto lugar. La Rinofaringitis Aguda en el último lugar.

N°	PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD DISTRITO CHANGUINOLA		
	2010	2012	2016
1	OBESIDAD	OBESIDAD	HIPERTENSIÓN ESENCIAL (PRIMARIA)
2	HIPERTENSIÓN ESENCIAL	HIPERTENSIÓN ESENCIAL	ASMA,NO ESPECIFICADA
3	ARTRITIS	ASMA,NO ESPECIFICADA	OBESIDAD
4	ASMA,NO ESPECIFICADA	ARTRITIS	DIABETES MELLITUS
5	ARTRITIS REUMATOIDE	DIABETES MELLITUS	ARTRITIS REUMATOIDE
6	DIABETES MELLITUS	ARTRITIS REUMATOIDE	RINOFARINGITIS AGUDA [RESFRIADO COMÚN]

Fuente Institucional: Contraloría General de la República. INEC

Para el 2016 podemos observar que la Hipertensión Esencial ocupa el primer lugar, se observan las mismas patologías para el 2016 solo que en diferentes posiciones, básicamente se presentan las enfermedades crónicas en las primeras causas de morbilidad para el Distrito de Changuinola.

N°	PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD CHIRIQUÍ GRANDE		
	2010	2012	2016
1	HIPERTENSIÓN ESENCIAL	OBESIDAD	OBESIDAD
2	ARTRITIS REUMATOIDE	HIPERTENSIÓN ESENCIAL	HIPERTENSIÓN ESENCIAL
3	ASMA,NO ESPECIFICADA	ASMA,NO ESPECIFICADA	DIABETES MELLITUS
4	DIABETES MELLITUS	ARTRITIS REUMATOIDE	HIPERCOLESTEROLEMIA
5	OBESIDAD	HIPERCOLESTEROLEMIA	ASMA,NO ESPECIFICADA
6	HIPERCOLESTEROLEMIA	ARTRITIS	Gastroenteritis y colitis de origen no especificado

Fuente Institucional: Contraloría General de la República. INEC

En el Distrito de Chiriquí Grande para el 2016 repite la primera causa de morbilidad la Obesidad, la hipertensión Esencial en el segundo lugar, no hay cambios en las morbilidades al igual que el Distrito de Changuinola solo cambian de posición. Si aparece la Gastroenteritis y colitis de origen no especificado en el sexto lugar.

TASAS DE MORTALIDAD POR CAUSAS, SEGÚN SEXO PROVINCIA DE BOCAS DEL TORO 2016				
PROVINCIA : BOCAS DEL TORO- PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD	2016			
	TOTAL	MASC	FEM	TASA
<b>Mortalidad General</b>				
1. TUMORES	79	41	38	49.1
2. ACCIDENTES, AGRESIONES, VIOLENCIAS	64	49	15	39.8
3. MALFORMACIONES CONGENITAS	40	21	19	24.8
4. NEUMONÍA	35	20	15	21.7
5. DIABETES	34	14	20	21.1

Fuente Institucional: Contraloría General de la República. INEC

La principal causa de mortalidad por causa en la provincia son los Tumores, los accidentes y agresiones ocupan el segundo lugar. Las causas de mortalidad denotan esa transición epidemiológica de las enfermedades infecciosas a las patologías crónicas y de violencias

DEFUNCIONES REGISTRADAS, POR GRUPO DE CAUSAS, BOCAS DEL TORO. AÑO 2016													
PROVINCIA	DEFUNCIÓN	CARDIOVASCULARES		ENFERMEDADES TRANSMISIBLES		NEOPLASIAS		ORIGINADAS EN EL PERÍODO PERINATAL		CAUSAS EXTERNAS		TODAS LAS DEMÁS CAUSAS	
	N°	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
<b>TOTAL</b>	<b>616</b>	<b>114</b>	<b>17.4</b>	<b>86</b>	<b>13.1</b>	<b>79</b>	<b>12.1</b>	<b>34</b>	<b>5.2</b>	<b>64</b>	<b>9.8</b>	<b>239</b>	<b>36.5</b>

Fuente Institucional: Contraloría General.  
INEC

Las defunciones por Grupo de causas el Grupo de las Cardiovasculares están en primer lugar, luego las enfermedades transmisibles, las neoplasias y por último las originadas en el periodo prenatal.

<b>TASAS DE MORTALIDAD GENERAL, INFANTIL, NEONATAL Y MATERNA EN BOCAS DEL TORO, AÑOS 2012-2016</b>										
<b>TASA DE MORTALIDAD</b>	<b>2012</b>		<b>2013</b>		<b>2014</b>		<b>2015</b>		<b>2016</b>	
	<b>NACIONAL</b>	<b>BOCAS DEL TORO</b>								
<b>TASA DE MORTALIDAD GENERAL</b>	4.6	4	4.6	3.7	4.6	3.6	4.6	3.5	4.7	4.1
<b>TASAS DE MORTALIDAD INFANTIL</b>	14.3	23.6	15	21.2	13.8	20.6	12.3	18.7	13.9	19.5
<b>TASAS DE MORTALIDAD NEONATAL</b>	8.3	11.1	8.5	10.5	7.9	7.5	7.2	10.5	7.7	13.2
<b>TASAS DE POSNEONATAL</b>	6.1	12.5	6.4	10.7	5.8	13.1	5.1	8.2	6.2	16.3
<b>TASAS DE MORTALIDAD MATERNA</b>	5	5.8	4.1	11.2	4.3	16.2	3.9	5.2	3.6	7.6

Fuente Institucional: Contraloría General de la República. INEC

Para el 2016 la Mortalidad General fue mayor que el resto de los años y siempre se mantiene por debajo de la Tasa de Mortalidad General del País. La Tasa de Mortalidad Infantil va en disminución del 2012 hasta el 2015 (23.6 a 18.7), pero presenta un leve aumento para el 2019 a 19.5, pero siempre por encima de la Tasa del país.

La Mortalidad Neonatal no mantiene una constante, baja y sube del 2012 al 2016 que se observa nuevamente un aumento. La tasa nacional si muestra una disminución del 2012 al 2016.

La Mortalidad Posneonatal tiene el mismo comportamiento en la provincia como en el País durante el periodo de 2012 a 2016, sube, luego baja y vuelve a subir.

La Tasa de Mortalidad Materna se mantiene por encima de las Tasas de País, presentando las tasas más elevadas para los años 2013 y 2014, logra bajar para el 2015 y para el 2016 vuelve a subir la tasa en la provincia, presentando después de Darién la segunda tasa más alta del país, después de las comarcas para el 2016.

<b>TASAS DE MÉDICOS , ODONTÓLOGOS Y ENFERMERAS, EN LA PROVINCIA DE BOCAS DEL TORO</b>						
<b>AÑO</b>	<b>2010</b>		<b>2012</b>		<b>2016</b>	
<b>RRHH</b>	<b>PAÍS</b>	<b>BOCAS DEL TORO</b>	<b>PAÍS</b>	<b>BOCAS DEL TORO</b>	<b>PAÍS</b>	<b>BOCAS DEL TORO</b>
<b>MÉDICO</b>	<b>14</b>	<b>8.9</b>	<b>15.9</b>	<b>6.8</b>	<b>15.7</b>	<b>6.9</b>
<b>ENFERMERA</b>	<b>12.2</b>	<b>8.9</b>	<b>13.6</b>	<b>8.9</b>	<b>14.1</b>	<b>9.2</b>
<b>ODONTÓLOGO</b>	<b>3.1</b>	<b>1.9</b>	<b>3.0</b>	<b>2.0</b>	<b>2.8</b>	<b>2.1</b>

Fuente Institucional: Contraloría General de la República. INEC  
Tasa por 10,000 hab.

Las tasas de Médicos, Odontólogos y Enfermeras de la provincia están en todos los años 2010, 2012 y 2016 muy por debajo de la norma que establece la OPS a diferencia de las tasas que presenta el país en los tres grupos ocupacionales.

<b>DENSIDAD DE RECURSOS HUMANOS DE BOCAS DEL TORO</b>			
<b>PROVINCIA BOCAS DEL TORO</b>	<b>2010</b>	<b>2012</b>	<b>2016</b>
<b>PAÍS</b>	<b>26</b>	<b>30</b>	<b>29.8</b>
<b>BOCAS DEL TORO</b>	<b>17.9</b>	<b>15.7</b>	<b>16.1</b>

Fuente Institucional: Contraloría General de la República. INEC  
Densidad por 10,000 hab.

La densidad del RRHH que contempla a al médico y la enfermera a nivel regional se presenta muy baja respecto a la nacional que para el 2012 y 2016 si logra estar como lo establece la OMS que la densidad debe ser de 29.

## **LA VIGILANCIA SANITARIA**

### **ASPECTOS CONSIDERA LA VIGILANCIA SANITARIA**

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.

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”.

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

## **LOS 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

## FORTALEZAS Y DEBILIDADES PARA LA VIGILANCIA SANITARIA A NIVEL REGIONAL

### Fortalezas:

- Se cuenta con personal idóneo en cada uno de los distritos de salud
- En saneamiento hay un técnico para atender el distrito de Bocas del Toro los servicios de saneamiento ambiental
- Se cuenta con un solo funcionario en agua potable
- Se cuenta con solo 2 veterinarios para toda la región
- vehículos para la realización de las actividades de campo
- Equipo de Salud Comprometido
- Supervisiones regionales y nacionales para el mejoramiento continuo
- Reactivación de equipos en los Distritos

### Debilidades

- Poco personal para los tres distritos
- No hay un laboratorio de alimentos.

- Poco de recurso humano ( agua potable)
- Poco personal médico para la tramitación de las sanciones, no les queda tiempo para las actividades de salud pública.

Falta de programa de salud ocupacional para los funcionarios

## **ACCESIBILIDAD GEOGRAFICA, ECONOMICA Y CULTURAL**

### **LAS ÁREAS CON MENOR GRADO DE ACCESIBILIDAD GEOGRÁFICA, ECONÓMICA Y CULTURAL POR CADA DISTRITO**

#### **DISTRITO DE BOCAS DEL TORO:**

La única área del distrito de Bocas del Toro que es accesible es la Cabecera, el resto de los corregimientos forman parte del área insular. Las áreas de menos accesibles geográficamente, muy costoso la movilización en transporte acuático son:

- Bastimentos,
- Cauchero,
- Punta Laurel,
- Tierra Oscura

#### **EL DISTRITO DE CHANGUINOLA**

Los corregimientos mas accesibles son el de Changuinola cabecera, Guabito, El Empalme, Las Tablas, , Finca 60, Finca 6, Barriada Cuatro de Abril y Finca 30 y El Silencio, los menos accesibles en el aspecto geográfico, económico y poco desarrollo de medios de comunicación y transporte

