

2018

ANALISIS DE LA SITUACION DE SALUD



MINISTERIO DE SALUD
REGION DE KUNA YALA

AUTORIDADES REGIONALES

Luis De Urriola
Director Regional

Norayda González
Sub Directora Regional

Ricardo Filos
Administrador

Ithania de Chávez
Sub Administradora

Luis Salazar
Planificador

Jorge E. Gómez B.
Sub Planificador

Rogelio Montoya
Provisión de los Servicios de Salud

Edison Murillo
Salud Pública

Equipo Técnico Regional

Departamento de Nutrición
Lilian Jackson

Coordinación Regional Salud Escolar y Adolescentes
Brenda Arauz

Departamento de Registro Estadísticos de Salud
Marilú Moreno

Jefatura Enfermería
Leónidas Troncoso

Departamento de Farmacia
Ana Jones

Coordinación Salud Bucal
Julia Alvarado

Coordinación Salud, Sexual y Reproductiva
Gustavo Rodríguez

Promoción de la Salud
Ignacio Barsallo

Saneamiento Ambiental
Florentino Quintero

Coordinación Laboratorio
Baudilio Escobar

Departamento Trabajo Social
Marisol Arango

Directores Médicos de Áreas Sanitarias

**Área Sanitaria de Carti
Ritzel González**

**Área Sanitaria de Río Sidra
Carlos Reyes**

**Área Sanitaria de Nargana
Luis Salazar**

**Área Sanitaria de Playón Chico
Nadia González**

**Área Sanitaria de Ailigandi
Basilio Rivera**

**Área Sanitaria de Ustupu
José Jones**

**Área Sanitaria de Mulatupu
John Smith**

**Área Sanitaria de Puerto Obaldía
Yamileth Solano**

INTRODUCCIÓN

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

Para tal efecto, bajo la Coordinación del Departamento de Análisis de Situación y Tendencias de Salud, el equipo de profesionales que laboran en la Región de Kuna Yala, ha trabajado en la Guía para la elaboración del Análisis de Situación de Salud (ASIS) de la región, la cual logrará con esta Macro Visión de la Salud, atender las prioridades y necesidades de la población, con la participación de todos los actores claves existentes en la Comarca.

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

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

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



FOTOGRAFIA n° 1

EL CONTEXTO

TENDENCIA

PROYECCIONES DEL DESARROLLO ECONOMICO

IMPACTO DE LOS CAMBIOS CLIMATICOS

¿Describe 3 o 4 principales problemas político - económico - socio cultural y de género de la región que influyen en la situación de salud y su desempeño? (Considerar inclusive como los conflictos de competencia entre instituciones públicas afecta el desempeño de Salud).

- La transculturización que ha introducido alimentos fuera del patrón alimentario de la población, ocasionando una baja producción alimentaria en el área al adquirir importación de productos de bajo valor nutricional y a una pobre biodiversidad de alimentos. Las últimas investigaciones formativas dirigidas a las madres de niños menores de dos años, embarazadas, puérperas y madres lactantes han arrojado información acerca de las prácticas adecuadas e inadecuadas sobre la alimentación de estos grupos vulnerables basadas en aspectos netamente culturales. Esto trae como consecuencia que en el menor de 5 años se agudice los problemas de desnutrición y en la población adulta surjan problemas de malos hábitos alimentarios y la aparición de enfermedades crónicas (Diabetes, Hipertensión, Dislipidemia, Alcoholismo, Tabaquismo,
- Baja participación de la mujer kuna en el entorno político local. Una mayor participación de la mujer en la política favorecería el acceso a los servicios de salud y contribuiría a mejorar la capacidad instalada de las instalaciones a través de comisiones de salud.
- En el ámbito ambiental en la comarca se tiene una inadecuada disposición de los desechos sólidos, porque no se cuenta con un sistema de recolección de basura que evite que cada familia la tire directamente al mar o en lugares inadecuados a cielo abierto y una mala disposición de aguas servidas debido a la falta de terreno o espacios en las comunidades, sobretodo isleñas, para la construcción de tanques sépticos unifamiliares.
- En el ámbito de los servicios de salud están las infraestructuras de salud deterioradas por el final de su vida útil generando ambientes laborales insalubres y desmotivación de los usuarios internos.

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

- La Educación y promoción continúa de hábitos alimenticios saludables en la población kuna.
- Fomento de una mayor participación de la mujer en acciones político-económicas que conllevaría a mejorar las acciones en salud de la región, ya que son quienes más acceden a los servicios de salud.
- Conformación de una comisión en cada comunidad para mejorar el sistema de recolección de basura utilizando diferentes metodologías tales como reciclaje (envases plásticos, metales, cartones, etc.), incineradores (papeles, telas, etc.) y enterramiento (basuras orgánicas, principalmente). Igualmente, construcción de emisarios submarinos comunitarios cerca a la playa de la isla; en comunidades de tierra firme el problema se podría atender realizando tanques sépticos bien estructurados y/o alcantarillado rural (Puerto Obaldía, La Miel, Armila, Carreto, Navagandi, Mansucun, Ukupa, Aidirgandi, Irgandi, Cangandi y Mandiyala).
- Asignaciones oportunas y suficientes de fondos presupuestarios para la modernización de las infraestructuras de salud de la región.

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

Entre los afectos que favorecen los procesos en el MINSA podemos señalar:

- Reorganización de la Red de Servicios de Salud que ha mejorado los procesos, sin embargo, se requiere la gestión de más recursos humanos idóneos y de una asignación presupuestaria suficiente que satisfaga las necesidades del nivel local u operativo que logre la satisfacción de la demanda en salud de la población de responsabilidad.
- Implementación de energía renovable en algunas instalaciones de salud a través de SENACYT y electrificación rural, que ha mejorado la calidad de los servicios y el ambiente laboral, pero que no va acompañado de un proceso de mantenimiento correctivo y preventivo que permita la continuidad de los procesos de salud.

Entre los procesos identificados que afectan el desarrollo de los procesos del MINSA podemos señalar:

- La baja modernización de nuestras infraestructuras por la falta de mantenimiento preventivo y correctivo aunado a la pobre asignación presupuestaria para proyectos de inversión en infraestructuras.
- Asignación presupuestaria deficiente en algunos objetos de gastos que limitan el proceso, tales como: Adquisición, Mantenimiento preventivo y correctivo de maquinarias y equipos.
- El déficit público: si el Estado presenta un alto déficit público provocaría un ahorro que incidiría en una disminución de las inversiones en salud.
- La insuficiente asignación de recursos financieros para los procesos de capacitación y educación continua.
- La deficiente comunicación en todos los ámbitos debido a la falta de acceso a las tecnologías de telecomunicaciones (Internet, Teléfono fijo, celular, entre otros). Las instalaciones de salud de nivel operativo carecen de acceso a la red de internet lo que afecta el uso de tecnologías en salud que se están desarrollando como el uso del Expediente Electrónico con la consecuente falta de aplicación del Sistema Electrónico de Información de Salud.

¿Conoce convenios, acuerdos, compromisos internacionales en donde nuestro país es signatario?

Sí.

- La iniciativa Mesoamérica 2015: Esta consiste en un Plan de agua que persigue mejorar la calidad de agua y saneamiento (disposición de excretas y desechos sólidos), principalmente enfocados a las áreas indígenas.
- El Plan Estratégico Nacional de agua potable y saneamiento (PEN-APS) con el apoyo del Banco Mundial:
- Proyecto de Mejora de la Equidad y Desempeño en Salud: Convenio de gestión entre el nivel central y la región de salud de Kuna Yala para la salud pública y provisión de los servicios de salud año 2008 con el apoyo del Banco Mundial.
- Diseño y ejecución de planes de gestión para la modernización hospitalaria: Consta de la ejecución de un plan de calidad de ejecución, plan de manejo

de desechos hospitalarios; plan estratégico de infraestructura, recursos humanos y financieros.

- Proyecto de implementación de lavado de manos con apoyo del Banco Mundial para minimizar las enfermedades diarreicas y las infecciones respiratorias

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

Si.

- En el pasado reciente, 2010-2016, tuvimos el apoyo de la embajada de Estados Unidos en la modernización de algunas de nuestras infraestructuras de salud. Las mismas son: mejoramiento de Hospital Inabaguinya de Mulatupu, reposición de los Centros de Salud de Rio Azúcar y Rio Sidra, la construcción del Puesto de Salud de Carreto, reposición de los Centros de salud con Camas de Ustupu y de Nargana.
- En la actualidad tenemos los Programas BID MINSA y MI SALUD PRIMERO con un proceso dirigido al mejoramiento de infraestructuras de salud en la Comarca. El primero en su primera fase para el 2018 abarcará 8 infraestructuras y 3 infraestructuras para el 2019; el segundo abarcará 4 infraestructuras probablemente para finales de 2018. Esperamos y rogamos que estos proyectos puedan iniciarse en este año y llegar a su feliz culminación.

¿La lucha contra la pobreza es una prioridad gubernamental?

Si.

- Ángel Guardián: programa manejado por el Ministerio de Desarrollo Social que mitiga y da respuesta a un sin número de necesidades que por la naturaleza de su condición demandan, incluyendo a las personas con discapacidad en el marco de promoción de un modelo de desarrollo inclusivo y del reconocimiento de estas personas como sujetos de derechos. La Ley N° 39 de 14 de junio de 2012, crea un programa especial de asistencia económica para las Personas con Discapacidad Severa en condición de dependencia y pobreza extrema.
- Programa 120/70: Es el programa Especial de Transferencia Económica a los Adultos Mayores (hombres y mujeres) que consiste en la entrega de 120.00 balboas mensuales a las personas adultas mayores de 70 años o más sin Jubilación ni Pensión, en condiciones de riesgo social, vulnerabilidad, marginación o pobreza.
- Red de Oportunidades: es un proyecto de alta sensibilidad social que tiene como objetivo insertar a las familias en situación de pobreza y pobreza extrema, en la dinámica del desarrollo nacional, garantizando los servicios de salud y educación.
- Beca universal: ayuda monetaria que consiste en B/. 20.00 mensuales a todos los estudiantes de las escuelas públicas de primaria, media y pre media a nivel nacional.

¿Cuáles son los mecanismos de conducción de la política social a nivel regional? ¿Cuál es el grado de coordinación entre instituciones para garantizar la ejecución de esa política? ¿Cuál es su nivel de participación en el Consejo Coordinación Provincial y en el Consejo Técnico Municipal?

