

**MINISTERIO DE SALUD**



# ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD REGIÓN DE COCLÉ

---

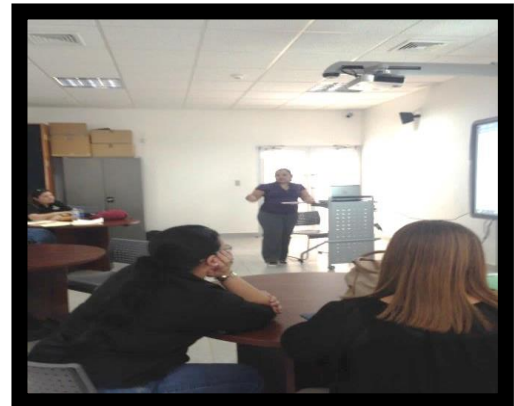
Dra. Ana María Martín  
Directora Regional de Salud de Coclé

CONDUCCION DEL PROCESO: Departamento de Planificación Salud de Coclé  
ACTORES

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

**2017**

## TRABAJO EN EQUIPO INTERINSTITUCIONAL



## Contenido

<b>CONTEXTO .....</b>	<b>8</b>
<b>DESCRIPCIÓN GENERAL DE LA PROVINCIA DE COCLÉ.....</b>	<b>8</b>
Mapa 1. Localización de la Provincia de Coclé.....	8
<b>Historia.....</b>	<b>9</b>
<b>Geografía.....</b>	<b>9</b>
Tabla 1. Distritos y corregimientos de Coclé .....	9
Mapa 2: División Administrativa de la Provincia de Coclé.....	10
Mapa No. 3. Vías terrestres de acceso en la provincia de Coclé.....	11
<b>SITUACIÓN ECONÓMICA-SOCIO CULTURAL QUE INFLUYEN EN LA SALUD Y SU DESEMPEÑO .....</b>	<b>12</b>
<b>MARCO ECONÓMICO NACIONAL.....</b>	<b>12</b>
Gráfica 1. Producto Interno Bruto y su efecto sobre la tasa de desempleo e inflación.....	13
Gráfica 2. Evolución del PIB per Cápita en el periodo 1997-2013 .....	14
Gráfica 3. Contexto Económico y Social.....	14
Gráfico 4. Porcentaje de Inflación y Niveles de Pobreza General y Extrema.....	15
<b>Desempeño Económico de Coclé.....</b>	<b>15</b>
Gráfico 5. Promedio porcentual del PIB, según provincias. 2007-2014.....	16
Cuadro 1. Algunos indicadores económicos y sociales de Coclé .2000, 2010, 2015.....	16
<b>LA POBREZA Y EXTREMA POBREZA EN COCLÉ .....</b>	<b>17</b>
Mapa No. 4. Incidencia de pobreza general y su orden, por distritos: Año 2015 (En porcentaje) .....	17
Tabla 2. Incidencia de Pobreza por Distrito .....	18
Gráfico 6. Incidencia porcentual de la pobreza en general, por provincias y comarcas indígenas. Año 2011 y 2015 .....	18
Gráfica 7. Incidencia de la pobreza general y cambio porcentual entre 2011 y 2015, por provincias y comarcas indígenas: Año 2015. (En porcentaje).....	19
<b>DESIGUALDAD DE LOS NIVELES DE POBREZA ENTRE ÁREAS GEOGRÁFICAS .....</b>	<b>19</b>
Mapa 5. Pobreza extrema porcentual por corregimiento. Año 2015.....	20
<b>ÍNDICE DE POBREZA MULTIDIMENSIONAL EN COCLÉ.....</b>	<b>21</b>
Cuadro 2. Niveles de satisfacción de necesidades básicas, por distritos: Año 2010 .....	22
Gráfico 8. Contribución porcentual de cada indicador al índice de pobreza Multidimensional, por provincias y comarcas indígenas: Año 2017.....	23
Mapa 6. Porcentaje y número de personas pobres multidimensionales, según provincias y comarcas indígenas: Año 2017.....	23
<b>LA LUCHA CONTRA LA POBREZA EN LA PROVINCIA DE COCLÉ .....</b>	<b>24</b>
Cuadro 3. Programas sociales de transferencia monetaria implementados en el ministerio de desarrollo social en la provincia de Coclé .....	24

Cuadro 4. Población beneficiaria del programa red de oportunidades .....	26
Cuadro 5. Población beneficiaria 120 a los 65 .....	26
<b>Cuadro 6. Beneficiarios Programa Ángel Guardián .....</b>	<b>27</b>
Cuadro 7. Comedores Comunitarios .....	27
<b>Proyecto redes territoriales 2017 .....</b>	<b>28</b>
<b>Proyecto de seguridad alimentaria.....</b>	<b>28</b>
<b>Objetivo:.....</b>	<b>28</b>
<b>Proyecto de fabricación de bloques para mejoramiento habitacional y comunitario.....</b>	<b>29</b>
<b>Objetivo:.....</b>	<b>29</b>
Cuadro 8. Proyecto de Redes territoriales .....	29
<b>SITUACIÓN DE LA VIVIENDA .....</b>	<b>30</b>
Gráfico 8. Déficit habitacional en Panamá.....	30
<b>Programas de Vivienda por parte del Estado.....</b>	<b>30</b>
Gráfico 9. Número de beneficiarios y resoluciones emitidas en el programa Fondo solidario de Vivienda según provincias. Enero- Julio 2016-2017.....	31
<b>SITUACIÓN DE EDUCACIÓN .....</b>	<b>32</b>
Tabla 3. Matrícula 2016.....	32
<b>Dimensión de Educación en Coclé .....</b>	<b>33</b>
Tabla 4. Matrícula nivel primario 2014 – 2016.....	33
Gráfico10. Matrícula nivel primario 2014 -2016.....	33
Tabla 5. Matrícula nivel Premedia 2014 -2016 .....	34
Tabla 6. Matrícula nivel Premedia 2015 .....	34
Tabla 7. Matrícula nivel Premedia 2016 .....	35
Gráfico 11. Matrícula Premedia 2014- 2016.....	35
Tabla 8. Matrícula por distritos 2015-2016 .....	36
Gráfico 12. Matrícula escuelas particulares 2015 - 2016 .....	36
Tabla 9. Aprobados, reprobados y desertores .....	37
<b>Centros educativos región educativa de Coclé 2015 .....</b>	<b>37</b>
Gráfico 13. Matrícula escuelas oficiales. Aprobados, reprobados, desertores, 2015. ....	37
<b>Gráfico 14. Matrícula escuelas particulares. Aprobados, reprobados, desertores, 2015. ....</b>	<b>38</b>
Tabla 10. Total de embarazadas (10-19 años). 2014-2016.....	38
<b>FACTORES DE COMPETENCIA DE LAS ENTIDADES PÚBLICAS.....</b>	<b>39</b>
<b>ASPECTOS QUE AFECTAN EL DESARROLLO DE LOS PROCESOS DEL MINSA.....</b>	<b>40</b>
<b>INCORPORACIÓN DE LA POLÍTICA DE SALUD A LOS PROGRAMAS SOCIALES REGIONALES.....</b>	<b>42</b>

<b>VULNERABILIDAD AL CAMBIO CLIMÁTICO EN PANAMÁ.....</b>	<b>44</b>
<b>Cambio climático y sus efectos en Coclé.....</b>	<b>44</b>
Tabla 11. Población afectada por corregimiento y distrito según el Censo Nacional del 2010 .....	45
Gráfico 15. Potabilizadoras de Coclé.....	47
<b>Emisiones de Gases de efecto Invernadero en La República de Panamá.....</b>	<b>48</b>
Tabla 13. Emisiones de contaminantes, 2011-215. ....	48
Gráfico 16. Inventario de contaminates atmosféricos.....	49
Tabla 14. Reforestación en la Provincia de Coclé .....	50
Tabla 15. Incendios registrados .....	50
<b>CONDICIONES DE SANEAMIENTO BÁSICO .....</b>	<b>52</b>
Cuadro 10. Condiciones del Saneamiento Básico .....	52
Cuadro11. Mecanismo de suministro de agua (acueductos, acueductos rurales, pozos) .....	53
Cuadro. 12 Mecanismos de residuos sólidos (rellenos sanitarios, enterramiento, incineradores y vertederos a cielo abierto).....	54
Cuadro 13. Mecanismos de disposición de agua residuales (alcantarillado, fosa séptica, tanque séptico).....	55
<b>TENDENCIAS ESPERADAS EN LOS PRÓXIMOS AÑOS, EN LOS INDICADORES DE SALUD AMBIENTAL, EDUCACIÓN, VIVIENDA, SANEAMIENTO Y DESEMPLEO.....</b>	<b>56</b>
<b>PRINCIPALES RIESGOS A LA SALUD Y LOS DISTRITOS EN LOS QUE SE DEBEN PRIORIZAR LAS INTERVENCIONES.....</b>	<b>56</b>
Porcentaje de comunidades en riesgo de ser afectadas por desastres naturales .....	57
<b>DESIGUALDADES EN LA TASA DE MORTALIDAD INFANTIL.....</b>	<b>57</b>
Gráfico 17: Mortalidad infantil por quintil provincial de ingreso económico en los años 2000 y 2010 .....	57
Tabla 16. Medidas de Desigualdad de Brecha de Tasa de Mortalidad Infantil, por ingreso .....	58
Tabla 17. Medidas de Desigualdad de Brecha de la Tasa de Mortalidad Infantil (por analfabetismo).....	58
<b>PARTICIPACIÓN SOCIAL EN LA PRODUCCIÓN DE SALUD.....</b>	<b>59</b>
Tabla 18. Inventario de Juntas de Administración de Acueducto Rural por Distrito.....	59
Tabla 19. Inventario de Comité de Salud por Distrito .....	59
<b>LA DEMANDA Y NECESIDADES DE SERVICIOS .....</b>	<b>61</b>
<b>DEMOGRAFÍA.....</b>	<b>61</b>
Cuadro 14. Participación de las Etnias indígenas en el perfil demográfico .....	61
Cuadro 15. Indicadores demográficos .....	62
<b>Gráfico 18. Pirámide poblacional de la provincia de Coclé, según sexo y edad, año 2000, 2010 y 2015.....</b>	<b>63</b>
Gráfico 19. Esperanza de vida de la provincia de Coclé año 2010 al 2016 .....	64
Gráfico 20. Tasa de natalidad bruta y fecundidad de la provincia de Coclé, años 2010 al 2016 .....	65

<b>Los indicadores demográficos en relación con la salud – enfermedad de la población.....</b>	<b>66</b>
<b>PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE LA PROVINCIA DE COCLÉ.....</b>	<b>66</b>
<b>ANÁLISIS DE LA MORBI-MORTALIDAD EN LA PROVINCIA DE COCLÉ.....</b>	<b>66</b>
<b>SITUACIÓN DE LA DISCAPACIDAD.....</b>	<b>67</b>
Tabla 20. Principales Causa de Discapacidad .....	67
Tabla 21 . Principales Tasas de Mortalidad según Sexo .....	67
Tabla 22. Composición delas defunciones según sexo .....	68
<b>PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD GENERAL .....</b>	<b>70</b>
Tabla23. Principales causas de morbilidad general.....	70
Gráfico 21. Principales causas de morbilidad. Año 2000.....	71
Gráfico 22. Principales causas de morbilidad. Año 2010.....	71
Gráfico 23. Principales causas de morbilidad. Año 2015.....	72
Cuadro 16. Principales causas de morbilidad en el < de 1 año .....	72
Cuadro 17. Principales causas de morbilidad de 1 a 4 años.....	73
Tabla 24. Morbilidad Materna 2000, 2010 y 2015 .....	73
Gráfico 24. Casos de Hipertensión Arterial, Diabetes mellitus, Dislipedemia, Enfermedad renal Crónica.....	74
Gráfico 25. Tendencia de Enfermedad Renal Crónica. 2010 -2016.....	74
Gráfico 26. Tendencia de Enfermedad Renal Crónica. 2016 - 2017.....	75
Gráfico 27. Ingresos y Nuevos de la Enfermedad Renal Crónica el el grupo de 20 a 59. Coclé. Año 2016 – 2017 .....	75
Gráfico 28. Ingresos y Nuevos de la Enfermedad Renal Crónica el grupo 60 y mas. Coclé. 2016 y I primer semestre 2017. ....	76
Gráfico 29. Pacientes captados con Enfermedad Renal Crónica. Censo salud Preventiva. Coclé. Enero – Agosto 2017.....	76
Gráfico 30. Pacientes atendidos con Enfermedad Renal Crónica. Censo salud Preventiva. Coclé. Enero – Agosto 2017.....	77
Gráfico 31. Porcentaje de la Población con Enfermedad Renal Crónica. Coclé. 2015 – 2017 .....	77
Gráfico 32. Porcentaje de la Población con Enfermedad Renal Crónica por Instalaciones. Coclé. 2015 – 2017 .....	78
<b>DESIGUALDADES SOCIALES EN SALUD EN LA PROVINCIA DE COCLÉ .....</b>	<b>79</b>
Grafica 33. Tasa ajustada de mortalidad por IRC 1996- 2015.....	79
Grafica 34. Tasa ajustada de mortalidad para IRC por grupos de edad .....	79
Grafica 35. Tasa ajustada de mortalidad para IRC por ocupación.....	80
Mapa 7. Tasa cruda de mortalidad por IRC por provincia.....	80
Mapa8. Tasa de suavizada de mortalidad por IRC según corregimiento .....	81
<b>Desigualdades en las Tasas de Mortalidad de la Enfermedad Renal Crónica .....</b>	<b>81</b>
Gráfico 36. Comparativo de la dispersión de los datos de Coclé por Corregimientos en los años 2000 y 2010.....	81
Gráfico 37. Indicador. Tasa de muerte ERC para Coclé por Corregimientos en el año 2000.....	82
Gráfico 38. Indicador. Tasa de muerte ERC para Coclé por Corregimientos en el año 2010.....	82
Tabla 25. Medidas de desigualdad de brecha del indicador: Tasa de Muerte Enfermedad Renal Crónica.....	83
Gráfico 39. Tasa de Mortalidad por Enfermedad Renal Crónica VS Ingreso 2000 y 2010 .....	84

Gráfico 40. Índice de la pendiente del indicador: Tasa de muerte r Enfermedad Renal Crónica 2000 y 2010 .....	84
<b>Intervenciones según el análisis realizado .....</b>	<b>85</b>
<b>Transición demográfica y las condiciones de salud de la población .....</b>	<b>90</b>
<b>CARACTERIZACIÓN DE LA OFERTA.....</b>	<b>92</b>
<b>LA VIGILANCIA SANITARIA.....</b>	<b>92</b>
<b>Situación de la vigilancia sanitaria.....</b>	<b>92</b>
<b>Fortalezas y debilidades.....</b>	<b>93</b>
<b>COMPLEJIDAD DE LA RED .....</b>	<b>94</b>
Gráfico 41. Estructura organizativa dedicada a la gestión de la red de servicios de salud .....	95
Mapa 9. Proporción de la población por distrito .....	95
Gráfico 42. Red de servicio MINSA – Aguadulce.....	96
Grafico 43. Red de servicios MINSA – Antón.....	96
Gráfico 44. Red de servicio MINSA _- Natá.....	97
Gráfico 45. Red de servicio Minsa - OLá.....	97
Gráfica 46. Red de servicios MInsa – La Pintada .....	98
Gráfica 47. Red de servicios Minsa - Penonomé.....	98
Gráfica 48. Diagrama de accesibilidad entre unidades de producción según escalones de complejidad.....	99
Cuadro 18. Población de responsabilidad de la red. ....	100
Tabla 25. Población de Responsabilidad por instalación .....	101
Tabla 26. Médicos necesarios para fortalecer servicios primer nivel según Modelo Atención .....	101
Según segmentos de 2,500 y 3,500 habitantes * .....	101
Cuadro 19. Infraestructura de atención no hospitalaria.....	102
Tabla 27. Evolución del gasto en medicamentos, insumos de odontología, médico qurrúrgico, laboratorio e imagenología en los últimos 5 años.....	103
<b>ACTORES Y RED SOCIAL.....</b>	<b>104</b>
<b>CARACTERÍSTICAS DEL SECTOR INFORMAL DE ATENCIÓN EN SALUD.....</b>	<b>105</b>
<b>FUENTES DE FINANCIACIÓN.....</b>	<b>105</b>
<b>PROYECTOS DE INVERSIÓN .....</b>	<b>107</b>
Tabla 28. Programa de inversion en la red de servicios de la red de servicio de la region de salud de cocle. Minsa 2017.....	108
<b>ANEXOS .....</b>	<b>109</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA .....</b>	<b>109</b>

## CONTEXTO

### DESCRIPCIÓN GENERAL DE LA PROVINCIA DE COCLÉ

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

Tiene una superficie de 4.927 km<sup>2</sup>. Limita al norte con la provincia de Colón, al este con la provincia de Panamá Oeste, al sur con la de Herrera y el golfo de Parita y al oeste con la de Veraguas. El centro y norte de la provincia están accidentados por la cordillera central, al sur pertenece las llanuras centrales, tierras bajas muy fértiles que se extienden hasta el litoral.

**Mapa 1. Localización de la Provincia de Coclé.**





## Historia

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

## Geografía

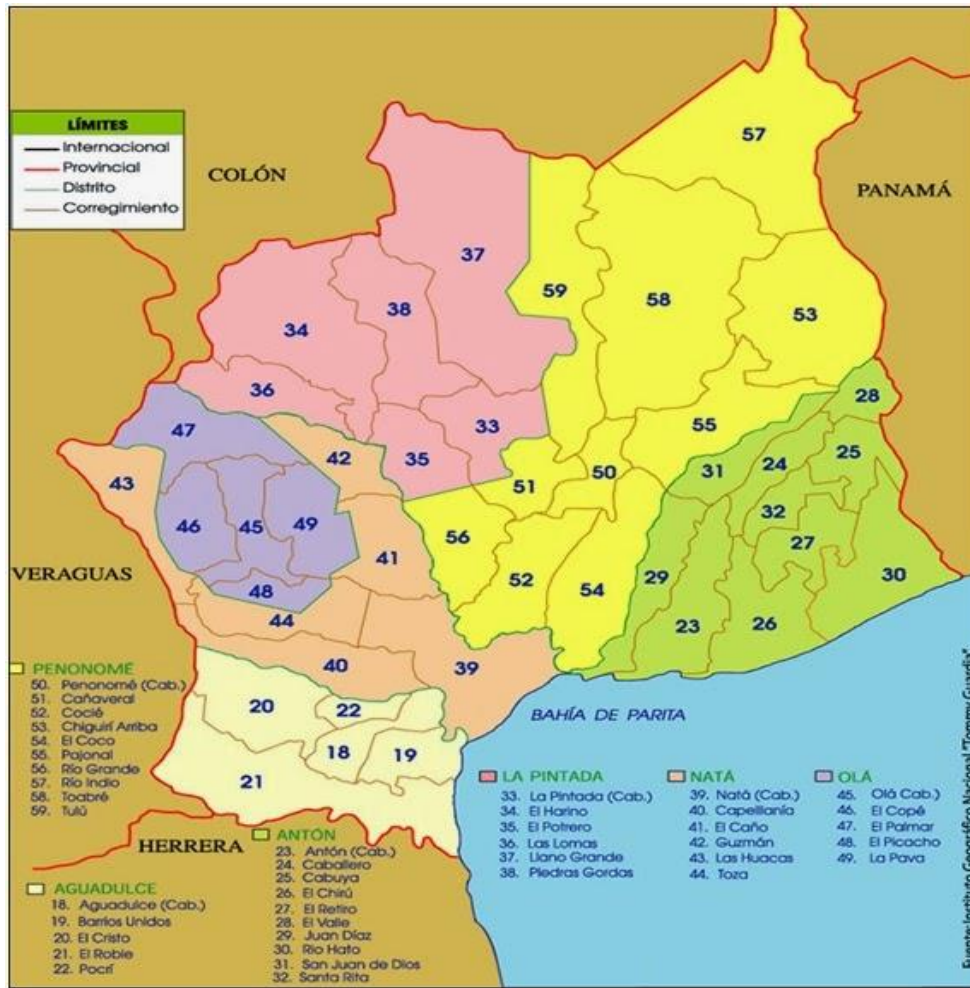
El norte de la provincia es atravesada por la Cordillera Central de Panamá, con escarpadas elevaciones de origen volcánico que van desde los 200 msnm hasta los 1.600 msnm; al Sur se encuentra la gran llanura que se extiende hasta la costa. El clima es tropical lluvioso con precipitaciones del orden de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

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

**Tabla 1. Distritos y corregimientos de Coclé**

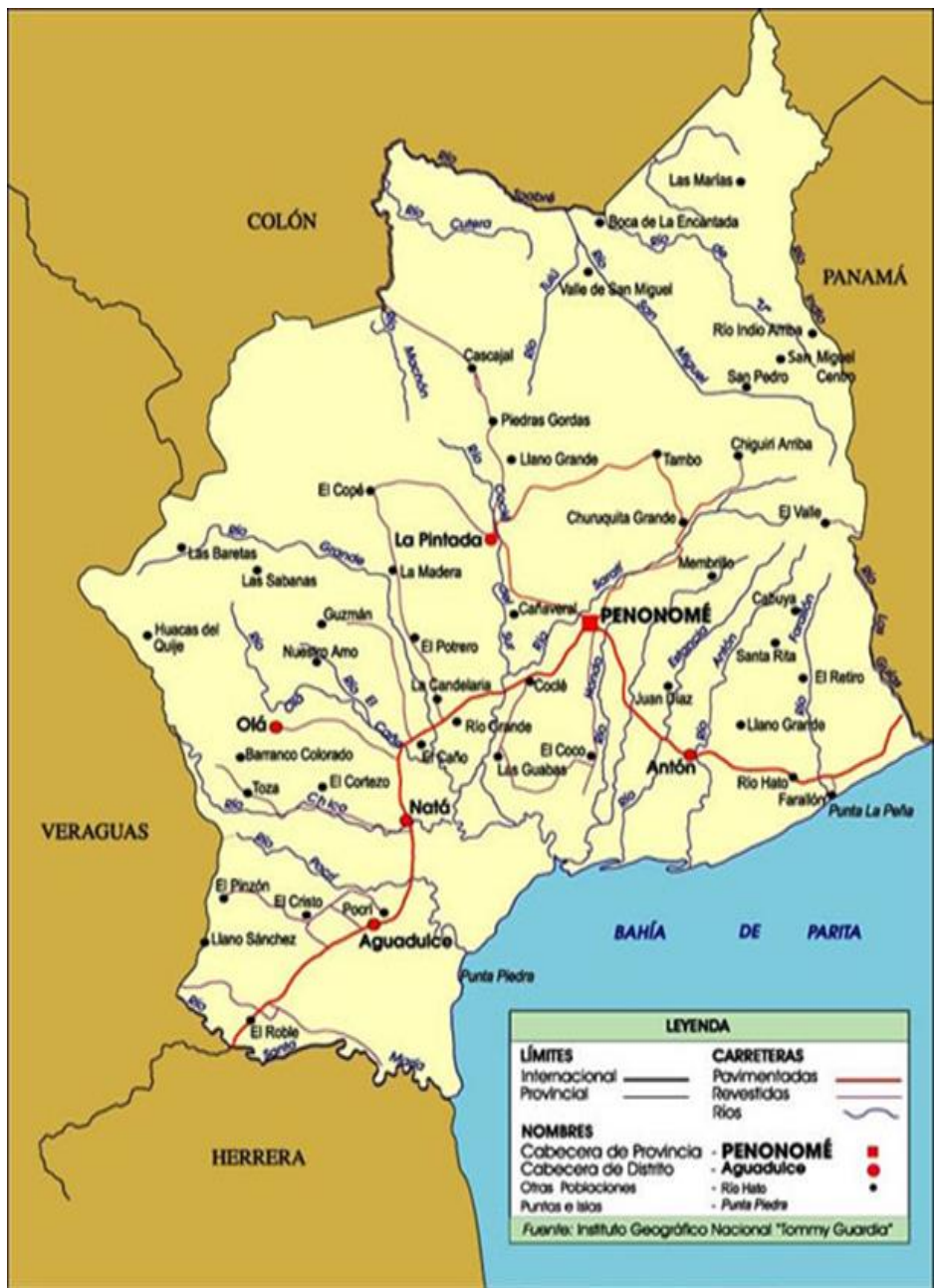
<b>Distrito</b>	<b>Corregimiento</b>	<b>Cabecera</b>
<b>Aguadulce</b>	Aguadulce, El Cristo, El Roble, Pocrí, Barrios Unidos	<b>Aguadulce</b>
<b>Antón</b>	Antón, Cabuya, El Chirú, El Retiro, El Valle, Juan Díaz, Río Hato, San Juan de Dios, Santa Rita, Caballero	<b>Antón</b>
<b>La Pintada</b>	La Pintada,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

Mapa 2: División Administrativa de la Provincia de Coclé



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

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



# SITUACIÓN ECONÓMICA-SOCIO CULTURAL QUE INFLUYEN EN LA SALUD Y SU DESEMPEÑO



## Marco Económico Nacional

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

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

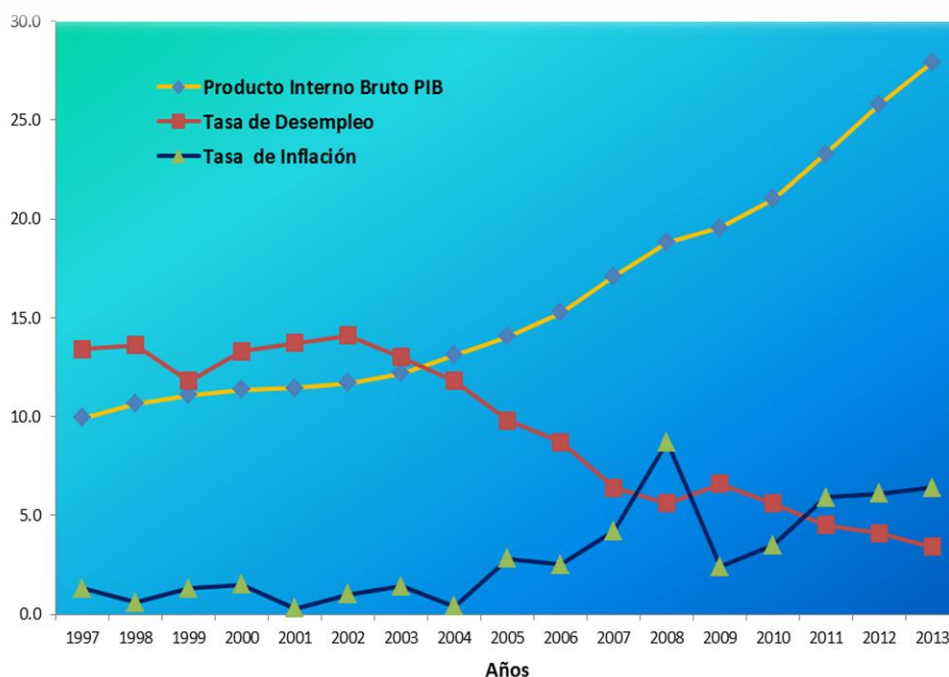
Los resultados de la Encuesta de Mercado Laboral (EML) de agosto de 2016, indicaron que tanto la población de 15 años y más de edad como la población

económicamente activa (PEA), aumentaron. Dentro de la PEA, se incrementaron la población ocupada y la desocupada. La tasa de desocupación aumentó a 5.5%, pero también las expectativas de obtener un empleo fueron superiores.