- Cochigró
- Teribe
- Las Delicias
- La Gloria

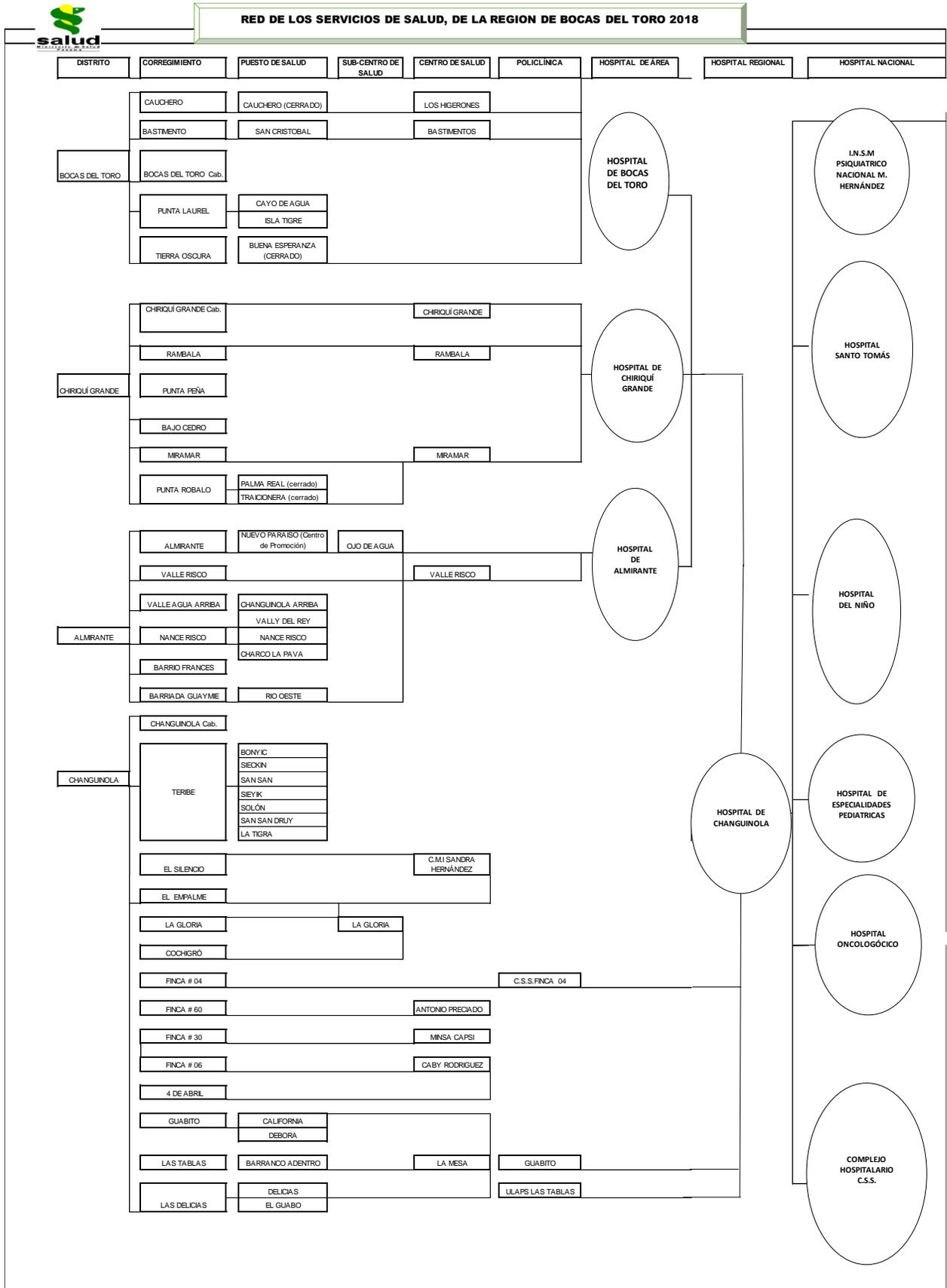
El distrito de Almirante se divide en 6 corregimientos los mas accesibles Almirante cabecera, Barrio Francés y Barriada Guaymí. Los corregimientos menos accesibles son:

- Valle de Aguas Arriba,
- Valle de Riscó,
- Nance de Riscó

EL DISTRITO DE CHIRIQUÍ GRANDE: sus corregimientos más accesibles Chiriquí Grande (cabecera), Miramar, Punta Peña, Punta Róbalo y Rambala, estos corregimientos tienen transporte medios de transporte pero es muy costoso.

El corregimiento menos accesible es el de:

- Bajo Cedro



NOTA: LA COLUMNA DE POLICLINICA, CONTIENE IDENTIFICADA LA INSTALACIONES ( C.S.S. ) LA ULAPS DE LAS TABLAS, EN EL CORREGIMIENTO DE LAS TABLAS, Y EL C/S FINCA # 04 DISTRITO DE CHANGUINOLA.

FUENTE: DEPTO. REGISTRO MÉDICOS Y ESTADÍSTICAS DE SALUD  
ELABORADO: PLANIFICACIÓN REGIONAL DE SALUD

## RED INTEGRADO DE LOS SERVICIO DE SALUD DE BOCAS DEL TORO

MINSA	NIVEL DE ATENCION	CSS
HOSPITAL DE BOCAS DEL TORO	II NIVEL	HOSPITAL REGIONAL RAUL DAVILA MENA
		HOSPITAL DE ALMIRANTE
		HOSPITAL DE CHIRIQUI GRANDE
MINSA CAPSI FINCA 30	I NIVEL	POLICLINICA DE GUABITO
CENTRO MATERNO INFANTIL SANDRA HERNANDEZ		ULAPS JUAN AGUILAR
CENTROS DE SALUD (9)		CENTRO DE SALUD FINCA 04
CENTRO DE PROMOCION DE NUEVO PARAISO		
SUB CENTRO DE SALUD (3)		
PUESTOS DE SALUD (21)		

## **CARACTERIZACIÓN DE LA OFERTA DE SERVICIOS DE LA CAJA DE SEGURO SOCIAL**

Actualmente la CSS en la provincia de Bocas del Toro, cuenta con una cartera de servicio compuesta por 5 instalaciones:

Hospital Regional Dr. Raúl Dávila Mena ( II Nivel de Complejidad), ubicado en el distrito de Changuinola (cabecera) con una población de responsabilidad para el año 2016 de 65,575 habitantes.

Con 627 funcionarios entre personal técnico y administrativo.

Que reporto en porcentaje anual de abastecimiento para el 2016 en Medicamentos 95.03% y Médico – Quirúrgico 93.19%.

Hospital de Almirante (II Nivel de Complejidad), ubicado en el Distrito de Changuinola, corregimiento de Almirante con una población de responsabilidad para el año 2016 de 22, 625 habitantes. Con 167 funcionarios entre personal técnico y administrativo.

Que reporto en porcentaje anual de abastecimiento para el año 2016 en Medicamentos 89.26% y Médico – Quirúrgico 95.51%.

Hospital de Chiriquí Grande (II Nivel de Complejidad), Ubicado en el Distrito de Chiriquí Grande, corregimiento de Rambala con una población de responsabilidad para el 2016 de 13,709 habitantes.

Con 108 funcionarios entre personal técnico y administrativo. Que reporto porcentaje anual de abastecimiento para el 2016 de medicamentos 94.03% y Médico – Quirúrgico 90.36%

Policlínica de Guabito (I Nivel de Complejidad), Ubicada el Distrito de Changuinola, Corregimiento de Guabito con una población de responsabilidad para el 2016 de 9,583 habitantes.

Con 81 funcionarios entre personal técnico y administrativo.

Que reporto porcentaje anual para el 2016 de medicamentos 93.81% y médico – Quirúrgico 94.54%.

ULAPS Juan Aguilar ( I Nivel de Complejidad), Ubicada en el Distrito de Changuinola, Corregimiento De Las Tablas con una población de responsabilidad para el 2016 de 13,742 habitantes.

Con 39 funcionarios entre personal Técnico y Administrativo.

Que reporto porcentaje anual de abastecimiento para el 2016 de medicamentos 95.01% y Médico – Quirúrgico 79.93%.

## **CARTERA DE LOS SERVICIOS DEL HOSPITAL REGIONAL**

### **Hospital Regional**

Centro de referencia final de la demanda de atención, desde el primer y el segundo nivel de atención.

Servicios de hospitalización

Salón de Operaciones

Consulta externa.

Servicios de medicina general, odontología, medicina especializada (cirugía general y maxilofacial, ortopedia, ginecología, pediatría, medicina interna, psiquiatría, dermatología, radiología, urología, anestesiología, oftalmología)

Servicios intermedios de imagenología (rayos x convencionales y DR, fluoroscopia, mamografía, ultrasonidos, arco en C y RxPortátil), CAT, Laboratorio, Banco de Sangre y Farmacia.

Servicios de fisioterapia, Estimulación Temprana, Fonoaudiología, Nutrición, Salud Ocupacional.

Comités: Comité de Bioseguridad, Comité de Enfermedades Nosocomiales, Comité Calidad, Comité de Docencia, Comité de atención al cliente.

### **HOSPITAL DE ÁREA:**

Servicios de Hospitalización Sala de Parto y Consulta Externa.

Servicios de medicina general, odontología, medicina especializada (Ortopedia, ginecología, pediatría, medicina interna, Epidemiología).

Servicios Intermedios de imagenología (rayos x convencionales y DR, mamografía, ultrasonidos) con Tele Radiología Conectado al Hospital Virtual, laboratorio, y farmacia. Servicio de Urgencias.

Centro de Salud con especialidades (MINSA-CAPSi)

Equipo multidisciplinario, con especialidades de mayor complejidad

Medicina general, Odontología, Enfermería,

Medicina Interna, Gineco-Obstetricia, Pediatría,

Fisioterapia, psicología, trabajo social, estimulación Temprana, nutrición y otras según el perfil epidemiológico

Farmacia, Laboratorio, Radiología

Servicio de Urgencias

### **POLICLINICA BASICA:**

MEDICINA GENERAL, ODONTOLOGÍA, LABORATORIO, RADIOLOGÍA, FARMACIA, SALUD OCUPACIONAL, TRABAJO SOCIAL y PSICOLOGÍA

- Programas de salud de Adulto y Tercera Edad
- SADI
- Programa Infantil
- Programa de adolescente
- Programa escolar
- Programa Materno infantil
- Epidemiología
- Médico de cabecera
- ATENCIÓN CUARTO DE URGENCIA hasta las 11 p.m.

### **CENTRO DE SALUD BÁSICO:**

Equipo de salud permanente (médico, enfermera, odontólogo, Auxiliar de enfermería, farmacia, saneamiento ambiental, estimulación precoz, laboratorio)

Recibe referencias de los puestos y subcentros

Promoción, prevención, diagnóstico y tratamiento con tecnología, manejado por un médico general. Atención de programas (Adulto, adolescente, salud sexual reproductiva, nutrición, salud escolar, manipulador de alimentos, salud ocupacional e higiene social, cuidados paleativos).

### **ULAPS:**

MEDICINA GENERAL, ODONTOLOGÍA, LABORATORIO, FARMACIA, PSICOLOGIA, ESTIMULACION TEMPRANA, SALUD OCUPACIONAL Y TRABAJO SOCIAL

- Programas de salud de Adulto y Tercera Edad
- Programa Infantil
- Programa de adolescente
- Programa escolar
- Programa Materno infantil
- Epidemiología
- Médico de Cabecera
- Consulta extendida los fines de semana

**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).

**RED FIJA****Servicios de promoción de salud**

## 1. Saneamiento ambiental.

Comprende las siguientes actividades:

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

## 2. Educación para la salud.

Comprende las siguientes actividades:

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

## 3. Educación sobre alimentación y nutrición.

Comprende las siguientes actividades:

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

– Educación sobre alimentación y nutrición a embarazadas, 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 Papanicolaou a mujeres de 15 años y más, con vida sexual activa o a partir de los 20 años sin inicio de vida sexual activa.
- Examen de mamas
- Administración de anticonceptivos para mujeres de 15 a 49 años en unión.
- Provisión preventiva de hierro y ácido fólico para mujeres de 15 a 49 años con vida sexual activa.

10. Monitoreo del crecimiento a nivel comunitario

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

## **Servicios de atención de salud**

### 11. Atención a la morbilidad

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

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

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

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

15. Diagnóstico y control de la Malaria y la Leishmaniasis

### **Red Itinerante:**

#### **Servicios de promoción de salud**

16. Saneamiento ambiental.

Comprende las siguientes actividades:

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

17. Educación para la salud.

Comprende las siguientes actividades:

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

## 18. Educación sobre alimentación y nutrición.

Comprende las siguientes actividades:

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

## 19. Organización y capacitación para la participación comunitaria.

Comprende las siguientes actividades:

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

## **Servicios de prevención de salud**

### 20. Inmunizaciones

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

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

23. Control puerperal

24. Atención integral para las mujeres en edad fértil.

Comprende las siguientes actividades:

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

## RED DE SERVICIO DEL MINSA CON LA DE LA CSS

Las instalaciones del MINSA Y CSS brindan sus servicios a toda la población de responsabilidad (asegurados y no asegurados) en el primer y segundo nivel de atención. Existe una coordinación interinstitucional a través del **Convenio de Gestión 2012**, vigente en la actualidad. En el cual se establecen los servicios convenidos en cada instalación de salud. A través de este convenio se brinda el acceso al sistema a los pacientes no asegurados y los pacientes asegurados se atienden en las instalaciones del Ministerio de Salud.

## Articula la red formal de servicios de salud con la informal

### CAPACITACIÓN DE LOS RECURSOS QUE SIRVEN EN LA RED INFORMAL DE SALUD

Parteras Se gestiona su capacitación a través de la Coordinación Regional de Programa de Salud Sexual y Reproductiva del Ministerio de Salud. En experiencias recientes, en apoyo a esta gestión ha colaborado el Despacho de la Primera Dama y la Dirección Nacional de Asuntos Sanitarios Indígenas del Ministerio de Salud. La Coordinación Regional de Programa de Salud Sexual y Reproductiva del Ministerio de Salud, supervisa de igual manera las actividades realizadas por este personal comunitario.