- Coordinación mensual con el Ministerio de Desarrollo Social y el Ministerio de Educación para garantizar la ejecución de los programas de Red de Oportunidades y Ángel Guardián.

- Consejo Técnico conformado por los directores de las entidades públicas de la comarca y la gobernación que se estipula que se debe realizar trimestralmente, pero no se cumple. El objetivo de estas reuniones es identificar estrategias de intervención para solucionar los nudos críticos identificados por cada institución participante, pero sólo se realiza la presentación de los informes de gestión de cada entidad. Se puede solicitar reunión extraordinaria por cada una de las instituciones de ser necesaria.

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

- El Objetivo Estratégico 4.1 de la política 4 de las Políticas de Salud 2016-2025 en sus Líneas de Acción 4.1.8 y 4.1.9, enfatiza.

¿Cuáles son las proyecciones y tendencias del contexto político-económico-socio cultural – y de género, su relación con la gestión sanitaria y con los perfiles de salud – enfermedad de la población tanto a nivel provincial, regional y distrito?

- En cuanto a seguridad se organizó un nuevo departamento en el Senafront cuyo objetivo principal es lograr mejoras en el desarrollo social de las comunidades y dentro de las actividades está velar o conformar los barrios seguros. Se han establecido reuniones con las autoridades de las comunidades para implementar estrategias tales como: vecinos vigilantes adecuándolo a la cultura. Hay proyecciones de mejorar la dotación de agua y la disposición de excretas a través de tanques sépticos en comunidades costeras y emisarios submarinos en comunidades isleñas para el cumplimiento del Plan de Sanidad Básica 100/0 (100% agua potable y cero letrinas) en la Comarca de Kuna Yala. Se proyecta mejoras en el acceso a los servicios de salud comarcales a través del incremento de recursos humanos técnicos y administrativos, dotación de maquinarias y equipos sanitarios, mejoras de infraestructura, entre otros.

¿Cuál ha sido el impacto de los cambios climáticos, contaminación ambiental (agua, suelo y aire) y ruido en el desarrollo económico y social de la población? ¿Qué áreas productivas han sido las más afectadas? ¿En qué áreas geográfico-poblacionales han impactado con mayor fuerza?

- Con relación al agua se observa una reducción en el caudal de los ríos, algunos han llegado a secarse por los cambios climáticos. También se han generado la aparición de lluvias tropicales con fuertes vientos que han afectado al medio ambiente y las viviendas, igualmente han ocurrido inundaciones en las comunidades costeras. También se ha visto un aumento de la temperatura ambiental.

La contaminación ambiental a través de la mala disposición de los desechos sólidos y de excretas ha ocasionado la proliferación de artrópodos y roedores al igual que enfermedades infecciosas.

El cultivo de arroz y maíz para la subsistencia se ha visto sumamente comprometido al igual que la pesca artesanal. Su impacto ha sido notable en toda la Comarca.

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

Si, la legislación la favorece.

Para favorecer la participación social se requiere de los siguientes:

- Hacerlos partícipes del proceso de planificación de las acciones de salud en los ámbitos locales, lo cual les daría mayor responsabilidad en la ejecución de esas acciones involucrándolos como actores en el proceso de mejoramiento de los indicadores de salud.
- Mejores asignaciones presupuestarias y oportunas para la capacitación continua de los grupos organizados identificados en las diferentes comunidades de toda la comarca.

Entre las formas de participación social tenemos: los Comités de Salud, las Juntas Administradoras de Acueductos Rurales, Auditoría Social, Comité comunitario para la administración de los incentivos del plan de parto y equipo comunitario.

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

- Según el informe de las Naciones Unidas la Comarca Kuna Yala presenta para el año 2013 un IDH bajo con un 0.523. Este es un indicador que analiza tres variables: la salud, educación y los ingresos.

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

Sí.

- El programa nacional de tuberculosis en coordinación con la región ha estado sosteniendo reuniones de concertación para la implementación de apoyo de actividades en conjunto con el Banco Mundial todo en aras de que se haga un apoyo en búsqueda de estrategias para disminución el problema de Tuberculosis y VIH.

¿Existe un marco legal que confiere al MINSA el ejercicio de la función regulatoria de manera directa o por medio de agencia especializada?

Sí.

- Constitución Política de Panamá: Capítulo 6.
- Código Sanitario de la República de Panamá: Ley N° 66 de 10 de noviembre de 1947, el cual regula en su totalidad los asuntos relacionados con la salubridad e higiene pública, la política sanitaria y la medicina preventiva y curativa.
- Decreto de Gabinete N°1 del 15 de enero de 1969: Por el cual se crea el Ministerio de Salud, se determina su estructura y funciones. (Gaceta Oficial N° 16.292 de 4 de febrero de 1969).
- Decreto N° 75 del 27 de febrero de 1969: Por medio del cual se establece el Estatuto Orgánico del Ministerio de Salud (Gaceta Oficial N° 16.437 del 2 de septiembre de 1969). Decreto de Gabinete N° 401 de 29 de diciembre de 1970: Por el cual se constituyen los Comités de Salud de las comunidades, se definen sus objetivos y se coordina e integra su labor con las del Ministerio de Salud.
- Ley No.9 de 20 de junio de 1994, que establece y regula la Carrera Administrativa y el
- Decreto Ejecutivo No. 222 de 1994, por el cual se reglamenta la Carrera Administrativa. Decreto de Gabinete N° 129 de 15 de mayo de 1995, por medio del cual se descentralizan las regiones sanitarias de Chiriquí, Bocas

del Toro, Coclé, Colón, San Blas, Darién, Veraguas, Los Santos, Herrera, Panamá Oeste, Panamá Este, Región Metropolitana y Región de San Miguelito.

- Resolución No. 276 de 9 de julio de 1998, Que instituye la Estructura Orgánica del Ministerio de Salud”.
- Resoluciones N° 334 de 13 de agosto de 1998, se instituye la estructura orgánica de los Sistemas Regionales de Salud y N° 58 de 1 de enero de 1995, por medio del cual se crean los distritos de salud.
- Ley No. 38 del 31 de julio de 2000 de la Procuraduría de la Administración, que regula el Procedimiento Administrativo General y dicta disposiciones especiales
- Ley 1 de 10 de enero de 2001, sobre Medicamentos y Otros Productos para la Salud Humana.
- Decreto Ejecutivo N° 178 de 12 de julio de 2001, “Que reglamenta la Ley 1 de 10 de enero de 2001, sobre Medicamentos y Otros Productos para la Salud Humana.
- Resolución Administrativa N° 026-REC./HUM. /DAL de 19 de marzo de 2001, “Que adopta el Reglamento Interno del Ministerio de Salud”.
- Resolución No. 182 de 14 de junio de 2001 que crea el Comité Técnico Interinstitucional.
- Decreto Ejecutivo N° 7 del 24 de febrero de 2005, que crea la Oficina Nacional de Salud Integral para la Población con Discapacidad.
- Ley No. 4 de 8 de enero de 2007, “Que crea el Programa Nacional de Tamizaje Neonatal y dicta otras disposiciones”.
- Ley No. 24 de 2 de julio de 2007 que modifica y adiciona artículos a la Ley 9 de 1994, que establece y regula la Carrera Administrativa, y dicta otras disposiciones.
- Resolución N° 788 de 12 de diciembre de 2007, “Que modifica l Resolución 276 de 9 de julio de 1998, y dicta otras disposiciones”.
- Ley 41 de 30 de junio de 2009, “Que instituye y regula la carrera de Registros y Estadísticas de Salud”.
- Resolución No. 632 de 30 de junio de 2009, “Por medio del cual se adopta la Política Nacional de Medicamentos”.
- Resolución No. 665 de 31 de julio de 2009, “Que modifica la Resolución No. 788 de 12 de diciembre de 2007, y dicta otras disposiciones”,
- Resolución N° 047 de 1 de febrero de 2010, “Que crea la Sección de Administración de Seguros”.
- Decreto Ejecutivo No. 41 de 2 de febrero de 2010. “Por el cual se crea el Programa de Acompañamiento Humano y Espiritual del Enfermo”.
- Resolución No. 203 de 20 de abril de 2010, que crea la Comisión Nacional de Medicamentos de Panamá (CONAMEP), como un organismo técnico, bajo la dependencia del Ministerio de Salud, que la presidirá.
- Decreto Ejecutivo No. 538 de 11 de mayo de 2010, que crea la Región de Salud de Panamá Norte.
- Decreto Ejecutivo No. 539 de 11 de mayo de 2010, que crea la Región de Salud de Distrito de Arraiján.
- Resolución No. 428 de 14 de abril de 2011, que crea la Región de Salud de Panamá Norte y la Región de Salud del Distrito de Arraiján en la Estructura Orgánica del Ministerio de Salud”.

- Resolución No. 429 de 14 de abril de 2011, que crea la Dirección de Administración de Proyectos Especiales y establece sus funciones.
- Resolución No. 706 de 22 de julio de 2011, que crea la Dirección de Asuntos Sanitarios Indígenas y establece sus funciones.
- Las Resoluciones y Resueltos internos del ministro(a) de Salud.

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

Sí

- La Comarca tiene sus leyes internas que limitan el ejercicio regulatorio en la región en algunas acciones de salud tales como el tabaquismo, aplicación de la Ley 1 de medicamentos, la aplicación de sanciones a establecimientos públicos y aspectos legales en adolescentes en riesgo. Sin embargo, se ha logrado avance satisfactorio en estos aspectos con reuniones periódicas que han favorecido al desarrollo de estos programas en la comarca.

¿Conoce el nivel de competencia establecido en materia de fiscalización para el nivel local, regional y nacional?

Sí.

La fiscalización se da desde el nivel nacional través de Oficina de Auditoría Interna.