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

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

**Gráfica 1. Producto Interno Bruto y su efecto sobre la tasa de desempleo e inflación**



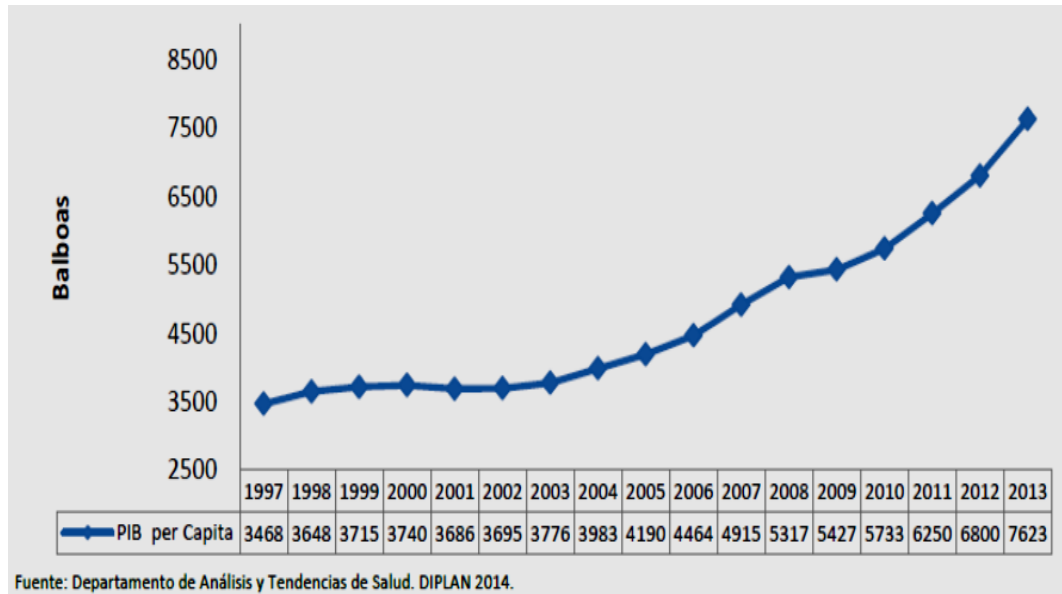
*Fuente: Instituto Nacional de Estadística y censo de la Contraloría General de la República.*

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

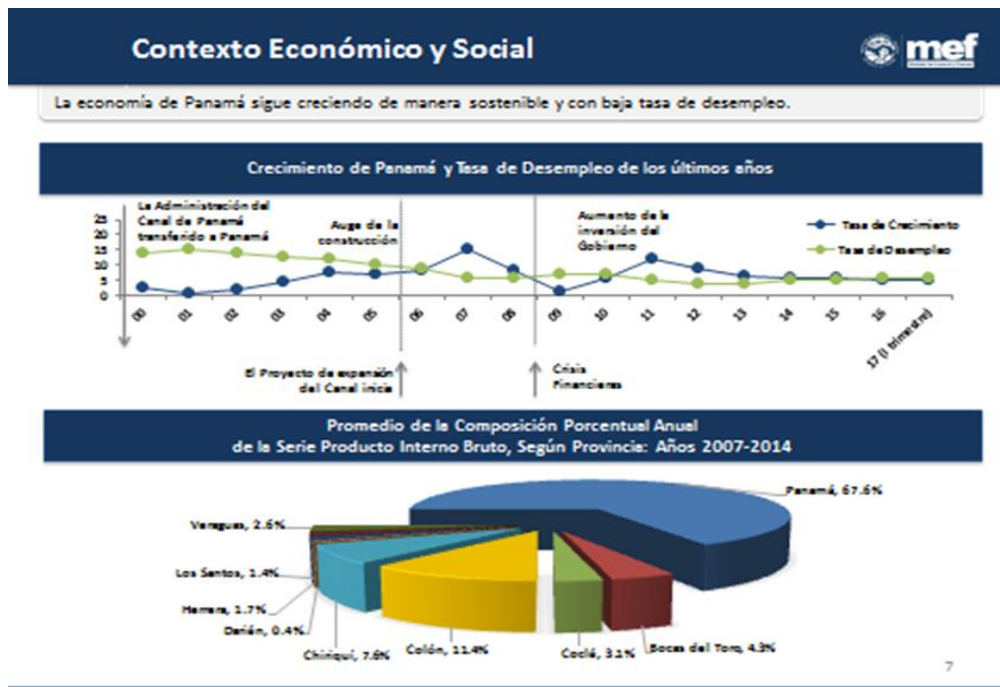


participación masculina de 0.6 por ciento y un aumento de 0.3 en la participación femenina.

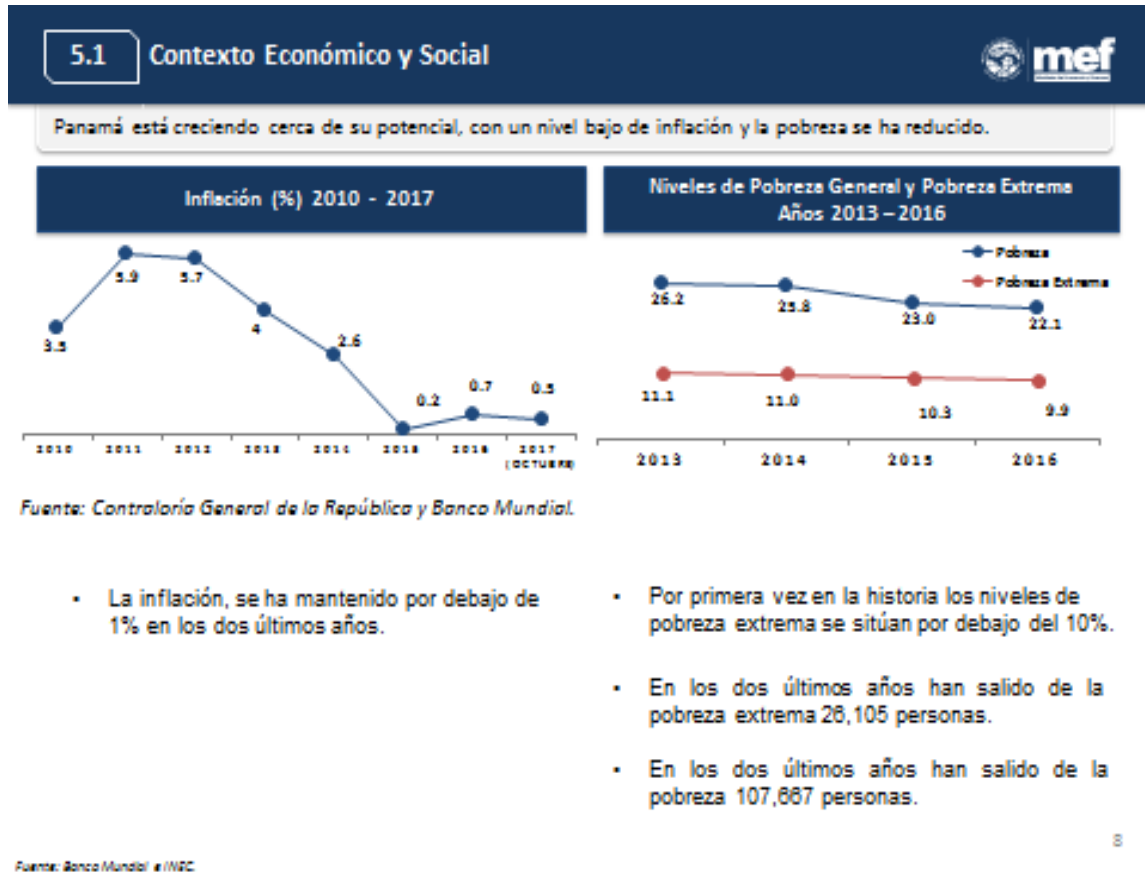
**Gráfica 2. Evolución del PIB per Cápita en el periodo 1997-2013**



**Gráfica 3. Contexto Económico y Social**



## Gráfico 4. Porcentaje de Inflación y Niveles de Pobreza General y Extrema

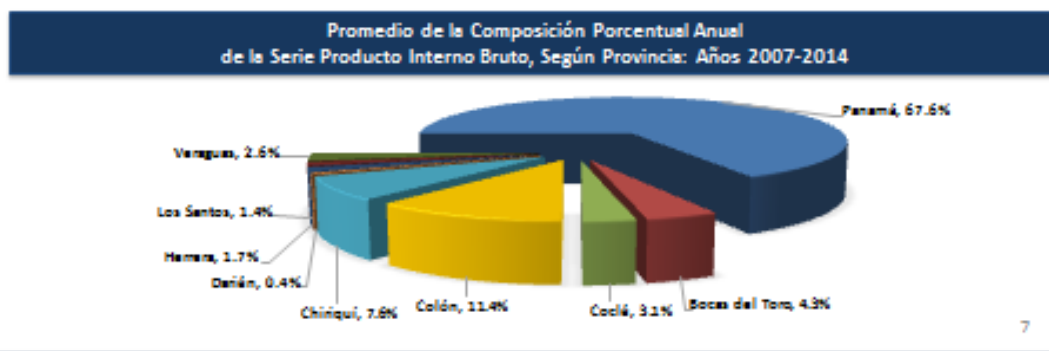


Fuente: Ministerio de Economía y Finanzas

## Desempeño Económico de Coclé

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

**Gráfico 5. Promedio porcentual del PIB, según provincias. 2007-2014.**



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

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

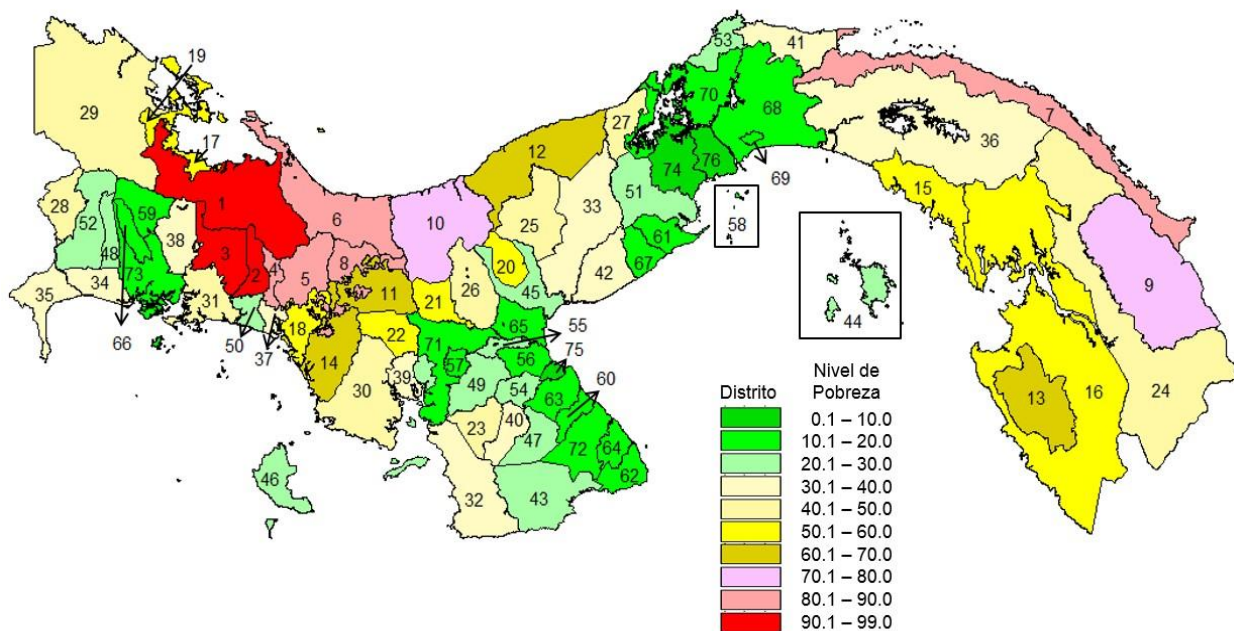
Fuente: INEC. Contraloría General de la República.



## La pobreza y extrema pobreza en Coclé

Según el Informe de Pobreza y Desigualdad en Panamá, Mapas a nivel de Distritos y Corregimientos del año 2015, elaborado por el MEF y Banco Mundial, el Distrito de Aguadulce muestra dentro de la provincia el menor nivel de pobreza (10.1-20.0) seguido de Natá (20.1-30 %). En tanto que Olá el mayor nivel (50.1-60%) seguido por los distritos de La Pintada (40.1-50.0), Penonomé y Antón (30.1-40.0). Respecto al país Aguadulce ocupa la posición 65, Natá la 45, La Pintada 25, Penonomé la 33 y Antón la 42 de un total de 76 Distritos, siendo esta último el de menor nivel en el País.

**Mapa No. 4. Incidencia de pobreza general y su orden, por distritos: Año 2015 (En porcentaje)**



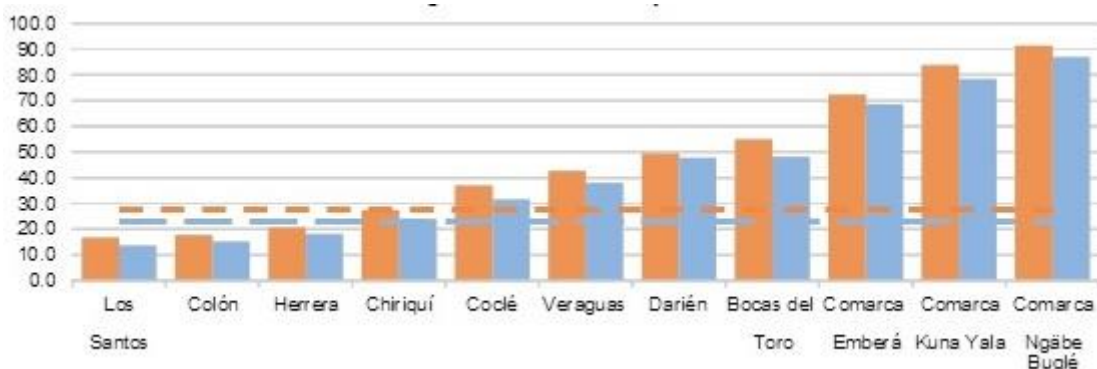
Fuente: Ministerio de economía y Finanzas, 2015

**Tabla 2. Incidencia de Pobreza por Distrito**

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

Fuente: Contraloría General. Departamento de Estadísticas y Censo

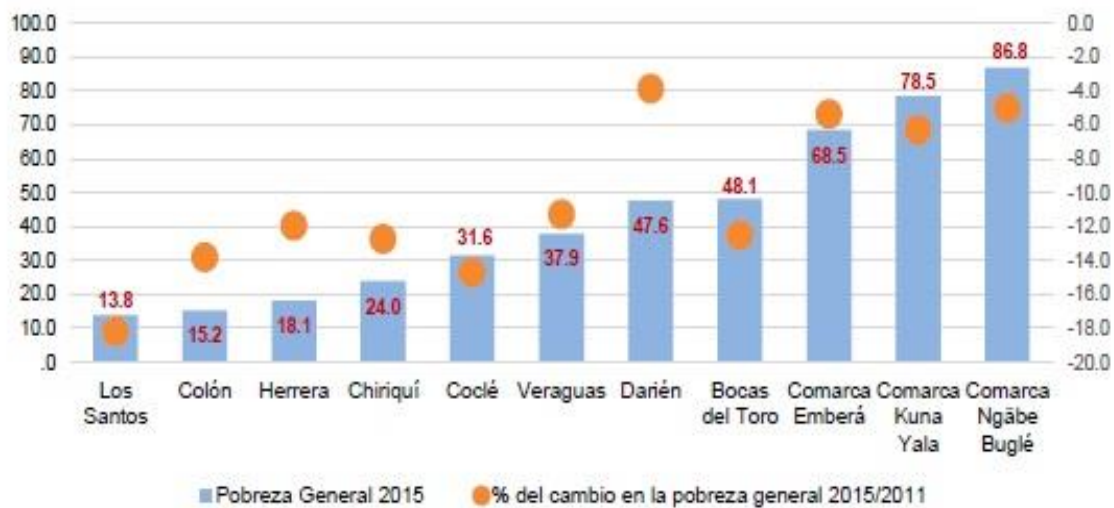
**Gráfico 6. Incidencia porcentual de la pobreza en general, por provincias y comarcas indígena. Año 2011 y 2015**



Fuente: Ministerio de Economía y Finanzas.

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

**Gráfica 7. Incidencia de la pobreza general y cambio porcentual entre 2011 y 2015, por provincias y comarcas indígenas: Año 2015. (En porcentaje)**



*Fuente: Ministerio de Economía y Finanzas*

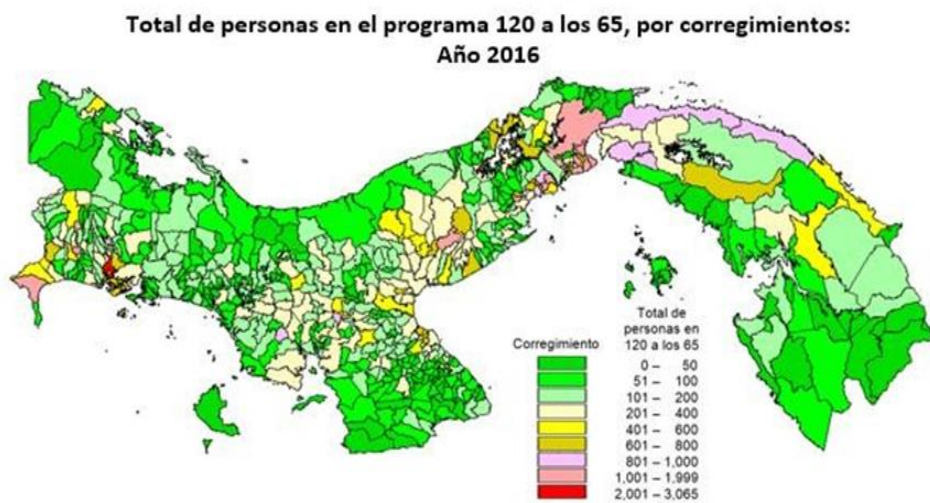
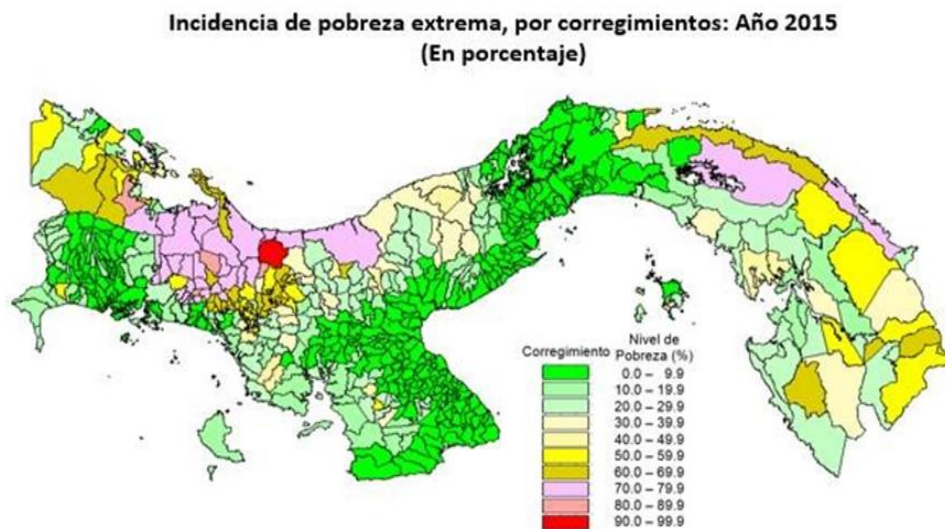
Nota: Los datos de la provincia de Panamá no son comparable a los del año 2011, ya que a partir del año 2014 se comenzaron a publicar datos para la provincia de Panamá Oeste, por el cambio realizado en la división política administrativa del país.

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

## **Desigualdad de los Niveles de Pobreza entre Áreas Geográficas**

Según la Encuesta de Propósitos Múltiples de marzo de 2015, el 23.0% de la población panameña se encontraba en condición de pobreza general y el 10.3% en indigencia. En Coclé el 1|2.3% de sus habitantes viven en pobreza extrema.

## Mapa 5. Pobreza extrema porcentual por corregimientos. Año 2015



Fuente: Ministerio de Economía y Finanzas

## Índice de Pobreza Multidimensional en Coclé

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

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

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

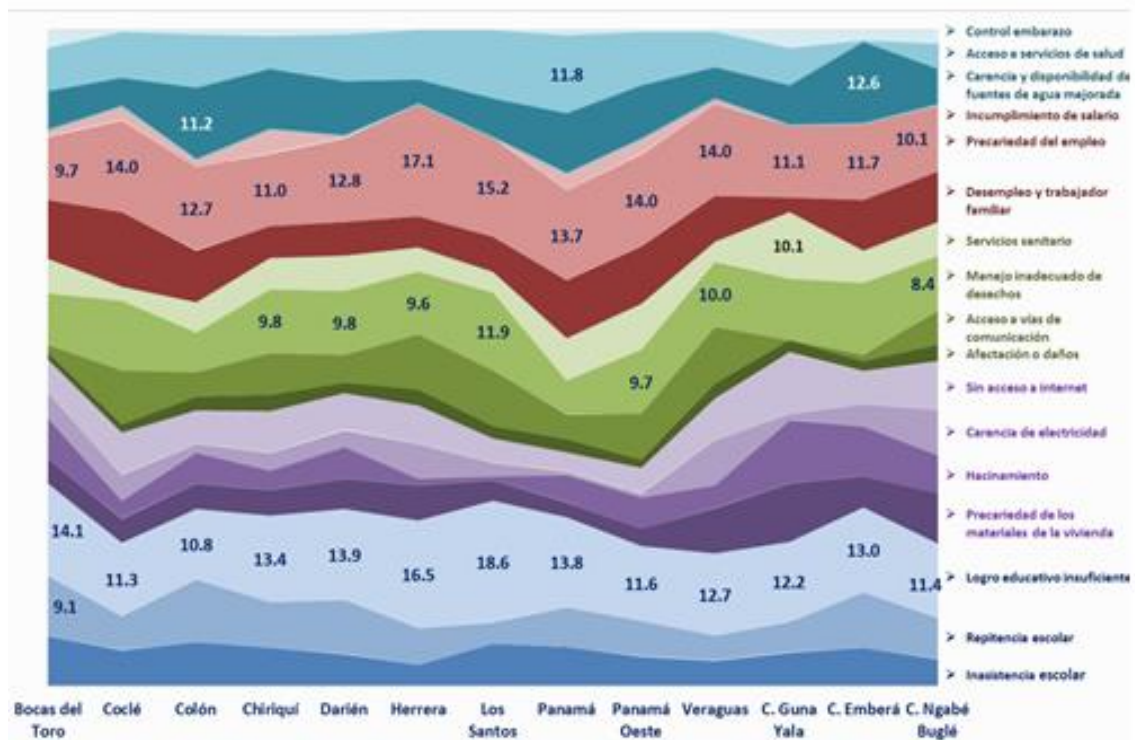
De acuerdo al informe Económico social y anual del MEF, 2016, en Coclé, en los últimos años el crecimiento en la ocupación ha sido mayor en la Agricultura, ganadería, caza, silvicultura y actividades conexas (6,236 adicionales), a partir del desarrollo de actividades como siembra de arroz y cebollas.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

**Cuadro 2. Niveles de satisfacción de necesidades básicas, por distritos: Año 2010**

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

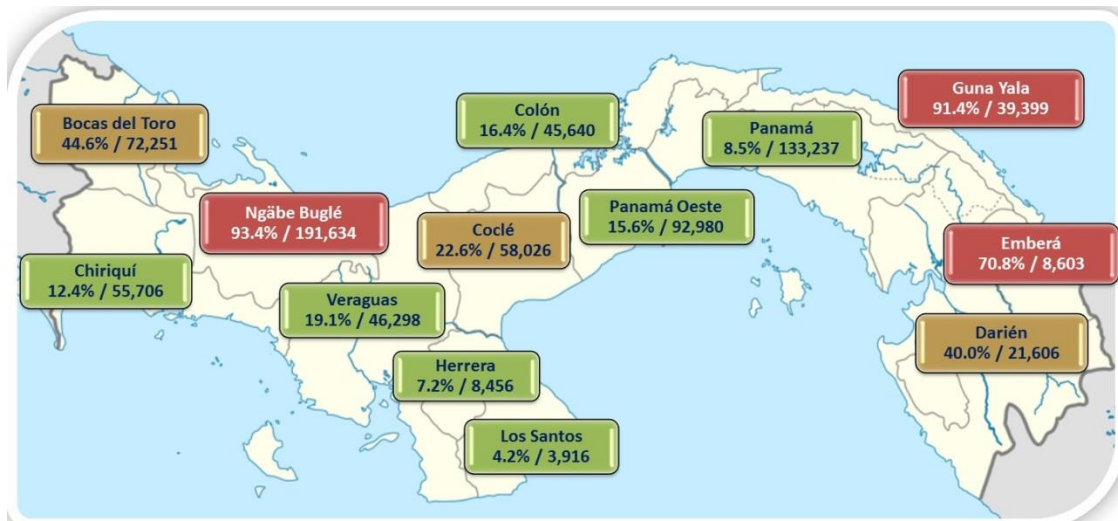


**Gráfico 8. Contribución porcentual de cada indicador al índice de pobreza Multidimensional, por provincias y comarcas indígenas: Año 2017**



Fuente: Elaborado en la Dirección de Análisis Económico y Social del Ministerio de Economía y Finanzas en base a los datos de la Encuesta de Propósitos Múltiples realizada en marzo de 2017, por el Instituto Nacional de Estadística y Censo.