### CÓMO SE ARTICULAN LA RED FORMAL PÚBLICA Y LA PRIVADA

No existe como una articulación formal. Solo se tiene conocimiento del número de clínicas y su cartera de servicios, en el Distrito de Changuinola:

- Una Clínica Hospital
  - Salón de operaciones
  - Hospitalización
  - Servicios Intermedios
  - Medicina general y especializada
  - Odontología
  - Urgencia
- Tres Clínicas de Medicina General
- 5 clínicas de Odontología
- Una Clínica con servicios de Medicina General, especializada y odontología

DISTRITO DE BOCAS DEL TORO:

- Dos Clínicas de Odontología
- Una Clínica de Medicina General y Especializada

DISTRITO DE CHIRIQUÍ GRANDE:

- No Cuenta con oferta privada

## **SISTEMA DE REFERENCIA – CONTRA REFERENCIA CONSIDERA LA DINÁMICA DE FUNCIONAMIENTO DE LAS INSTALACIONES SANITARIAS**

La base legal que sustenta el SURCO es la Resolución Ministerial N°422 del 9 de Diciembre de 2003.

El sistema de referencia y contra referencia en teoría es un documento completo que permite que los pacientes puede ser atendido oportunamente y pueda ir de un nivel a otro o en un mismo nivel pero en diferentes complejidades. El problema es, lo primero la escritura la información es poco legible por la pobre caligrafía de los funcionarios que la utilizan, otra dificultad es la contrareferencia, el objetivo es devolver el paciente al primer nivel con todas las indicaciones del sub- especialista o especialista para brincar una atención de calidad y disminuir los costos optimizando los recursos. Si se lograra una armonización dentro de la institución y luego interinstitucionalmente, le daríamos la oportunidad a la utilización correcta de la herramienta.

## **EXISTEN EN SU REGIÓN LOS CENTROS REINTEGRA**

La entrega de la orden de proceder del Centro de Rehabilitación en Changuinola se realiza el 12 de julio de 2017, a la empresa constructora Hidrotécnica S.A. por un monto de B/.464,191.25. Financiado por la Secretaría Nacional de Discapacidad. Se atenderá a la población con discapacidad de Bocas del Toro (3,475 en sus tres distritos) y la Comarca Ngöbe-buglé (4,147), este centro de rehabilitación contará con los servicios más elementales y con personal idóneo del Ministerio de Salud.



## **BOLSONES DE DESPROTEGIDOS**

### **En qué espacios geográfico-poblaciones se ubican los bolsones de desprotegidos**

Están ubicados en las áreas de muy difícil acceso, estas áreas con atendidas por FORIS (Fortalecimiento de redes integradas), estas buscan reducir las inequidades en el sector salud incrementando el acceso a los servicios básicos de atención en zonas rurales pobres y mejorar los resultados de salud que beneficiaran a los grupos más vulnerables en la Región de Salud. FORIS tiene dos grupos el Bocas 7 de Chiriquí Grande y Bocas 17, de tiene actualmente un censo de 6,734 entre los dos grupos, y se les paga B/44. 58 por cada paciente. El Grupo Poblacional Bocas del Toro N°17, Hospital de Bocas del Toro en el corregimiento de Bastimento incluye

las comunidades de Bahía Honda, Bahía Roja, Bastimento, Cayo Coral o Isla Coral, Red Frog Beach, Short Cut o Red Frogs, Solarte, Wizards Beach, en el corregimiento de Bocas del Toro cabecera las comunidades Bocas del Toro, Boquet Bay, Caracol Chiquito, Chimborazo, Graund Creek, Isla carenero, La cabaña, La Carretera, La Colonia Santeña, La Y Griega; Mimitimbi, Paunch, Punta Caracol, Quebrada Matombal, Big Creek, en el Corregimiento de Tierra Oscura las comunidades de Bahía Grande o Big Bay, BellaVista, Bella Vista o Bay View, Cuan Bay, Pichini Creek, San Cristobal, Secretaria con un total de 2,277 viviendas para una población de 9272.

El grupo Poblacional Bocas del Toro N°07 Centro de Salud de Rambala, incluye en el Corregimiento de Chiriquí Grande la comunidad de Chiriquicito N°2, en el Corregimiento de Punta Peña las comunidades de, Cañazas, Cañazas N°2, Entrada de Pueblo Nuevo, Higuerones, Los Alvarados, Paso Catalina, Punta Peña, Quebrada Camaron y Rambala, en el corregimiento de Rambala las comunidades de Chiriquicito N°2, El Guarumo, Guarumicito N°2 o Chiriquicito N°1, La Milagrosa, Neva estrella, Rambala, Bocas Guarumito con un total de 852 viviendas para una población de 4174.

### **CUÁLES SON LOS PRINCIPALES RIESGOS QUE LOS AFECTAN**

La población que viven en estas áreas de muy difícil acceso, por las mismas características del lugar donde residen no tienen accesibilidad a los servicios de salud, la condiciones de sanitarias de las comunidades los expone a riesgos de contaminación de las aguas de consumo por sus excretas, son las áreas que presentan poca cobertura de vacunación, la desnutrición por la parasitosis, por la calidad de agua que consumen y el contacto con los pisos de tierra, viven en ranchos donde están hacinados, aumentando el riesgo de enfermedades respiratorias y de abuso, inician relaciones sexuales a temprana edad, afectándose la salud sexual y reproductiva de la paciente. Están expuestos a todo tipo de vectores y condiciones ambientales de inundaciones, etc.

## COBERTURAS DE VACUNACIÓN

MINISTERIO DE SALUD DE PANAMÁ																														
DEPARTAMENTO DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA / PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES																														
REGION DE SALUD DE :																														
COBERTURA EN MENORES DE 1 AÑO , POR DISTRITO AÑOS 2016-2017																														
REGIÓN DE SALUD / DISTRITO	Población Menor de 1 año		AÑOS 2016-2017																											
			POLIO + HEXA				B.C.G.				PENTAVALENTE + HEXA				HEPATITIS B			ROTAVIRUS			INFLUENZA			NEUMOCOCO						
	2016	2017	3ra. Dosis	Cob.	3ra. Dosis	Cob.	1ra. Dosis	Cob.	1ra. Dosis	Cob.	3ra. Dosis	Cob.	3ra. Dosis	Cob.	Dosis RN	Cob.	Dosis RN	Cob.	2da.Dosis	Cob.	2da.Dosis	Cob.	1da. Dosis	Cob.	1da.Dosis	Cob.	2da. Dosis	Cob.	2da.Dosis	Cob.
Bocas del Toro	4,588	4,660	3244	70.7	2753	59.1	4648	101.3	4493	96.4	3238	70.6	2754	59.1	3970	86.5	3970	85.2	3893	84.9	3492	74.9	4207	91.7	3920	84.1	3995	87.1	3773	81.0
Bocas del Toro.....	567	581	317	55.9	264	45.4	422	74.4	482	83.0	317	55.9	264	45.4	356	62.8	356	61.3	472	83.2	406	69.9	542	95.6	432	74.4	491	86.6	456	78.5
Changuinola.....	3,652	3,679	2580	70.6	2205	59.9	3755	102.8	3535	96.1	2574	70.5	2206	60.0	3183	87.2	3183	86.5	3039	83.2	2698	73.3	3234	88.6	3035	82.5	3104	85.0	2897	78.7
Chiriquí Grande.....	369	400	347	94.0	284	71.0	471	127.6	476	119.0	347	94.0	284	71.0	431	116.8	431	107.8	382	103.5	388	97.0	431	116.8	453	113.3	400	108.4	420	105.0

Cobertura Calculada con Estimado de Población 2016-2017.

Fuente Institucional: Depto. de Registros y Estadísticas de Salud del Programa Ampliado de Inmunizaciones

MINISTERIO DE SALUD DE PANAMÁ																		
DEPARTAMENTO DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA / PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES																		
REGION DE SALUD: BOCAS DEL TORO																		
COBERTURA DE 1 AÑO , POR DISTRITOS AÑOS 2016 - 2017																		
REGIÓN DE SALUD / DISTRITO	Población Menor de 1 año		AÑOS 2016-2017															
			VARICELA				MMR				INFLUENZA				HEPPATTIS A			
	2016		2017		2016		2017		2016		2017		2016		2017			
	2016	2017	1ra.Dosis	Cob.	1ra.Dosis	Cob.	1ra.Dosis	Cob.	1ra.Dosis	Cob.	1ra.Dosis	Cob.	1ra.Dosis	Cob.	1ra.Dosis	Cob.	1ra.Dosis	Cob.
Bocas del Toro	4,516	4,535	2967	65.7	3045	67.1	4094	90.7	3919	86.4	4785	106.0	4353	96.0	4097	90.7	4195	92.5
Bocas del Toro.....	518	524	323	62.4	377	71.9	468	90.3	491	93.7	603	116.4	523	99.8	497	95.9	525	100.2
Changuinola.....	3,646	3,642	2406	66.0	2348	64.5	3234	88.7	3053	83.8	3808	104.4	3308	90.8	3187	87.4	3257	89.4
Chiriquí Grande.....	352	369	238	67.6	320	86.7	392	111.4	375	101.6	374	106.3	522	141.5	413	117.3	413	111.9

Cobertura Calculada con Estimado de Población 2016-2017.

Fuente Institucional: Depto. de Registros y Estadísticas de Salud del Programa Ampliado de Inmunizaciones

MINISTERIO DE SALUD DE PANAMÁ												
DEPARTAMENTO DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA / PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES												
REGION DE SALUD: BOCAS DEL TORO												
COBERTURA EN 10 AÑOS , POR REGIÓN DE SALUD Y DISTRITOS AÑOS 2016- 2017.												
REGIÓN DE SALUD / DISTRITO	Población de 10 años		AÑOS 2016-2017									
			TDAP					VPH				
	2016		2017		2016		2017		2016		2017	
	2016	2017	Ref	Cob.	Ref	Cob.	2da.Dosis	Cob.	2da.Dosis	Cob.		
Bocas del Toro	3,748	3,829	2943	78.5	2931	76.5	2110	56.3	3017	78.8		
Bocas del Toro.....	410	415	369	90.0	328	79.0	176	42.9	295	71.1		
Changuinola.....	2,985	3,050	2321	77.8	2263	74.2	1730	58.0	2378	78.0		
Chiriquí Grande.....	352	364	253	71.9	340	93.4	204	58.0	344	94.5		

Cobertura Calculada con estimado de Población 2016-2017.

Fuente Institucional: Depto. de Registros y Estadísticas de Salud del Programa Ampliado de Inmunizaciones

MINISTERIO DE SALUD DE PANAMÁ										
DEPARTAMENTO DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA / PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES										
REGION DE SALUD: BOCAS DEL TORO										
COBERTURA DE EMBARAZADA , POR REGIÓN DE SALUD Y DISTRITOS AÑOS 2016-2017										
REGIÓN DE SALUD / DISTRITO	Población Menor de 1 año		AÑOS 2016 -2017							
			TDAP				INFLUENZA			
			2016		2017		2016		2017	
	2016	2017	Ref	Cob.	Ref	Cob.	1ra.Dosis	Cob.	1ra.Dosis	Cob.
<b>Bocas del Toro</b>	<b>4,588</b>	<b>4,660</b>	<b>2609</b>	<b>56.9</b>	<b>2696</b>	<b>57.9</b>	<b>2680</b>	<b>58.4</b>	<b>2714</b>	<b>58.2</b>
Bocas del Toro.....	567	581	173	30.5	238	41.0	263	46.4	235	40.4
Changuinola.....	3,652	3,679	2217	60.7	2147	58.4	2139	58.6	2116	57.5
Chiriquí Grande.....	369	400	219	59.3	311	77.8	278	75.3	363	90.8

Cobertura Calculada con Estimado de Población 2016-2017.

Fuente Institucional: Depto. de Registros y Estadísticas de Salud del Programa Ampliado de Inmunizaciones

MINISTERIO DE SALUD DE PANAMÁ										
DEPARTAMENTO DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA / PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES										
REGION DE SALUD: BOCAS DEL TORO										
COBERTURA DE 60 AÑOS Y MÁS , POR REGIÓN DE SALUD Y DISTRITOS AÑOS 2016- 2017.										
REGIÓN DE SALUD / DISTRITO	Población 60-69 años		AÑOS 2016 -2017							
			NEUMOCOCO				INFLUENZA			
			2016		2017		2016		2017	
	2016	2017	1ra	Cob.	1ra	Cob.	1ra.Dosis	Cob.	1ra.Dosis	Cob.
<b>Bocas del Toro</b>	<b>5,415</b>	<b>6,237</b>	<b>1777</b>	<b>32.8</b>	<b>1430</b>	<b>22.9</b>	<b>7547</b>	<b>139.4</b>	<b>6078</b>	<b>97.5</b>
Bocas del Toro.....	733	774	276	37.7	139	18.0	755	103.0	535	69.1
Changuinola.....	4,233	4,990	1361	32.2	1083	21.7	6136	145.0	4851	97.2
Chiriquí Grande.....	449	473	140	31.2	208	44.0	656	146.1	692	146.3

Cobertura Calculada con ESTIMADO DE POBLACIÓN 2016-2017

Fuente Institucional: Depto. de Registros y Estadísticas de Salud del Programa Ampliado de Inmunizaciones

La Cobertura de vacunación en niños menor de un año presenta bajas coberturas en la POLIO + HEXA para el 2016 de 70.7 y para el 2017 de 59.1, siendo el Distrito de Bocas del Toro y Changuinola los que presentaron las coberturas más baja, para el 2017 y el distrito de Bocas del Toro afecta la cobertura del 2016. La PENTEVALENTE + HEXA también presenta baja cobertura para el 2016 la cobertura fue de 70.6 siendo el distrito de Bocas del Toro el que baja el indicador y

para el 2017 de 59.1, siendo los distritos de Bocas del Toro y Changuinola los que presentaron las coberturas más bajas.