Funciones

Evaluar permanentemente la eficacia y eficiencia de los sistemas, procedimientos y procesos de trabajo administrativos, presupuestarios y financieros así como, los instrumentos de control interno utilizado, en todos los niveles de la Organización; vigilar que los auditores cumplan con las normas legales vigentes, los principios y normas emitidas por la Contraloría General de la República, y aquellos de carácter general que rigen la profesión del Contador Público Autorizado y el Auditor; atender en forma confidencial las denuncias y quejas presentadas por terceros acerca del manejo de los recursos y bienes asignados; fortalecer el proceso de desconcentración de los recursos destinados a la realización de las intervención de los bienes y recursos del Estado asignados; coordinar con Asesoría Legal y la Contraloría General de la República en la canalización de los audits que contienen fraudes, desfalcos e irregularidades de malos manejos a las Fiscalías; mantener comunicación y coordinación permanente con la Contraloría General de la República y las Firmas Privadas de Auditoria, especialmente para formular el Plan Anual de Auditoria y para asegurar el seguimiento de las recomendaciones resultantes de los trabajos ejecutados; emitir las recomendaciones para el mejoramiento de las debilidades detectadas en las operaciones examinadas garantizando la aplicación de dichas recomendaciones; asegurar la efectiva rendición de cuentas sobre el uso adecuado de los recursos del Estado encomendado a su administración; coadyuvar en la aplicación de la legislación, normas y políticas a las que esté sujeta la entidad, así como en el cumplimiento de sus objetivos, metas y presupuesto programado.

A nivel regional, el departamento de fiscalización de la contraloría general de la república, realiza la labor de fiscalización en los procesos administrativos, así como el manejo de las cajas menudas.

Los niveles locales velan por el correcto uso de los fondos recibidos en sus instalaciones, y son sujetos a evaluaciones realizadas por la oficina de auditoría interna.



FOTOGRAFIA n° 2

¿CÚAL ES LA DEMANDA Y NECESIDAD DE SERVICIOS?

ASPECTOS DEMOGRAFICOS
ASPECTOS EPIDEMIOLOGICOS
MORBILIDAD
MORTALIDAD

MINISTERIO DE SALUD
REGION DE KUNA YALA
INDICADORES DEMOGRAFICOS

Cuadro No. 1

A. INDICADORES DEMOGRAFICOS	2000			2010			2015		
	Total	Masc.	Fem.	Total	Masc.	Fem.	Total	Masc.	Fem.
Densidad de Población	16.7			15.6			17.7		
Rural									
urbana									
Indígena	16.7			15.6			17.7		
Tasa de crecimiento	28.8			22.77			24.1		
Tasa bruta de natalidad	35.92			29.61			17.3		
Tasa global de fecundidad	4.76			4.37			2.5		
Tasa general de fecundidad	149			136.7			78		
Porcentaje de Pobl. Urbana									
Porcentaje de Pobl. Rural									
Porcentaje de Pobl. Indígena	100			100			100		
Razón de dependencia	87.96			96.76			93.65		
% de población inmigrante									
% de población emigrante									
Saldo migratorio	-626			-426			-150		
% de población discapacitada									
Estructura de población por grupo de edad (en años).	2000			2010			2015		
	Total	Masc.	Fem.	Total	Masc.	Fem.	Total	Masc.	Fem.
Total	40092	19221	20871	37545	17605	19940	43395	20546	21849
Menor de un año	1004	521	483	962	489	473	1250	638	612
1 a 4 años	4231	2136	2095	3710	1890	1820	4574	2324	2250
5 a 9 años	5311	2695	2616	4604	2356	2248	5339	2727	2612
10 a 14 años	4733	2451	2282	4590	2353	2237	5541	2834	2707
15 a 19 años	3670	1735	1935	4303	2150	2153	4866	2526	2340
20 a 59 años	17884	8016	9868	15277	6666	8611	15886	7262	8624
60 a 64 años	1160	573	587	1265	542	723	1198	548	650
65 y mas años	2099	1094	1005	2834	1159	1675	3741	1687	2054
Otras Tasas	2000			2010			2015		
	Total	Masc.	Fem.	Total	Masc.	Fem.	Total	Masc.	Fem.
Tasa de mortalidad(x 1000hab)	7.1			6.8			4.7	4.6	4.8
Tasa de mortalidad en < de 1 año	56.2	57.15	55.2	32.81	37.84	27.54	19.1	7.8	14.7
Tasa de mortalidad perinatal				10.7			17.5		
Tasa de mortalidad neonatal	9.2			15			5.5		
Tasa de mortalidad postneonatal	15.4			15			13.7		
Tasa de mortalidad en menores de 5 años (x1000 nac. Vivos)	70.3	70.93	69.64	48.29	56.83	39.32	3.6	2.7	4.5
Tasa de mortalidad materna				0.5			273.2		
Esperanza de vida al nacer (total)	69.08	66.08	72.33	71.58	68.58	74.73	71.4		

Fuente: INEC. Contraloría General de la República.

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

- Producto de este análisis la población está envejeciendo, a pesar de la reducción en la tasa de mortalidad infantil en <1 año y <5 años todavía siguen siendo elevada. Se refleja un descenso en la mortalidad materna, pero en la actualidad representa un problema de salud pública aún en la Comarca. Este descenso está asociado al uso de estrategias que han aumentado las coberturas de servicios de salud.

¿Cómo afecta la transición demográfica las condiciones de salud de la población?

- Producto de nuestro análisis podemos señalar que se espera un envejecimiento de la población por el incremento en la expectativa de vida que conllevará al aumento en la incidencia y prevalencia de enfermedades crónicas.

¿Cuáles serían las intervenciones según el análisis realizado?

- Fortalecer las acciones de promoción y prevención de estilos de vida saludable por medio de la educación continua a la población.
- Continuar con la estrategia de coberturas existentes (PFMESS, Mesoamérica 2015)
- Fortalecimiento de la red de servicios de salud con medicina especializada básica
- Fortalecimiento del equipo básico de salud con nutricionistas, promotores, técnicos de farmacias, técnicos de laboratorios, técnicos de registros y estadísticas de salud y de trabajo social

MINISTERIO DE SALUD
REGION DE KUNA YALA

Situación de Salud, Aspectos Economicos y Sociales

Cuadro No. 2

B. ASPECTOS ECONOMICOS Y SOCIALES	2000			2010			2015		
	Total	Masc.	Fem.	Total	Masc.	Fem.	Total	Masc.	Fem.
POBLACIÓN ECONOMICAMENTE ACTIVA									
Tasa de Actividad				67.2	89	47.2			
Tasa de desempleo				1.4	1.9	0.4			
Tasa de empleo informal									
PORCENTAJE DE POBLACIÓN ASEGURADA									
Asegurados activos									
pensionados				98.6					
jubilados				1.1					
beneficiarios									
Porcentaje de Analfabetismo	38.5								
Escolaridad de la población									
Basica completa				85.5					
Media completa				78.2					
Vocacional									
Universidad completa									
Deficit habitacional									

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

- En cuanto a vivienda no habrá mucho cambio por el trasfondo cultural. Se prevé que habrá migración hacia otras áreas por las inundaciones producidas por el cambio climático.
- Con relación a la educación, la misma se brinda a distancia y a través de extensiones universitarias, factor que favorece los indicadores de educación.
- Con respecto al desempleo podemos señalar, que a pesar de que existe un incremento en el turismo, el mismo, seguirá siendo alto debido a que las leyes comarcales no permiten la presencia de empresas con capital externo. Se

producirá un aumento en el trabajo informal que no logra satisfacer las necesidades económicas de la población.

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

- Los eventos ocasionados por desastres naturales
 - Enfermedades por vectores (Dengue, Chikunguya, Zika)
 - Enfermedades crónicas
 - La desnutrición infantil
 - Enfermedades emergentes y reemergentes (La tuberculosis, Leptospirosis).
- Nuestra región solo cuenta con un distrito, por lo tanto, los riesgos se pueden presentar en los cuatro corregimientos que tiene la comarca. Sin embargo, se debe priorizar en el corregimiento de Puerto Obaldía por ser un cordón fronterizo.

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

- En la Comarca no hay industria procesadora de alimentos.

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

- No existe agricultura a gran escala ni ganadería. La agricultura que se practica es de subsistencia (artesanal). Dentro de la Comarca está prohibida la ganadería porque su Ley protege el ambiente evitando la deforestación.

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

- No existe ninguna iniciativa en la actualidad en la región.

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

- El 100% de las comunidades de la Comarca están en riesgo, ya que la mayor parte se ubican en islas, otras en las costas. Los mismos podría ser producidos por: inundaciones, tormentas tropicales, temblores, trombas marinas, mar de leva, incendios, entre otros.

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

- Una de las principales actividades económicas de la región es el trueque de coco por productos de diferentes géneros (alimentos, vestuarios, etc.) aproximadamente un (25%), la venta de Molas (20%), la venta de crustáceos (15%) y venta de pescado frescos y ahumados (5%). Actualmente en algunas áreas se da el negocio del turismo ecológico que está representando en estos momentos uno de los mayores ingresos (35%).

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

Los mecanismos para suministro de agua potable: En la comarca de Guna Yala, es a través de un sistema de acueducto rural, principalmente por gravedad desde tierra firma.

Este mecanismo consiste en:

1.- Captación: es superficial que consiste con muro contención con un cajón de pre-filtro con su material filtrante, para retener los sedimentos antes que llegue el agua al tanque de almacenamiento.

2.- Línea de aducción: son tuberías de P.V.C. que pueden ser de 3” o 4” de diámetro, que llega hasta el tanque de almacenamiento, en algunas islas las tuberías pasan a través de la red submarina y que van anclado con un concreto para evitar el movimiento de las tuberías con las corrientes submarinas.

3.- 31.4 % no tienen un sistema de tratamiento básico (filtración) y 54.3 % sin dosificador de cloro de agua. El tratamiento más usado es la filtración lenta, que consiste con un tanque de concreto de dos compartimientos con sus respectivos materiales filtrantes (piedras, gravas y arena). El otro sistema de filtración, que está reemplazando de filtro lento es filtro a presión, consiste en un tanque de metal prefabricado.

4.- El tanque de almacenamiento: la mayor parte son estructuras de cemento que están ubicados en la isla o en tierra firme.

5. Red de distribución: son tuberías P.V.C. que están en perímetro de la comunidad y donde instalados a cada de las casas?

**MINISTERIO DE SALUD
REGION DE KUNA YALA**

Aspecto	Cantidad	%	# de Habitantes	%	# de casas	%
Comunidades	59		33,469		5,133	
Acueductos	35	59.3				
Comunidades beneficiadas	46	78	26,658	79.6	4,443	86.6
Con dosificador de cloro	16	45.7				
Sin dosificador de cloro	19	54.3				
Con tratamiento de filtro	24	68.6				
Sin tratamiento de filtro	11	31.4				

Existen pozos artesanales, la mayoría no cuentan con protección.