**Mapa 6. Porcentaje y número de personas pobres multidimensionales, según provincias y comarcas indígenas: Año 2017**



Fuente: Ministerio de Economía y Finanzas, 2017

## La Lucha Contra La Pobreza en La Provincia de Coclé

**Cuadro 3. Programas sociales de transferencia monetaria implementados en el ministerio de desarrollo social en la provincia de Coclé**

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



		vulnerabilidad, marginación o pobreza	programa	
ANGEL GUARDIAN	14 DE JUNIO DEL 2012 con una planilla de 172 beneficiarios	Mejorar la calidad de vida de las persona con discapacidad severa en condición de dependencia y extrema pobreza, mediante el otorgamiento de un apoyo económico de B/. 80 mensuales, que les permita tener acceso a sus necesidades básicas de alimentación, medicamentos y acceso a los servicios	<p>-Asistir regularmente a los servicios de salud para revisiones periódicas, siempre que la condición de discapacidad severa se lo permita. Los beneficiarios cuya condición de discapacidad severa no les permite asistir a los servicios de salud podrán ser visitados por el equipo técnico.</p> <p>-Asistir al centro de rehabilitación integral del área, si ha sido referido por las autoridades de salud competentes.</p> <p>-Participación en charlas, cursos y seminarios de orientación psicológicas, de salud y de otros, destinados a la atención de la discapacidad.</p>	Cuenta con 1558 beneficiarios a la fecha

Fuente: Ministerio de Desarrollo

#### Cuadro 4. Población beneficiaria del programa red de oportunidades

Distrito	Corregimiento y cantidad										Total
Aguadulce	Aguadulce	El Cristo	El Roble	Pocrí	Barrios Unidos						
	7	39	71	83	12						<b>212</b>
Antón	Antón	Cabuya	El Chirú	El Retiro	El Valle	Juan Díaz	Rio Hato	San Juan de Dios	Santa Rita	Caballero	
	22	43	26	18	38	42	118	213	41	159	<b>720</b>
La Pintada	La Pintada	El Harino	El Potrero	Llano Grande	Piedras Gordas	Las Lomas					
	162	282	115	631	235	108					<b>1533</b>
Nata	Natá	Capellanía	El Caño	Guzmán	Huacas	Toza					
	8	35	21	48	114	54					<b>280</b>
Ola	Ola cabecera	El Copé de Ola	El Picacho	La Pava	El Palmar						
	28	73	8	36	93						<b>238</b>
Penonomé	Penonomé	Cañaveral	Coclé	Chiguirí	El coco	Pajonal	Rio Grande	Toabré	Rio Indio	Tulú	
	25	52	46	527	46	255	31	684	533	498	<b>2697</b>

Fuente: Ministerio de Desarrollo

#### Cuadro 5. Población beneficiaria 120 a los 65

Distrito	Corregimiento y cantidad										Total
Aguadulce	Aguadulce	El Cristo	El Roble	Pocrí	Barrios Unidos						
	299	273	405	463	377						<b>1817</b>
Antón	Antón	Cabuya	El Chirú	El Retiro	El Valle	Juan Díaz	Rio Hato	San Juan de Dios	Santa Rita	Caballero	
	527	216	169	198	397	121	725	333	262	330	<b>3278</b>
La Pintada	La Pintada	El Harino	El Potrero	Llano Grande	Piedras Gordas	Las Lomas					
	396	480	277	528	430	274					<b>2385</b>
Natá	Natá	Capellanía	El Caño	Guzmán	Huacas	Toza					
	326	256	273	113	142	142					<b>1252</b>
Olá	Olá cabecera	El Copé de Ola	El Picacho	La Pava	El Palmar						
	140	142	48	132	144						<b>606</b>
Penonomé	Penonomé	Cañaveral	Coclé	Chiguirí	El Coco	Pajonal	Rio Grande	Toabré	Rio Indio	Tulú	
	672	504	215	605	213	1088	212	796	245	380	<b>4930</b>

Fuente: Ministerio de Desarrollo

## Cuadro 6. Beneficiarios Programa Ángel Guardián

Distrito	Corregimiento y Cantidad										Total
Aguadulce	Aguadulce	El Cristo	El Roble	Pocrí	Barrios Unidos						
	30	45	72	81	92						320
Antón	Antón	Cabuya	El Chirú	El Retiro	El Valle	Juan Díaz	Rio Hato	San Juan de Dios	Santa Rita	Caballero	
	61	15	29	12	31	9	66	18	13	19	273
La Pintada	La Pintada	El Harino	El Potrero	Llano Grande	Piedras Gordas	Las Lomas	Llano Norte				
	39	46	21	30	27	31	30				214
Natá	Natá	Capellanía	El Caño	Guzmán	Huacas	Toza					
	49	43	40	9	14	24					179
Olá	Olá cabecera	El Copé de Ola	El Picacho	La Pava	El Palmar						
	7	9	4	19	16						55
Penonomé	Penonomé	Cañaverl	Coclé	Chiguirí	El Coco	Pajonal	Rio Grande	Toabré	Rio Indio	Tulú	
	118	54	41	57	34	89	15	67	19	23	517

Fuente: Ministerio de Desarrollo

## Cuadro 7. Comedores Comunitarios

<b>Corregimiento</b>	<b>Inicio</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Actividad</b>	<b>Beneficiarios</b>
Natá Cabecera (Fe de Vida)	Año 1993 (solo Subsidio de alimentación)	Los comedores comunitarios brindan alimentación balanceada a los grupos vulnerable de las comunidades en situación de pobreza y	Entrega de alimentos, los cuales son preparados para los beneficiarios de los comedores.	114 beneficiados entre estas mujeres embarazadas, lactantes, personas con discapacidad, adultos mayores, niños y niñas.
Casa Hogar Beatriz Jaén de Arosemena	Año (solo Subsidio de alimentación)	pobreza extrema, como estrategia para combatir la desnutrición y mal nutrición	-Se realiza supervisión y seguimiento del comedor	Beneficiados de los cuales están niñas y niños
Shekina, Chigoré	Año 2008 (Subsidio de alimentación)		-Se realiza control de peso y talla con el apoyo de	186 beneficiarios entre mujeres embarazadas, lactantes, personas con discapacidad,

			personal de salud.	adultos mayores, niños y niñas
Membrillo	Año 2002 (Instalación y subsidio de alimentación)			66 beneficiarios entre niños de 1 año hasta personas de 70 años
Cutevilla	Año 2007 (Instalación y subsidio de alimentación)			160 personas entre las edades de 1 a 70 años y 11 personas con discapacidad
San Miguel Centro	Año 2007 (Instalación y subsidio de alimentación)			191 beneficiarios entre las edades de 1 a 70 años
Tulú Centro	Año 2007 (Instalación y subsidio de alimentación)			120 personas entre niños y adultos

*Fuente: Ministerio de Desarrollo*

## **Proyecto redes territoriales 2017**

### **Proyecto de seguridad alimentaria.**

#### **Objetivo:**

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

#### **Logros:**

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

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

Total de beneficiarios: 216

### **Proyecto de fabricación de bloques para mejoramiento habitacional y comunitario.**

Objetivo:

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

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

**Proyecto beneficiado:** el límite de rio indio

**Bloques fabricados: 1,000**

**Actividad: construcción de capilla.**

**Total de beneficiarios: 28**

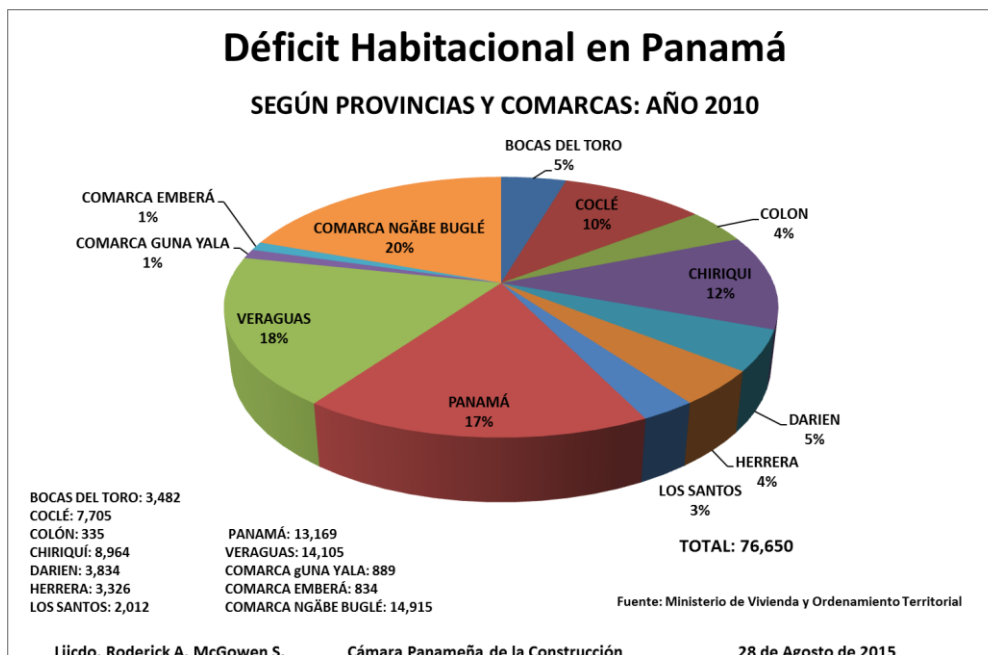
### **Cuadro 8. Proyecto de Redes territoriales**

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

Fuente: Ministerio de Desarrollo

# Situación de la vivienda

Gráfico 8. Déficit habitacional en Panamá



Fuente: Intervención del Estado en la Problemática de la Vivienda en Cooclé

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

## Programas de Vivienda por parte del Estado

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

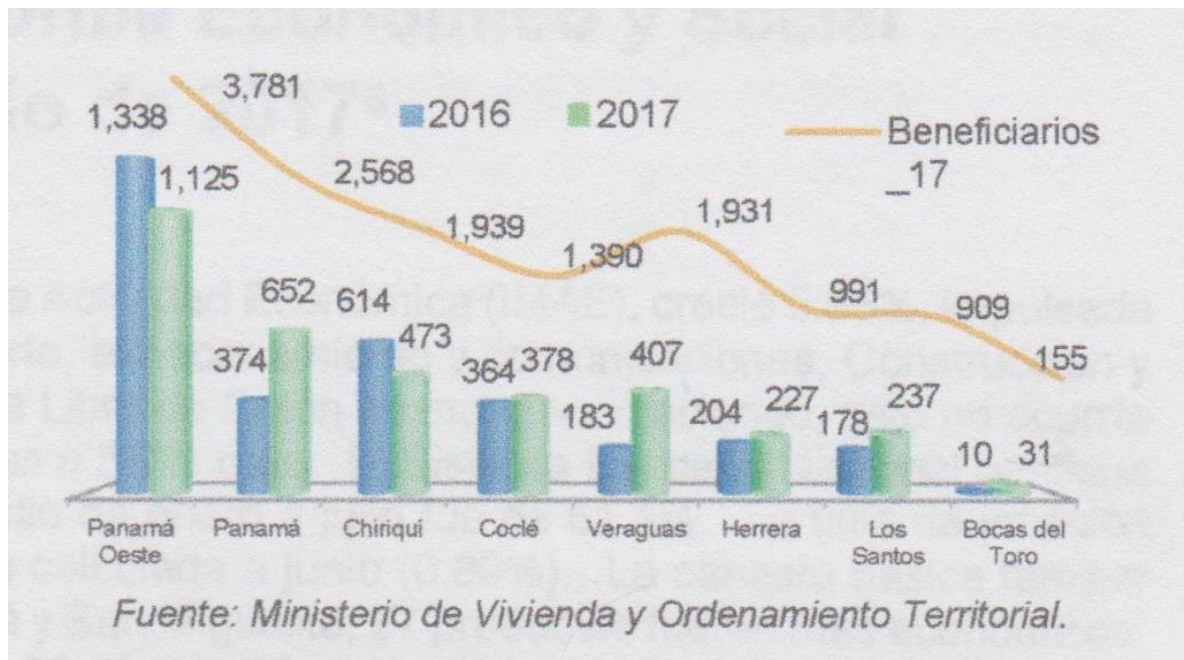
**Proyecto de Renovación de la Ciudad de Colón - Rep. Panamá /** (Programa orientado a la construcción y renovación de viviendas localizadas en el área de la provincia de Colón durante un lapso de 5años).

**Fondo Solidario de Vivienda (Bono de B/.10Mil)** (Aporte Estatal a las familias de bajos ingresos y que puedan adquirir viviendas nuevas, precio no mayor a B/.50mil y deben tener una superficie cerrada de 50M<sup>2</sup>).

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

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

**Gráfico 9. Número de beneficiarios y resoluciones emitidas en el programa Fondo solidario de Vivienda según provincias. Enero- Julio 2016-2017**



## SITUACIÓN DE EDUCACIÓN

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

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

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

**Tabla 3. Matrícula 2016**

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

*Fuente: Ministerio de Educación.*

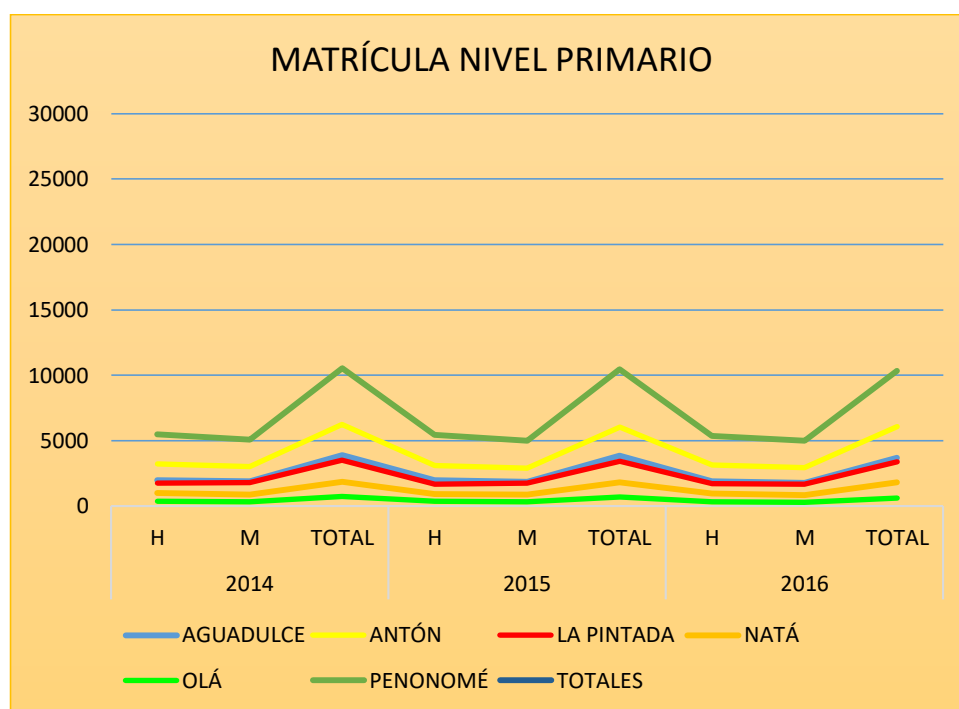


## Dimensión de Educación en Coclé

Tabla 4. Matrícula nivel primario 2014 - 2016

DISTRITO	2014			2015			2016		
	H	M	TOTAL	H	M	TOTAL	H	M	TOTAL
AGUADULCE	2000	1907	3907	1978	1876	3854	1917	1777	3694
ANTÓN	3217	3024	6241	3123	2921	6044	3143	2945	6088
LA PINTADA	1746	1783	3529	1679	1744	3423	1711	1695	3406
NATÁ	1000	877	1877	941	889	1830	953	863	1816
OLÁ	379	345	724	365	322	687	331	300	631
PENONOMÉ	5471	5073	10544	5464	4982	10446	5353	4982	10335
<b>TOTAL</b>	<b>26822</b>			<b>26284</b>			<b>25970</b>		

Gráfico10. Matrícula nivel primario 2014 -2016



Fuente: Departamento de Planificación Dirección Regional de Educación de Coclé

Se observa de igual manera que a matrícula en el nivel Premedia en los dos últimos años ha disminuido en la provincia, en especial en el distrito de Penonomé.

**Tabla 5. Matrícula nivel Premedia 2014 -2016**

DISTRITOS	P. TRAD		TELEBÁSICA		P. MULTIGRADO		TOTAL
	H	M	H	M	H	M	
AGUADULCE	1058	1131	0	0	37	27	2253
ANTÓN	1348	1408	39	33	92	58	2978
LA PINTADA	381	292	232	194	248	216	1563
NATÁ	336	315	87	108	10	12	868
OLÁ	72	76	0	0	65	59	272
PENONOMÉ	1846	1964	510	482	319	257	5378
<b>TOTAL</b>	<b>5041</b>	<b>5186</b>	<b>868</b>	<b>817</b>	<b>771</b>	<b>629</b>	<b>13312</b>

*Fuente: Departamento de Planificación Dirección Regional de Educación de Coclé*

**Tabla 6. Matrícula nivel Premedia 2015**

DISTRITOS	P. TRADICIONAL		TELEBÁSICA		P. MULTIGRADO		TOTAL
	H	M	H	M	H	M	
AGUADULCE	1070	1107	0	0	29	29	2235
ANTÓN	1346	1467	32	26	80	55	3006
LA PINTADA	351	295	161	131	197	175	1310
NATÁ	307	293	134	141	11	11	897
OLÁ	59	71	0	0	60	50	240
PENONOMÉ	1911	2012	541	424	328	330	5546
<b>TOTAL</b>	<b>5044</b>	<b>5245</b>	<b>868</b>	<b>722</b>	<b>705</b>	<b>650</b>	<b>13234</b>

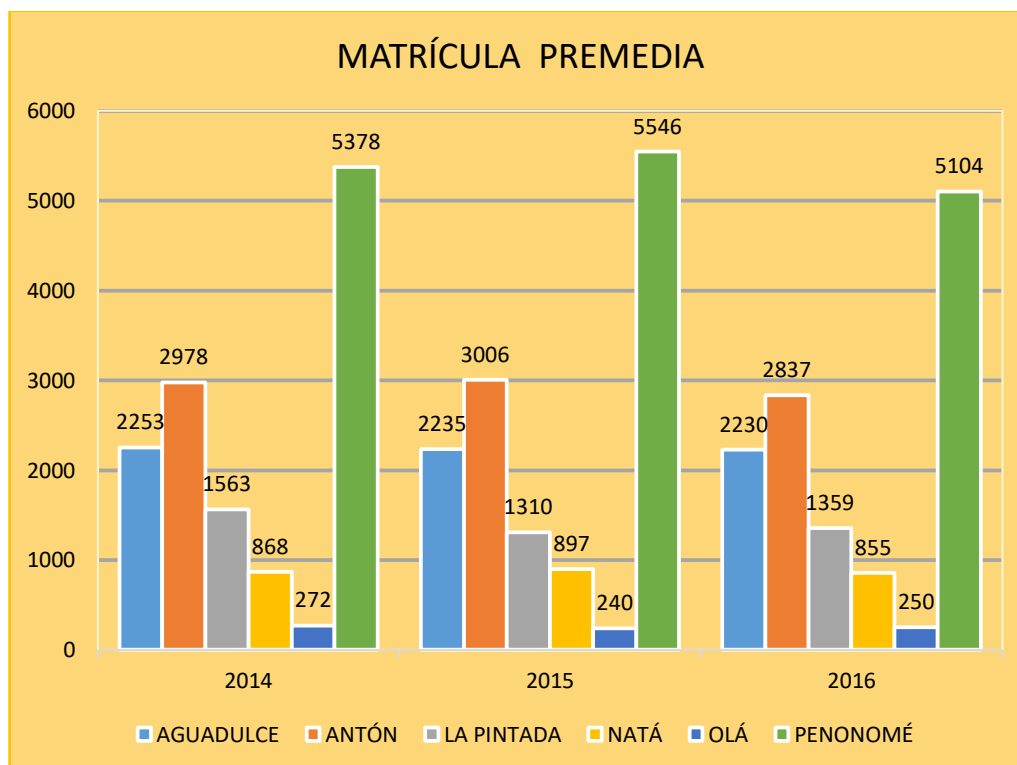
*Fuente: Departamento de Planificación Dirección Regional de Educación de Coclé*

**Tabla 7. Matrícula nivel Premedia 2016**

DISTRITOS	P. TRADICIONAL		TELEBÁSICA		P. MULTIGRADO		TOTAL
	H	M	H	M	H	M	
AGUADULCE	1074	1078	0	0	33	45	2230
ANTÓN	1305	1374	24	13	72	49	2837
LA PINTADA	325	316	192	184	174	168	1359
NATÁ	305	279	146	103	10	12	855
OLÁ	70	63	0	0	66	51	250
PENONOMÉ	1880	1825	418	368	320	293	5104
<b>TOTALES</b>	<b>4959</b>	<b>4935</b>	<b>780</b>	<b>668</b>	<b>675</b>	<b>618</b>	<b>12635</b>

Fuente: Departamento de Planificación Dirección Regional de Educación de Coclé

**Gráfico 11. Matrícula Premedia 2014- 2016**



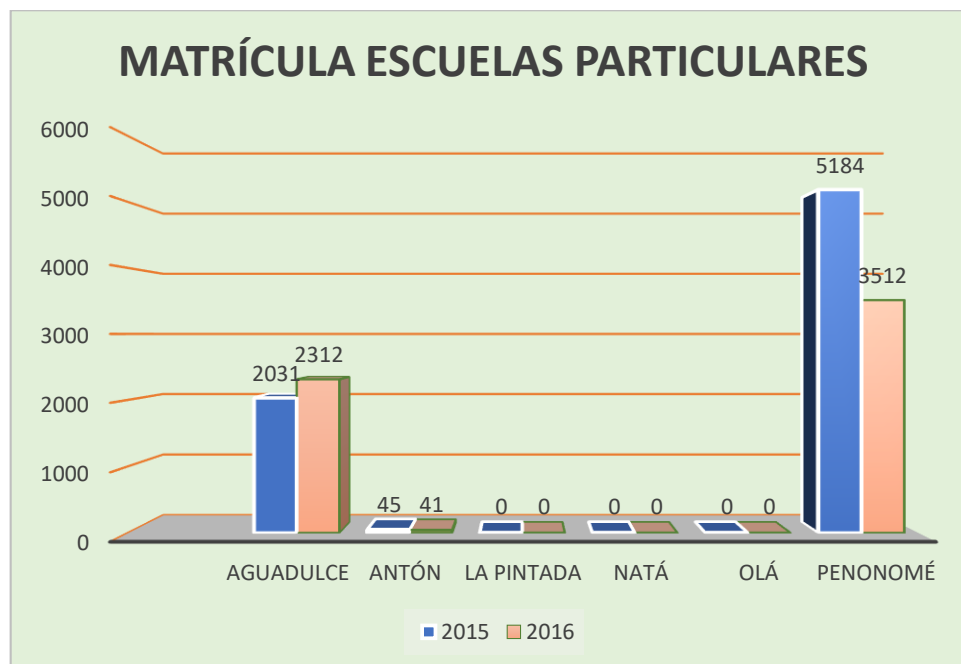
Fuente: Departamento de Planificación Dirección Regional de Educación de Coclé

**Tabla 8. Matrícula por distritos 2015-2016**

2015						2016				
DISTRITOS	INICIAL	PRIMA RIA	PREME DIA	MEDIA	TOTAL	INICIAL	PRIMA RIA	PREME DIA	MEDIA	TOTAL
AGUADULCE	348	751	458	474	2031	474	751	493	594	2312
ANTÓN	11	25	9	0	45	10	11	20	0	41
LA PINTADA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
NATÁ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
OLÁ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
PENONOMÉ	367	1188	1650	1979	5184	382	1138	792	1200	3512
<b>TOTAL</b>	<b>726</b>	<b>1964</b>	<b>2690</b>	<b>2453</b>	<b>7833</b>	<b>866</b>	<b>1900</b>	<b>1305</b>	<b>1794</b>	<b>5865</b>

Fuente: Departamento de Planificación Dirección Regional de Educación de Coclé.

**Gráfico 12. Matrícula escuelas particulares 2015 - 2016**



Fuente: Departamento de Planificación Dirección Regional de Educación de Coclé

En el 2016 se observa un crecimiento en la matrícula en los distintos niveles, en el distrito de Aguadulce, no así en Antón y Penonomé.

**Tabla 9. Aprobados, reprobados y desertores**

**Centros educativos región educativa de Coclé 2015**

2015											
DEPENDENCIA	NIVEL	APROBADOS			REPROBADOS			DESERTORES			TOTAL
		TOTAL	MASC	FEM	TOTAL	MASC	FEM	TOTAL	MASC	FEM	
OFICIAL	PRIMARIA	27037	13805	13232	700	477	223	319	148	171	28,056
	PREMEDIA	13216	10401	4883	1061	694	806	532	133	121	14809
	MEDIA	11545	5366	6179	851	552	299	295	152	143	14521
PARTICULAR	PRIMARIA	1749	887	862	1	1	0	20	8	12	1770
	PREMEDIA	1144	483	661	45	20	25	41	19	22	1305
	MEDIA	1271	619	652	0	0	0	0	0	0	1271

Fuente: Departamento de Planificación Dirección Regional de Educación de Coclé.

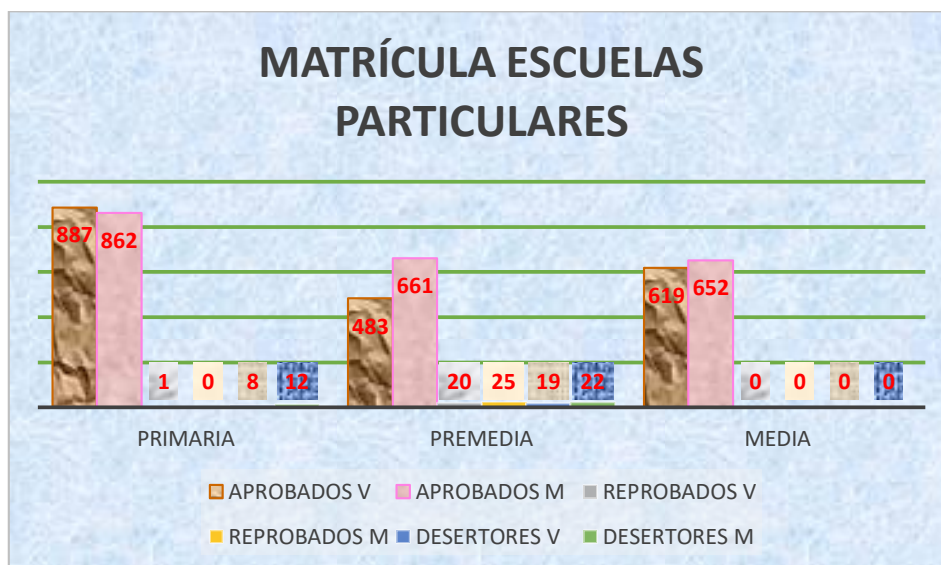
**Gráfico 13. Matrícula escuelas oficiales. Aprobados, reprobados, desertores, 2015.**



Fuente: Departamento de Planificación Dirección Regional de Educación de Coclé

En el nivel primario de las escuelas oficiales el 96% de la matrícula 2015 aprobó el año, el 2,49% reprobó y el 1,13% desertó de las aulas de clases. En el nivel de Premedia el 89,24% aprobó, el 7,16% reprobó y el 2,15% desertó. En el nivel de media el 79,5% de los estudiantes aprobó, el 5,86% reprobó y el 2,03 desertó.