Para la cobertura de la población de un año la única cobertura baja en este grupo etario fue la Varicela para el 2016 con 65.7 presentando todos los distritos una baja cobertura, para el 2017 la cobertura fue de 67.1, siendo el Distrito de Changuinola el que presentó la cobertura más baja afectando el indicador regional. La MMR, Influenza y Hepatitis A presentaron una buena cobertura.

Para la cobertura de la población de 10 años se presentó en la TDAP una cobertura para el 2016 de 78.5, bajando la cobertura para el 2017 a 76.5.

La Cobertura del VPH mejora su cobertura del 2016 de 56.3 a 78.8 para el 2018, presentando un aumento significativo.

En la población Embarazada la cobertura de la TDAP están muy bajas tanto para el 2016 y el 2017 presentando 56.9 y 57.9 respectivamente. Para el 2016 los distritos de Bocas del Toro y Chiriquí Grande afectaron el indicador, para el 2017 los distritos de Bocas del Toro y Changuinola son los que afectaron el indicador. La cobertura de Influenza se presenta bajas para ambos años siendo los distritos de Bocas del Toro y Changuinola los que mostraron, muy bajas coberturas, afectando el indicador.

## ANÁLISIS DE LA CAPACIDAD INSTALADA

INSTALACIÓN	POBLACIÓN DE RESPONSABILIDAD	N° DE CAMAS	N° DE CAMAS/1000 HAB
HOSPITAL REGIONAL RDM	65,575	120	0.12
HOSPITAL DE CHIRIQUI GRANDE	13,709	20	0.02
HOSPITAL DE ALMIRANTE	22.625	21	0.02

## INDICADORES DE HOSPITALES DE BOCAS DEL TORO, MINISTERIO DE SALUD 2016

REGIÓN DE SALUD	CAMAS		EGRESOS		GIRO DE CAMA	DÍAS DE ESTANCIA	PROMEDIO DIA ESTANCIA	CAMA DISPONIBLES	CAMA DÍA UTILIZADO	% DE OCUPACIÓN
	NÚMERO	TASA	NÚMERO	TASA						
	24	1.5	1,244	7.7	51.8	4,177	3.4	8,784	5,169	58.8

Fuente Institucional: Contraloría General de la República. INEC

La Provincia cuenta con un total de 185 camas. EL Hospital de Bocas del Toro presenta un porcentaje de ocupación muy bajo.

**RECURSO HUMANO DEL MINISTERIO DE SALUD**

REGIÓN DE BOCAS DEL TORO	TOTAL	MEDICINA GENERAL	MEDICINA ESPECIALIZADA	ODONTÓLOGO	ENFERMERÍA	OTROS SERVICIOS (INTERMEDIOY DE APOYO)	PERSONAL ADMINISTRATIVO
Sede, Dist. de Salud	237	3	0	6	11	58	159
C.S. Caby Rodríguez	22	2	0	1	2	12	4
C.S. La Mesa	11	1	0	0	2	6	3
CMI Sandra Hernández	18	2	0	1	2	8	6
C.S. Valle Risco	7	1	0	0	1	3	2
C.S. Los Higueros	6	1	0	0	2	3	1
C.S de Rambala	11	1	0	0	1	5	3
C.S. de Chiriquí Grande	13	1	0	1	1	8	2
Minsa Capsi Finca 30	93	6	2	1	8	37	38
HBT	74	8*	2*	1	14	25	23
C.S. de Bastimento	4	1	0	0	1	1	1
C.S. Antonio Preciado	17	2	0	1	2	8	3
C.S de Miramar	9	1	0	1	1	5	1
<b>TOTAL</b>	<b>522</b>	<b>29</b>	<b>4</b>	<b>13</b>	<b>48</b>	<b>179</b>	<b>246</b>

**RECURSO HUMANO DE LA CAJA DE SEGURO SOCIAL**

REGION / INSTALACIONES TOTAL= 1,022	TOTAL DE PERSONAL TÉCNICO	MEDICINA GENERAL	MEDICINA ESPECIALIZADA	ENFERMERIA	OTROS (SERVICIOS INTERMEDIOS)	MEDICOS DE SERV. DE URGENCIAS	TOTAL PERSONAL ADMINISTRATIVO
BOCAS DEL TORO	521	36	27	284	158	16	501
HOSP. REG. RDM	352	19	26	195	98	14	275
HOSP. DE ALMIRANTE	77	4	1	44	26	2	90
HOSP. DE CHIRIQUI GRANDE	42	5	0	26	11	0	66
POL. DE GUABITO	33	4	0	12	17	0	48
ULAPS JUAN AGUILAR	17	4	0	7	6	0	22

**Buzón de Quejas y Sugerencia:**

TIPO DE QUEJAS	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	ANUAL
Personal grosero													0
Largas filas	5	4	5	20	22	23							79
Mala atención					1	1							2
Tardanza del personal													0
Demora al dar el servicio				20	22	20							62
Falta de relaciones humanas													0
Falta de medicamentos					4	10							14
Demora al recibir los medicamentos	4	4	5										13
Falta de personal					3								3
Falta de ventanillas para los jubilados													0
Equipo dañado					1								1
Falta de insumos						20							20
Falta de estacionamientos					5	15							20
Falta de aseo													0
Los expedientes se extravían	4		10	5									19
Falta de sillas de espera	20	20	20										60
Espacio físico pequeño					2								0
Teléfonos de citas ocupados	20	20	20	0	0	0							60
Colocar fuentes de agua	0	0	0	0	0								0
Otros													0
<b>Total de Quejas</b>	<b>53</b>	<b>48</b>	<b>60</b>	<b>45</b>	<b>57</b>		<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	
Total de Quejas Formales recibidas		1	1		1								3
Total de Quejas Atendidas			1										0
% de Atención de Quejas	#N/A	#N/A	#N/A	#N/A	#N/A	#N/A	Err:520	Err:520	Err:520	Err:520	Err:520	Err:520	#N/A

La CSS utiliza el Buzón de sugerencia mensual como método de comunicación con el usuario insatisfecho por alguna dificultad durante el proceso de atención o en el período de estancia en las instalaciones.

**LISTA DE ESPERA POR INSTALACIÓN HOSPITALARIA CSS**

		Hospital Regional de Changuinola	Hospital de Almirante
<b>Especialidades</b>	Cardiología	N/A	N/A
	Cirugía General	DIARIO	N/A
	Dermatología	N/A	N/A
	Ginecoobstetricia	30 DIAS	N/A
	Medicina Interna	90 DIAS	N/A
	Ortopedia	60 DÍAS	N/A
	Otorrinolaringología	N/A	N/A
	Pediatría	2 SEMANAS	3 DIAS
	Psiquiatría	15 DÍAS	N/A
	Urología	120 DIAS	N/A
<b>Servicios Técnicos</b>	Fisioterapia	DIARIA	N/A
	Fonoaudiología	15 DIAS	N/A
	Nutrición	15 DIAS	1 SEMANA
	Optometría	N/A	N/A
	Psicología	DIARIO	N/A
	Trabajo Social	DIARIO	DIARIO

**MEDICIÓN DE LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DEL MINSA**

En el Ministerio de Salud para medir la calidad de los servicios utilizamos los ODC, **“OPTIMIZAR EL DESEMPEÑO Y CALIDAD DE LAS INSTALACIONES DE REGIÓN DE BOCAS DEL TORO”**

Con esta valiosa herramienta aplicamos los instrumentos por el tipo de instalación que es y se realiza la presentación de los resultados en el mismo día a todo el equipo de salud de la instalación y se coordina las fechas para la entrega del Plan de mejoras el cual hay que monitorear cada tres meses.

Para el 2016 y 2017 se escogieron algunos centro además de los Hospitales, para el 2018 se tiene que realizar en todas las instalaciones de la región MINSA –CSS.

En las instalaciones del MINSA no se lleva lista de espera.

También se utiliza el sistema de Buzón de sugerencias en las instalaciones de salud, cada instalación cuenta con un equipo de calidad que se encarga de abrirlo, tabular y divulgar para la realización de los correctivos o implementación de acciones específicas.



CRONOGRAMA	
INSTALACION DE SALUD	FECHA PROPUESTA 2017
HOSPITAL DE BOCAS DEL TORO	25 DE OCTUBRE
C/S CABY RODRIGUEZ	19 Y 24 DE OCTUBRE
C/S SANDRA HERNANDEZ	24 DE NOVIEMBRE
MINSA CAPSI FINCA 30	30 NOV. Y 1 DICIEMBRE
HOSPITAL DE ALMIRANTE	22 Y 23 DE NOVIEMBRE
HOSPITAL RAÚL DÁVILA MENA	26,27 Y 28 DE OCTUBRE

## HORARIOS DE ATENCIÓN DE INSTALACIONES DE LA CSS.

### HOSPITAL REGIONAL DR. RDM

7:00 AM - 3:00 PM CONSULTA EXTERNA DE LUNES A VIERNES Y DE 9:00 AM – 9:00 PM SABADOS, DOMINGOS Y DIAS FERIADOS  
24 HORAS SERVICIO DE URGENCIAS, SOP Y SALAS DE HOSPITALIZACION  
7:00 AM – 11PM HEMODIALISIS (INCLUYE FINES DE SEMANA Y FERIADOS)  
7:00 AM – 3:00 PM CLINICA DE HERIDAS DE LUNES A VIERNES Y FERIADOS QUE SEAN DIAS DE SEMANA.

### HOSPITAL DE ALMIRANTE

7:00 AM - 3:00 PM CONSULTA EXTERNA DE LUNES A VIERNES Y DE 9:00 AM – 9:00 PM SABADOS, DOMINGOS Y DIAS FERIADOS  
24 HORAS SERVICIO DE URGENCIAS Y SALAS DE HOSPITALIZACIÓN.

### HOSPITAL DE CHIRIQUI GRANDE

7:00 AM - 3:00 PM CONSULTA EXTERNA Y DE 9:00 AM – 9:00PM SABADOS, DOMINGOS Y FERIADOS.  
24 HORAS SERVICIO DE URGENCIAS Y SALAS DE HOSPITALIZACIÓN

### POLICLINICA DE GUABITO

7:00 AM – 3PM Y DE 3:00PM - 9:00 PM CONSULTA EXTERNA DE LUNES A VIERNES Y DE 9:00 AM – 9:00PM SABADO, DOMINGO Y DIAS FERIADOS  
7:00AM -11:00PM SERVICIO DE URGENCIAS DE LUNES A DOMINGO

ULPAS JUAN AGUILAR

7:00AM – 3:00 PM CONSULTA EXTERNA DE LUNES A VIERNES

7:00AM – 11:00 PM CONSULTA DISPENSARIAL (URGENCIAS) SABADO,  
DOMINGO Y FERIADOS.**HORARIO DE ATENCIÓN DE LAS INSTALACIONES DEL MINSA**C.S. CABY RODRÍGUEZ, C.S. ANTONIO PRECIADO, C.S. LA MESA, C.A.  
RAMBALA, C.S. LOS HIGUERONES, C.S. BASTIMENTO, C.S. CHIRIQUÍ  
GRANDE, C.S. DE RAMBALA, C.S. de MIRAMAR:

7:00 am-3:00 pm de Lunes a Viernes Consulta Externa.

C.S. VALLE RISCO, CMI SANDRA HERNÁNDEZ;

7:00 am – 3:00 pm de Lunes a Viernes. Consulta Externa

7:00 am – 7:00 pm Sábados, domingos y feriados (consulta extendida)

Minsacapsi

7:00 am – 3:00 pm de Lunes a Viernes. Consulta Externa.

7:00 am – 11:00 pm Servicios de Urgencias de Domingos a Jueves.

24 horas Servicios de Urgencia de Viernes a Sábado.