Los mecanismos de aguas residuales: La comunidad Guna desde hace muchos años viene depositando aguas residuales directamente al mar. Consiste en un excusado colgante a las orillas de la playa con cuatro horcones con base de cemento o de madera, forrado con pencas u otros materiales, algunos cuentan con inodoros, pero se descargan directamente al mar, y un 3.8 % cuentan con tanque sépticos. (Ver cuadro)

MINISTERIO DE SALUD
REGION DE KUNA YALA

Aspectos	Cantidad	Porcentaje
		5,133
Letrinas colgantes	1,084	21.1
Letrinas de hueco	39	0.76
Inodoros	197	3.84
Sin excusado, ni letrinas	3,813	74.1

No existe un sistema de alcantarillado en la comarca. Fosas sépticas sólo en hoteles y algunas escuelas.

Los mecanismos de Residuos sólidos: Hace muchos años la basura era arrojada en las orillas de la isla o al mar (Muu durba pil-li), práctica de eliminación que se basa en la creencia de que, lo que se ha tomado de la naturaleza debe regresar a ella. Sin embargo, la comunidad Kuna se ha dado cuenta que esta práctica tradicional ya no es compatible o adecuada para el ambiente, pues la basura que se produce hoy no es la misma que se producía antes.

Todo lo que ha dejado de servirnos, nuestros desperdicios, son arrojados a las costas o directamente al mar. Cada familia se encarga de la eliminación de los desechos. Los comuneros reconocen que es un problema. No contamos con sistema de recolección en el área.

MINISTERIO DE SALUD
REGION DE KUNA YALA

Aspectos	Cantidad	Porcentaje
		5,133
Cielo abierto	3,850	75
Enterramiento	1,030	20
Incineración	253	5

Las incineraciones se realizan principalmente en las instalaciones escolares y de salud.

MINISTERIO DE SALUD
REGION DE KUNA YALA
CONDICIONES DEL SANEAMIENTO BÁSICO

Cuadro No. 3

Condiciones del saneamiento básico (Encuesta Mix o Censo 2010)	2000	2010	2012
% de la población con disposición de agua potable o agua mejorada para el consumo humano			
<i>Urbano</i>			
<i>Rural</i>			
<i>Indígena</i>	S/D	81.4	90.8
% de la población con disposición adecuada de residuos sólidos (rellenos sanitarios o enterramiento)	S/D	0.82	0.91
<i>Urbano</i>			
<i>Rural</i>			
<i>Indígena</i>	S/D	0.82	0.91
% de la población con disposición adecuada de aguas residuales y servidas (alcantarillado sanitario, fosa séptica o tanque séptico)			
<i>Urbano</i>			
<i>Rural</i>			
<i>Indígena (tanque séptico)</i>	S/D	1.3	1.5
<i>Indígena /letrina)</i>	S/D	19.6	21.2
% de instalaciones con disposición adecuada de desechos hospitalarios peligrosos (incineración, relleno sanitario o enterramiento)			

MINISTERIO DE SALUD
REGION DE KUNA YALA
INCIDENCIA DE POBREZA POR DISTRITO

Cuadro No. 4

<i>Incidencia por Distrito</i>	<i>% de Población</i>		
	<i>Total</i>	<i>Pobres</i>	<i>Pobres Extremos</i>
Kuna Yala	82.4		82.4

**MINISTERIO DE SALUD
REGION DE KUNA YALA
COMPOSICIÓN PORCENTUAL DE LAS DEFUNCIONES, SEGÚN SEXO.**

Cuadro No. 7

	2000			2010			2015		
	Total	Masc.	Fem.	Total	Masc.	Fem.	Total	Masc.	Fem.
% de sub registro de la mortalidad general									
% de sub registro de la mortalidad infantil									
% de sub registro de la mortalidad materna									
% de defunciones por síntomas y causas mal definidas				38.0	40.1	36.0			
% de muertes por enfermedades infecciosas agrupadas	20.0			21.2	21.2	21.2			
% de muertes por diarreas	10.0			8.4	7.6	9.3			
% de muertes por infecciones respiratorias				7.2	6.1	8.5			
% de muertes por TBC	9.0			4	0	4			
% de muertes por VIH				4.4	4.5	4.2			
% de otras									
% de muertes por enfermedades crónicas agrupadas									
% de muertes por tumores malignos				5.2	3.0	7.6			
% de muertes por hipertensión arterial esencial									
% de muertes por diabetes mellitus				1.2	1.5	0.8			
% de muertes por enfermedades isquémicas del corazón				0.4		0.8			
% de muertes por otras enfermedades crónicas									
% de muertes por causas circulatorias				1.6	1.5	1.7			
% de muertes por enfermedades respiratorias									
% de muertes por insuficiencia renal crónica									
% de muertes por causas externas				4.0	6.1	1.7			
% de muertes por suicidios				0.4	0.8				
% de muertes por homicidios				0.8	1.5				
% de muertes por accidentes				0.8	0.4	0.8			
% de muertes por accidentes de tránsito									
% de muertes por violencia									
% de muertes por violaciones social e intrafamiliar									

Fuente (5), Contraloría General de la República

G. Tasas de prevalencia de las principales enfermedades crónicas no transmisibles (agrupadas)	2000			2010			2015		
	Total	Masc.	Fem.	Total	Masc.	Fem.	Total	Masc.	Fem.

H. Principales causas de discapacidad	2000			2010			2015		
	Total	Masc.	Fem.	Total	Masc.	Fem.	Total	Masc.	Fem.
1. Psiquiátrica (mental)									
2. Visual									
3. Auditiva									
4. Física									
5. Intelectual									
6. Múltiples									
7. Organos y sistemas									

I. Principales problemas de salud emergentes y reemergentes que afectan a la población (enfermedades y situación de riesgo)	2000			2010			2015		
	Total	Masc.	Fem.	Total	Masc.	Fem.	Total	Masc.	Fem.

J. Principales causas de egresos hospitalarios	2000			2010			2015		
	Total	Masc.	Fem.	Total	Masc.	Fem.	Total	Masc.	Fem.

¿ A partir de los principales problemas de salud identificados describa la situación de principales conductas y hábitos de riesgos de la población (tabaquismo, sedentarismo, hábitos de alimentación y nutrición, conductas y prácticas sexuales sin protección, consumo de alcohol, drogas, violencias, acoso, acoso entre niños/as y adolescentes(builing), ruidos, accidentes, delitos, intoxicación por plaguicidas, otros). Existe programas dirigidos a promover o incentivar los estilos de vida saludables en la población, cuáles?

Tuberculosis: uno de los factores favorecedores sigue siendo el alto porcentaje de hacinamiento, ya que viven muchas personas en un espacio reducido, debido al limitado espacio en las islas, lo cual limita la construcción de nuevas viviendas; sin embargo, estamos observando una nueva modalidad en las comunidades de tierra firme, donde las nuevas parejas una vez casadas construyen una nueva vivienda porque hay disponibilidad de terreno (Armila, Carreto, Anachucuna; etc).Por otra parte, la poca ventilación natural impide la renovación del aire y es otro de los factores que permite que la bacteria permanezca en la habitación por mucho tiempo.

La falta de ventanas en las viviendas por el tipo de construcción de las mismas impide la penetración de los rayos solares, que son indispensables para eliminar el

micobacterium tuberculosis que es sensible al mismo. Esto igualmente ocurre con todas las enfermedades respiratorias.

Alimentación y nutrición: falta de consumo de gran cantidad de alimentos que están en la pirámide alimenticia, prácticamente su alimentación principal es a través del plato denominado Tulemasi que contiene pescado, guineo, coco, ocasionalmente otros tipos de marisco. El pescado utilizado es un pescado con carne magra (cojinúa y bonito). En la mayoría de los hogares se come de una a dos veces al día de acuerdo a lo que tengan disponible, en muchas ocasiones, esas raciones son sustituidas por comida chatarra, las denominadas burundanga (sodas, galletas, confites, etc)

Existe una gran diferencia de alimentación entre los habitantes de las islas y de la tierra firme, pues los últimos laboran más la tierra y se dedican a la caza de animales salvaje para su consumo, igual tienen crías de puerco y gallina, y disponen de huertos familiares.

Alcohol y drogas: la comarca siempre ha sido zona de narcotráfico por su posición geográfica por otros grupos sociales. Se está observando en las islas la influencia con el sistema de vida occidental, ya que, desde temprana edad, la juventud se dedica al consumo de alcohol y drogas, tanto varones como niñas, lo que conlleva aumento en la violencia, embarazo precoz y enfermedades de transmisión sexual. Sin embargo, en las comunidades más alejadas de la influencia occidental, los jóvenes siguen prácticas de su vida tradicional.

El desarrollo que hay en la comarca en la actualidad al existir más vía de acceso a la ciudad, favorece que grupos indígenas que habitan en la ciudad en barrios peligrosos regresen a la misma trayendo las malas influencias aprendidas con grupos antisociales, influyendo en los jóvenes comuneros locales a prácticas de comportamientos delincuenciales.

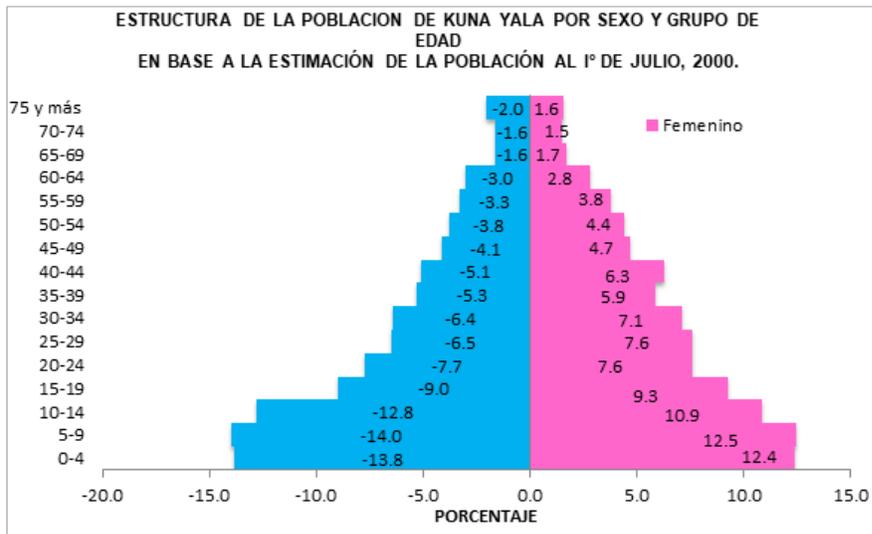
Los programas si existen no son tratados de manera continua sino improvisada dependiendo de cada periodo político. No hay una estrategia de Estado para tomarlo en cuenta.