**Gráfico 14. Matrícula escuelas particulares. Aprobados, reprobados, desertores, 2015.**



Fuente: Departamento de Planificación Dirección Regional de Educación de Coclé

En el nivel primario de las escuelas particulares en el 2015 el 98% de los estudiantes aprobaron, el 0,05% reprobaron, 1,13% desertaron; en el nivel de Premedia el 87,66% aprobó el año, el 3,45% reprobó y es 3,14% de los matriculados desertaron, en el nivel medio el 100% de los estudiantes aprobaron el año.

**Tabla 10. Total de embarazadas (10-19 años). 2014-2016**

**TOTAL DE EMBARAZADAS (10 a 19 años de edad)**

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

Fuente: Departamento de Planificación Dirección Regional de Educación de Coclé

El aumento de estudiantes embarazadas en edades comprendidas de 10 a 19 años de edad, es una situación preocupante en educación ya que afectan la salud física,

emocional de las estudiantes por la escasa preparación para afrontar esta nueva etapa de su vida, la maternidad. El Decreto Ejecutivo N° 443 del 7 de noviembre de 2001, garantiza la continuidad y terminación de estudios de las menores embarazada en los centros educativos oficiales y particulares del país.

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

## **Factores de competencia de las entidades públicas**

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

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

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

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

## **Debilidad en la Gestión de los Desechos Sólidos por los Municipios.**

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

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

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

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

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

## **Aspectos que afectan el desarrollo de los procesos del MINSA**

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



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

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

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

Debilidad en la articulación interinstitucional y de los gobiernos locales para el cumplimiento de las normas sanitarias en materia de establecimientos de interés sanitario y de alimentos: las políticas económicas de carácter gubernamental que regulan el comercio han ignorado las políticas y programas de salud en materia de vigilancia y control, favoreciendo el interés comercial en detrimento de lo sanitario. Existen disposiciones y actuaciones en la aplicación de la ley que hacen colisionar los interés y funciones entre el Ministerio de Comercio, las Alcaldías, entre otras instituciones y el MINSA, como es el caso de las autorizaciones para el

funcionamiento de los establecimientos de interés sanitario y expendio de alimento permitiendo infraestructuras no adecuadas.

## **Incorporación de la política de salud a los programas sociales regionales**

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

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

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

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

Control de crecimiento y desarrollo en el menor de 5 años en forma gratuita (incluye vacunación, atención de morbilidad y medicamentos)

Control gratuito de la embarazada (incluye laboratorios, atención de salud bucal, vacunación, medicamentos, cremas nutricionales)

Orientación sobre salud sexual y reproductiva, lactancia materna exclusiva, atención gratuita del puerperio.

**Programa 120 a los 65:** objetivo principal es el de contribuir a mejorar la calidad de vida de las personas de 65 años y más, sin jubilación ni pensión en situación de riesgo, vulnerabilidad, pobreza y marginalidad, para cubrir necesidades básicas, sociales y condición de vida.

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

Control de Salud de los adultos mayores en forma gratuita

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

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

Aporte nutricional con las cremas enriquecidas con vitaminas, hierro y minerales esenciales en forma gratuita y con controles que permitan conocer las mejoras nutricionales.

**Plan Nacional de Micronutrientes:** su objetivo es el de reducir de manera sostenida las deficiencias de vitaminas y minerales en la población del país evitando excesos y desbalances, con énfasis en los grupos vulnerables y excluidos.

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

Micronutrientes gratuitos en forma preventiva y terapéutica en el programa escolar, embarazadas, mujeres en edad fértil, puérperas, menores de cinco años.

**Ángel Guardián:** programa de asistencia económica para personas con discapacidad severa en condición de dependencia y pobreza, con la finalidad de promover, proteger y asegurar en igualdad de condiciones el pleno goce de los derechos humanos y libertades fundamentales garantizando el respeto a su dignidad inherente, y de procurar que ellas puedan acceder a su desarrollo integral como resultado de las políticas sociales.

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

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

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

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

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

Vulnerabilidad al cambio climático en Panamá

Cambio climático y sus efectos en Coclé.

# Vulnerabilidad al cambio climático en Panamá

## Cambio climático y sus efectos en Coclé

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

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

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

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

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

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

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

La localización geográfica, y más aún su ubicación en el trópico de capricornio hace que Panamá esté expuesta a amenazas relacionadas con el cambio climático, especialmente fenómeno hidrometeorológicos tales como; tormentas extremas, inundaciones y sequías.

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

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

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

**Tabla 11. Población afectada por corregimiento y distrito según el Censo Nacional del 2010**

<b>Distrito</b>	<b>Corregimientos</b>	<b>Nº Habitantes</b>
Aguadulce	Aguadulce Cabecera	7,707
	Pocrí	11,124
	El Cristo	3,852
	El Roble	7,997
	Barrio Unido	8,610
Subtotal		39,290
Penonomé	Penonomé Cabecera	15,841
	El Coco	4,592
	Rio Grande	2,915
	Coclé	3,637
	Cañaveral	6,367
	Pajonal	12,097
Sub-total		45,449
Antón	Antón Cabecera	8,360
	El Chirú	2,830
	El Retiro	1,998
	Juan Díaz	2,037
	Rio Hato	10,886
	Santa Rita	2,368
	San Juan de Dios	4,214
	Caballero	3,111
Sub-total		35,804
La Pintada	La Pintada Cabecera	3,733
	El Potrero	2,815
Sub-total		6,548
Nata	Natá Cabecera	5,902
	El Caño	3,276
	Huaca	1,417
	Toza	1,884
	Capellanía	4,396
	Guzmán	936

Sub-total		17,811
Olá	Olá Cabecera	1,326
	El Palmar	1,437
	El Picacho	348
	La Pava	1,297
	El Cope	1,263
Sub-total		5,671
<b>Total</b>		<b>150,573</b>

Fuente: Mi Ambiente, Coclé

### 1. Afectación de la Salud Humana

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

### 2. Efecto de la Sequía

Una sequía prolongada en cuencas críticas amenaza la seguridad hídrica, disminuyendo la disponibilidad de agua para la agricultura, ganadería y el consumo humano. En adición, la sequía prolongada afecta igualmente la generación de energía hidroeléctrica y las operaciones del Canal de Panamá, ya que la escasez de lluvia disminuye los niveles de los embalses de los cuales dependen estos sectores productivos.

### 3. Aumento de fenómenos Hidro-meteorológicos

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

### 4. Agua Subterránea

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

La ANAM otorgó concesiones de agua, con un total de 700 galones/minuto, para la construcción de pozos por parte de algunas empresas, entre las que podemos mencionar: Inversiones Forestales, LPG de Panamá, *Plants Solution*, *Panaranch Development*, *Business Investors*, Productos Lácteos San Antonio, Inversiones para

Desarrollo Coclé, Servicios de Áreas turísticas, etc. El MIDA y la empresa privada construyeron 6 pozos para servicios comunitarios, con un caudal total de 560 galones/minuto; además, se construyeron pozos para los siguientes usuarios: Inversiones Ryrsa, Corporación Agrícola, Colegio Superior y Comité Llano María, los cuales presentan una extracción total aproximada de 300 galones/minuto.

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

**Tabla 12. Pozos por provincia (2002-2010)**

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

Fuente: Ministerio, Mi Ambiente, Coclé

**Gráfico 15. Potabilizadoras de Coclé**



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

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

### **Emisiones de Gases de efecto Invernadero en La República de Panamá**

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

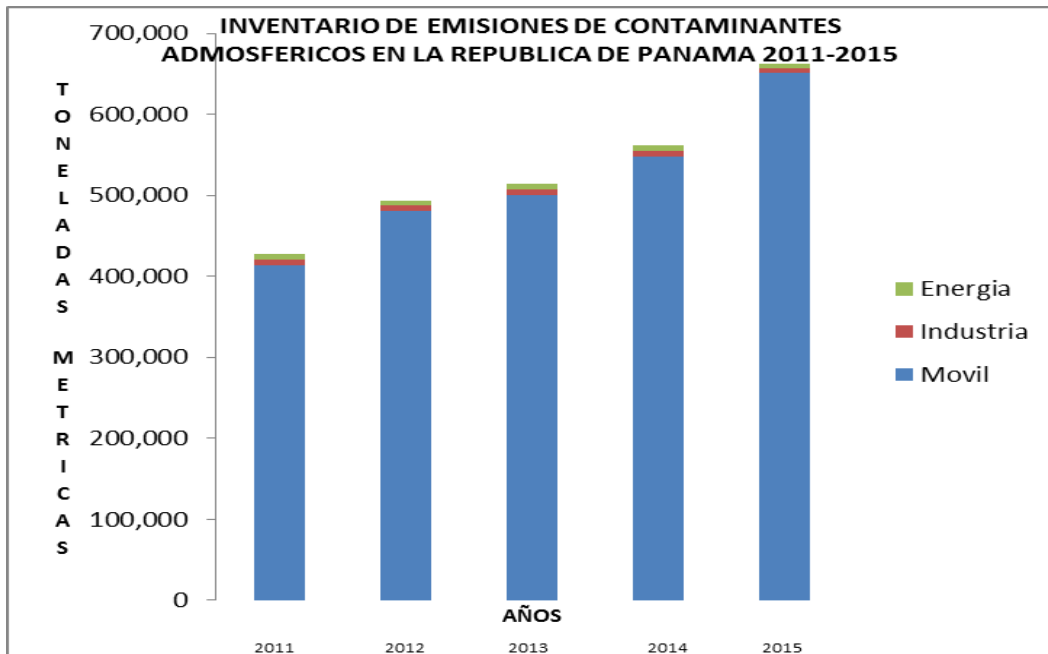
**Tabla 13. Emisiones de contaminantes, 2011-2015.**

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

*Fuente: Ministerio, Mi Ambiente, Coclé.*



## Gráfico 16. Inventario de contaminantes atmosféricos



Fuente: Ministerio Mi Ambiente, Coclé.

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

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

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

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

**Tabla 14. Reforestación en la Provincia de Coclé**

<b>Año de la Reforestación</b>	<b>Superficie Reforestada</b>
2014	10
2015	104
2016	90
2017	170

*Fuente: Ministerio, Mi Ambiente. Coclé.*

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

**Tabla 15. Incendios registrados**

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

*Fuente: Ministerio, Mi Ambiente. Coclé.*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## Condiciones de Saneamiento básico

**Cuadro 10. Condiciones del Saneamiento Básico**

Condiciones del saneamiento básico (Encuesta Mix o Censo, 2010)	2000	2010	2016
% de la población con disposición de agua potable o agua mejorada para el consumo humano	91.5	95.1	S/D
☐ Urbano	S/D	S/D	S/D
☐ Rural	S/D	S/D	S/D
☐ Indígena	N/A	N/A	N/A
% de la población con disposición adecuada de residuos sólidos (relleno sanitario o enterramiento)	40.11	41.70	48.99
☐ Urbano	27.60	31.10	32.8
☐ Rural	12.40	10.60	26.68
☐ Indígena	N/A	N/A	N/A
% de la población con disposición adecuada de aguas residuales y servidas (alcantarillado sanitario, fosa séptica o tanque séptico)	26.90	32.04	36.3
☐ Urbano	18.20	19.40	58.1
☐ Rural	8.60	12.50	17.33
☐ Indígena	N/A	N/A	N/A
% de instalaciones con disposición adecuada de desechos hospitalarios peligrosos (incineración, relleno sanitario o enterramiento)	S/D	32	85
☐ Rural	8.60	12.50	17.33
☐ Indígena	N/A	N/A	N/A
% de instalaciones con disposición adecuada de desechos hospitalarios peligrosos (incineración, relleno sanitario o enterramiento)	S/D	32	85

Fuente: Contraloría Nacional

**Cuadro11. Mecanismo de suministro de agua (acueductos, acueductos rurales, pozos)**

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

**Mecanismo de Gestión:**

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

**Cuadro. 12 Mecanismos de residuos sólidos (rellenos sanitarios, enterramiento, incineradores y vertederos a cielo abierto)**

REGION DE COCLÉ		MINISTERIO DE SALUD																
ÁREA SANITARIA		DIVISION DE SALUD AMBIENTAL																
OFICINA REGIONAL		PROGRAMA DE SANEAMIENTO BASICO PARA EL AÑO 2016																
GLOBAL		III. Basuras , Artrópodos y Roedores, Promoción del Control Sanitario de Basuras, Artrópodos y Roedores																
POR DISTRITO		III. Basuras , Artrópodos y Roedores, Promoción del Control Sanitario de Basuras, Artrópodos y Roedores																
DISTRITO	NUMERO DE CASAS	SINOPSIS DEL AREA DE TRABAJO																
		RECOLECCION									DISPOSICION FINAL							
		Nº DE SISTEMA DE RECOLECCION				Nº DE CASAS SERVIDAS POR LA RECOLECCION	Nº DE CASAS NO SERVIDAS ACCESIBLES	Nº DE CASAS NO SERVIDAS NO ACCESIBLES	TRATAMIENTO DOMICILIAR			Nº DE SISTEMAS						
		PUBLI CO		PRIVA DO					CASAS CON DISPOSITIVO DE ENTERRAMIENTO	DISPOSITIVO DE INCINERACION	UTILIZAN SITIOS NO APROBADOS	VERTE DERS A CIELO ABIERTO		INCINE RACION		RELLEN O SANITA RIO		
		B	D	B	D	B	D	B				D	B	D	B	D		
1	AGUADULCE	14737	1	0	1	0	9618	1090	916	153	1654	389	1	0	0	0	0	0
2	PENONOME	20888	1	0	0	0	7376	0	0	1302	6399	7094	1	0	0	0	0	0
3	NATA	4928	0	1	0	0	1880	0	197	35	0	2987	0	1	0	0	0	0
4	ANTON	13242	1	0	0	0	3099	0	0	3081	6672	597	1	0	0	0	1	0
5	LA PINTADA	6561	0	1	0	0	661	247	69	3021	1850	834	0	1	0	0	0	0
6	OLA	1860	0	1	0	0	130	0	0	105	1608	168	0	0	0	0	0	0
	<b>TOTAL</b>	<b>62216</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>22764</b>	<b>1337</b>	<b>1182</b>	<b>7697</b>	<b>18183</b>	<b>12069</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>0</b>

Fuente: Programa de Saneamiento salud Pública Coclé

**Mecanismo de Gestión:**

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

**Cuadro 13. Mecanismos de disposición de agua residuales (alcantarillado, fosa séptica, tanque séptico).**

REGION DE COCLE AREA SANITARIA OFICINA REGIONAL GLOBAL		MINISTERIO DE SALUD DIVISION DE SALUD AMBIENTAL PROGRAMA DE SANEAMIENTO BASICO PARA EL AÑO 2016																	
POR DISTRITO		II. Disposición de Excretas Promoción de Conexiones a Alcantarillados y Construcción de Letrinas																	
DISTRITO		SINOPSIS DEL AREA DE TRABAJO																	
		NUMERO DE CASAS	Nº DE HABITANTES	ALCANTARILLADO					TANQUE SEPTICOS				LETRINAS					PROBLEMAS DE AGUAS NEGRAS EXISTENTES	
				STAR	EXISTENTES	CASAS CONECTADAS	POBLACION SERVIDAS	CASAS NO CONECTADAS ACCESIBLES	CASAS NO CONECTADAS NO ACCESIBLES	EXISTENTES	CASAS SERVIDAS	POBLACION SERVIDAS	TANQUE SEPTICO DEFICIENTES	EXISTENTES	CASAS SERVIDAS	POBLACION BENEFICIADA	LETRINAS DEFICIENTES		CASAS SIN LETRINAS
1	AGUADULCE	14737	44000	4	1	2549	9500	3517	86	5367	5367	22843	26	5396	5396	16619	123	44	1
2	PENONOME	20888	89859	6	0	3244	12385	0	0	4522	4522	18471	61	12519	12519	55108	765	542	6
3	NATA	4928	18374	1	0	449	1557	1136	0	562	562	2036	10	3622	3622	13052	119	218	1
4	ANTON	13242	34345	10	0	770	3465	0	0	3602	3602	17609	0	9077	9077	34869	403	0	37
5	LA PINTADA	6561	26967	1	0	60	240	0	0	593	593	2967	75	5781	5781	26504	426	61	0
6	OLA	1860	6640	0	0	0	0	0	0	156	156	678	0	1739	1739	5910	38	2	0
	<b>TOTAL</b>	<b>62216</b>	<b>220185</b>	<b>12</b>	<b>1</b>	<b>7072</b>	<b>27147</b>	<b>4653</b>	<b>86</b>	<b>14802</b>	<b>14802</b>	<b>64604</b>	<b>172</b>	<b>38134</b>	<b>38134</b>	<b>152062</b>	<b>1874</b>	<b>867</b>	<b>45</b>

**Mecanismo de gestión:**

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

## **TENDENCIAS ESPERADAS EN LOS PRÓXIMOS AÑOS, EN LOS INDICADORES DE SALUD AMBIENTAL, EDUCACIÓN, VIVIENDA, SANEAMIENTO Y DESEMPLEO**

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

Los progresos obtenidos en las zonas rurales en los últimos años en cuanto a saneamiento básico, se están viendo afectados por el agotamiento de las fuentes de agua utilizadas en los acueductos rurales, por lo cual es difícil garantizar la sostenibilidad de la calidad de agua que se abastece en las comunidades, más aún nos preocupa que al extenderse la estación seca a causa del Fenómeno del Niño que se viene presentando en los últimos años y que en los próximos años será más agresivo se presentan desabastecimiento de agua para consumo humano en comunidades rurales de la provincia, por lo cual es importante que las entidades trabajen conjunto para buscar alternativas viables, realizar planes de contingencia e intervenciones en las áreas de fuentes afectadas, en vista que la población aumenta y los efectos del cambio climático cada día son más notorios.

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

### **Principales riesgos a la salud y los distritos en los que se deben priorizar las intervenciones**

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

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



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

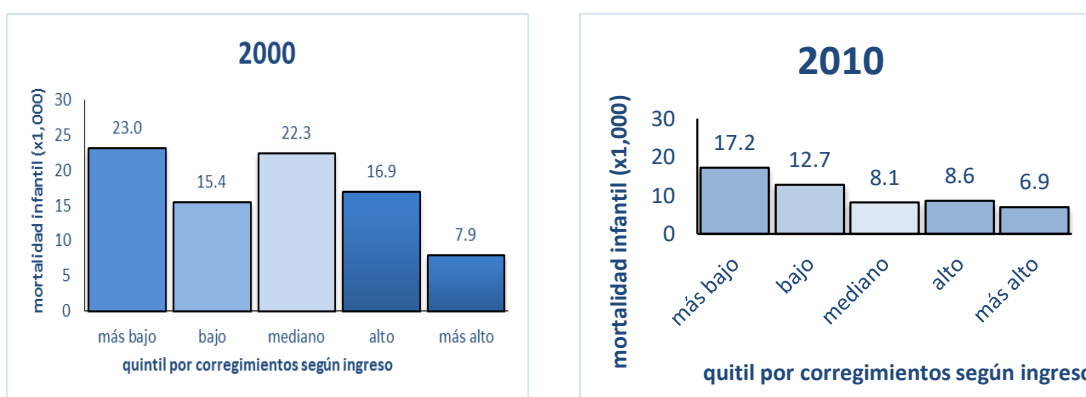
## **Porcentaje de comunidades en riesgo de ser afectadas por desastres naturales**

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

## **Desigualdades en la tasa de mortalidad infantil**

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

**Gráfico 17: Mortalidad infantil por quintil provincial de ingreso económico en los años 2000 y 2010**



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

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

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

**Tabla 16. Medidas de Desigualdad de Brecha de Tasa de Mortalidad Infantil, por ingreso**

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

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

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

**Tabla 17. Medidas de Desigualdad de Brecha de la Tasa de Mortalidad Infantil (por analfabetismo)**

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

## Participación social en la producción de salud.

Tenemos además el Decreto de Gabinete 401 de 29 de diciembre de 1970 declara la constitución legal de los Comités de Salud en las comunidades, el Decreto Ejecutivo 389 de 9 de septiembre de 1997 por el cual se reglamenta el Decreto de Gabinete 401 (G.O 23,376 de 12 de septiembre de 1997), Ley que crea los Comité de Salud, el Decreto Ejecutivo N° 40 de 18 de abril de 1994 que crea las Juntas Administradoras de Acueductos Rurales como organismo responsable por la administración de los sistemas de abastecimiento de agua potable rurales como un sistema comunitario con/sin personería jurídica y el decreto 1839 del 5 de diciembre de 2014<sup>i</sup> que dicta el nuevo marco regulatorio de las (JAAR) como co- responsable con el estado de la administración, operación, mantenimiento y ampliación de los sistemas de abastecimiento de agua. (Los anteriores favorecen la participación social). De igual forma la Ley que crea los Consejos de Gestión de Hospitales reconoce la participación social al permitirle a organizaciones no gubernamentales y comunitarias.

**Tabla 18. Inventario de Juntas de Administración de Acueducto Rural por Distrito**

DISTRITO	CANTIDAD DE JAAR
AGUADULCE	11
ANTÓN	87
LA PINTADA	99
NATÁ	28
OLÁ	35
PENONOMÉ	193
TOTAL	453

*Fuente: Participación Social – Agua Potable, MINSA*

*De las 453 JAAR legalizadas no todas están actualizadas en el MINSA.*

**Tabla 19. Inventario de Comité de Salud por Distrito**

DISTRITO	CANTIDAD COMITÉ DE SALUD
AGUADULCE	14
ANTÓN	28
LA PINTADA	37
NATÁ	13
OLÁ	15
PENONOMÉ	78
TOTAL	185

*Fuente: Participación Social – Agua Potable, MINSA*

*De los 185 Comités de Salud legalizadas no todas están actualizadas en el MINSA.*

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

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

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

En el marco legal que confiere al MINSA, el ejercicio de la función regulatoria como ente rector de la salud se ejerce de manera directa o por medio de agencia especializadas como se establece en el Código Sanitario (Ley 66 de 10 de noviembre de 1947 y sus principales componentes son: atribuciones al departamento de Salud Pública, policía sanitaria y saneamiento, sanciones. Con la Ley 40 del 16 de noviembre de 2006 se modifica, adiciona y deroga artículos de la Ley 66 de 10 de noviembre de 1947.

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

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

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

## LA DEMANDA Y NECESIDADES DE SERVICIOS

### Demografía

La Provincia de Coclé tiene una población estimada al año 2017 de 259,322<sup>ii</sup> habitantes, de los cuales 51% hombres 49% mujeres, con una extensión territorial de 4,927.4 Km<sup>2</sup>, lo que equivale a una densidad de población de 52.62 Hab./Km<sup>2</sup>; observándose un ligero incremento de 11 Hab/Km<sup>2</sup> en los últimos 15 años.

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

**Cuadro 14. Participación de las Etnias indígenas en el perfil demográfico**

Cultura, Etnia y Colonias Predominantes	Etnia						Wounaan	Bri Bri	Otros
	Kuna	Ngabe	Buglé	Teribe Naso	Bocota	Embera			
% de población según edad	462	807	181	1	47	42	27	21	10
Menor de 1 año	6	21	3	0	0	2	0	0	0
1-4 años	32	101	16	0	2	1	4	1	0
5-9 años	38	93	13	0	5	3	7	4	1
10-14 años	55	75	17	0	7	6	4	2	1
15-19 años	41	99	23	0	6	5	2	2	2
20-59 años	233	384	103	1	20	23	8	7	6
60-64 años	21	13	3	0	1	1	1	0	0
65 y más	36	21	3	0	6	1	1	5	0
Lenguaje y dialectos	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

Fuente: INEC, Contraloría General de la República.