Hospital de Bocas del Toro

7:00 am – 5:00 pm de Lunes a Viernes Consulta Externa

24 horas Servicios de Urgencia de Lunes a Domingo

**PRODUCTIVIDAD 2014-2017 CAJA DE SEGURO SOCIAL Y MINISTERIO DE SALUD  
2014-2017**

	2014		2015		2016		2107	
	MINSA	CSS	MINSA	CSS	MINSA	CSS	MINSA	CSS
<b>MEDICINA GENERAL</b>	139,422	126,083	125,519	116,563	120,816	120,462	130,578	-
<b>URGENCIAS</b>	23,190	45,831	25,576	71,383	22,996	70,486	30,064	-
<b>ESPECIALIDADES</b>	6,200	31,888	5,807	32,891	3,797	32,202	4,742	-
<b>ODONTOLOGÍA</b>	13,774	29,302	16,553	26,856	15,996	28,129	18,793	-
<b>ENFERMERÍA</b>	29,899	17,198	38,172	25,150	34,592	22,653	38,573	-

FUENTE INSTITUCIONAL: REGES CSS Y MINSA 2017

## GESTIÓN DE LOS INSUMOS SANITARIOS – CADENA DE ABASTECIMIENTO

La región cuenta con un total de 17 instalaciones con farmacias completas, 5 de la CSS y 12 del MINSA, entregan informes estadísticos de medicamentos. Los puestos de salud llevan su cartera de medicamentos básicos correspondientes a su nivel de atención.

A través de la **Resolución 632 del 30 de junio de 2009**, Por la cual se adopta la Política Nacional de Medicamentos", fundamentada en siete componentes básicos: El acceso a los medicamentos, calidad, eficacia y vigilancia de la seguridad de los medicamentos, uso racional de los medicamentos, investigación, recursos humanos, propiedad intelectual, monitoreo y evaluación del desarrollo de la política nacional de medicamentos.

La política establece lineamientos y estrategias para fortalecer el acceso, uso racional de medicamentos, favorece el desarrollo de los servicios farmacéuticos como la estrategia de mejoramiento continuo del espacio en lo que más frecuentemente se utilizan, favorecer la disponibilidad de medicamentos esenciales, racionalizar el gasto farmacéutico, favorecer el acceso económico y geográfico del medicamento y fortalecer la gestión del suministro, así como a reforzar el sistema de vigilancia y control de la calidad, eficacia y seguridad de los medicamentos.

El artículo cuarto adopta lineamientos y estrategias para desarrollar los componentes de la Política Nacional de Medicamentos, siendo una de las estrategias la Creación de la Comisión Nacional de Medicamentos de Panamá (CONAMEP), la cual será reglamentada por el Ministerio de Salud.

Resolución No. 203, De 20 de Abril de 2010

Créase la Comisión Nacional de Medicamentos de Panamá (CONAMEP), como un organismo Técnico, bajo la dependencia del Ministerio de Salud

Desde el 2016 se está trabajando con el Catálogo de Medicamentos que suministra el Departamento de Provisión de Suministros Sanitarios. Los Hospitales Urbanos manejan cada uno sus Listados de Especialidades.

A la fecha contamos con la Resolución # 1014 (De 31 de Octubre de 2011), Que establece el Reglamento de Selección de los Medicamentos a Nivel Nacional.

Por un período se llevaba la información manual ya que el área del depósito de medicamentos no contaba con el internet para la utilización de LSS/SUMA, ya en la actualidad se está utilizando nuevamente.

Los Informes gerenciales y transaccionales que genera LSS/SUMA se utilizan en primera instancia, para verificar el status del Kardex Oficial, y el Inventario Físico.

Se consulta SUMA para la verificación de Vencimientos, Cartas de Compromiso, Medicamentos de Programa, Consultas de Lotes, Laboratorios y/o Cantidades (Notificaciones de Sospechas de Fallas / Reacciones), Movimiento del producto (Existencias, Salidas y Saldos), Montos recibidos, entregados, montos disponibles, etc.

El primer paso de la gestión, se da a través del Almacén Nacional de Insumos Sanitarios, donde se trabaja a través del cuadernillo, que se prepara con antelación para cada año, donde se coordinan las compras nacionales con Provisión de Suministros Sanitarios. De igual manera se procede a Nivel Regional con el Director de Provisión de Suministros; una vez abastecido el Almacén Regional, se procede a las distribuciones de acuerdo a la demanda y necesidad de cada instalación de salud, mediante sistema de requisición.

## **COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y SUMINISTRO ENTRE MINSA Y C.S.S.**

Se realiza a través de notas de solicitud de apoyo entre ambas instituciones. Entre Los problemas esta la falta de comunicación y los objetivos en cuanto a las necesidades prioritarias. El de desabastecimiento de la CSS en la Región de Bocas del Toro para el 2016 era alto, para el 2017 mejora, el Ministerio de Salud le ha realizado transferencia de medicamentos y de insumos médico quirúrgico de Odontología, los traspasos del 2016 fueron por un monto de B/129,687.63 y para el 2017 fue de 104,879.68. Hemos implementado un mejor control en los traspasos para poder generar informes de costos de los traspasos realizados a la CSS. Se requiere mejorar la coordinación entre ambas instituciones, con la finalidad de brindar servicios con calidad.

## **ESTIMACIÓN DE LA NECESIDAD DE LOS INSUMOS.**

Actualmente la estimación de necesidades de los diferentes insumos sanitarios, se realiza de acuerdo a las demandas y consumos anuales de cada instalación. El registro de consumo, se realiza a través de un informe diario de cada grupo de insumos sanitarios, que es posteriormente consolidado a nivel regional. Cada almacén tiene que enviar sus consumos por instalación al nivel nacional. Con la implementación del sistema Istmo todos los insumos comprados en la región se les hace la recepción digital en el sistema previo a esto se carga todo el inventario de los almacenes en el sistema.

Todos los responsables de los cinco grupos sanitarios tienen que remitir sus informes de consumos para poder hacer los estimados de utilización de los insumos. Lamentablemente hay instalación que no cumplen a cabalidad esta, pero hemos mejorado mucho en el área de Gestión de los almacenes, se les compro equipos a todos para que puedan llevar la información al día.

## **ALMACENAMIENTO DE MEDICAMENTOS E INSUMOS SANITARIOS**

Se da la implementación del Manual de Buenas Prácticas de Almacenamiento, establecido por la **Ley 1 del 10 de enero de 2001**, sobre medicamentos y otros productos para salud humana.

En el tema de estimación y cumplimiento de las leyes, es importante que en la región se logre que cada farmacia este con un farmaceuta, en la Región Tenemos la Coordinadora de Almacén, uno en el Minsacapsi, una en el CMI Sandra Hernández y el otro en la Isla de Bocas del Toro, las otras 8 instalaciones no cuentan con farmaceuta. Las farmacias tienen técnicos de farmacia asignados. Se les realiza supervisiones seguidas para monitorear sus funciones, los recetarios, los informes y los vencidos.

Todas las farmacias de la Región cuentan con figura del regente, generalmente lo hacen en horarios diurnos y nocturnos, ya que también laboran en las instituciones públicas.

En la región solo contamos con 3 laboratorios clínicos en la Isla de Bocas del Toro, Minsacapsi y CMI Sandra Hernández, el resto de las instalaciones trabajan con correo de muestra.

Para realizar las pruebas de agua no contamos con laboratorio local. Pero si tenemos un equipo portátil con el que se puede hacer toma del PH, turbiedad, temperatura, conductividad y los sólidos totales. Si es una prueba más sofisticada lo llevan a los Santos o Chiriquí.

En la actualidad para poder comprar insumos médicos, hay que enviar la solicitud al nivel nacional para la autorización de la compra de los insumos que estén agotados o que por un aumento en la demanda se agotaron antes de tiempo y se adquieren por fondo de hospitales. La mayoría de los insumos sanitarios vienen del almacén central.

En la región el banco de sangre es de la Caja de Seguro social.

Se realizan las auditorias sociales todo el equipo de Monitoreo y evaluación invita a los programas y a las autoridades para el resultado de las mismas, el mes pasado hicieron al divulgación de los resultados.

## **CONOCEN EL PROGRAMA DE HUMANIZACIÓN**

El programa se implementó en la región, en el 2017 se hizo un seminario taller en Playa Tortuga para actualizar al equipo en Humanización y también se tocaron temas de Cuidados Paliativos. La Coordinadora del programa organiza las actividades en el Hospital Regional

## **AUDITORIA DE EXPEDIENTE**

La Dra. Zuny Zhong es la coordinadora del programa de auditoria de expediente, se realiza todos los años todo el equipo de auditores se mueve a los tres distritos cuando van a levantar las encuestas. Se hace una plenaria para presentar los resultados y en Panamá también tiene que sustentar el proceso. Hemos mejora muy lentamente, pero hemos ido mejorando. Todavía queda mucho trabajo por hacer.

La coordinadora ya fue a su primera capacitación para auditar con el SEIS. Están trabajando ese proceso.

TIPO	CLASE	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	ANUAL
CHARLAS DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	Nº de Charlas de Promoción y Prevención realizadas	125	122	162	201	172	169	134	279	278	198	177	46	1,364
	Población Beneficiaria	2,888	2,642	4,363	10,870	4,910	17,890	5,820	10,816	8,258	6,968	3,859	2,066	60,199
ACTIVIDADES DE ATENCIÓN MASIVA	Nº de Ferias de Salud realizadas	0	0	5	1	0	0	0	0	2	1	0	1	10
	Nº de Giras realizadas	8	4	15	9	1	51	0	11	45	12	2	7	165
	Participación en Campañas de Salud	1	2	9	25	9	4	2	2	12	11	6	4	87
	Otras	880	344	356	612	585	4,533	612	3,005	2,232	2,806	1,631	630	18,226
TOTAL DE VISITAS DOMICILIARIAS (SADI)		50	42	22	37	56	33	62	45	60	28	33	23	491

RIESGOS PROFESIONALES		2015	2016
TIPO DE ACCIDENTE	Total de Accidentes	393	377
	Traumatismos	164	161
	Heridas Cortantes	175	134
	Quemaduras	11	6
	Otros	37	70
ENFERMEDAD PROFESIONAL		5	4
TOTAL DE RIESGOS PROFESIONALES		398	381
DÍAS DE INCAPACIDAD	Total	3,798	3,301
	Accidentes	3,793	3,301
	Enf. Profesional	5	0
INDICADOR	Días de Incapacidad por Total de RP / N° de Riesgos Profesionales	38.2	35.5
	Días de Incapacidad por Accidente / N° de Accidentes	38.4	35.5
	Días de Incapacidad por Enf. Prof. / N° de Enf. Prof.	1.0	0.0

## PROGRAMA DE LAS GIRAS A LAS AREAS DE DIFÍCIL ACCESO.



Se realizan las programaciones semanales para brindar atención odontológica de enfermería. Se utiliza una portátil para realizar esta cobertura. Esta estrategia de atención lo que busca es mejorar la cobertura de los servicios odontológicos.

## **PROCESO DE CAMBIO EN LA ATENCIÓN SALUD - ENFERMEDAD**

En seguimiento al proceso de cambio en la concepción de la Atención Salud-Enfermedad, el Sistema Regional de Salud, requiere fortalecer los siguientes aspectos:

1. Establecimiento de Equipos Básicos de Salud, en todas las instalaciones de la Red Integrada de Servicios de Salud.
2. Incorporación del concepto de familia, comunidad y ambiente, en el abordaje tradicional del individuo dentro del proceso de Atención Salud-Enfermedad.
3. Fortalecer la Cartera de Servicios de la Red Integrada de Servicios de Salud con enfoque en prevención primaria, secundaria, terciaria y salud ambiental.

## **NUEVAS MODALIDADES DE ATENCIÓN EN SALUD**

En el Sistema Regional de Salud, se ha dado la introducción desde hace varios años de nuevas modalidades de atención en salud, todas en el marco de la estrategia de Extensión de Cobertura:

1. Programa de Mejoramiento de la Equidad en Salud
2. Proyecto de Salud para Poblaciones Vulnerables
3. Jornadas de Atención Primaria Ambulatoria
4. Jornadas Amor sobre ruedas
5. Censos de la Salud
6. Sonrisa de Mujer
7. Se fortalece la capacidad para el cumplimiento de las Funciones Esenciales de Salud Pública, contemplando disciplinas de Epidemiología, Control de Vectores y Saneamiento Ambiental.
8. Programa de atención primaria con el Médico de cabecera y GOCPS: grupos organizados de la comunidad para la promoción de la salud.
9. Jornadas de Actualización Quirúrgica, (Prima de Productividad)
10. Jornadas de Atención Especializadas
11. Clínica Amigable

## **NUEVAS MODALIDADES DE ATENCIÓN EN SALUD**

12. Fortalecimiento del componente de Prevención, con la incorporación de personal de Promoción de la Salud y Terapia Física y Rehabilitación, incluyendo la Clínica de Cesación de Tabaco.