¿Cuáles son las principales características del perfil epidemiológico de la población de responsabilidad. Caracterizar por Distrito según sexo y edad?

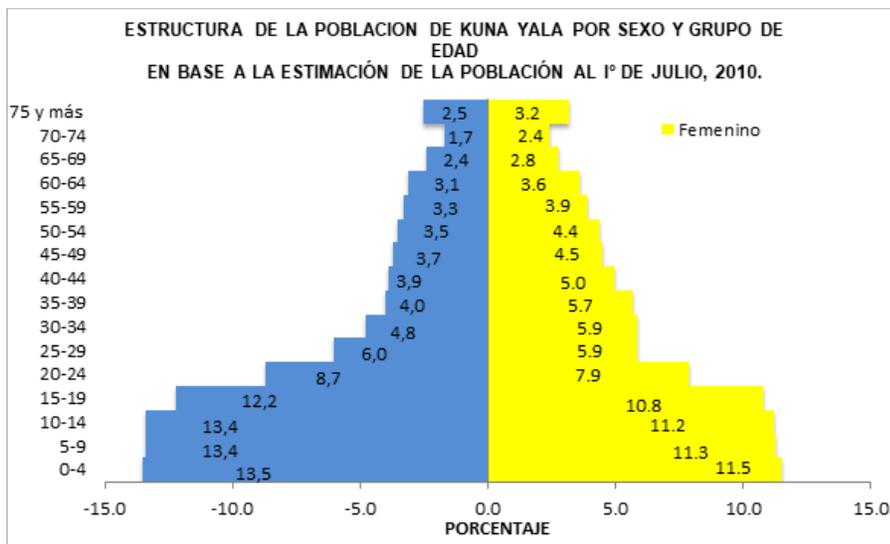
Población:

La estructura poblacional de la Comarca de Kuna Yala desde el censo del año 2000 y del pasado año 2010 no ha presentado una variación significativa. La pirámide de población del 2011 presenta una base amplia, involucrando los grupos de edad desde 0 a 24 años con un aporte del 53 %. La población joven es la que conforma estos grupos de edad. La población de 60 y más años solo representa un 7%.

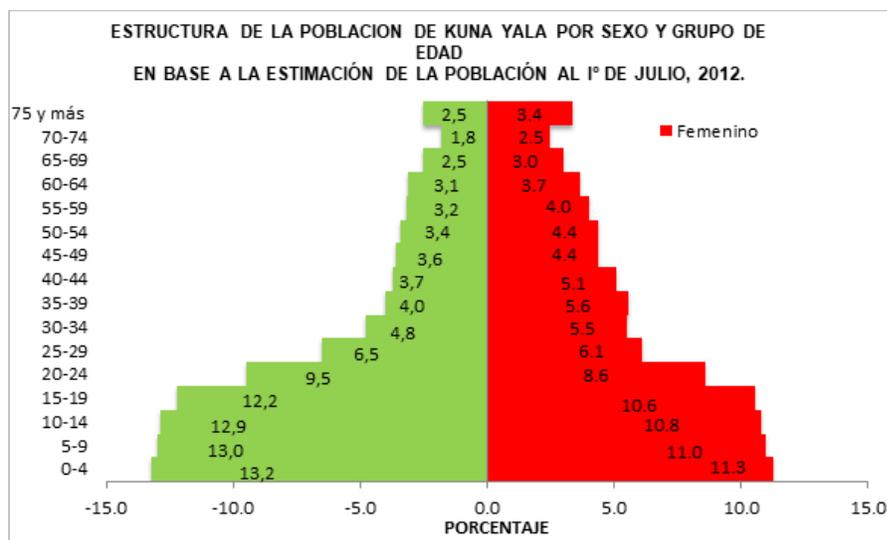
II.



III.



IV.



V. Lo cual se evidencia con el tipo de morbilidad y mortalidad que está afectando a estos grupos poblacionales; por lo que es necesario dirigir el mayor porcentaje de la atención de salud hacia estos grupos.

VI. Mortalidad.

La Tasa de Mortalidad General para la Comarca de Kuna Yala en 1990 fue de 3.0 x 1000 hab., en el año 2000 de 3.2 x 1000 hab. Y en el 2010 de 6.79 x 1000 hab., lo que nos refleja un significativo incremento de un 3.5 con relación al año 2000. Según cifras actualizadas de la Contraloría para el 2015 es de 4.7, podemos apreciar un descenso de un 2.0% en comparación al 2010 (6.79), podría ser un mejor registro de los hechos vitales de la red de instalaciones de salud y de los registradores auxiliares. Dentro de las principales causas de muerte para el 2015 tenemos: Ver Cuadro #4.

DEFUNCIONES Y TASA DE MORTALIDAD DE LAS CINCO PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE, POR SEXO, SEGÚN PROVINCIA, COMARCA INDÍGENA DE RESIDENCIA Y CAUSA: AÑO 2015					
Provincia, comarca indígena de residencia y causa	Defunciones				
	Número	Tasa (1)	Posición	Hombres	Mujeres
Comarca Kuna Yala.....	198	467.0	..	94	104
Neumonía.....	18	42.5	1	9	9
Tuberculosis.....	11	25.9	2	7	4
Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores.....	11	25.9	2	2	9
Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso.....	7	16.5	3	2	5
Tumores (neoplasias) malignos.....	6	14.2	4	2	4
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas.....	6	14.2	4	1	5
Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).....	5	11.8	5	2	3
Las demás causas.....	134	316.1	..	69	65
(1) Por 100,000 habitantes					
Fuente: Estadísticas Vitales. Contraloría General de la República de Panamá.					

Podemos observar que la Tuberculosis sigue siendo una de las principales causas en los últimos 5 años. La tasa de mortalidad por TBC va en aumento, quizás influya el hecho, que el programa que busca la reducción de los casos haya dejado de recibir el apoyo brindado por la Fundación Damián. Sin embargo, se sigue brindando el tratamiento TAES en las instalaciones de salud y el equipo de salud continua en la búsqueda constante de los sintomáticos respiratorios. Igualmente, los problemas respiratorios han ido creciendo situándose la neumonía como la primera causa de muerte en el año 2015 con una tasa de 42.5 por cada 100,000 hab. La Diarrea y gastroenteritis, los tumores, malformaciones congénitas y el VIH siguen estando presente dentro de las principales de muerte de la comarca de manera reiterativa.

VIGILANCIA DE LAS ENFERMEDADES DE NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA (ENOC's).

Entre las cinco principales Enfermedades de Notificación Obligatoria registradas para el año 2000, tenemos: 1. Influenza, con una tasa de 6318 x 100,000 hab, 2. Diarrea y Gastroenteritis con una tasa de 3107 x 100,000 hab, 3. Neumonía con 513.8 de tasa, 4. Tuberculosis con 107 x 100,000 hab de tasa y 5. Bronconeumonía con 269 x 100,000 hab. Para el 2015, tenemos: 1. Diarrea y Gastroenteritis con una tasa 8440 x 100,000 hab, 2. Influenza con 8022 x 100,000 hab, 3. Conjuntivitis con una tasa de 641 x 100,000 hab, 4. Amebiasis con 434 x 100,000 hab y 5. Neumonía con 410 x 100,000 hab. Observamos que las primeras causas corresponden a las mismas patologías (Influenza y Diarrea/ Gastroenteritis) con muy poca diferencia en las tasas para el 2010 pero no así para el 2000 que hubo más casos de Influenza. Esto se debe a la estructura de población y a la presencia de cuadros de influenza que están ligados a la estacionalidad (presencia de lluvias y de vientos), situación que también prevalece

para los cuadros diarreicos y ligados a los mismos cuadros de Influenza. También se observan otras patologías que se ubican en los cinco primeros lugares como es el caso de las Conjuntivitis y las Amebiasis. También observamos que el aumento en las coberturas de vacunación ha influido en la disminución de los casos de Neumonía y Bronconeumonía. La introducción de nuevas vacunas como la Pentavalente, Rotavirus y Neumococo están influyendo en la disminución de los eventos relacionados a las mismas.

COBERTURAS DE VACUNACIÓN EN EL MENOR DE UN AÑO:

En los años de 2000, 2010 y 2015, se alcanzaron las siguientes coberturas en cuanto a vacunación:

VACUNAS	2000	2010	2015
BCG	90	81	62.1
PENTAVALENTE + HEXA	72.8	107.2	63.8
POLIO + HEXA	74.3	91.4	64.0
ROTA VIRUS	0	85.8	70.4
NEUMOCOCO	0	32.5	74.2
SARAMPION	69.1	S/D	-

Como podemos observar hubo un aumento de las coberturas de vacunación en el menor de un año. En los últimos años se han introducido nuevas vacunas y se han cambiado las edades de aplicación de otras. La Comarca de Kuna Yala, también se ha visto favorecida con todos estos cambios y se evidencia en los patrones de la morbilidad que afecta a este grupo de edad. Así vemos aumentos en pentavalente, polio y rotavirus. El sarampión, ya no se coloca a los 9 meses, ahora se aplica como (MMR) y al año de edad. La introducción del neumococo fue a final del año (a partir de octubre del 2010).

Existen patologías transmisibles que no logran alcanzar suficiente incidencia en la población para aparecer en las cinco primeras causas de enfermedades transmisibles, pero constituyen eventos que hay que tener presentes porque pueden provocar gran daño en la población si no se mantiene la vigilancia epidemiológica de las mismas y mantener las medidas de control, ejemplos de esta patología es la Malaria, la Infección por HIV/SIDA, Tuberculosis y el Dengue. Motivo por lo cual pasaremos a explicar brevemente su comportamiento en la Comarca de Kuna Yala.

HIV/SIDA.