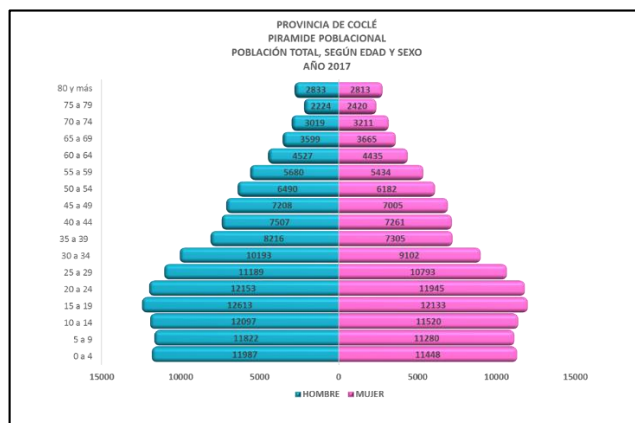
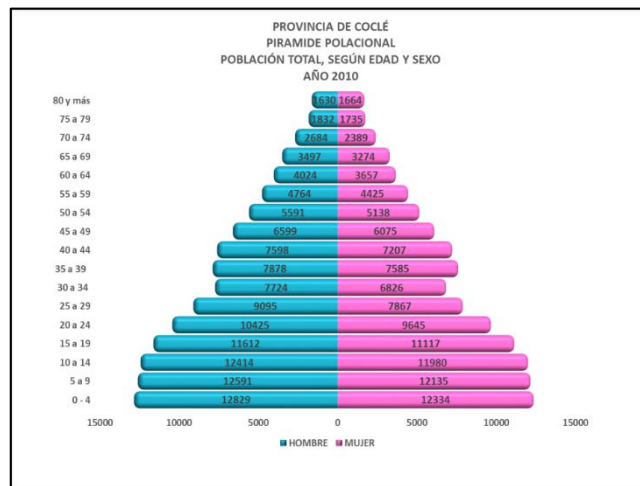
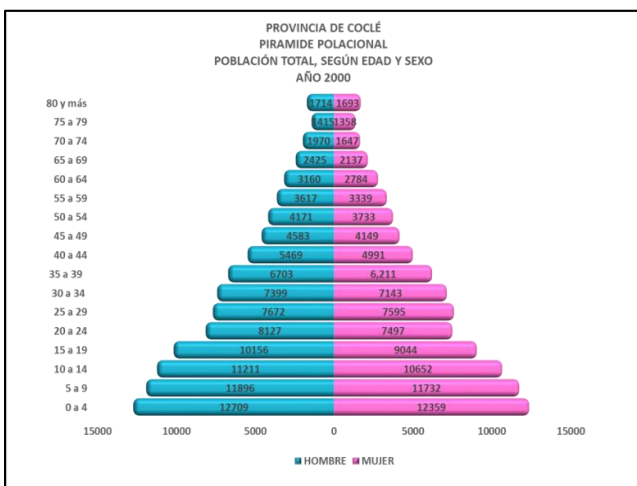
**Cuadro 15. Indicadores demográficos**

A. Indicadores demográficos	2000			2010			2015		
	Total 202,461 Hab	Masc	Fem	Total 233,708 Hab	Masc	Fem	Total 256,970 *estima ción	Masc	Fem
Densidad de población (4,927.4 Km2)	41.1			47.4			52.2		
☑ Rural (140,549) (153,164)	28.5			31.1					
☑ Urbana (61,912) (80,544)	12.6			16.3					
☑ Indígena (641) (1,689)									
Tasa de crecimiento natural o anual *(quinquenio)	0.90			0.72			0.54		
Tasa bruta de natalidad	24.86			16.6			17.1		
Tasa global de fecundidad	3.24			2.4			2.19		
Tasa general de fecundidad	81.2			54.1			67.9		
Porcentaje de población urbana	30.5%			34.0%					
Porcentaje de población rural	69.1%			64.8%					
Porcentaje de población indígena	0.3%			0.7%					
Razón de dependencia	69.7			61.5					
% De población inmigrante	12.3			13.4					
% De población emigrante	30.2			29.2					
Saldo migratorio	-5740			-5740			6220		
% De población discapacitada	1.9			3.7					
<b>Estructura de población por grupo de edad (en años)</b>	<b>2000</b>			<b>2010</b>			<b>2015</b>		
	<b>Total</b>	<b>Masc</b>	<b>Fem</b>	<b>Total</b>	<b>Masc</b>	<b>Fem</b>	<b>Total</b>	<b>Masc</b>	<b>Fem</b>
<b>Total</b>	<b>202,461</b>	<b>104,397</b>	<b>98,064</b>	<b>233,708</b>	<b>119,417</b>	<b>114,291</b>	<b>256,970</b>	<b>131,161</b>	<b>125,809</b>
Menor de un año	4,960	2,494	2,466	3,934	2,027	1,907	4,714	2,411	2,303
1 a 4	20,108	10,215	9,893	17,242	8,782	8,460	18,572	9,499	9,073
5 a 9	23,628	11,896	11,732	23,200	11,797	11,403	23,384	11,965	11,419
10 a 14	21,863	11,211	10,652	25,560	12,990	12,570	24,043	12,301	11,742
15 a 19	19,200	10,156	9,044	21,521	11,017	10,504	25,342	12,850	12,492
20 a 59	92,399	47,741	44,658	113,097	57,750	55,347	129,936	66,787	63,149
60 a 64	5,944	3,160	2,784	7,926	4,123	3,803	8,444	4,231	4,213
65 y más	14,359	7,524	6,835	21,228	10,931	10,297	22,535	11,117	11,418

Otras Tasas	2000			2010			2015		
	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem
Tasa de mortalidad	3.9	4.5	3.1	4.1	5.2	3.9	4.9	5.6	4.1
Tasa de mortalidad en < de 1 año	15.5	S/D	S/D	10.4	10.8	10.0	8.7	8.3	9.1
Tasa de mortalidad perinatal	14.5	S/D	S/D	8.8	S/D	S/D	11.3	S/D	S/D
Tasa de mortalidad neonatal	9.1	S/D	S/D	4.6	S/D	S/D	6.8	S/D	S/D
Tasa de mortalidad post neonatal	6.4	S/D	S/D	5.8	S/D	S/D	2.5	S/D	S/D
Tasa de mortalidad en menores de 5 años (x 1000)	2.9	S/D	S/D	2.5	2.5	2.6	2.0	2.1	1.9
Tasa de mortalidad materna	0.4	N/A	0.4	3.3	N/A	3.3	3.1	N/A.	3.1
Esperanza de vida al nacer (total)	74	73	75.9	76.1	73.3	78.9	77.1	74.4	80

Fuente: INEC, Contraloría General de la República.

Gráfico 18. Pirámide poblacional de la provincia de Coclé, según sexo y edad, año 2000, 2010 y 2015

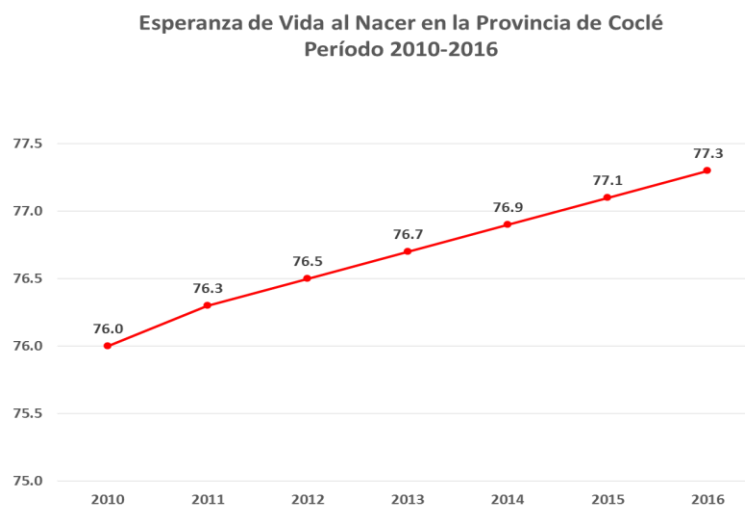


Fuente: Planificación. Sección de Análisis y tendencia. MINSA

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

La esperanza de vida aumentó 6.3 años (74 a 77.3 años) de 2000 a 2016 según las estadísticas de la Contraloría de Panamá.

### Gráfico 19. Esperanza de vida de la provincia de Coclé año 2010 al 2016

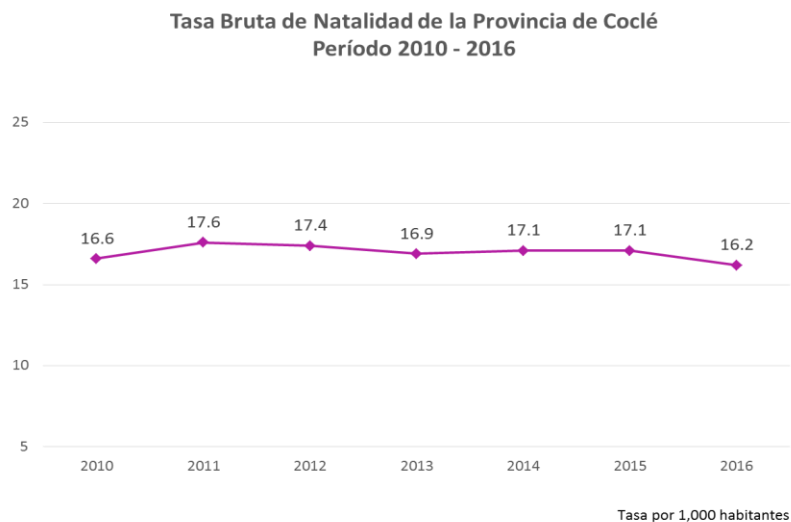


Fuente Institucional: Contraloría General de la República. INEC  
Fuente Documental: Dirección de Planificación, Departamento de Registro y Estadística de Salud.

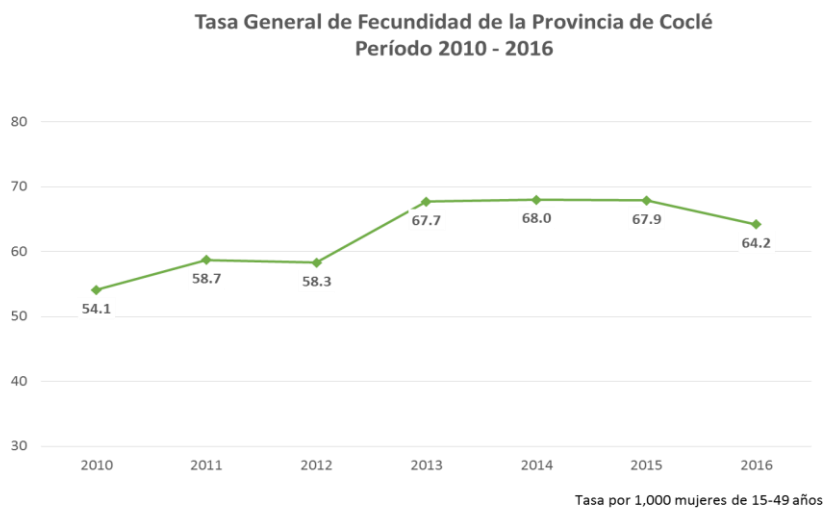
La tasa bruta de natalidad junto con la global de fecundidad también presento un descenso en el mismo período.



## Gráfico 20. Tasa de natalidad bruta y fecundidad de la provincia de Coclé, años 2010 al 2016



Fuente Institucional: Contraloría General de la República, INEC  
Fuente Documental: Dirección de Planificación, Departamento de Registro y Estadística de Salud.



Fuente Institucional: Contraloría General de la República, INEC  
Fuente Documental: Dirección de Planificación, Departamento de Registro y Estadística de Salud.

La tasa de mortalidad general incrementó de 3.9 a 5.1 x 100,000 habitantes (2000 a 2016), mientras que en la tasa de mortalidad en menores de un año hubo una disminución de 4.8 (de 15.5 a 10.7 x 1,000 nacimientos vivos) del 2000 a 2016. En los menores de 5 años se mantiene estable la tasa de mortalidad.

La mortalidad materna, presentó un incremento de 1.1 (0.4 a 1.5 muertes maternas por 1000 nacidos vivos) de 2000 a 2016.

El crecimiento de la población se observa tanto en el área rural como urbana a pesar de tener una tasa de crecimiento natural en descenso de 0.90 en el año 2000 a 0.54 en el 2015 sin embargo se observa 1.1% de crecimiento en la población inmigrante y ligera disminución de los emigrante en 1% (30.2 a 29.2% de 2000 a 2010). (Cuadro N°15).

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

### **Los indicadores demográficos en relación con la salud – enfermedad de la población**

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

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

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

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

## **PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE LA PROVINCIA DE COCLÉ ANÁLISIS DE LA MORBI-MORTALIDAD EN LA PROVINCIA DE COCLÉ**

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

- Envejecimiento de la población
- Disminución de la natalidad

- Disminución de la tasa global de fecundidad por debajo de la tasa de reemplazo
- Disminución de la mortalidad
- Aumento de la expectativa de vida al nacer.

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

## Situación de la discapacidad

**Tabla 20. Principales Causa de Discapacidad**

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

Fuente: Contraloría General, Panamá

**Tabla 21 . Principales Tasas de Mortalidad según Sexo**

Principales causas de mortalidad	2000			2010			2015		
	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem
<b>Mortalidad general</b>									
Tumores (Neoplasias) malignos	62.6	S/D	S/D	80.3	89	102	83.7	115	100
Enfermedades cerebrovasculares	40.8	S/D	S/D	46.2	70	40	44.4	69	45
Enfermedades Isquémicas del Corazón	22.2	S/D	S/D	41.2	60	38	42.8	77	33
Accidentes, lesiones autoinfligidas, agresiones y otra violencia	35.5	S/D	S/D	31.5	70	5	38.5	86	13
Enfermedades hipertensivas							26.0	37	35
Otras Enfermedades del corazón	16.7	S/D	S/D	28.6	37	31	30.7	50	29

<b>Mortalidad en menores de un año</b>									
Malformaciones Congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	496.2	S/D	S/D	256.9	7	6	233.3	5	6
Ciertas afecciones originadas en el en el periodo perinatal	721.7	S/D	S/D	217.4	4	7	509.1	13	11
Neumonía	112.8	S/D	S/D	79.1	3	1	21.2	0	1
Accidentes agresiones y otras violencias							42.4	1	1
Tuberculosis							21.2	0	1
Las demás causas	315.7	S/D	S/D	256.9	5	8	42.4	1	1
<b>Mortalidad en menores de 1-4 años</b>									
Neumonía	38.5	S/D	S/D	14.9	1	2			
Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	33.0	S/D	S/D	14.9	1	2	5.4	1	0
Septicemia							5.4	1	0
Malformaciones congénitas, deformaciones y anomalías cromosómicas				5.0	1	0			
Accidentes, Agresiones y otras Violencias	16.5						16.2	2	1
Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores.	16.5								
Las demás causas	88.1			29.8	2	4	5.4	1	0
Mortalidad Perinatal				8.8			11.3		
Mortalidad Neonatal	9.1			4.6			6.8		
Mortalidad Post neonatal	6.4			5.8			2.5		
<b>Mortalidad materna</b>	0.4			6.2			3.1		
1. Causa obstétrica directa	0.4			6.2			3.1		

(1) Con base en la lista de Mortalidad de la clasificación Estadística Internacional de enfermedades y problemas relacionados con la Salud (Decima Revisión).

(2) Por 100,000 habitantes, con base en la estimación de la población por grupo de edad, al 1 de julio.

**Tabla 22. Composición de las defunciones según sexo**

Tasas	2000			2010			2015		
	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem
Tasa de sub registro de la mortalidad general	S/D	S/D	S/D	S/D	S/D	S/D	S/D	S/D	S/D
Tasa de sub registro de la mortalidad infantil	S/D	S/D	S/D	S/D	S/D	S/D	S/D	S/D	S/D
Tasa de sub registro de la mortalidad materna	S/D	S/D	S/D	S/D	S/D	S/D	S/D	S/D	S/D
Tasa de defunciones por síntomas y causas mal definidas	S/D	S/D	S/D	S/D	S/D	S/D	S/D	S/D	S/D
Tasa de muertes por enfermedades infecciosas agrupadas	S/D	S/D	S/D	4.7 /11	5.9 /7	3.5 /4	5.4 /14	7.6 /10	3.1 /4
Tasa de muertes por diarrea	S/D	S/D	S/D	3.8	3.3	4.4	2.33	3.04	1.59

				/9	/4	/5	/6	/4	/2
Tasa de muertes por infecciones respiratorias	S/D	S/D	S/D	61.2 /143	62.8 /75	57.0 /68	28.01 /72	26.68 /35	29.40 /37
Tasa de muertes por TBC	S/D	S/D	S/D	4.7 /11	5.9 /7	3.5 /4	3.89 /10	3.81 /5	3.97 /5
Tasa de muertes por VIH	S/D	S/D	S/D	5.6 /13	8.3 /10	2.6 /3	5.05 /13	4.57 /6	5.56 /7
Tasa de otras	S/D	S/D	S/D	0	0	0	0	0	0
Tasa de muertes por enfermedades crónicas agrupadas	S/D	S/D	S/D	276.0 /646	301.0 /360	250.0 /286	111.0 /286	129.6 1 /170	92.20 /116
Tasa de muertes por tumores malignos	S/D	S/D	S/D	81.7 /191	74.5 /89	89.2 /102	88.33 /227	87.67 /115	89.0 /112
Tasa de muertes por hipertensión arterial esencial	S/D	S/D	S/D	13.3 /31	15.9 /19	10.5 /12	29.1 /75	29.73 /39	28.61 /36
Tasa de muertes por diabetes mellitus	S/D	S/D	S/D	20.1 /47	21.0 /25	19.2 /22	21.40 /55	17.53 /23	25.43 /32
Tasa de muertes por enfermedades isquémicas del corazón	S/D	S/D	S/D	41.9 /98	50.0 /60	33.2 /38	44.75 /115	61.75 /81	27.02 /34
Tasa de muertes por otras enfermedades crónicas	S/D	S/D	S/D						
Tasa de muertes por causas circulatorias	S/D	S/D	S/D	78.7 /184	92.1 /110	64.7 /74	80.16 /206	95.30 /125	64.38 /81
Tasa de muertes por enfermedades respiratorias crónicas	S/D	S/D	S/D	21.82 /51	20.93 /25	22.74 /26	17.12 /44	9.9 /13	24.64 /31
Tasa de muertes por insuficiencia renal crónica	S/D	S/D	S/D	1.28 /3	2.5 /3	0	1.55 /4	2.28 /3	0.79 /1
Tasa de muertes por causas externas	S/D	S/D	S/D	32.09 /75	58.6 /70	4.4 /5	38.9 /100	66.3 /87	10.3 /13
Tasa de muertes por suicidios	S/D	S/D	S/D	5.6 /13	10.88 /13	0	1.9 /5	3.8 /5	0
Tasa de muertes por homicidios	S/D	S/D	S/D	3.4 /8	5.7 /7	0.87 /1	6.22 /16	10.06 /14	1.59 /2
Tasa de muertes por accidentes	S/D	S/D	S/D	22.24 /52	40.2 /48	3.4 /4	23.73 /61	40.40 /53	6.35 /8
Tasa de muertes por accidentes de tránsito	S/D	S/D	S/D	2.4 /29	22.6 /27	1.7 /2	15.56 /40	28.20 /37	2.38 /3
Tasa de muertes por violencia	S/D	S/D	S/D	32.09 /75	58.61 /70	4.37 /5	47.8 /121	83.10 /109	10.33 /13
Tasa de Muertes por violencia social e intrafamiliar	S/D	S/D	S/D	S/D	S/D	S/D	S/D	S/D	S/D

Fuente(S): INEC, Contraloría General de la República. Tasas por 100,000 habitantes.

## Principales Causas de Morbilidad General

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

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

**Tabla23. Principales causas de morbilidad general**

**Tabla: Principales causas de morbilidad general**

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

Gráfico 21. Principales causas de morbilidad. Año 2000.

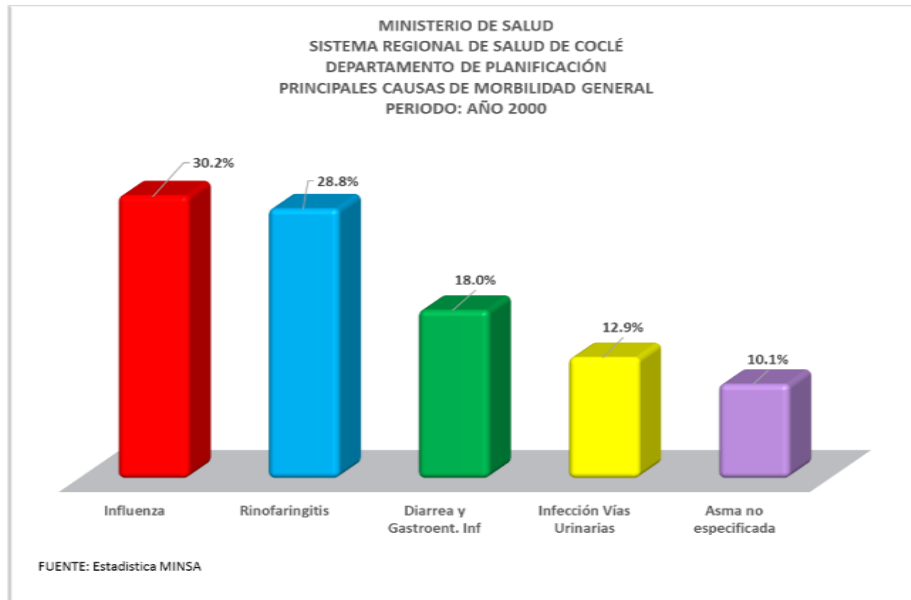
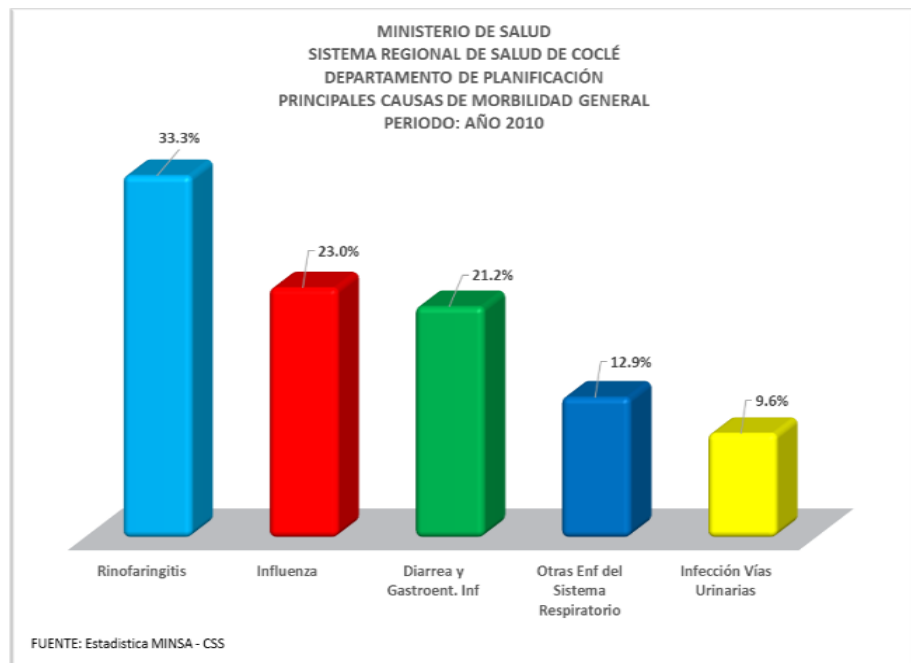
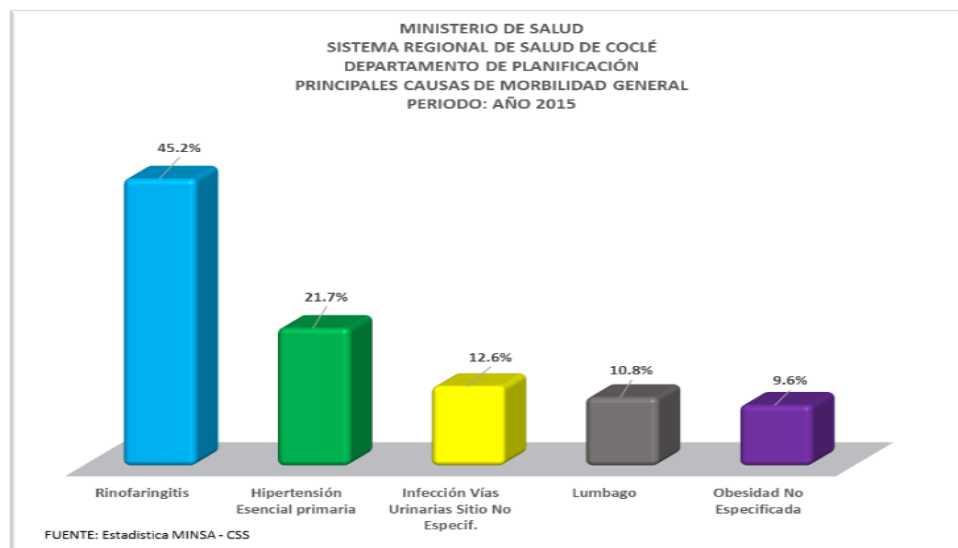


Gráfico 22. Principales causas de morbilidad. Año 2010.



**Gráfico 23. Principales causas de morbilidad. Año 2015.**



**Cuadro 16. Principales causas de morbilidad en el < de 1 año**

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

*Fuente: Sistema de información de Estadísticas de Salud*



## Cuadro 17. Principales causas de morbilidad de 1 a 4 años

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

Fuente: Sistema de información de Estadísticas de Salud

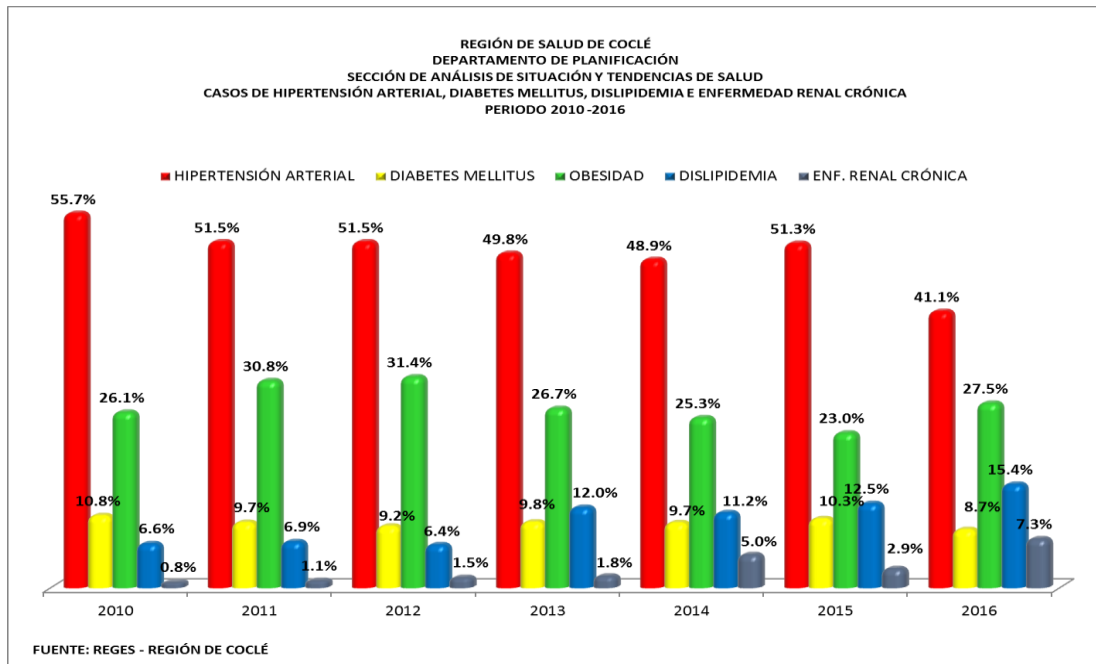
En el grupo < 1 año y de 1 a 4 años observamos que la primera causa de morbilidad corresponde a las infecciones de vías respiratorias, ocupando el segundo lugar las Gastroenteritis para el año 2015 y las infecciones de piel en tercer lugar.