13. Abordaje integral del individuo y su entorno, incorporando las disciplinas de Psicología y Trabajo Social al Equipo de Salud.

14. Se fortalece la capacidad para el cumplimiento de las Funciones Esenciales de Salud Pública, contemplando disciplinas de Epidemiología, Control de Vectores y Saneamiento Ambiental.

14. Apertura de la Escuela de Manipuladores

15. Giras de Atención Odontológica y Enfermería a las comunidades de muy difícil acceso.

En relación al primer nivel de atención se presenta una nueva modificación de los servicios ofertados con la introducción de los MINSA CAPSi a la Red de Servicios, básicamente:

- Equipo Básico de Salud, con todos sus actores
- Incorporación de Medicina Especializada
- Servicios de Apoyo al Diagnóstico con tecnología de punta
- Cuarto de Urgencias
- Algunos ofrecen servicios de Hospitalización.

## **CENSOS 2017**

Se realizaron un total de 10 censos de noviembre del 2016 a octubre del 2017 en el provincia de Bocas del Toro, estos nos permiten conocer el estado de salud y brindarle la atención oportuna y una mejor calidad de vida a los panameños, igualmente permite fortalecer el sistema de salud encaminándolo hacia la prevención. Los Diagnósticos más frecuentes fueron la dislipidemia 27% y la obesidad/sobrepeso 23%, hipertensión arterial 16% y diabetes 14%. Beneficiándose el 48% pacientes asegurados y 52 % pacientes no asegurados. En el mes de noviembre del 30 al 2 de diciembre del 2016 se realizó el XVI Censo en el Hospital Raúl Dávila Mena. El XVII Censo se realizó en el Minsacapsi de Finca #30 del 7 al 9 de Febrero del 2017. El XVIII Censo se realizó en la Policlínica de Guabito los días 14,15 y 16 de Mayo del 2017. El XIX Censo en Isla Colón en el Hospital de Bocas del Toro del 4 al 6 de Abril del 2017. El XX Censo del 10 al 12 de mayo en el Hospital de Chiriquí Grande. El Censo XXI Censo de Salud Preventiva

en el Hospital de Almirante del 7 al 9 de junio. El Censo XXII en el Hospital regional Raúl Dávila Mena del 12 al 14 de julio del 2017. El XXIII en la ULAPS de Las Tablas del 9 al 11 de agosto del 2017. El XXIV Censo se realizó en el Centro Penitenciario de Débora el 22 de septiembre del 2017, con el objetivo de brindarle cobertura a esta población cautiva pero riesgos de salud. El XXV Censo de Salud Preventiva fue dirigido a la población que labora en las instituciones públicas, para ofrecerles un acceso más expedito, los cuales muchas veces no cumplen con sus controles y atenciones por dificultad en sus horarios de trabajo, se realizó los días 19 y 20 de octubre del 2017.

## **IMPACTO DE LA TECNOLOGÍA EN LA SALUD**

Las redes sociales (internet, twitter, Facebook, Instagram, correo electrónico u otros) se utilizan como herramientas de divulgación de temas prioritarios como uso racional de medicamentos, estilo de vida saludables, salud mental, la obesidad otros, de una manera continua y sistemática. Son un excelente medio para educar y actualizar a la población sobre las actividades que se están realizando, Mensajes de promoción de la salud, mensajes preventivos, control y vigilancia en salud

El Departamento de Salud Pública, se utiliza el Whatsapp, como una herramienta para evidenciar la divulgación de información de carácter sensitivo para el desempeño de las labores cotidianas y los boletines epidemiológicos, los avances de la vacunación en la región, esta metodología es eficiente para la comunicación, todos los jefes de programa y autoridades, personal de salud estamos en conocimiento en tiempo real de lo que está ocurriendo, para una toma de decisión oportuna, acceso a la información.

Los Directores utilizan el Twitter para divulgar a nivel regional y nacional todo lo que se está realizando en la provincia y fuera de ella para que todos estemos en conocimiento de las actividades que realizan cada uno de los programas. Y algo muy importante publicar fotos de las actividades que se realizan, que nos ayuda mucho a la hora de tener que presentar las evidencia.

DEPA en coordinación con AUPSA, fortalecer las actividades de vigilancia y control de alimentos.

## **PROGRAMAS PARA LA ATENCIÓN DE GRUPOS DE RIESGO**

El Sistema Regional de Salud, desarrolla programas y acciones dirigidas a la atención de grupos prioritarios y de alto riesgo

1. Menores de un año
2. Menores de 1 a 5 años
3. Adolescentes
4. Embarazadas (Control Prenatal, Atención al Parto y Puerperio)

5. Adulto Mayor
6. Adultos con Enfermedades Crónicas No Transmisibles
7. Tuberculosis
8. VIH
9. Leishmaniasis, Malaria y otras Enfermedades de Notificación Obligatoria
10. Personas con Discapacidad

La atención a la población de primera infancia, que logremos que se desarrollen de manera saludable física y emocionalmente es muy importante para la mejora de los indicadores de salud de la región. Son muy importante para el futuro de nuestro país. A finales del 2018 se realizará la apertura del Reintegra de Bocas del Toro, para dar respuesta a esa población discapacitada que ha esperado por años esta realidad.

### **ROL DE RECTORÍA DE LA AUTORIDAD SANITARIA**

En el Sistema Regional de Salud, se reconoce la función rectora del Ministerio de Salud, cuya máxima autoridad es el Director Regional de Salud. Se requiere la coordinación entre ambas instituciones para el cumplimiento de los lineamientos dados por el Ministerio de Salud, como ente rector.

Bocas del Toro es una Región que por la característica de la oferta, debe existir una verdadera coordinación, los directores deben ser garantes del cumplimiento de los Convenio de Gestión, si hablamos de los grupos poblacionales de riesgo, se debe respetar el derecho que tiene el paciente para lograr tener un verdadero acceso a los servicios de salud, independiente de su condición económica.

Esta coordinación horizontal, en ocasiones se ve afectada por la verticalidad de las directrices emanadas de las instancias superiores respectivas.

En la Región de Bocas del Toro, el Ministerio de Salud, tiene una fuerte presencia en las funciones de vigilancia vectorial y sanitaria. Se realiza un esfuerzos para el cumplimiento de la ley 13, antitabaco, Bocas del Toro por ser un área turísticas es un gran trabaja el que corresponde hacer.

Dentro de las Funciones de Rectoría esta la armonización de la Provisión de los Servicios de Salud

## **VISIÓN**

Sistema de Salud humano, con equidad y calidad, un derecho de todos que permite alcanzar un nivel óptimo de salud a lo largo del curso de vida, con participación social y comunitaria.

## **MISIÓN**

Garantizar la salud de la población mediante el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud, privilegiando la Atención Primaria de Salud y por tanto la atención del ambiente, del individuo y de la familia como parte de la comunidad, con un enfoque de derecho humano a la salud expresado en acciones integrales de promoción, protección, conservación, restitución y rehabilitación de la salud biopsicosocial durante el curso de vida, con base en principios y valores de equidad, eficacia, eficiencia, humanización, integralidad, calidad, transparencia y rendición de cuentas, fomentando la participación de la población en la vigilancia y control de las determinantes de la salud, de su autocuidado y el de su familia para el logro de una vida sana para todos, de un mejor nivel de bienestar y calidad de vida.

## **VALORES Y PRINCIPIOS**

- Universalidad
- Efectividad
- Equidad
- Eficacia
- Eficiencia
- Integralidad
- Cooperación
- Humanización
- No discriminación
- Participación
- Solidaridad
- Rendición de cuentas
- Transparencia
- Sensibilidad
- Interculturalidad
- Calidad

## **PROCESO DE DESCENTRALIZACIÓN**

### **Nivel Distrital y Local:**

Los tres Distritos de Salud, cuentan con sus asignaciones presupuestarias por Ley, al igual que el Hospital de Bocas del Toro y el MINSA CAPSi Finca 30. No obstante, a consecuencia de los montos de las subvenciones recibidas según mensualización, se hace necesario en no pocas ocasiones, recurrir a la centralización de la ejecución en el Nivel Regional. A pesar de esta limitante, se han presentado avances en cuanto a la desconcentración hacia los niveles distrital y local.

## **ESTRUCTURA ORGÁNICA Y PROCESOS SANITARIOS**

Dentro de la estructura del Sistema Regional de Salud, se destacan las Coordinaciones Regionales de Programas, a través de las cuales se logra la articulación de la estructura orgánica del sistema con los procesos sanitarios normados: Coordinación de Programa de Salud Sexual Reproductiva e Infantil Coordinación de Programa Escolar Coordinación de Bioseguridad Coordinación de Auditoría Social. Coordinación de Programa de Cuidados Paliativos Coordinación de Programa de Salud de Adultos Coordinación de Programa de Tuberculosis Coordinación de Programa de VIH/SIDA Coordinación de Programa de Salud Mental Coordinación de Programa de Inmunizaciones Coordinación de Médico Quirúrgico Coordinación de Programa de Adolescentes.

En el Sistema Regional de Salud, los Manuales de Procedimientos Administrativos se aplican en base a las Normas de Control Interno Gubernamental. Estas Normas y Procedimientos Administrativos, se orientan a promover controles claves en las diferentes áreas de los sistemas administrativos, dentro de una óptica que posibilite la integración de los controles internos y la información que procesen los componentes: Presupuesto Tesorería Contabilidad

Estos componentes incluyen Controles Internos y durante el ejercicio fiscal tiene a su cargo la responsabilidad de proyectar, procesar e informar las operaciones referidas a la Administración. En caso de incumplimiento de los debidos procesos establecidos en las Normas de Control Interno, se procede a una evaluación exhaustiva de las deficiencias percibidas, aplicando la norma.

## **SISTEMAS DE ABASTECIMIENTO Y SUMINISTRO**

Las especificaciones técnicas de los insumos sanitarios para los diferentes servicios se determinan de acuerdo a:

1. Nivel de Atención de la Unidad Solicitante
2. Grado de Complejidad de la instalación en la que se prestará el servicio
3. Características de la población beneficiaria del servicio que se ofertará.

En todo caso, las especificaciones de los insumos sanitarios que se gestionan, deben enmarcarse en el Sistema de Fichas Técnicas.

Los proveedores que participan en el proceso de compras, mediante el sistema Panamá-Compra, deben contar con registro en el Sistema de Oferentes cumpliendo con todos los requisitos establecidos legalmente. En términos generales entre los proveedores participantes, se adjudica por menor valor.

El proceso tiene limitantes, en cuanto a la disponibilidad de proveedores participantes en los actos de compras de las instituciones en la provincia de Bocas del Toro, principalmente por razones de accesibilidad geográfica. Se considera que el proceso pudiera mejorarse, con la incorporación de proveedores locales.

Los proveedores son evaluados durante el proceso, en términos de: Cumplimiento de los plazos establecidos mediante, Orden de Compra, Calidad de los productos y servicios. Cumplimiento de las especificaciones requeridas por la Unidad Solicitante. Una vez completado el proceso de compra, los proveedores que no cumplen con términos establecidos, son rechazados.

Posteriormente, al recibir el bien o servicio, si se presenta algún tipo de falla o situaciones que pongan en duda la calidad del mismo, se procede a realizar el Reporte de Falla de Dispositivos, tras el cual puede iniciarse un proceso al proveedor, que puede derivar en la cancelación de criterio técnico. Para cada una de las fuentes de financiamiento - Presupuesto Regular, Subvenciones Adicionales, Autogestión - los términos de pago a proveedores se establecen mediante la Orden de Compra que puede ser a: Contado Crédito. La modalidad de Orden de Compra, responderá a la disponibilidad financiera y las necesidades de la Unidad Solicitante. Las partidas presupuestarias para compra de equipos e insumos médico quirúrgicos se manejan en forma centralizada por el nivel nacional. No obstante, eventualmente pueden disponerse fondos para estos fines, procedentes de los traslados de partidas y Subvenciones Adicionales. La adquisición de nuevos equipos y tecnologías, se contempla anualmente dentro del proceso de Formulación de Anteproyecto de Presupuesto, para la siguiente vigencia, en la Matriz de MAQUINARIA Y EQUIPO en la cual se prioriza en base a:

1. Incremento de la capacidad instalada de las instalaciones de la Red de Servicios
2. La incorporación de nuevas tecnologías.

3. La necesidad de reemplazo de equipos a nivel de toda la red, una vez han completado su vida útil. En todos los casos, se incluyen las debidas justificaciones de los incrementos solicitados.