Con respecto al **HIV/SIDA**, consideramos que los casos han aumentado. La información que se tiene recoge los datos de pacientes kuna que han vivido en las ciudades de Panamá, Colón y otras provincias; se han contagiado y enfermado en las mismas pero sus últimos días lo van a pasar en la Comarca de Kuna Yala y son registrados como casos de SIDA de Kuna Yala. Actualmente, las instalaciones de salud que tienen el mayor porcentaje de reporte de casos es el C.S. de Ustupo con 27 casos reportados, para un 26.5%; el S.C.S. de Tupile con 22 casos, para un 21.6% y el C.S. de Playón Chico con 12 casos, para un 11.8%. Según la conducta de riesgo para HIV/SIDA, el 55.2% corresponde a homosexual, el 11.5% a heterosexual, el 9.4% a heterosexual contacto y un 7.3% tanto para bisexual y transmisión perinatal. Como

vemos, tenemos un porcentaje de transmisión perinatal que llama poderosamente la atención. Se ha logrado la reconocer, por parte de los Congresos General y Tradicional Kuna, que esta patología está afectando a la población de Kuna Yala; y se ha propiciado un mejor trabajo de promoción a través de ONG's y por la Región de Salud de Kuna Yala. En el año 2009 se logra la implementación de la Clínica de Terapia antiretroviral en el Hospital de Ailigandi y se han proyectado a toda la Comarca a través de las instalaciones de salud. Se están tomando las pruebas de HIV a las embarazadas y a los pacientes tuberculosos.

MALARIA

La tendencia de la Malaria en la Región Kuna Yala en los últimos diez años ha ido en ascenso. En la Región ha circulado el *P. Falciparum*; en 1983, por ejemplo, se presentaron 46 casos, y en la década del 90 se observa una disminución significativa. Los casos que se presentaron durante esa década y los tres casos reportados en el año 2001 eran considerados importados. Los casos del 2001 fueron personas procedentes de Colombia que acuden en busca de medicamentos o kunas que se desplazan a este país.

En el transcurso del año 2002 se da la reaparición de casos autóctonos y se presenta la emergencia de la malaria por *Plasmodium falciparum*, como un problema sanitario en esta Región. (Gráficas 1 y 2)

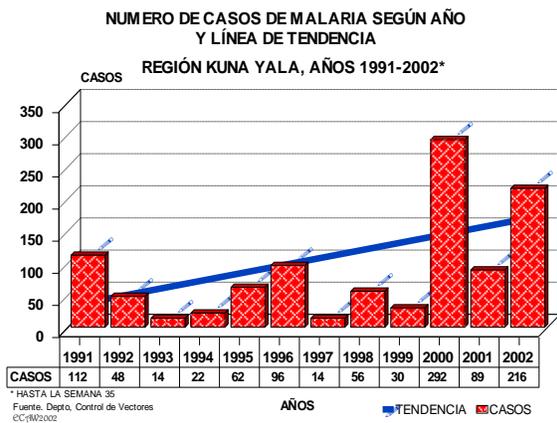
Hasta la semana 35 (enero-agosto) del año 2002, se han registrado un total de 1,493 casos de Malaria. La Región de Kuna Yala con tasa de 538.8 por 100,000 habitantes (216 casos) es la más afectada. Le siguen: Ngobe Bugle con una tasa de 438.1 (514 casos); Darién con una tasa de 449.9 (229 casos) y Bocas del Toro con una tasa de 269.6 (270 casos) son las más afectadas El 90% (1,352) de los casos se debieron a infección por *Plasmodium vivax* y 141 (8.9%) por *Plasmodium falciparum*. De los 141 casos por *Plasmodium falciparum* 123 (87.2%) casos proceden de la Región de Kuna Yala y el resto procede de las regiones de: San Miguelito (1 caso-importado), Panamá Este (1 caso), Metro (2 casos-importados) y de Darién (14 casos). (Gráficas 3 y 4)

La distribución de los casos de malaria totales y por *P. falciparum* por semana durante este año demuestra un aumento sostenido desde la tercera semana en que se presentan los primeros casos. En la semana 27 se reportan 13 casos y en la semana 32 se reportan 11 casos todos por *P. Falciparum* (Gráfica 5). Las comunidades afectadas son: Playón Grande 36 casos; Maguebgandí 32 casos; Carreto 18 casos; Anachukuna 12 casos; Aidirgandí 9 casos; Puerto Obaldía 5 casos; Irgandí 3 casos; La miel 2 casos; Mamitupo, Ticantiki, y Mulatupo con un caso cada una. Esta situación se ve agravada con el hecho de que a la fecha han muerto dos de ocho embarazadas que han enfermado por Malaria por *P. falciparum*. De las pacientes trasladadas una falleció a causa de complicaciones del embarazo, precipitadas por la malaria por *P. falciparum*. El deterioro del Programa Anti vectorial, reflejado en el cumplimiento extemporáneo y parcial de las estrategias de control vectorial, aunado a la medicación inoportuna, incompleta y con medicamentos vencidos; escasez de personal, así como la dotación insuficiente de otros insumos desde el año 2001 han sido factores coadyuvantes de la reemergencia de la malaria. Además, se sospecha de la ineffectividad del insecticida por no cumplir lo normado de rotarlos cada dos años. En

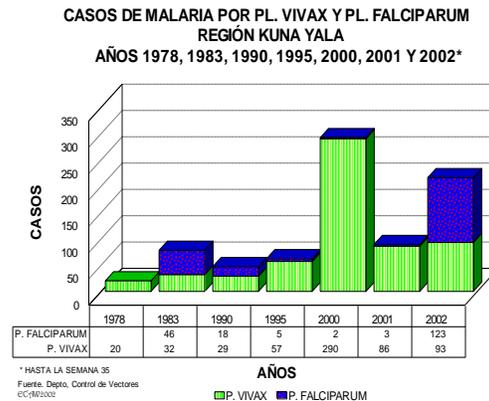
esta ocasión, se estuvo aplicando por 4 años seguidos. Esta situación pudo provocar una resistencia del mosquito al insecticida o por variaciones de su eficacia por factores ambientales (cercanías al mar, temperatura etc.), así como posible resistencia del *P. falciparum* a los esquemas de tratamiento establecidos o por el incumplimiento de los tratamientos a pesar de la supervisión de los mismos.

En el año 2000 se presentó una evidente epidemia en el área, la cual fue necesario abordar con el apoyo de recurso humano y logístico de la Región de Colón y del nivel nacional, fortaleciendo las estrategias de rociado de viviendas, tratamiento radical, vigilancia activa y promoción dirigida en las comunidades endémicas, medida que logró contener el número de casos para el año 2001; sin embargo, el resultado de las acciones no impactó para el 2002 por falta de seguimiento de las mismas por escaso recurso en la región.