**Tabla 24. Morbilidad Materna 2000, 2010 y 2015**

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

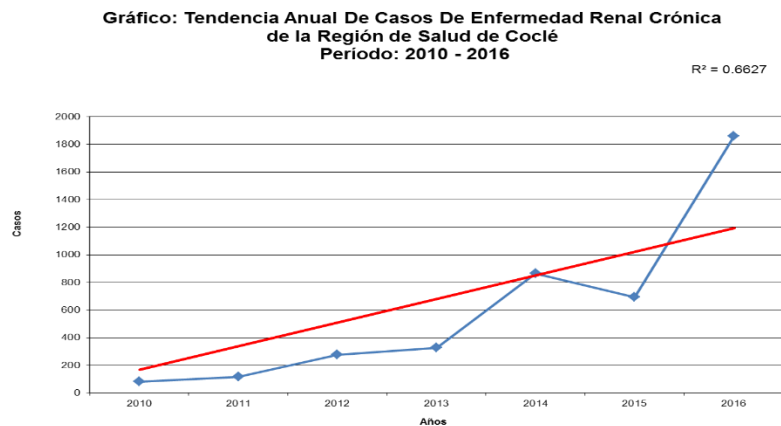
En referencia a la morbilidad materna, causas de morbilidad varían en los diferentes periodos evaluados. Siendo para el año 2015 la infección de vías urinarias la primera causa y la desnutrición en el embarazo la segunda.

## Gráfico 24. Casos de Hipertensión Arterial, Diabetes mellitus, Dislipidemia, Enfermedad renal Crónica



En la provincia de Coclé, podemos mencionar un aumento de ENT como la hipertensión arterial, diabetes mellitus, dislipidemia, obesidad entre otras, estas han mostrado un crecimiento importante en los últimos años, llegando a superar la prevalencia de las enfermedades transmisibles en el adulto. Como consecuencia de ello la ERC empieza a ocupar uno de los primeros lugares.

## Gráfico 25. Tendencia de Enfermedad Renal Crónica. 2010 -2016

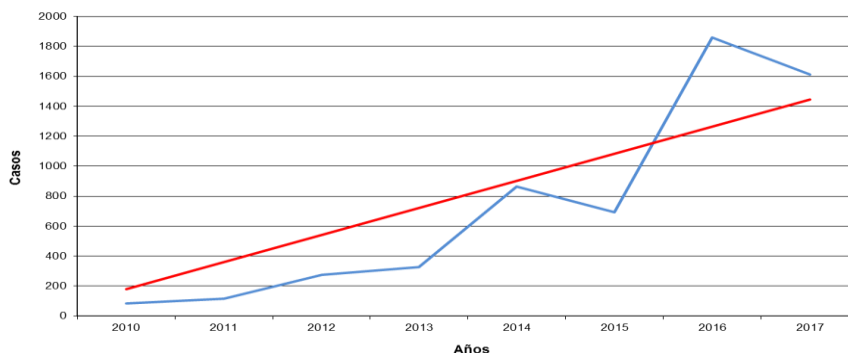


Fuente: REGES - Región de Coclé

## Gráfico 26. Tendencia de Enfermedad Renal Crónica. 2016 - 2017

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

R<sup>2</sup> = 0.743

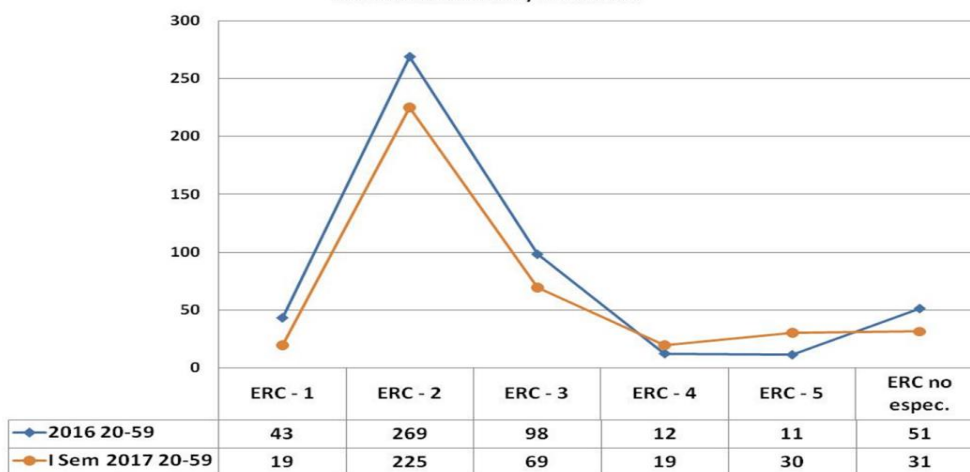


Fuente: REGES - Región de Coclé

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

## Gráfico 27. Ingresos y Nuevos de la Enfermedad Renal Crónica el el grupo de 20 a 59. Coclé. Año 2016 - 2017

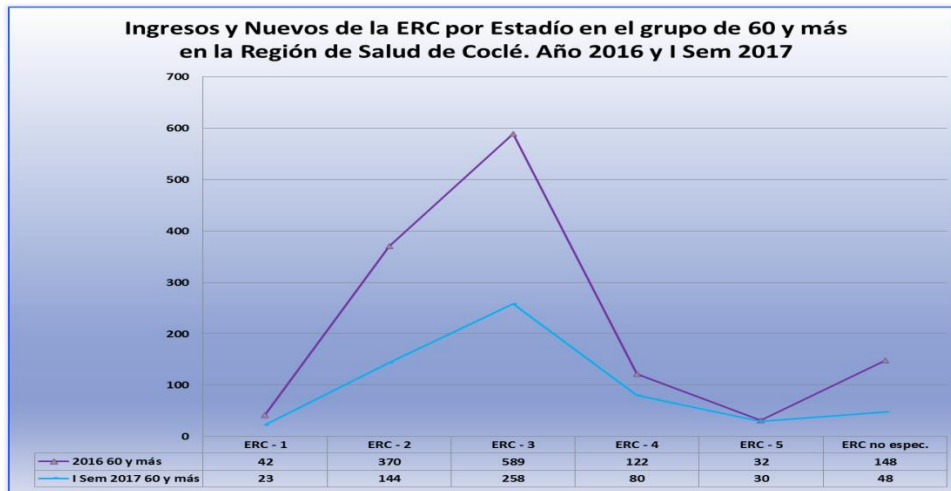
**Ingresos y Nuevos de la ERC por Estadío en el grupo de 20-59 en la Regió de Salud de Coclé. Año 2016 y I Sem 2017**



Fuente: REGES, MINSA Coclé, 2017

CNSP

**Gráfico 28. Ingresos y Nuevos de la Enfermedad Renal Crónica el grupo 60 y mas. Coclé. 2016 y I primer semestre 2017.**

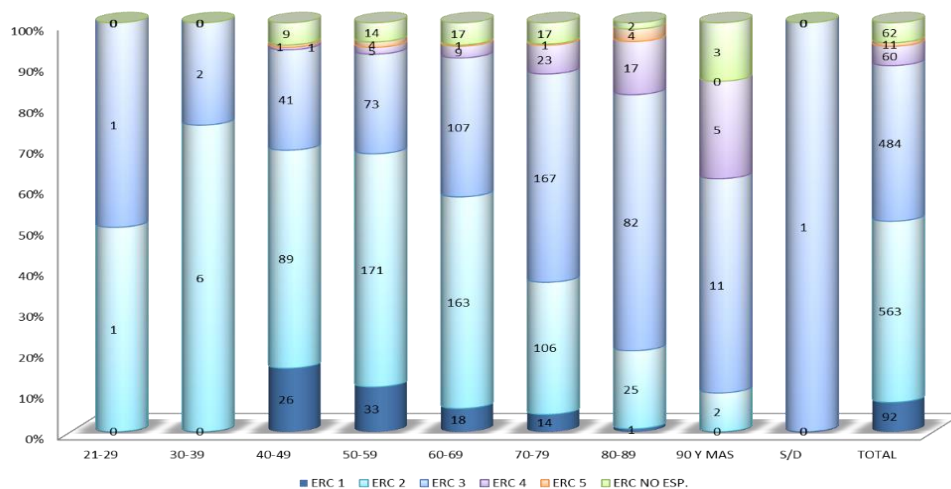


Fuente: REGES, MINSA Coclé, 2017

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

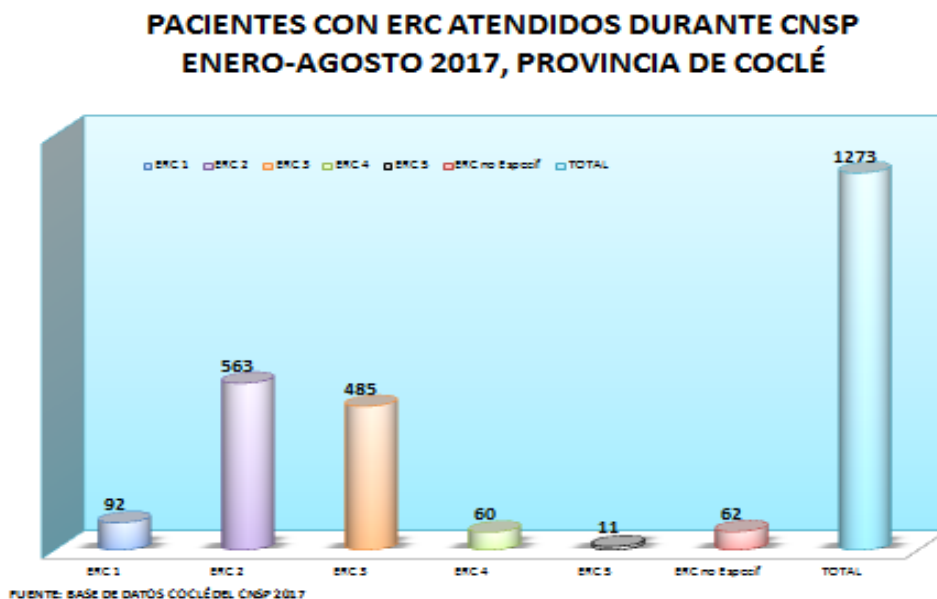
**Gráfico 29. Pacientes captados con Enfermedad Renal Crónica. Censo salud Preventiva. Coclé. Enero - Agosto 2017**

PACIENTES CON ERC CAPTADOS DURANTES LOS CENSOS DE SALUD PREVENTIVA EN COCLÉ ENERO A AGOSTO 2017



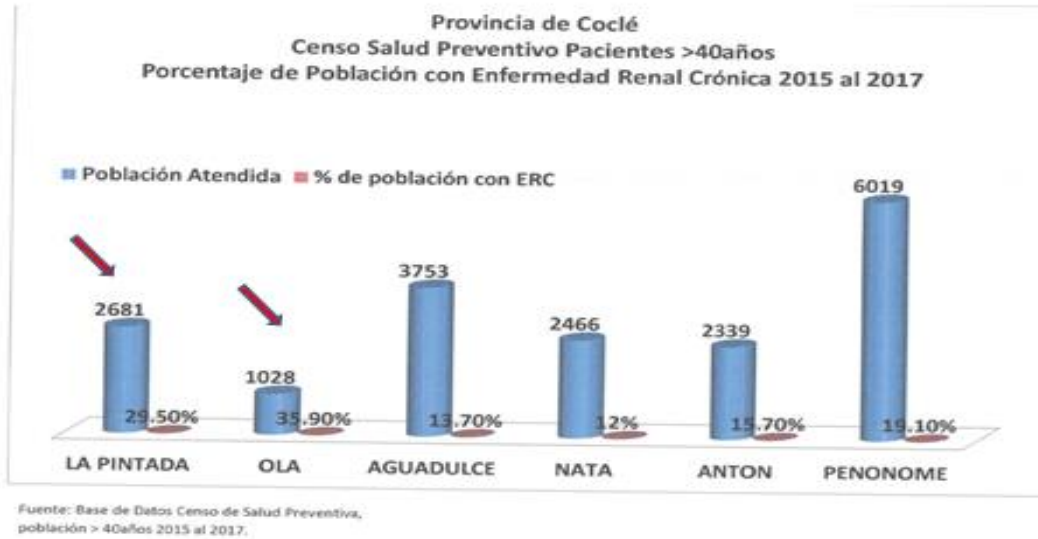
FUENTE: BASE DE DATOS COCLÉ DEL CNSP 2017

**Gráfico 30. Pacientes atendidos con Enfermedad Renal Crónica. Censo salud Preventiva. Coclé. Enero - Agosto 2017**



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

**Gráfico 31. Porcentaje de la Población con Enfermedad Renal Crónica. Coclé. 2015 - 2017**



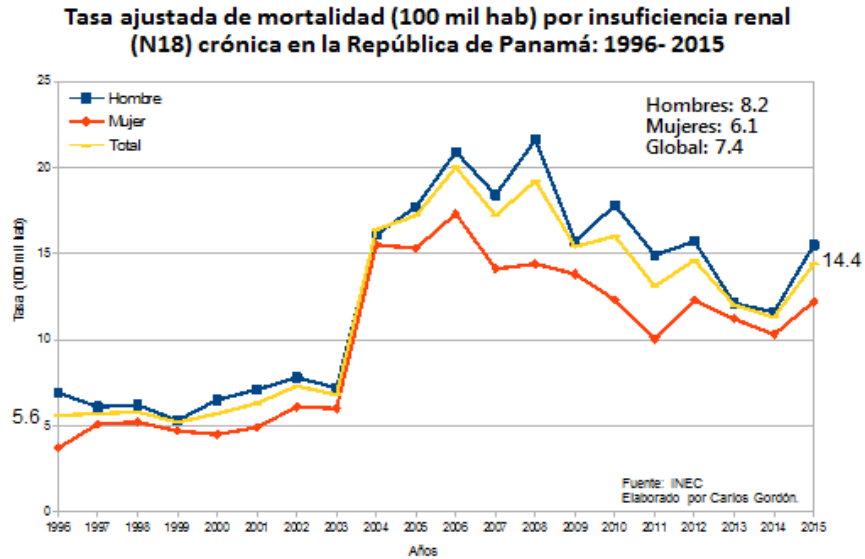
**Gráfico 32. Porcentaje de la Población con Enfermedad Renal Crónica por Instalaciones. Coclé. 2015 - 2017**



De acuerdo a los datos obtenidos durante los censos realizados desde el 2015 a abril de 2017 el distrito más afectado por la ERC, según la población **atendida** corresponde al distrito de Olá (35.90%), seguido del distrito de La Pintada (25.5%). Si lo comparamos por instalación de salud el área con mayor cantidad de casos atendidos durante los CNSP corresponden a Río Grande (40.2%), Olá (35.9%), Río Hato (33.10%) y La Pintada (30.2%). Hacemos la observación a la fecha descrita los Censos en el área de Antón no se habían completado.

# DESIGUALDADES SOCIALES EN SALUD EN LA PROVINCIA DE COCLÉ

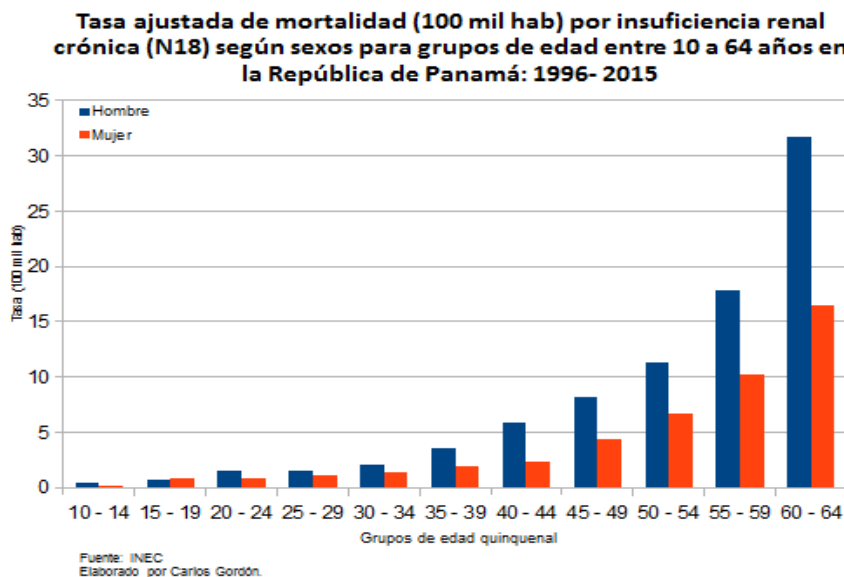
**Grafica 33. Tasa ajustada de mortalidad por IRC 1996- 2015**



Fuente: Análisis Geoespacial de ERC MINSA. Universidad de Panamá. (SALTRA)

Según datos obtenidos del INEC la tasa ajustada de mortalidad por ERC en Panamá durante el periodo de 1996 al 2015 ha ido incrementado, siendo la tasa de mortalidad para el 2015 de 14.4 por 100mil habitantes.

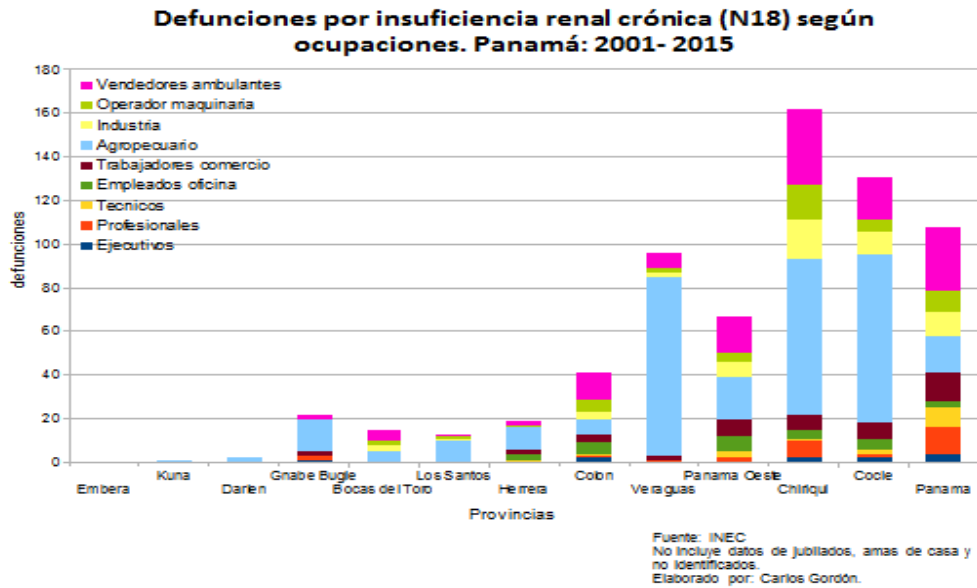
**Grafica 34. Tasa ajustada de mortalidad para IRC por grupos de edad**



Fuente: Análisis Geoespacial de ERC MINSA. Universidad de Panamá.(SALTRA)

El grupo de edad más afectado es la población de 50 años y más; principalmente los de > 60 años, en especial el sexo masculino.

**Grafica 35. Tasa ajustada de mortalidad para IRC por ocupación**

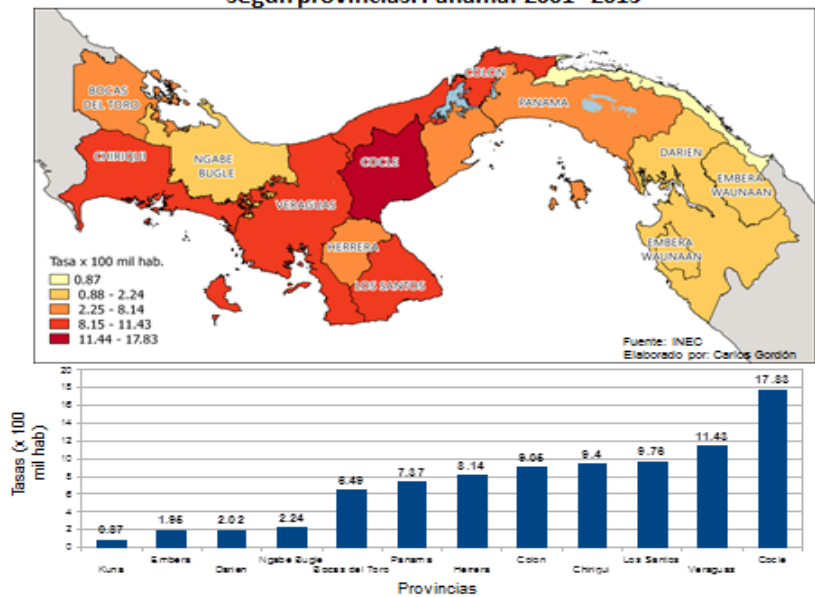


Fuente: Análisis Geoespacial de ERC MINSA. Universidad de Panamá. (SALTRA)

Según las ocupaciones la población con mayor mortalidad el país son los que se dedican al área agropecuaria y vendedores ambulantes.

**Mapa 7. Tasa cruda de mortalidad por IRC por provincia**

**Tasa cruda de mortalidad (100 mil hab) por insuficiencia renal crónica (N18) según provincias. Panamá: 2001- 2015**



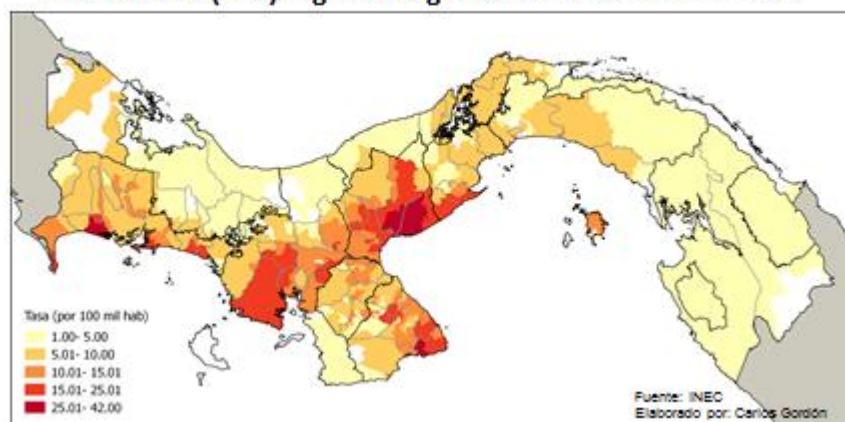
Fuente: Análisis Geoespacial de ERC MINSA - Universidad de Panamá.(SALTRAA)



La Provincias que presentan mayor mortalidad por la ERC es la provincia de Coclé, seguida de las provincias de Veraguas y los Santos; pertenecientes a la vertiente pacífica y al Arco Seco de Panamá y en cuarto lugar la provincia de Chiriquí.

### Mapa8. Tasa de suavizada de mortalidad por IRC según corregimiento

**Tasa espacialmente suavizada de mortalidad (100 mil hab) por insuficiencia renal crónica (N18) según corregimientos. Panamá: 2001- 2015**

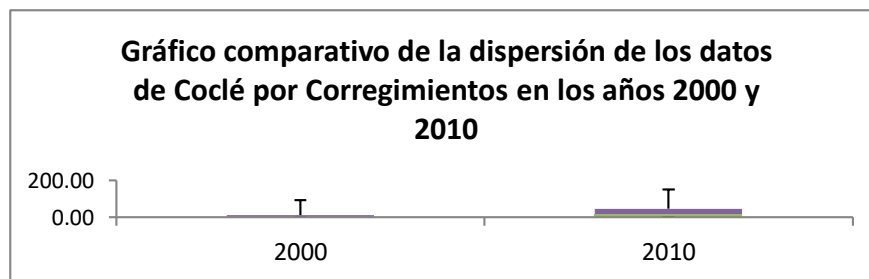


Fuente: Análisis Geoespacial de ERC MINSA. Universidad de Panamá. (SALTRA)

De los 15 corregimientos con las tasas de mortalidad por ERC más altas en la República, 13 se encuentran entre las provincias de Coclé (9) y Chiriquí (4). En el distrito de Antón, provincia de Coclé se encuentran los 5 corregimientos con las tasas más altas de toda la república. Las posiciones del 6 al 8 corresponden a corregimientos en el distrito de Alanje provincia de Chiriquí.