**EQUIPOS GESTIONADOS Y ADQUIRIDOS PARA EL 2017**

<b>EQUIPOS ADQUIRIDOS MINSA 2017</b>	
<b>EQUIPO</b>	<b>COSTO</b>
AUTOCLAVES DE MESA	9,750.00
COMPRESORES DENTALES	125000.00
SUCCIÓN CENTRAL	50220.00
AIRES ACONDICIONADOS	20964.35
CAMILLAS	3584.50
DESTILADORAS DE AGUA	2942.50
MESA PARA FISIOTERAPIA	856.00
AMALGAMADOR	668.75
SILLA EJECUTIVAS	11467.75
IMPRESORA SEIS	1316.10
CARRO DE EMERGENCIA	4563.00
AUTOCLAVES DE MESA	18000.00
<b>TOTAL</b>	<b>249,332.95</b>

## SISTEMAS DE INFORMATICOS EN SALUD

- SISTEMA DE MONITORIEO Y EVALUACIÓN DEL PLAN ESTRATÉGICO DE SALUD (SIMEPLANS)
- HOSPITAL VIRTUAL
- SITIOS DE TELE RADIOLOGÍA (RIS) Y SISTEMA DE ALMACENAMIENTO DE IMÁGENES COMPUTARIZADO (PACS)
- SEIS SISTEMA ELECTRONICO DE INFORMACIÓN DE SALUD (EXPEDIENTE ELECTRÓNICO DEL MINSA)
- SISTEMA DE ESTADÍSTICAS DE SALUD
- SISTEMA DE LABORATORIO E-DELPHYN
- LSS SUMA
- SISTEMA DE GESTIÓN ELECTRÓNICA DE CRITERIOS TECNICOS
- ENCUESTA NACIONAL DE SALUD DE PANAMA (ENSPA)
- ENCUESTA NACIONAL DE TABACO EN ADULTOS (GATS)
- ENCUESTA NACIONAL DE DISCAPACIDAD
- DIAGNOSTICO DE LA SALUD BUCODENTAL
- PREVALENCIA DE FACTORES DE RIESGO DE ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR
- ISTMO (INTEGRACIÓN Y SOLUCIONES TÉCNOLÓGICAS DEL MODELO DE GESTIÓN)
- SISTEMA DE TRANSPORTE

### ADMINISTRACIÓN DE LA FLOTA VEHICULAR:

EL Sistema nos permite revisar, analizar el uso manejo y administración de la flota a través de módulos de vehículo. Seguro, cobertura, siniestros y mantenimiento.

- COSTO 20 (COMPENSACIÓN DE SERVICIOS CSS-MINSA)
- PROCESOS DE MISION CRÍTICA (MONITOREAR LA TRAZABILIDAD DE LOS EXPEDIENTES DE COMPRAS)
- BIENES PATRIMONIALES
- SISTEMA DE REGISTRO NACIONAL DE OFERENTES Y CATALOGOS DE PROVEEDORES
- SISTEMA DE REGISTRO DE CARNETS (M.A.)
- KIOSKOS VIRTUALES

## **SISTEMAS DE INFORMACIÓN DE LA CSS**

### **SAFIRO**

- SRPG
- Portal de Compras
- MANSIS
- MAINFRANE
- SIS (Xhis , Esiap, Quioscos, LIS, RIS-PAQ, e.Delphin, fressenius (Hemodiálisis), Atención Primaria, Diabetes(Clínica de Control de Diabetes), Modulo de Farmacia y Gestión de medicamentos y QlikView)
- SIP
- SIGVIC
- SOFWARE DE VACUNAS
- SISSO
- AGEF
- CITAS MÉDICAS /CALL CENTER
- SIPE

## COMPENSACIÓN DE COSTOS

### **Convenios de compensación de costos con la CSS en la región y en los hospitales.**

Siempre ha existido El Convenio de compensación de Costos entre la CSS-MINSA, todos los términos pactados se ejecutan a nivel central, financiación, facturación y compensación.

Desde el año 1998 se mantiene un Convenio de compensación de prestación de servicios de salud a nivel del interior del país, en el cual se incluye la Región de Salud de Colón. Este convenio es renovado todos los años, último convenio firmado fue en el año 2012. En la actualidad la Región de Colón no cuenta con unidades de costos que desarrollen el programa.

### **Mecanismos que se aplican para el análisis de la información de costos, como se relacionan los costos con la producción, con el rendimiento, los recursos y los resultados. Qué decisiones se toman a partir de este análisis.**

Todos los informes que generan el sistema de Costo 20, que arroja la producción del servicio (incremento, disminución, actividades), que tienen que ver con la demanda y gastos incurridos que nos dan los indicadores que se presentan para medir rendimiento; las autoridades son los que toman las decisiones con relación al mismo. Mediante el sistema Safiro se realiza el análisis de la información y se maneja en base al abastecimiento de los insumos y medicamentos que mantiene la unidad al día.

### **3. ¿Qué aspectos de la atención sanitaria determinan sus costos? ¿Cómo influyen la tecnología de punta, las decisiones de diagnóstico y tratamiento de los profesionales, en la complejidad de los servicios de salud y duplicidad de los servicios?**

Los costos tienen que ver con los componentes de mano de obra, gastos incurridos, insumos, servicios generales y administrativo que dan los servicios de consulta externa, hospitalización y servicios intermedios, la tecnología ayuda que las decisiones se tomen de manera oportuna ya que tenemos la información en el menor tiempo posible. El nivel de atención que se brinde, los recursos con que se cuente en la instalación de salud (desde el recurso humano, equipos, infraestructuras, etc). Entre más complejo, y con mayores recursos mejor es la atención y mayores son los costos. El sistema de costo 20 contempla desde los costos de infraestructura, cuanto mide el área donde se brinda el servicio, el costo del recurso humano, el costo de los insumos establecidos para cada procedimiento, etc.

## **Las tarifas establecidas responden a los costos reales. Sobre qué bases se estiman. Cómo deben ajustarse**

El Convenio Pr-Denfa-70, estos mismos responden a las tarifas que aplica el MINSA, para el cobro de los pacientes no asegurados, las cuales deben ser actualizadas por el MINSA, quien las provee, deben ajustarse de acuerdo a la producción de servicios, de acuerdo con el gasto real y todas las variables que lo componen. Las tarifas establecidas y que son variables en cada región, datan desde los años 80, poco se han ajustado, porque esto implica un precio político, que nadie quiere afrontar.

Una vez que se determinan los costos unitarios reales de los servicios y/o actividades que se brindan en nuestras instalaciones de salud, se debería evaluar la posibilidad de ajustar los mismos a la población. Pero para hacer esto se requiere un estudio previo de la condición socio-económica de los diversos distritos o comunidades, de manera tal que no afecte la salud de la población.

**PRESUPUESTO 2016 MINISTERIO DE SALUD**

UNIDAD EJECUTORA	PRESUPUESTO LEY 2016	ASIGNADO A NOVIEMBRE DE 2016	ASIGNADO MODIFICADO NOVIEMBRE 2016	COMPROMETIDO ACUMULADO	EJECUCIÓN PRESUPUESTARIA
DIRECCIÓN REGIONAL	1,986,278.00	570,072.00	858,548.87	818,282.92	95.31%
HOSPITAL DE BOCAS DEL TORO	2,342,095.00	2,378,349.74	2,375,375.74	2,286,094.20	96.24%
DISTRITO DE BOCAS DEL TORO	934,233.00	184,802.00	133,778.00	113,304.06	84.70%
DISTRITO DE CHANGUINOLA	1,897,461.00	431,983.00	288,133.00	245,849.36	85.32%
DISTRITO DE CHIRIQUI GRANDE	590,079.00	174,408.00	126,308.00	120,547.63	95.44%
MINSA CAPSI- FINCA # 30	1,101,142.00	292,615.00	250,086.13	221,312.17	88.49%
<b>TOTALES</b>	<b>8,851,288.00</b>	<b>4,032,229.74</b>	<b>4,032,229.74</b>	<b>3,805,390.34</b>	<b>94.37%</b>



### FONDO DE ADMINISTRACIÓN DE HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD

	ASIGNADO	COMPROMISOS ACUMULADOS	PORCENTAJE EJECUCIÓN
<b>FONDO DE HOSPITALES</b>	<b>42,730.19</b>	<b>42,730.19</b>	<b>100%</b>
<b>CENTROS DE SALUD</b>	<b>87,520.04</b>	<b>87,520.04</b>	<b>100%</b>
<b>TOTAL</b>	<b>130,250.23</b>	<b>130,250.23</b>	<b>100%</b>

**PRESUPUESTO DE BOCAS DEL TORO CSS**

ANUAL-2016

REGIÓN: BOCAS DEL TORO

UNIDAD EJECUTORA		TOTAL	Servicios Personales	Servicios No Personales	Materiales y Suministros	Transferencias Corrientes	Equipo y Maquinaria
HOSPITAL REGIONAL DE CHANGUINOLA	Aprobado	30,665,455.63	18,176,102.00	3,642,458.88	7,878,725.00	57,639.75	910,530.00
	Ejecutado	25,835,427.56	17,808,390.00	3,068,570.56	4,458,092.00	44,350.00	456,025.00
	% Ejecución	84.2%	98.0%	84.2%	56.6%	76.9%	50.1%
HOSPITAL DE ALMIRANTE	Aprobado	5,196,617.45	3,874,896.00	333,183.66	853,942.79	4,950.00	129,645.00
	Ejecutado	3,783,210.62	2,901,294.00	271,379.95	504,974.00	4,368.67	101,194.00
	% Ejecución	72.8%	74.9%	81.5%	51.7%	88.3%	78.1%
POLICLINICA DE GUABITO	Aprobado	3,534,257.00	1,771,142.00	450,799.00	452,905.00	12,287.00	847,124.00
	Ejecutado	2,073,819.45	1,214,662.00	353,802.90	122,271.00	11,200.55	371,883.00
	% Ejecución	58.7%	68.6%	78.5%	27.0%	91.2%	43.9%
COORDINACION ADMINISTRATIVA	Aprobado	1,892,479.37	1,115,183.00	356,699.00	186,497.92	32,437.45	201,662.00
	Ejecutado	1,241,307.63	829,698.00	225,959.99	79,508.21	28,791.43	77,350.00
	% Ejecución	65.6%	74.4%	63.3%	27.7%	88.8%	38.4%
CAPPS LAS TABLAS	Aprobado	1,797,775.59	1,131,710.00	125,694.00	417,765.59	1,712.00	120,894.00
	Ejecutado	997,455.26	640,166.00	89,317.03	190,472.23	1,560.00	75,940.00
	% Ejecución	55.5%	56.6%	71.1%	45.6%	91.1%	62.8%
HOSPITAL CHIRIQUI GRANDE	Aprobado	4,169,362.42	3,207,422.00	299,430.06	515,641.36	7,571.00	139,298.00
	Ejecutado	2,651,482.74	2,230,029.00	162,715.76	204,582.18	7,562.55	46,593.25
	% Ejecución	63.6%	69.5%	54.3%	39.7%	99.9%	33.4%