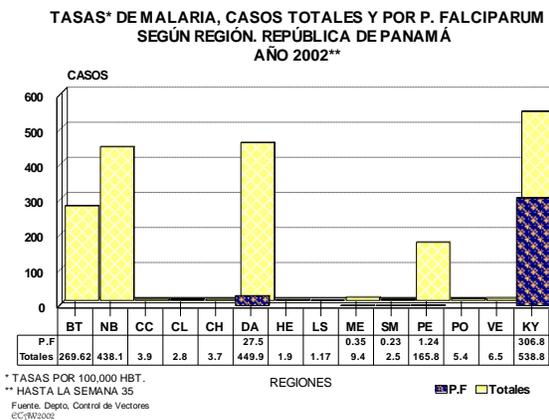
GRAFICA #1



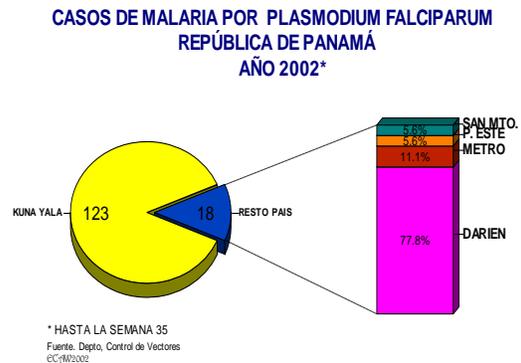
GRAFICA #2



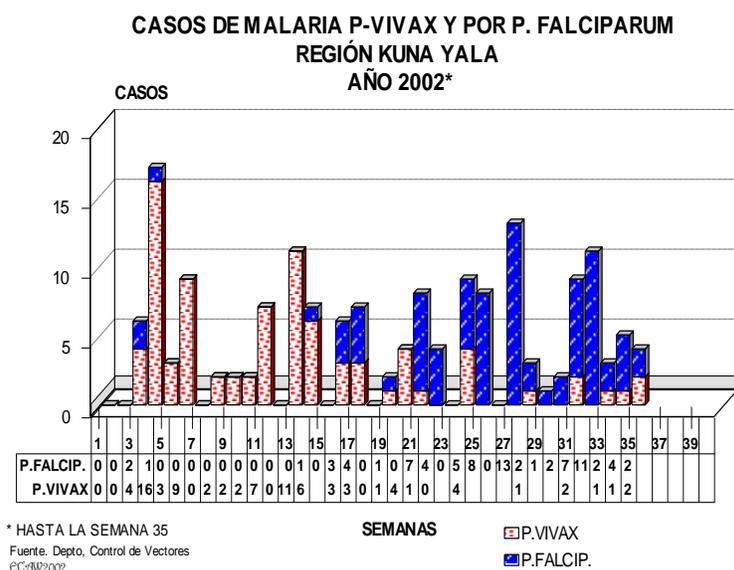
GRAFICA #3



GRAFICA #4



GRAFICA #5



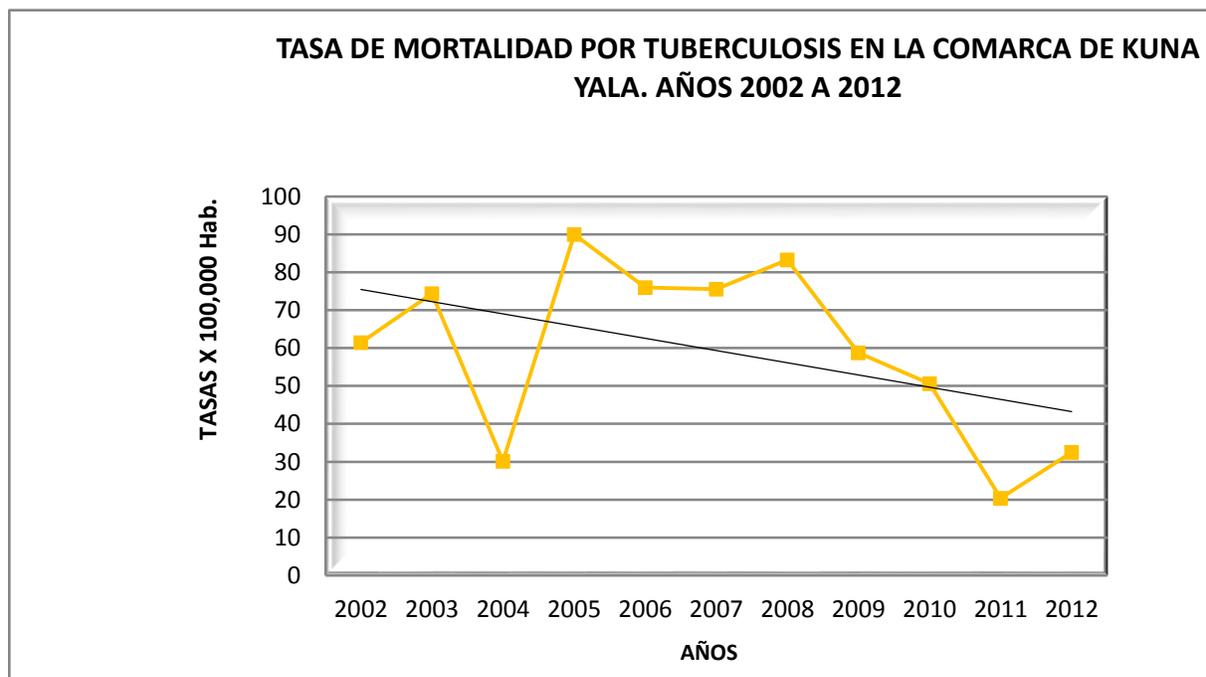
Luego del control de la epidemia de Paludismo por *P. falciparum* en la Comarca, no se han presentado más casos. La tasa de incidencia de Malaria desde el 2006 es por *P. vivax*. Así tenemos que en el 2006 fue de 24.6 x 100,000 hab y en el 2009 se alcanza un aumento a 300.3 x 100,000 hab. y nuevamente hay un aumento para el 2012 a 347.9 x 100,000 hab dado por un brote a nivel de comunidades insulares como Mamitupu (20 casos), Achutupu (10 casos) y Playón Chico con 18 casos. Lo importante de este brote en las islas es la presencia del mosquito *Anopheles*, que antes no existía. También se pudo evidenciar un cambio en los hábitos del mosquito. A partir de este brote en el 2012 han seguido apareciendo casos autóctonos de Malaria en estas comunidades insulares y en otras, producto del contagio de sus comuneros al visitar en comunidades de tierra firme, por ej. Ukupa.

DENGUE.

El Dengue registró una disminución de casos para el 2000 con sólo 2 casos, confirmados por laboratorio, para una tasa de 5.0 x 100,000 habitantes. En 1998 se registraron 17 casos con una tasa de 43.4 y para 1999 los casos fueron 37 para una tasa de 93.3 x 100,000 habitantes. Los brotes de Dengue en Kuna Yala están relacionados a la migración constante de comuneros a los asentamientos poblacionales de kunas en la capital donde hay actividad del virus del Dengue, que luego viajan a la Comarca llevando el virus, ya que el *Aedes aegypti* si existe en las islas. El año 2013 registra el mayor número de casos de Dengue en la Comarca. Hubo 221 casos, 117 diagnosticados por laboratorio y 4 casos por nexo epidemiológico. La tasa de incidencia por Dengue fue de 542.6 x 100,000 hab. El corregimiento que mayores casos aportó fue el de Ailigandi con 97 casos y una tasa de 677.1 x 100,000 hab, seguido del corregimiento de Nargana con 19 casos y una tasa de 109.7 x 100,000 hab. Las comunidades más afectadas fueron Ailigandí con 60 casos, Achutupu con 20 casos, Narganá con 15 casos y Ustupu con 12. Se amerita un mejor manejo epidemiológico en el diagnóstico y evitar consumir demasiadas pruebas rápidas. Para este año 2014 no contamos con las pruebas rápidas.

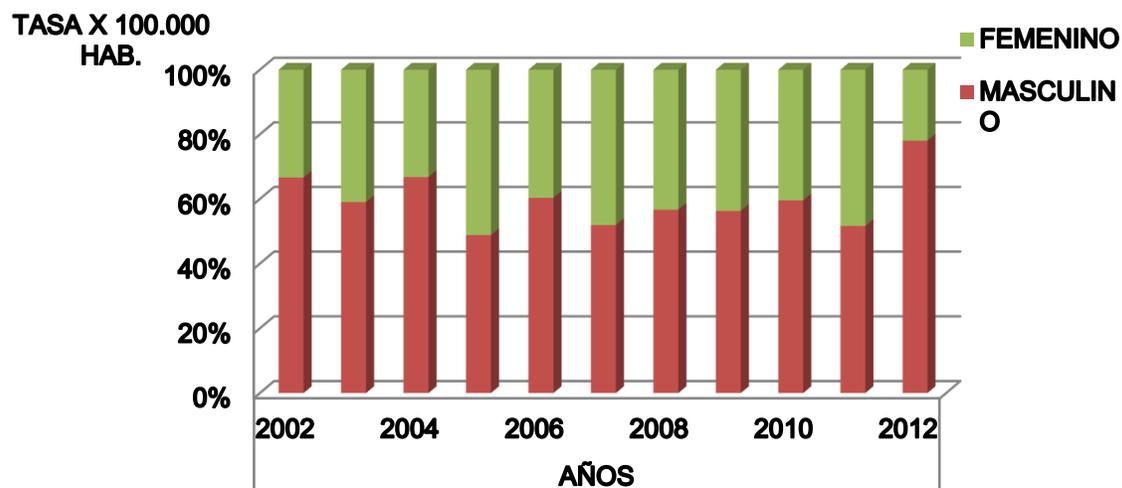
TUBERCULOSIS.

Es una enfermedad que tiene gran prevalencia e incidencia en Kuna Yala, en los últimos cinco años se sitúa dentro de las cinco principales causas de muerte en la Mortalidad General. Para el 2000 se registraron 88 casos de los cuales **69 corresponden a casos nuevos para una tasa de incidencia de 172.1 x 100,000 habitantes** y 19 casos son prevalentes que ingresaron por retratamiento. El 100% de los casos corresponden a mayores de 14 años de los cuales el 68% son del sexo femenino y el 32% del sexo masculino. El 68% de los casos fue diagnosticado por laboratorio y el 32% restante fue clínicamente, ya que se tienen Centros de Salud que no cuentan con este recurso. El sector de Cartí es el que más casos reportó, 30 casos para un 34.5%, seguido del sector de Mulatupu con 24 casos para el 27.6% y el sector de Río Sidra con 17 casos para un 19.5%. Estas áreas se caracterizan por escasas instalaciones de salud, escasos recursos humanos e inaccesibilidad geográfica y económica.



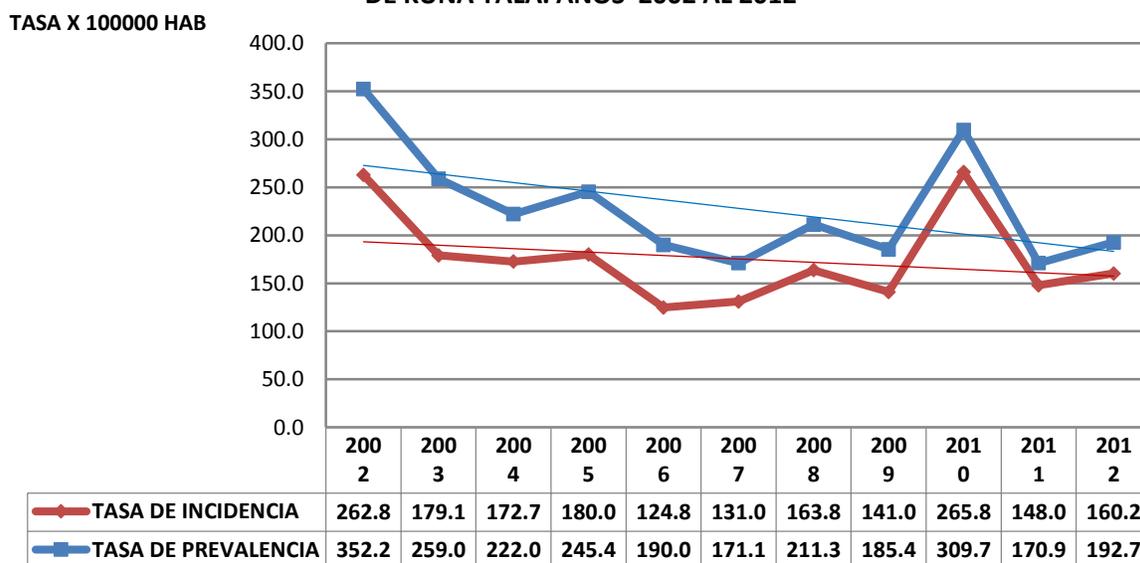
En la presente gráfica de la Tasa de Mortalidad por Tuberculosis desde el 2002 al 2012 se observa una disminución substancial de una tasa de 90 x 100,000 hab en el 2005 a una tasa de 32 x 100,000 hab en el 2012. El aumento que se experimentó en el 2005 se debe a la búsqueda activa de pacientes sintomáticos respiratorios como parte del proyecto llevado a cabo para mejorar la situación de la Tuberculosis en Kuna Yala. Este proyecto, inicialmente, estuvo financiado por la Fundación Damián y luego por el Fondo Global.