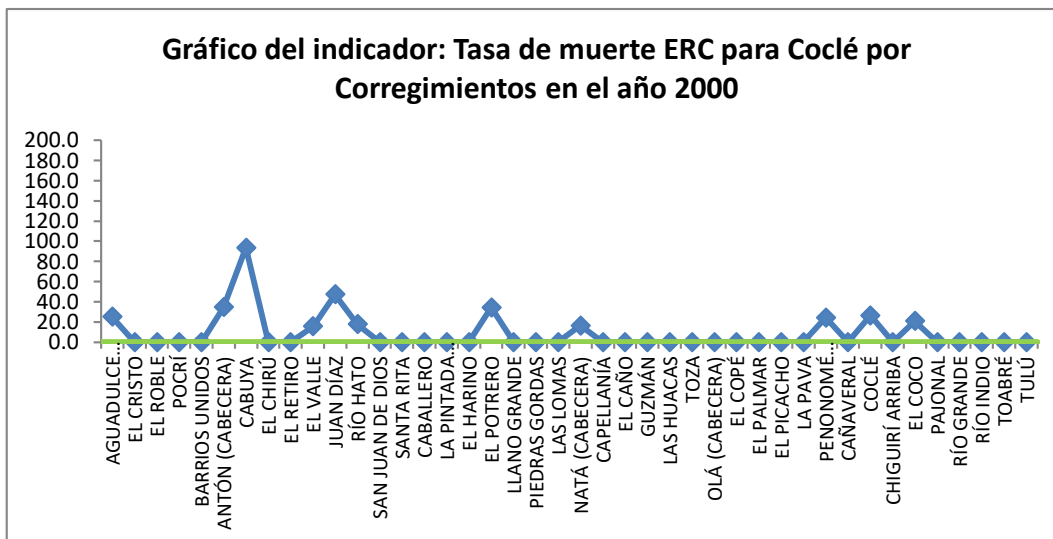
### Desigualdades en las Tasas de Mortalidad de la Enfermedad Renal Crónica

#### Gráfico 36. Comparativo de la dispersión de los datos de Coclé por Corregimientos en los años 2000 y 2010.



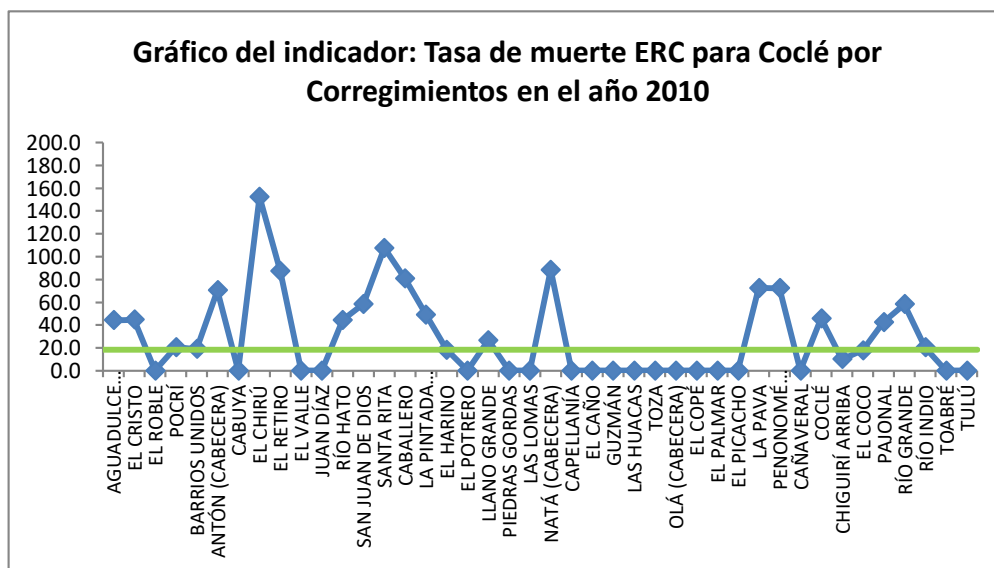
Fuente: Análisis Geoespacial de ERC MINSA. Universidad de Panamá. (SALTRA)

**Gráfico 37. Indicador. Tasa de muerte ERC para Coclé por Corregimientos en el año 2000**



Fuente: Análisis Geoespacial de ERC MINSA. Universidad de Panamá.(SALTRA)

**Gráfico 38. Indicador. Tasa de muerte ERC para Coclé por Corregimientos en el año 2010**



Fuente: Análisis Geoespacial de ERC MINSA. Universidad de Panamá.(SALTRA)

**Tabla 25. Medidas de desigualdad de brecha del indicador: Tasa de Muerte Enfermedad Renal Crónica.**

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

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

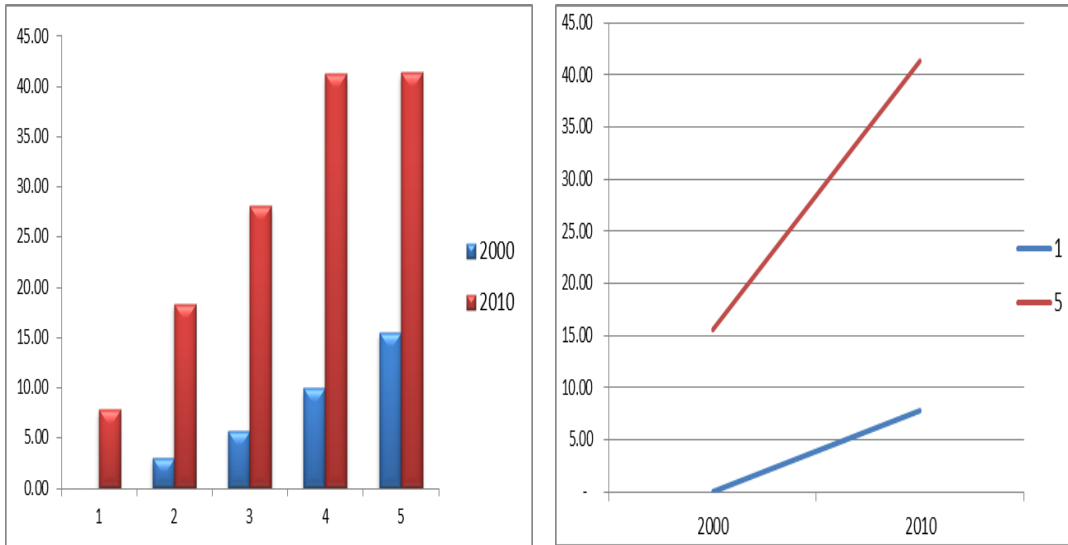
*Fuente: Análisis Geoespacial de ERC MINSA. Universidad de Panamá. (SALTRA)*

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

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

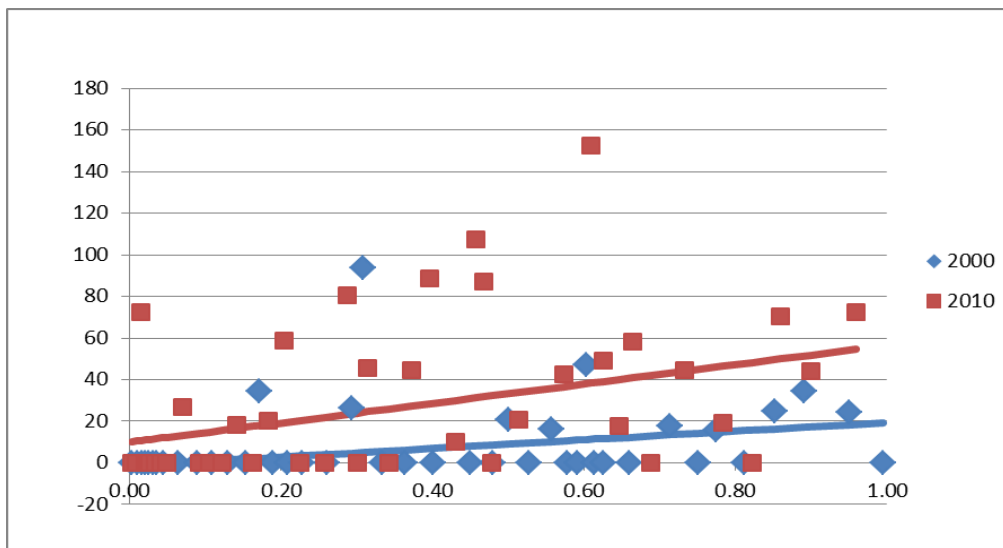
Para el año 2010 el corregimiento con mayor mortalidad por ERC fueron los corregimientos de El Chirú, Santa Rita, Natá cabecera, El Retiro y Caballero; de estos cuatro corresponden al distrito de Antón.

**Gráfico 39. Tasa de Mortalidad por Enfermedad Renal Crónica VS Ingreso 2000 y 2010**



**Gráfico 40. Índice de la pendiente del indicador: Tasa de muerte r Enfermedad Renal Crónica 2000 y 2010**

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



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

Como vemos la transición demográfica trae como consecuencia un cambio del perfil epidemiológico, aumento de la mortalidad por enfermedades no transmisibles (ENT), disminución de la mortalidad por enfermedades transmisibles, y una mayor carga de enfermedad por ENT y una alta prevalencia de factores de riesgo de ENT.

Situación que nos ha venido afectando en el aumento de la prevalencia de La Enfermedad Renal Crónica (ERC), misma que ha sido reconocida recientemente como un problema de salud pública global, por su carácter epidémico y las complicaciones devastadoras que produce. Nuestra provincia se ha visto afectada por esta enfermedad, ubicándose entre las primeras con mayor mortalidad en el país.

Esta situación se ha ido incrementado a tal grado que actualmente tenemos habilitadas dos salas de hemodiálisis ubicadas en el distrito de Aguadulce (CSS) y en el distrito de Penonomé (MINSA); una terapia de sustitución renal de alto costo. Estos pacientes habitualmente emergen de una población mucho mayor con ERC, cuya prevalencia se estima en 10%. No obstante ser común, la información disponible sobre ERC en etapas previas a diálisis es escasa, permaneciendo como una enfermedad su diagnóstica y de referencia tardía.

La falta de reconocimiento precoz de ERC produce consecuencias, ya que la declinación de la función renal se asocia directamente a la acumulación de complicaciones, que devienen en un pronóstico adverso. Durante su evolución silenciosa con ERC, el paciente puede experimentar progresión renal y morbimortalidad cardiovascular. Estudios recientes muestran que la probabilidad de que el paciente con ERC fallezca de complicaciones cardiovasculares es mucho mayor que la progresión a falla renal terminal.

### **Intervenciones según el análisis realizado**

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

Si la ERC y sus factores de riesgo no son detectados, se pierden oportunidades únicas de prevención y tratamiento. La histórica carencia de una definición y clasificación universal de ERC explica en parte esta negligencia preventiva. Es por esta razón actualmente el nivel nacional se encuentra trabajando en la Guía de Atención para Pacientes Renales en Panamá. Una vez publicada la misma garantizará realizar un diagnóstico universal en nuestro país, por consiguiente en nuestra provincia.

Para abordar la ERC en la Provincia hemos trabajado en, los diferentes niveles de atención de la siguiente manera:

### **Prevención Primaria**

Tratar los factores de riesgos tradicionales (Diabetes mellitus, Hipertensión Arterial, Obesidad, Dislipidemias).

Sensibilización a la población en cuanto a los factores de riesgo no tradicionales de la ERC.

Exámenes de laboratorio: Biometría hemática completa, glicemia, colesterol, triglicéridos, creatinina, nitrógeno urea y urinálisis a la población de riesgo.

Aspectos de capacitación como:

Sensibilización de todos los profesionales de la salud sobre la importancia de la estimación del FG y la proteinuria, y promover su observancia adecuada.

- Identificar los signos de alarma para remitir el paciente a Nefrología
- Desarrollo de actividades de capacitación al recurso humano dedicado a la atención.

### **Prevención Secundaria**

Coclé históricamente ha sido foco de la ERC con una alta tasa de prevalencia. El estudio realizado en el 2010 por el Dr. Cesar Cuero y Colaboradores evidenció que en comunidades de Penonomé, Puerto el Gago, el Coco y Coclé la prevalencia llega a 174.2 y 220.00 por 100,000.00 habitantes respectivamente. A raíz de esta situación se implementa la clínica de atención renal.

La clínica inicia en el 2011 con 72 pacientes en Riesgo de Enfermedad Renal; para junio del 2015 se incrementó a 1120 pacientes.

Al 30 de septiembre del 2017 la clínica ha atendido 1,776 pacientes en los 5 estadios de ERC.

Según los diferentes estadios la clínica mantiene los siguientes pacientes:

<b>Estadio</b>	<b>N° de pacientes</b>
Estadio 1	57
Estadio 2	266
Estadio 3	758
Estadio 4	460
Estadio 5	235
<b>Total</b>	<b>1776</b>

Se mantiene la atención sistemática a pacientes asegurados y no asegurados.

Concomitantemente se garantiza la participación activa en los Censos de Salud Preventiva con la captación de pacientes mayores de 40 años, enfatizando la población de riesgo según cada uno de los Factores de Riesgo para la ERC (Tradicional o No tradicional).

Se encuentra un registro de 594 casos nuevos que no han sido atendidos en la clínica.

La clínica brinda atención 2 veces al mes (sábados), con un promedio de 120 pacientes por sábado (240 por mes). Los pacientes son atendidos por una nutricionista por lo menos una vez al año.

Los pacientes asegurados se les despacha los medicamentos en las instalaciones de la CSS y los no asegurados se les entrega medicamentos para 1 mes en el HAT y los siguientes meses en instalaciones del MINSA.

Para los laboratorios se les garantizan 70 cupos de laboratorio por mes a los No asegurados, el resto de pacientes no asegurados que no obtengan cupos deben realizárselos en la privada. Se les brinda paquete básico (BHC, Químico y Urinálisis).

Los pacientes asegurados realizan sus laboratorios en la CSS.

Se les administra Eritropoyetina MIRCERA a 100 pacientes en dosis de 50, 100, 150 ó 200 mcg una vez al mes, sólo a pacientes no asegurados.

Los pacientes asegurados se le indican la Eritropoyetina Tradicional y es suministrada por la CSS.

Actualmente el personal que labora en la clínica los días sábados por turno está integrado por:

- 6 médicos generales
- 2 enfermeras
- 1 nefrólogo (Viene de Panamá)
- 1 nutricionista

- 1 farmacéutico
- 1 asistente de farmacia
- 6 asistentes clínico.

Para llevar a cabo una mejor cobertura y calidad de atención de pacientes en la clínica renal recomendamos:

Espacio físico para brindar la atención en Clínica Renal.

Apertura del servicio de la Clínica Renal de lunes a viernes y no por turnos dos veces al mes.

Nombramiento de médicos generales, enfermeras, asistentes clínicos, nutricionista, trabajo social, salud mental, farmacéuticos, laboratoristas y principalmente nefrólogo de planta.

### **Prevención terciaria**

Según acuerdo entre el Ministerio de salud, el Hospital Santo Tomás y la empresa Nipromedical S.A y ante la necesidad de la atención a los pacientes de diálisis, se trasladan 11 máquinas al Hospital Aquilino Tejeira; donde se habilito un espacio físico de 150 mts<sup>2</sup> para la Sala de hemodiálisis, ubicada en la planta baja del edificio administrativo e inicia operaciones el 25 de julio del 2015.

- a. Capacidad instalada de 11 máquinas y 10 sillones de hemodiálisis con 48 pacientes procedentes de (octubre 2017).
  - i. Antón: 21 pacientes
  - ii. La Pintada: 3 pacientes
  - iii. Penonomé: 21 pacientes
  - iv. Chorrera: 1 paciente.
- b. Personal de la sala de hemodiálisis: 3 médicos generales, 10 enfermeras, 4 técnicas de enfermería, 2 aseadores, 1 personal administrativo, 1 trabajador social de la CSS asignada dos días a la semana y 1 nefrólogo contratado dos días a la semana.
- c. Tres turnos 6:00am a 11:00am, 1:00am a 4:00pm y 4:00pm a 10:00pm.
- d. La sala no cuenta con presupuesto específico, el hospital sule los insumos médicos, médico quirúrgico y otros materiales generales, para hacerle frente a las necesidades.
- e. Servicios de apoyo a la sala: Farmacia, laboratorio, Rayos X y servicios generales como Central de Equipo, Esterilización y Dietética.



- f. La sala realiza diálisis por catéter, por fistula o injerto. El costo unitario de una hemodiálisis con fistula o injerto es de B/. 217.45 y por catéter de B/: 220.00.
- g. El paciente recibe 3 diálisis por semana, el gasto es de 2,641.20 por mes y de B/. 31,694.40 al año si fuese un paciente de catéter.
- h. Se recomienda:
  - i. Adecuar el servicio de hemodiálisis en un área más grande, que tenga una sala de espera para pacientes y los familiares.
  - ii. Procurara tiempo completo de los especialistas como Nefrólogo, Trabajador social y Salud Mental.
  - iii. Solicitar el presupuesto necesario que requiere el servicio de hemodiálisis.

#### **SALA DE HEMODIALISIS**

#### **GASTO DE DIALISIS POR PROCEDIMIENTO DE UN PACIENTE**

**AÑO 2017**

<b>DETALLE</b>	<b>COSTO UNITARIO</b>	<b>3 DIÁLISIS POR SEMANA</b>	<b>GASTO POR SEMANA</b>	<b>COSTO MENSUAL</b>	<b>COSTO ANUAL</b>
COSTO DE DIÁLISIS CON CATÉTER	220.1	3	660.30	2,641.20	31,694.40
COSTO DE DIALISIS CON FÍSTULA	217.45	3	652.35	2,609.40	31,312.80

*Observación: Se aplica metodología de Costo del Hospital Santo Tomás.*

El nivel nacional en conjunto con la OPS y la Universidad de Panamá, están trabajando en conjunto con la Región de Salud de Coclé en componentes de investigación, promoción y prevención, salud ocupacional y planificación, para dar un abordaje en conjunto y responder a través del mismo no solo a la provincia, sino al país.

Se han llevado a cabo diversos talleres relacionados al abordaje de la Enfermedad Renal Crónica con participación Interinstitucionales entre MINSA-CSS-Empresa Privada-Municipios, pacientes Renales y medios de comunicación; para el abordaje de la ERC en Coclé en aspectos de: vigilancia, notificación, registro de grupos de

comunidades, familia y trabajadores expuestos a factores de riesgos para la ERC, cambios necesarios en la vigilancia ocupacional y ambiental” entre otros.

El nivel nacional en conjunto con la OPS y la Universidad de Panamá, están trabajando en conjunto con la Región de Salud de Coclé en componentes de investigación, promoción y prevención, salud ocupacional y planificación, para dar un abordaje en conjunto y responder a través del mismo no solo a la provincia, sino al país.

Se han llevado a cabo diversos talleres relacionados al abordaje de la Enfermedad Renal Crónica con participación Interinstitucionales entre MINSA-CSS-Empresa Privada-Municipios, pacientes Renales y medios de comunicación; para el abordaje de la ERC en Coclé en aspectos de: vigilancia, notificación, registro de grupos de comunidades, familia y trabajadores expuestos a factores de riesgos para la ERC, cambios necesarios en la vigilancia ocupacional y ambiental” entre otros.

### **Transición demográfica y las condiciones de salud de la población**

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

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

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

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

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

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

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

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

# CARACTERIZACIÓN DE LA OFERTA

## La Vigilancia Sanitaria

Situación de la vigilancia sanitaria

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

### a. TRADICIONALES

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

### b. MODERNOS

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

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

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

#### Fortalezas y debilidades

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

Ante la problemática ambiental se requiere dotación de recursos apropiados para la vigilancia y fiscalización de los factores de riesgo, reforzar el recurso humano del departamento para hacerle frente a los problemas ambientales, involucrar a los actores sociales y la comunidad, trabajar coordinadamente con las instituciones que tienen competencia en la gestión ambiental y las que empiezan a incursionar en este ámbito.

## **Complejidad de la Red**

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

Cada una con un hospital de referencia de segundo nivel (Hospital Aquilino Tejeira en Penonomé y Hospital Rafael Estévez en Aguadulce) cuyos regentes son el MINSA y Caja del Seguro Social respectivamente.

El hospital Aquilino Tejeira aunque designado como Regional para el MINSA, no es referente habitual para las instalaciones de salud y poblaciones del área sur (Distritos de Aguadulce, Natá y Olá) de la provincia.

En la actualidad los pacientes que requieren atención de tercer nivel o que por alguna circunstancia inherente a la capacidad resolutive coyuntural de dicho Hospital hay que referirlos, la referencia se hace a uno de los hospitales de las provincias centrales teniendo como primera opción al Hospital Rafael Estévez y al Hospital Luis "Chicho" Fábrega.

La complementariedad entre los dos hospitales se ve afectada por no existir un sistema formal para asegurar la continuidad de atención de los pacientes.

### **Caracterización de los niveles de atención, horarios de atención y recursos de las instalaciones de la red pública de salud de la Provincia de Coclé:**

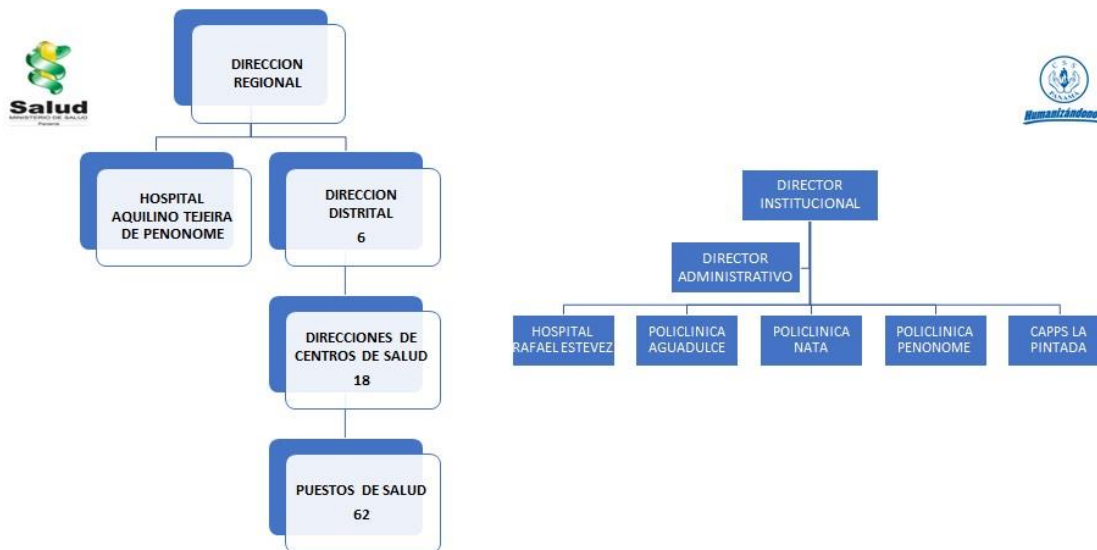
- Primer Nivel de Atención: Los Puestos de Salud, Centros, Policlínicas y un CAPPS.
- Segundo Nivel de Atención: Hospital Aquilino Tejeira
- Tercer Nivel de Atención: Hospital Rafael Estévez.

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

En los Centros de Salud con cama y Hospitales se labora los 7 días de la semana en horario de 24 horas. La atención de 3:p.m. a 7:a.m. es limitada puesto que solo se atienden cierto tipo de urgencias. En realidad la capacidad resolutive de estos servicios es limitada al no contar con las condiciones para ningún tipo de casos que requieren procedimientos de cirugía mayor o de hospitalización in situ. Por

excelencia son servicios de atención básica en tanto se estabiliza y se refiere a los hospitales.

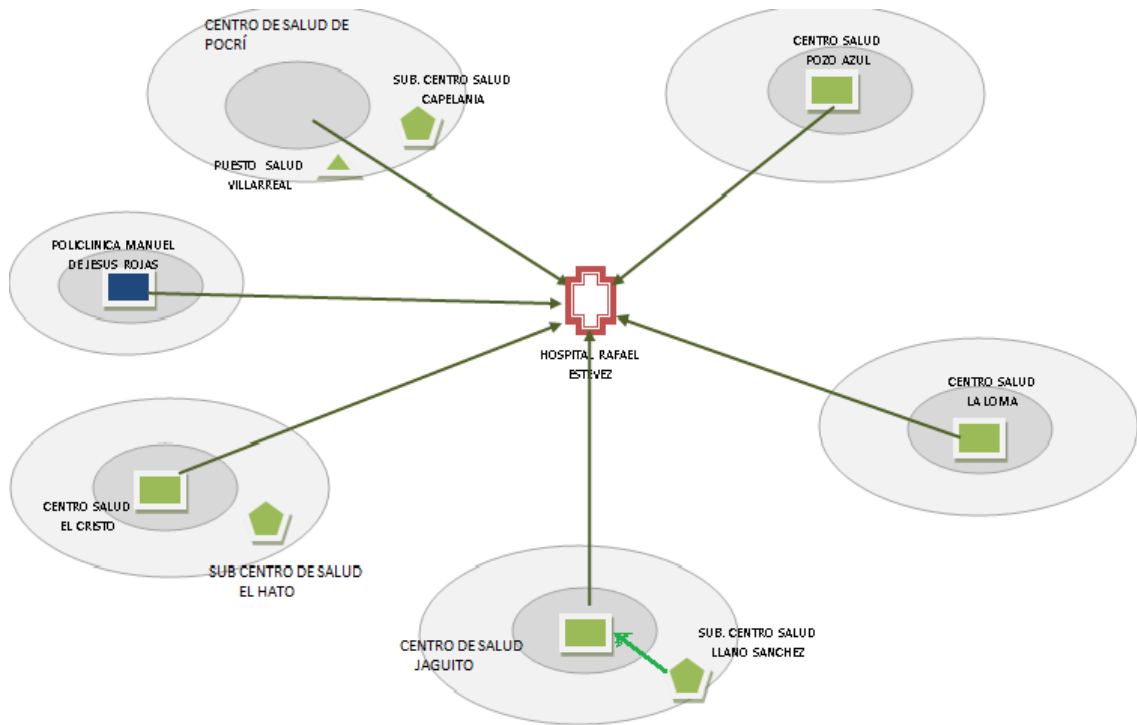
**Gráfico 41. Estructura organizativa dedicada a la gestión de la red de servicios de salud**