**PRESUPUESTO DE FUNCIONAMIENTO CSS**

	2016
FUNCIONAMIENTO	18,802,929
COMPROMETIDO	10,932,055
INVERSION	3,200,000
COMPROMETIDO	0%

**PROYECTOS DE INVERSION REALIZADOS EN 2016-2017**

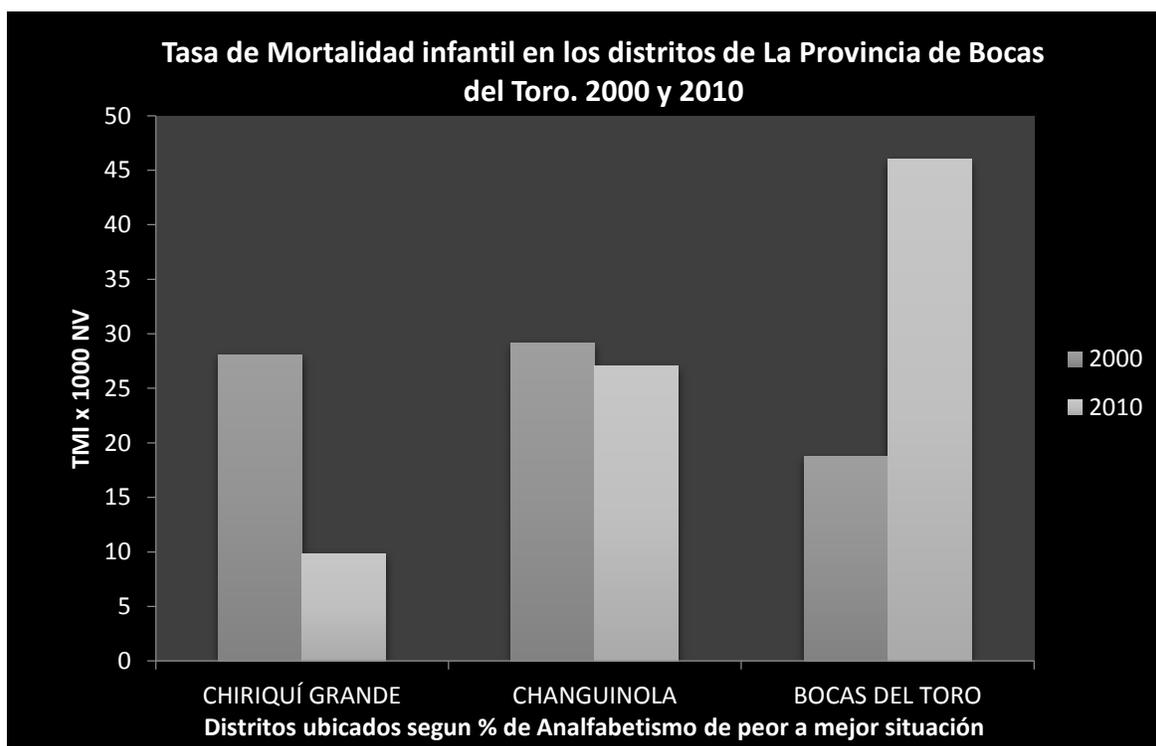
<b>PLANIFICACIÓN / DIS BOCAS DEL TORO PROYECTOS DE MEJORAS 2016-2017</b>			
<b>N°</b>	<b>PROYECTO</b>	<b>MONTO</b>	<b>AVANCE</b>
1	C.S. Finca 06 Gaby Rodríguez	31,897.72	100%
2	C.M.I. Sandra Hernández	22,769.60	100%
3	C.S. La Mesa	40,971.86	100%
4	Centro de Salud Los Higueros	39,203.14	100%
5	P.S. Barranco Adentro	17,771.31	100%
6	Depósitos de Biológicos	5,000.25	100%
7	P.S. Débora	31,424.38	100%
8	C.M.I. Sandra Hernández Cerca Frontal	6,789.00	100%
9	HOSPITAL DE BOCAS DEL TORO	7,965.08	100%
10	C.M.I. Sandra Hernández	1,219.80	100%
11	P.S. Las Delicias	63,554.07	100%
12	C. S. Bastimento	48,346.17	100%
		<b>316,912.38</b>	<b>100%</b>

ANÁLISIS DE DESIGUALDADES  
BOCAS DEL TORO  
2017

## Tasa de Mortalidad Infantil

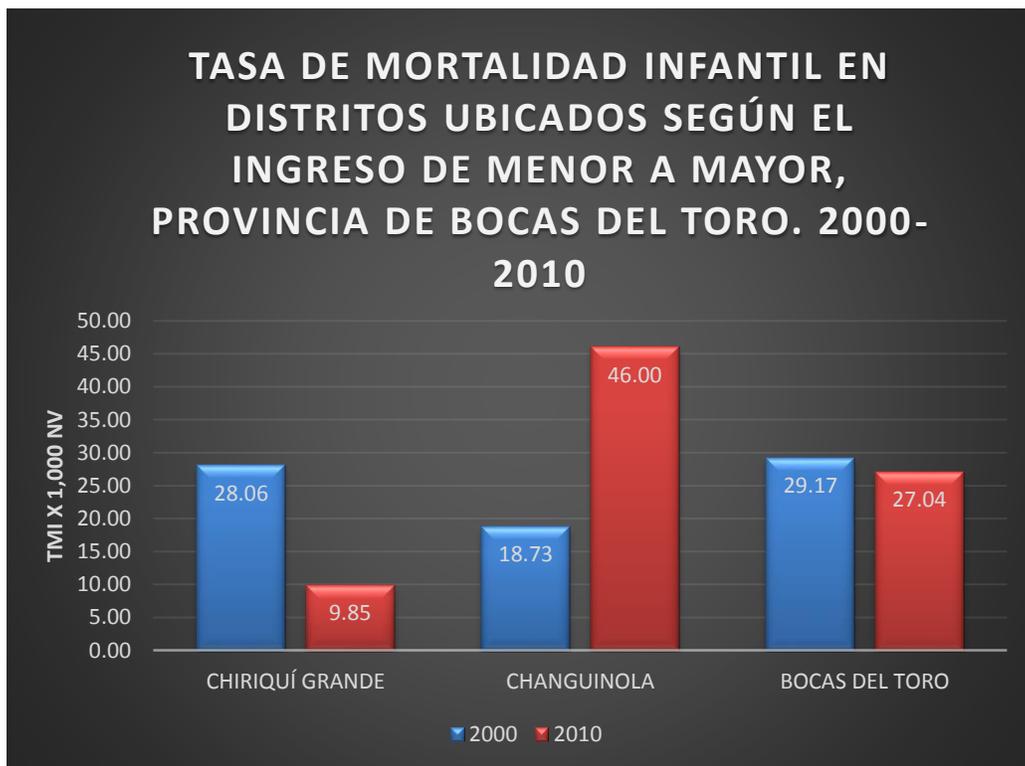
El análisis exploratorio de las desigualdades sociales en la mortalidad infantil entre los distritos de la Región de Salud de Bocas del Toro en los años 2000 y 2010.

1. Analizando como indicador social el analfabetismo, nos percatamos de que el Distrito de Chiriquí Grande tanto para el año 2000 como para 2010 mantiene la mayor tasa de analfabetismo de la provincia, superando dos veces al resto de los distritos. Cabe destacar que todos los distritos tuvieron una disminución del analfabetismo. La mortalidad infantil, utilizando como estratificador social el porcentaje de analfabetismo en el año 2010, se puede evidenciar que los distritos con menor porcentaje de analfabetismo que son Changuinola y Bocas del Toro tienen las tasas de mortalidad infantil más alta e inclusive, en Bocas del Toro mostró una tendencia al aumento. Si consideramos las brechas en función de los distritos con mayor y menor analfabetismo tenemos un aumento de la brecha absoluta de 1.69 a 4.74. Esto nos dice que era muy poca la diferencia en la mortalidad infantil en las áreas geográficas con peor % analfabetismo respecto a las de mejor %, sin embargo la tasa de mortalidad infantil se redujo a la mitad en el Distrito de Chiriquí Grande.



- 2 Analizando como indicador social el ingreso medio de hogar, podemos decir que el Distrito de Chiriquí Grande tanto para el año 2000 como para 2010 es el de menor ingreso y que todos los distritos han aumentado su ingreso promedio lo que es positivo para la población que en el reside. Las brechas entre ambos extremos son iguales que en el análisis de la TMI vs el analfabetismo, porque los distritos en ambos extremos son los mismos, sin embargo en función del ingreso, el distrito de Bocas del Toro se ubica en mejor posición en la estratificación de ingreso.

Es importante señalar que los distritos de Changuinola y Bocas del Toro a pesar de tener mejor situación respecto a los indicadores sociales evaluados, tienen tasas de mortalidad infantil mayor a los demás distritos, lo cual puede deberse a aspectos culturales, considerando que existen comunidades indígenas de varias etnias que muestran poca adherencia a los servicios brindados en los centros de salud, lo que significa un reto para la Región de Salud de Bocas del Toro en tema de interculturalidad.

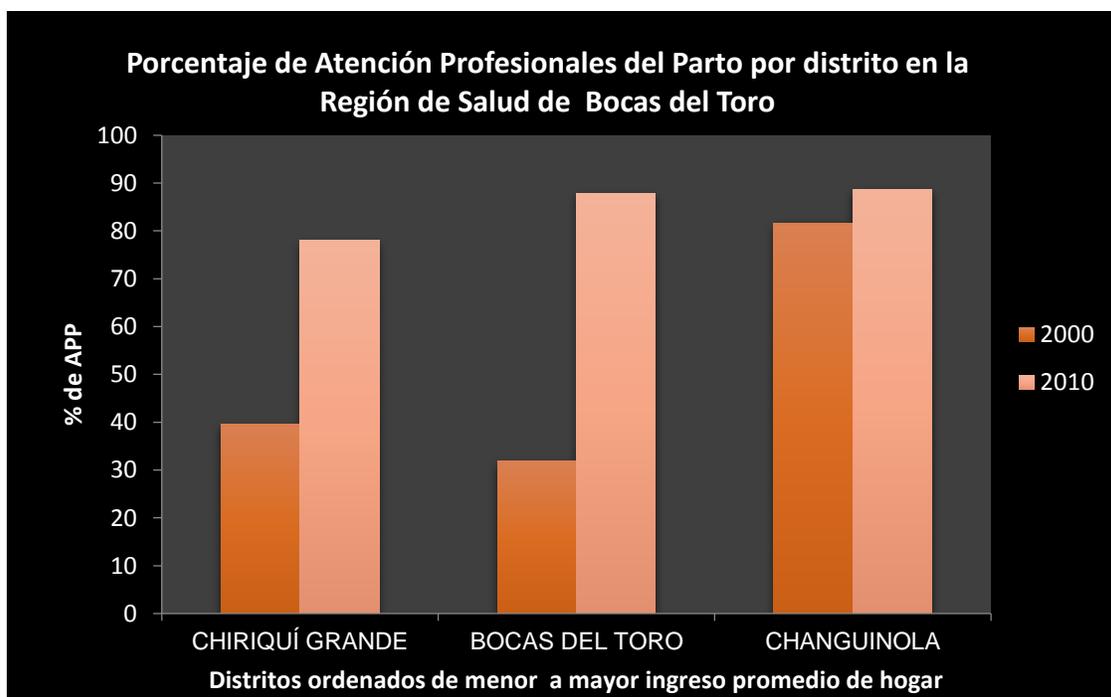


Ambos análisis, demuestran que existe desigualdad que en la Región de Bocas del Toro y que las mejoras han sido más significativas en los distritos con peor situación social (según los indicadores sociales evaluados), la desigualdad aumentó y el promedio regional disminuyó, lo que debería colocarnos en el cuadrante de mejoría con desigualdad pero en este caso en función de los de mejor situación social.

## Atención Profesional del Parto

El porcentaje de partos asistidos por personal profesional es un indicador que permite conocer la forma en que llegan a la población, los programas que se desarrollan dentro del sistema de salud. En este sentido, las cifras del 2000 indican que el 51 % de los partos fueron atendidos por profesionales y los distritos de Chiriquí Grande y Bocas del Toro la cobertura fue inferior a 40%. Para el distrito de Changuinola la cobertura alcanzaba 81.6%, lo que responde a que en Changuinola está ubicado el Hospital Regional de Changuinola, el Centro Materno Infantil Sandra Hernández, lo que representa que la población de este corregimiento tiene mejor acceso a los servicios de salud. Para el 2010, todos los % de cobertura aumentaron, con mayor relevancia en los distritos con menor ingreso, que podría ser por varias razones, la relación con los nacidos vivos del 2000 al 2010 bajo significativamente, en la región para el 2010 se realizaron intervenciones valiosas para disminuir las muertes maternas y perinatales y las políticas públicas indicaban la importancia de recibir atención profesional en el parto. Se alcanzando una cifra superior al 85%.

En función de las desigualdades sociales, analizando el porcentaje de atención profesional del parto consideraremos como estratificador social el ingreso promedio de hogar y como base poblacional, los nacidos vivos.



El distrito con menor ingreso promedio de hogar es el que tiene menor porcentaje de partos atendidos por profesionales de salud pero con un significativo aumento entre los años evaluados. La brecha absoluta entre los distritos extremos pasó de 42.1 en el 2000 a 10.7 en el 2010, es decir, la brecha absoluta se redujo 30%. Por todo antes expuesto podemos concluir que existe una desigualdad que en la Región de Bocas del Toro existe una tendencia hacia la equidad en cobertura de atención profesional del parto, lo nos coloca en el cuadrante de el mejor resultado según el diagrama de Minujin y Delamónica (UNICEF, 2002), y que debe repercutir de alguna manera, en una disminución de la mortalidad materna e infantil.

## Bibliografía

1. Plan de Gobierno de La República de Panamá 2014-2019.
2. Análisis de Situación de Salud. Panamá 2015
3. Política Nacional de Salud y Lineamientos Estratégicos, 2010-2015. Dirección de Planificación, Ministerio de Salud de Panamá, “2010.
4. Funciones Esenciales de La Salud Pública. 2002.
5. Lineamiento Metodológico de los Perfiles de los Sistemas de Salud, Monitoreo y Análisis de los Sistemas de Cambio. OPS.
6. 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