**Mapa 9. Proporción de la población por distrito**



**Gráfico 42. Red de servicio MINSA – Aguadulce**



**Gráfico 43. Red de servicios MINSA – Antón**

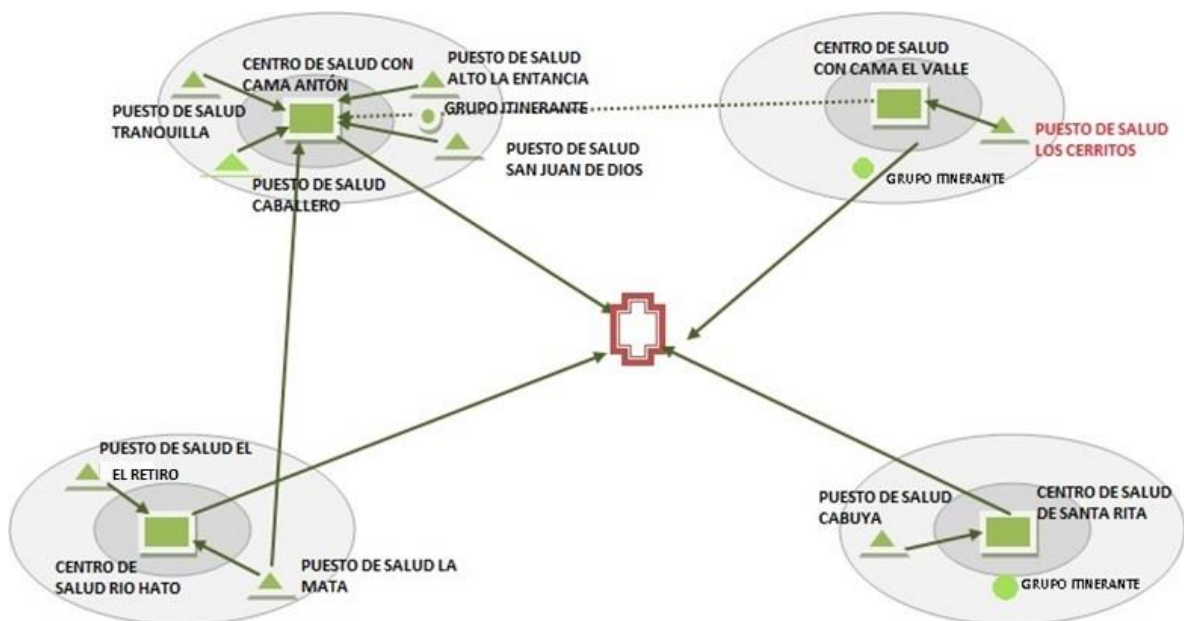




Gráfico 44. Red de servicio MINSA - Natá

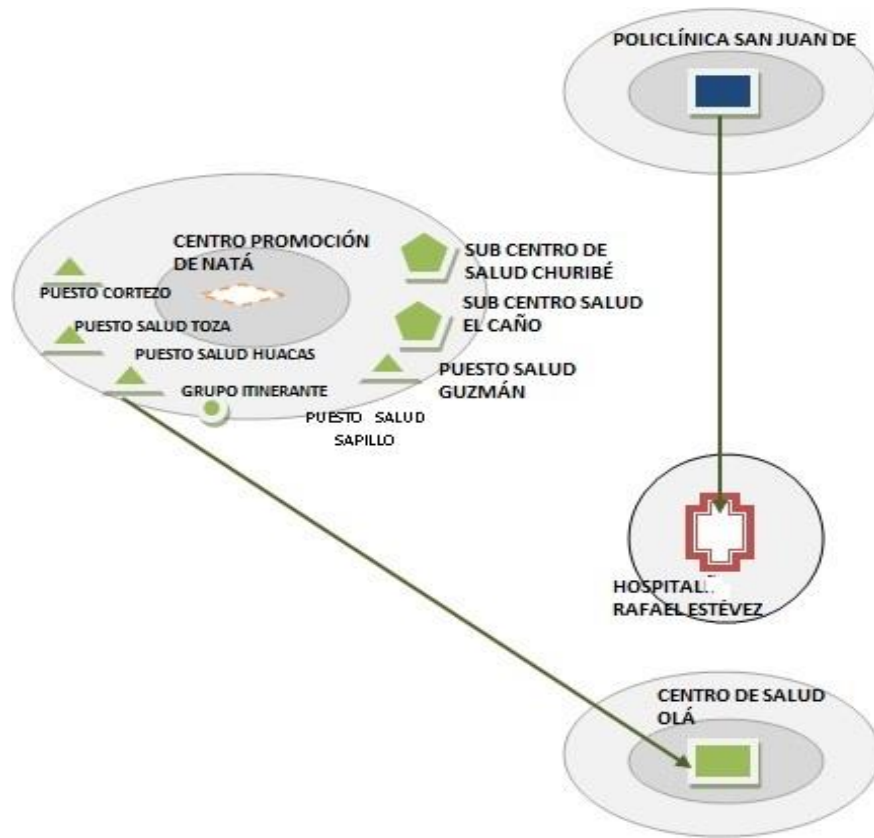
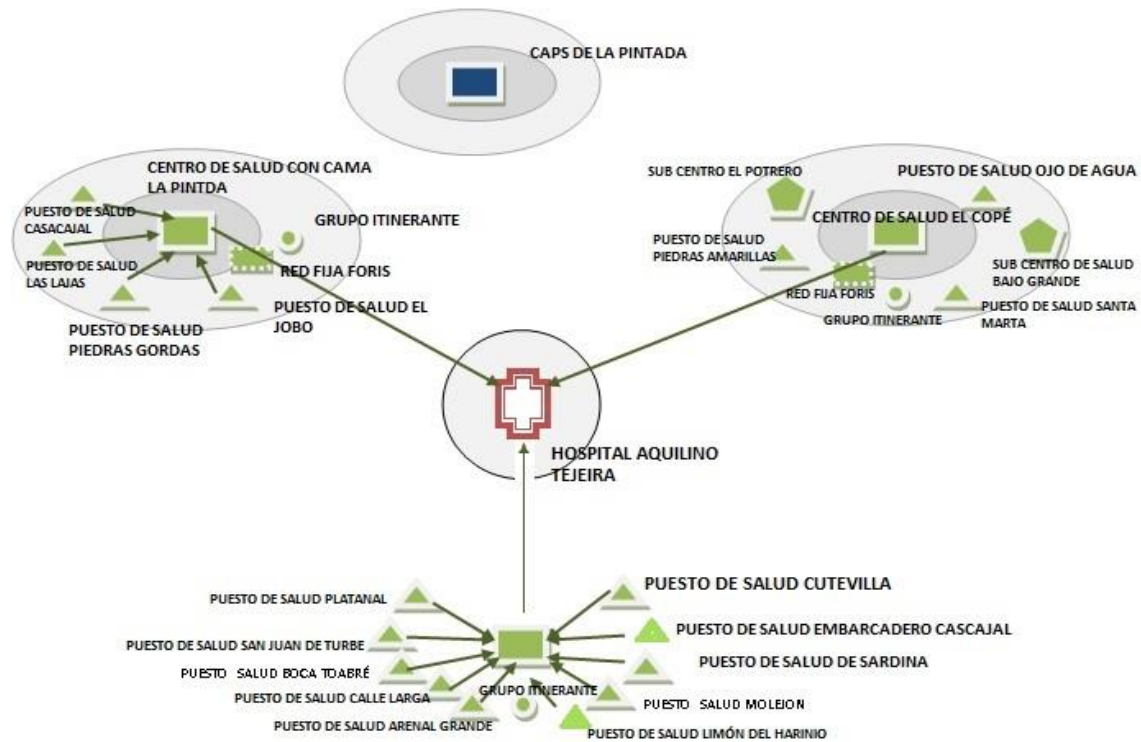


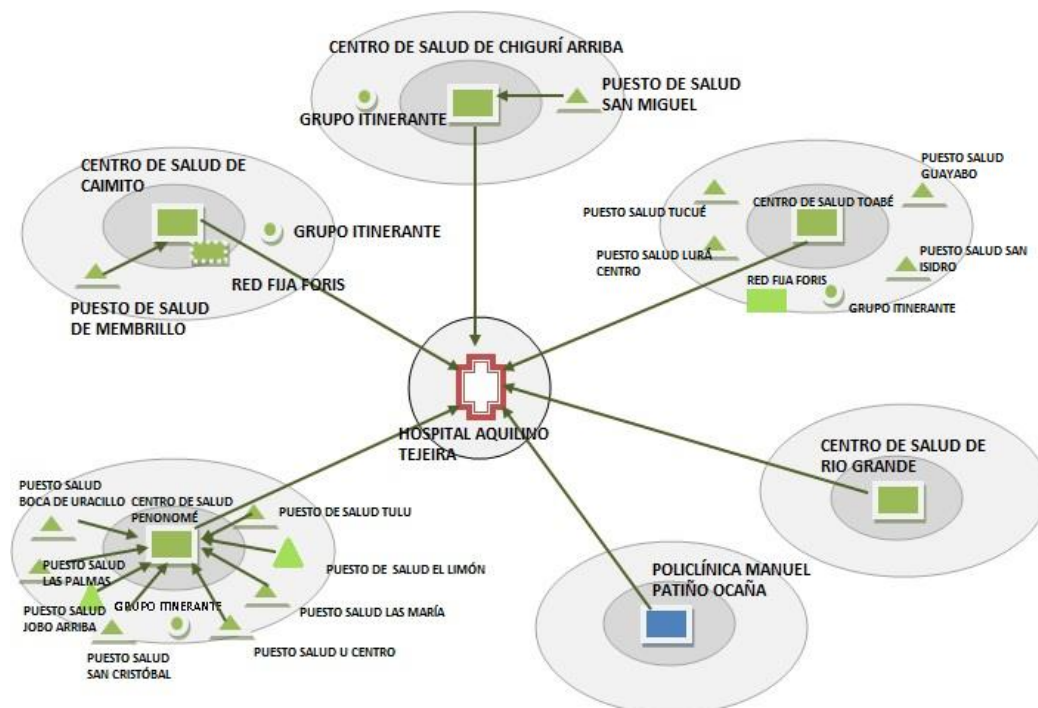
Gráfico 45. Red de servicio MINSA - Olá



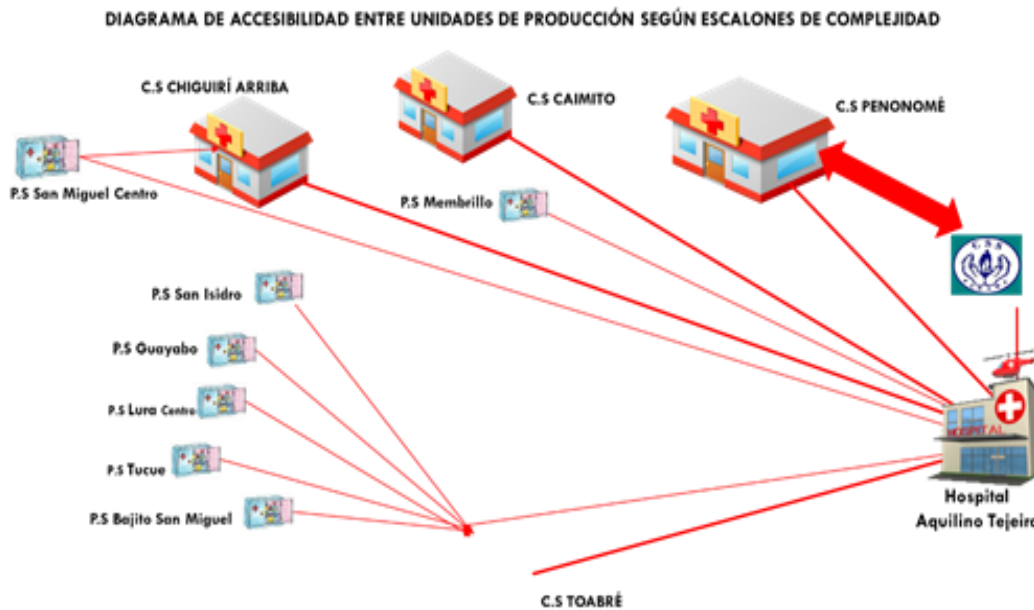
Gráfica 46. Red de servicios MINSA – La Pintada



Gráfica 47. Red de servicios MINSA - Penonomé



**Gráfica 48. Diagrama de accesibilidad entre unidades de producción según escalones de complejidad**



Extensión de horario:

En el primer nivel de atención los únicos que laboran en horario extendido son:

1. El Centro de Salud de Penonomé de 7: am a 7 pm.
2. Las Policlínicas de Aguadulce, Natá y el CAPPS de La Pintada de 7:a.m. a 7:p.m. los días de semana y durante los fines de semana la Policlínica de Aguadulce y la de Penonomé ofrecen los servicios de 7 a 3 de la tarde.

### **Sectorización y adscripción de la población en la red.**

En la Provincia de Coclé no existe de manera general una sectorización basada en adscripción de la población o nominalización de la población. Existe una distribución de instalaciones con equipos básicos limitados cuya responsabilidad fundamentalmente es basada en la población del espacio geográfico poblacional previamente asignada a las instalaciones.

Sin embargo existe una sectorización en ciertas áreas atendidas por las redes itinerantes y la red fija, que desde el punto de vista organizacional existen grupos poblacionales bajo la responsabilidad de equipos muy básicos (médico, enfermera, conductor, técnico de enfermería y un inspector de saneamiento o educador para la

salud) que ofrecen una cartera limitada centrada en actividades de atención preventiva y curativa. Todas las instalaciones o Red Fija se les asigna una población de responsabilidad establecida por la lógica de la división política, geográfica y de movilidad geográfica y cultural de la población.

La adscripción solo se lleva a cabo en la modalidad de Red Itinerante con las Organizaciones Privadas Externas contratadas, Equipos itinerantes contratados con base en la institución y en 5 Centros con el Fondo de Giras Integrales que financia dicha modalidad. Todo ello responde a una estrategia nacional y regional para responder al propósito de ampliar el acceso a los servicios e impactar en la salud materno infantil y otros grupos poblacionales..



Los equipos básicos en los Centros de Salud (Red Fija).

Los equipos locales, se integran en cada establecimiento de salud tratando de responder a la cartera definida y los programas básicos de salud. Están integrados por Médico, Odontólogo y Enfermera. En algunos Centros en adición Trabajadores Sociales itinerantes por dichos Centros y algunas enfermeras especialistas en salud mental y obstetras en cantidades muy limitadas. Este hecho hace que no puedan atender de manera fija en una instalación.

Los equipos básicos actualmente se encuentran incompleto y están conformados por: Médicos, Enfermeras, Técnicos en enfermería y odontólogos.

Las disciplinas auxiliares como Trabajo social, Salud Mental, Nutrición, Saneamiento Ambiental, Educadores para la Salud y Promotores de Salud son muy escasos en las instalaciones de salud.

**Cuadro 18. Población de responsabilidad de la red.**

**Población de Responsabilidad en la red de servicios de salud en Coclé**

Provincia y corregimiento	TOTAL Población de responsabilidad	Población protegida Seguridad Social			Población no asegurada	Población sin acceso a servicios de salud
		TOTAL población asegurada	Total Asegurados cotizantes	Total Asegurados dependientes		
Coclé	261.309	209.470	71.433	138.037	61839	18079
Donoso (SAN JOSE DEL GENERAL)	2309					

**Tabla. 25. Población de Responsabilidad por instalación**

INSTALACIÓN	POBLACIÓN	INSTALACIÓN	POBLACIÓN	INSTALACIÓN	POBLACIÓN	
C. DE S. EL CRISTO	4667	C. DE S. SANTA RITA	4698	C. DE S. TOABRE	10622	
C. DE S. EL JAGUITO	9743	C. DE S. LA PINTADA	20592	C. DE S. COCLESITO	14655	
C. DE S. LA LOMA	4872	C. DE S. EL COPE	9362	Policlínica de Aguadulce	10234	
C. DE S. POCRI	4872	C. DE S. OLA	7319		Policlínica de Natá	23018
C. DE S. POZO AZUL	10860	C. DE S. PENONOME	14614		Policlínica de Penonomé	20812
C. DE S. ANTON	25137	C. DE S. CHIGUIRI ARRIBA	10938	C. DE S. RIO HATO	17116	
C. DE S. EL VALLE	7987	C. DE S. CAIMITO	14675	C. DE S. RIO GRANDE (M. DE J. CONTE)	3339	

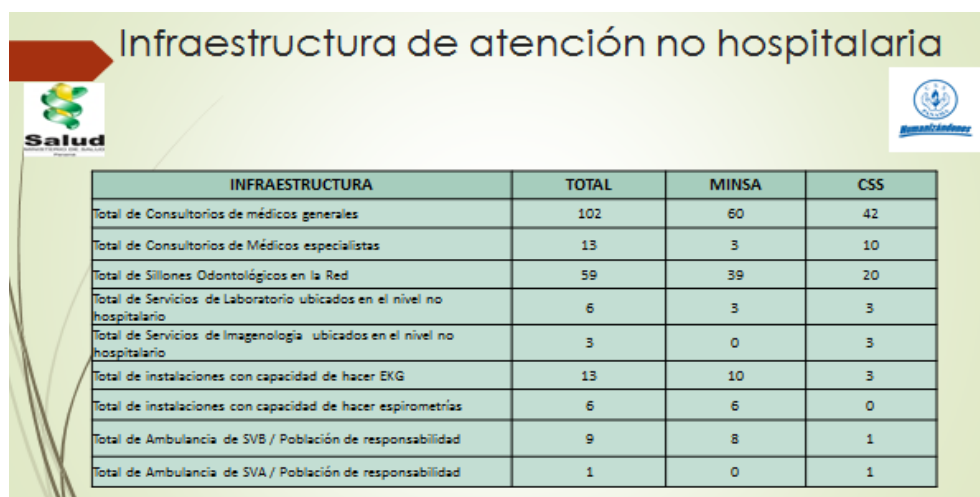
Según población estimada 2017.REGES, MINSA.

**Tabla 26. Médicos necesarios para fortalecer servicios primer nivel según Modelo Atención, Según segmentos de 2,500 y 3,500 habitantes \***

INSTALACIÓN	Población de Responsabilidad	No. Médicos existentes	Equipos necesarios según Modelo de Atención y criterios de segmentación	"Déficit" de médico como recurso nuclear básico según Modelo de Atención	Inspectores necesarios	Educadores para la Salud, Promotor de salud necesarios	Trabajador Social
C. DE S. EL CRISTO	4667	1	1.33	0.33	0.03	0.03	0.03
C. DE S. EL JAGUITO	9743	1	2.78	1.78	0.3	0.3	0.3
C. DE S. LA LOMA	4872	1	1.39	0.39	0.03	0.03	0.03
C. DE S. POCRI	15561	4	4.45	0.45	1	1	1
C. DE S. POZO AZUL	10860	2	3.10	1.10	0.5	0.5	0.5
*Policlínica Manuel J. Rojas Aguadulce		14					
C. DE S. ANTON	25137	6	7.18	1.18	2	2	2

C. DE S. EL VALLE	11000	3	3.14	0.14	1	1	1
C. DE S. RIO HATO	17116	3	4.89	1.89	1	1	1
C. DE S. SANTA RITA	4698	2	1.34	-0.66	1	1	1
C. DE S. LA PINTADA	20592	5	8.24	3.24	1	1	1
CAPPS		3					
C. DE S. EL COPE	15000	2	4.29	2.29	1	1	1
*POLICLINICA SAN J. DIOS Natá	23018	11					
C. DE S. OLA	7319	4	2.09	-1.91	1	1	1
C. DE S. PENONOME	22800	5	6.51	1.51	4	4	4
*Policlínica M. Paulino Ocaña		14					
C. DE S. CHIGUIRI ARRIBA	10938	1	4.38	3.38	2	2	2
C. DE S. CAIMITO	14675	2	5.87	3.87	2	2	2
C. DE S. RIO GRANDE (M. DE J. CONTE)	3339	1	0.95	-0.05	0.03	0.03	0.03
C. DE S. TOABRE	10622	3	4.25	1.25	2	2	2
C. DE S. COCLESITO	14655	3	5.86	2.86	2	2	2
TOTAL	246612	19	72.05	23.05	21.89	21.9	21.9

**Cuadro 19. Infraestructura de atención no hospitalaria**



INFRAESTRUCTURA	TOTAL	MINSA	CSS
Total de Consultorios de médicos generales	102	60	42
Total de Consultorios de Médicos especialistas	13	3	10
Total de Sillones Odontológicos en la Red	59	39	20
Total de Servicios de Laboratorio ubicados en el nivel no hospitalario	6	3	3
Total de Servicios de Imagenología ubicados en el nivel no hospitalario	3	0	3
Total de Instalaciones con capacidad de hacer EKG	13	10	3
Total de Instalaciones con capacidad de hacer espirometrías	6	6	0
Total de Ambulancia de SVB / Población de responsabilidad	9	8	1
Total de Ambulancia de SVA / Población de responsabilidad	1	0	1

La cartera de servicios se caracteriza por los servicios de atención preventiva y atención curativa y de rehabilitación.

El flujo del paciente y el proceso de atención dentro de la red de servicios.

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

### **Sistema de Referencia en la red.**

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

Está normado el uso de los formularios para el sistema de referencia de los pacientes, sin embargo no ha sido utilizado con éxito puesto que a pesar de estar regulado los especialistas no contra refieren al médico al nivel de donde recibió la referencia. Existe un marco legal, que es la resolución 422 del 9 de diciembre del 2003.

El funcionamiento no es efectivo puesto que además no se da un cierre del ciclo del sistema de referencia. El formato es muy pequeño para redactar la información sobre el paciente referido.

**Tabla 27. Evolución del gasto en medicamentos, insumos de odontología, médico quirúrgico, laboratorio e imagenología en los últimos 5 años.**

<b>INDICADOR</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>
Gasto total en medicamentos por la CSS				<b>4186240</b>
Gasto total en medicamentos por MINSA	<b>1868631,05</b>	<b>1935535,28</b>	<b>2366447,81</b>	<b>3117151,59</b>
Gasto Per cápita en medicamentos				
Gasto total en laboratorio por la CSS				<b>1,969.500</b>
Gasto total en laboratorio por MINSA	<b>195974,01</b>	<b>314095,11</b>	<b>310437,37</b>	<b>530910,67</b>
Gasto Per cápita en laboratorio				<b>10,30</b>
Gasto total en médico quirúrgico por la CSS				<b>1746371</b>
Gasto total en médico quirúrgico por MINSA	<b>579022,02</b>	<b>448936,2</b>	<b>221466,02</b>	<b>394916,09</b>
Gasto Per cápita en médico quirúrgico				<b>8,82</b>



Gasto total en odontología por la CSS				
Gasto total en odontología por MINSA	<b>42868,42</b>	<b>103712,42</b>	<b>87708,91</b>	<b>212629,98</b>
Gasto Per cápita en odontología	<b>0,18</b>	<b>0,44</b>	<b>0,36</b>	<b>0,88</b>
Gasto total en imagenología por la CSS				<b>275002</b>
Gasto total en imagenología por MINSA	<b>50706,12</b>	<b>21174,2</b>	<b>104378,33</b>	<b>70799,98</b>
Gasto Per cápita en imagenología				<b>1,42</b>

## ACTORES Y RED SOCIAL

La red social la integran las Juntas Administradoras de acueductos (JAAR), Comités de salud, grupos organizados, clubes cívicos, clubes deportivos, organizaciones religiosas, promotoras de salud, auditores sociales, monitoras, parteras.

### 1. Inventario actual de organizaciones sociales

Comités de Salud 185

Juntas de Agua 453

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

Organizaciones no gubernamentales: Damas Rosadas, Cuerpo de Paz, Amigos de las Américas, Visión Verde, Grupo Ambientalista de Ola, Comité Pro Hospital de Penonomé, Cruz Roja, Grupos de Amas de Casa, Grupo de Fiscalizadores Comunitarios, Clubes Cívicos: Leones, Rotarios, Activo 20 – 30, Kiwanis., Grupo Unido de Penonomé, Fundación Arte en el Parque.

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

Grupos Organizados de Trabajadores de Salud: COSESCO, AFUSA.

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



Algunos de los grupos sociales apoyan acciones de salud en la comunidad a través de giras médicas y la donación de insumos (lentes, medicamentos, etc.).

## **Características del sector informal de atención en salud.**

El sector informal de la atención en salud está representado por Curanderos, Maestros o Hierberos – Medicina Alternativa quienes tratan la enfermedad con hierbas medicinales, plantas y oraciones. Además la atención domiciliar del parto es llevado a cabo en ciertas comunidades rurales por los Parteros empíricos, especialmente en La Pintada – Ola – Penonomé - Aguadulce.

Fortalezas y debilidades del equipo de salud de su región para potenciar la red social de salud

Fortaleza: Personal Capacitado, disposición y voluntad de trabajo.

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

## **FUENTES DE FINANCIACIÓN**

El funcionamiento de la red pública de servicios de salud se financia a través del presupuesto público y de las cotizaciones de la población asegurada y empresa privada.

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

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

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

Aportes de la autogestión en la financiación de los servicios sanitarios:

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

Centros de salud B/.327,018.21 balboas.

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

Saneamiento Ambiental B/.34,533.87 balboas.

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

DEPA: B/. 32,825 balboas.

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

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

Costos de la atención sanitaria.

En el nivel regional existe una unidad para registrar y procesar la información de costos de cada instalación sin embargo el proceso no es eficaz ni eficiente. No está al día y la información no es confiable debido a que no existen unidades que lleven los registros actualizados en las instalaciones sanitarias.

La tarifa es el precio que pagan los usuarios por el servicio público al estado, establecida libremente por el prestador y definidas en base a los costos marginales o incrementales de los insumos empleados para el servicio.

Se requiere de un análisis económico para definir las tarifas y brindar la legitimidad a la misma, que en muchas de las carteras de servicios no contemplan los costos reales.

Está en vigencia el artículo Decimo del convenio 009DN el desde el 2012 que establece las tarifas de los servicios pactados.

Este convenio es para la provisión de servicios de atención de salud, incluyendo la separación y compensación de costos por los servicios prestados entre ambas instituciones a la población asegurada del país con excepción de la Región Metropolitana, San Miguelito , las Cumbres y Chilibre, según lo establecido se emplea como base los costos unitarios de los servicios.

## **Proyectos de inversión**

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

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

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

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

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

**Tabla 28. Programa de inversión en la red de servicios de la red de servicio de la región de salud de Coclé. MINSA 2017**

<b>INSTALACIÓN</b>	<b>Nivel de Atención</b>	<b>TIPO DE INVERSIÓN</b>
Hospital Aquilino Tejeira	II nivel	Construcción Nueva en otro sitio
Centro de Salud de Pocrí	I Primer nivel	Mejora
Centro de Salud de Pozo Azul	I Primer nivel	Mejora
Centro de Salud de Olá (Parto y Urgencia)	I Primer nivel	Mejora
Centro de Salud de Coclesito	I Primer nivel	Mejora
Centro de Salud de Caimito	I Primer nivel	Ampliación
Centro de Salud de Coclesito	I Primer nivel	Ampliación
Centro de Salud de Jagüito	I Primer nivel	Ampliación
Centro de Salud de El Valle	I Primer nivel	Ampliación en sitio adjunto
Centro de Salud de El Copé	I Primer nivel	Reposición (construcción Nueva en otro sitio)
Centro de Salud de Río Grande	I Primer nivel	Reposición (construcción nueva en el mismo sitio)
Centro de Salud de Tambo	I Primer nivel	
Puesto de Salud de Sardina		Reposición (construcción nueva en el mismo sitio)
Puesto de Salud de Las Marías		Reposición (construcción Nueva en otro sitio)
Puesto de Salud de El Jobo		Reposición (construcción Nueva en otro sitio)

*Fuente: Departamento de Planificación. Región de Salud de Coclé.2017*

## ANEXOS

[COMITE DE S. 2015N. JAAR DE COCLÉ](#)

[N. JAAR DE COCLÉ](#)

[COMPARATIVO 2017 vs 2018 sin H.A.xlsx](#)

[INFORMES DE EJECUCION MES DICIEMBRE 2017.xlsx](#)

[ESTRATEGIA DE AMPLIACIÓN DE COBERTURA DE LOS SERVICIOS DE SALUD.xlsx](#)

## BIBLIOGRAFÍA

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

### Fuentes Consultadas

Experiencia técnica del personal de:

- Dirección Nacional de Planificación
  - Departamento de Análisis de Situación y Tendencias de Salud
  - Departamento de Planificación de Salud Poblacional
  - Departamento de Planificación de Salud Ambiental
  - Departamento de Registros y Estadísticas de Salud
  - Departamento de Formulación y Evaluación de Presupuesto y Proyectos de Inversión
- Dirección de Recursos Humanos
- Dirección de Promoción de La Salud
- Dirección de Provisión de Servicios de Salud
- Dirección General de Salud
- Planificación Regional de las 14 Regiones

---

<sup>i</sup> Decreto Ejecutivo 1839 d 5 de diciembre de 2014, Gaceta Oficial

<sup>ii</sup> Contraloría general de la República – Dirección de Estadística y Censo (Estimaciones y Proyecciones de la Población Total e Indicadores Sociales.)