TASA DE MORTALIDAD POR TUBERCULOSIS SEGÚN SEXO EN LA COMARCA DE KUNA YALA. AÑOS DE 2002 A 2012

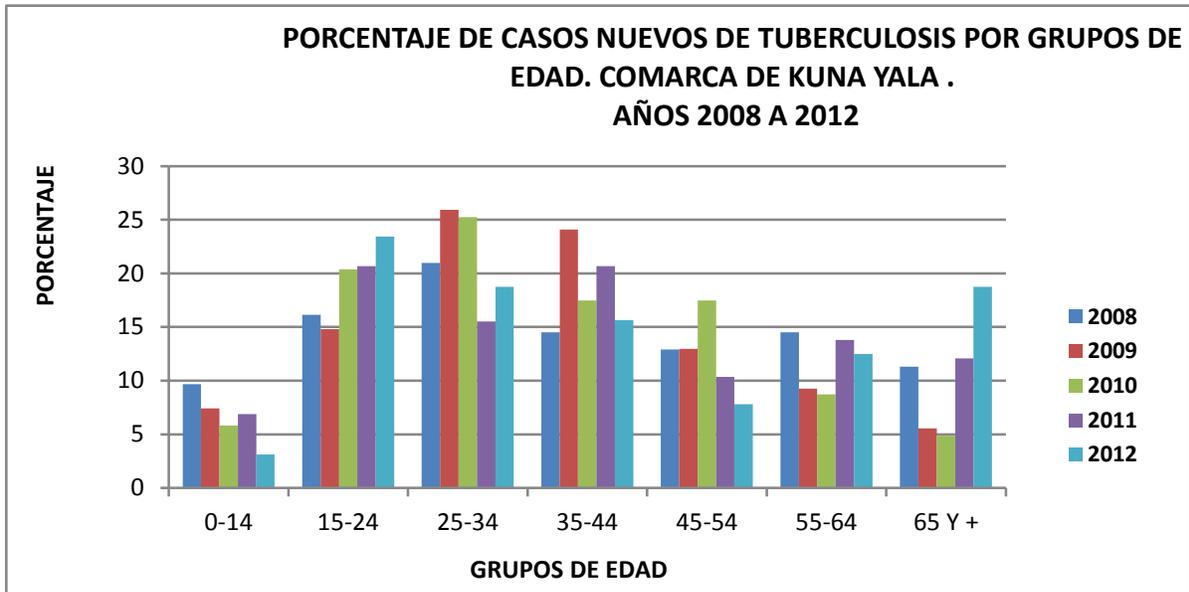


Como podemos observar en el grafico el sexo masculino es el más afectado por la Tuberculosis.

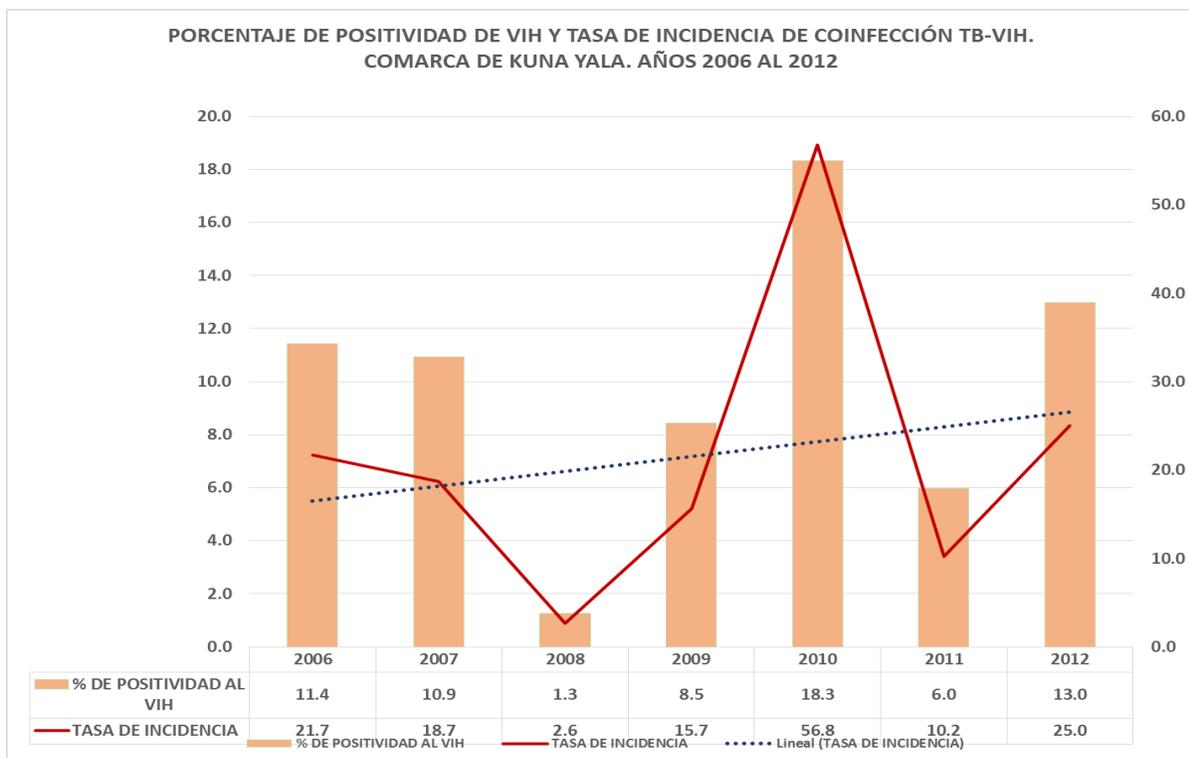
TASAS DE INCIDENCIA Y DE PREVALENCIA DE TUBERCULOSIS EN LA COMARCA DE KUNA YALA. AÑOS 2002 AL 2012



La gráfica anterior muestra las tasas de incidencia y prevalencia en los últimos 11 años, observándose una tendencia a disminuir, a pesar del pico del año 2010 que se debió a la estrategia de UBAS que se proyectó hacia las comunidades que no contaban con instalaciones de salud.



En esta gráfica observamos que los grupos de edad más afectados van de 15-24 años al 45-54 años o sea la población económicamente activa. El aumento de casos de VIH/SIDA se ha relacionado por la coinfección junto a la Tuberculosis. En la siguiente gráfica se evidencia esta relación. Se observa una tendencia a aumentar tanto el porcentaje de positividad por VIH en los pacientes tuberculosos captados por el programa como la tasa de incidencia de la coinfección TB-VIH.



Entre las condiciones que favorecen el desarrollo de esta enfermedad en la comarca tenemos:

- Bajo nivel educativo
- La extrema pobreza dominante y los recursos económicos muy limitados.
- Carencia de oportunidad de encontrar un trabajo remunerable en su región.
- Hacinamiento por núcleo familiar numeroso.
- Predominio de viviendas no saludables (falta de ventilación e iluminación, piso de tierra, cocina con fogón de leña, entre otros.)
- Poca accesibilidad de la población a los servicios de salud existentes por la no disponibilidad de transporte marítimo y la escasez de instalaciones de salud periféricas.
- Inaccesibilidad geográfica por la dispersión de las comunidades y la escasez de recursos humano y físico en las instalaciones de salud existentes.

Estrategias diseñadas:

- Educación y promoción de la salud en la comunidad, involucrando a los líderes existentes para apoyar la lucha contra esta enfermedad, haciendo énfasis en la alimentación e higiene personal.
- Empleo de otros funcionarios del Estado y/o de la población para apoyar el tratamiento ambulatorio a los pacientes que vivan en comunidades distantes.
- Promoción de actividades de saneamiento del medio, sobretodo en el ámbito de las viviendas.
- Tratamiento oportuno de los pacientes y de los contactos intradomiciliarios.

¿Cuál es la proyección del comportamiento de las enfermedades de notificación obligatoria en los próximos 5 años?

Cuál es la situación de la Salud Ocupacional en las áreas de responsabilidad de la región? ¿Cómo han venido comportándose los accidentes de trabajo y las enfermedades ocupacionales?

La salud ocupacional en nuestra región nunca se había contemplado como programa o se había hecho énfasis en ella como programa e incluso no contamos con los formularios adecuados para el registro de los eventos que ocurran en este campo, por lo que no se dispone de estadística sobre la misma. En este periodo se ha dado origen a la coordinación de Salud Ocupacional, esperamos contar más adelante sobre accidentes de trabajo y enfermedades ocupacionales.

¿Se conoce cuál es la percepción de la población sobre sus condiciones de salud y enfermedad y sobre los riesgos que la afectan?

si ____

no

No se conoce porque hay una serie de limitantes como por ejemplo el idioma, la relación intercultural que nos impide a ambos actores correlacionar el tema.

Ha nacido una guía de términos de uso común en los servicios de salud en el primer nivel de atención de kuna Yala que pretende minimizar esa barrera intercultural.

Avances de en la región en relación a los ODM.

Ha habido una notable disminución, sin embargo, los nudos críticos que aun influyen para no lograr los avances son:

- *Accesibilidad cultural: las tradiciones culturales en la actualidad todavía prevalece en la decisión de la salud de la población utilizando en primera instancia la medicina tradicional.*
- Analfabetismo: el alto grado de analfabetismo existente en la población adulta limita que el individuo busque una atención rápida y oportuna en los servicios de salud existentes.
- Accesibilidad geográfica: el alto grado de dispersión de las comunidades afecta la movilización oportuna hacia los servicios de salud.
- Aspectos socioeconómicos: el bajo poder adquisitivo afecta el desplazamiento de la población hacia los servicios de salud.



FOTOGRAFIA n° 3

CARACTERISTICAS DE LA OFERTA

Vigilancia Sanitaria
Accesibilidad geográfica
Complejidad de la red.
Bolsones de desprotegidos
Recursos humanos
Insumos Sanitarios.

La vigilancia Sanitaria.

¿Qué aspectos considera la vigilancia sanitaria?

La Vigilancia Sanitaria considera la implementación de métodos y estrategias que garanticen contar, oportunamente, con la mejor información posible sobre el entorno en que los individuos desarrollan cotidianamente su vida y su relación con la salud. Por lo cual, como campo de práctica y conocimientos, toma en cuenta los problemas relacionados con:

- a. Las condiciones de vida
- b. El ambiente biopsicosocial
- c. La frecuencia y distribución de eventos salud/enfermedad
- d. La accesibilidad al sistema de salud
- e. Las medidas específicas adoptadas para la prevención y control de enfermedades.

¿Qué problemas se deben vigilar?

La Vigilancia Sanitaria debe vigilar los factores de riesgo, los determinantes y amenazas a la salud, el medio ambiente y los problemas sanitarios que lo afecten, la producción y circulación de bienes de consumo relacionados con la salud y la prestación de servicios de interés para la salud. En resumen, se refiere a la aplicación y desarrollo de las 11 funciones Esenciales de la Salud Pública. Ver la siguiente tabla.

Tabla 1
Funciones esenciales de salud pública¹⁸

1. Monitorización, evaluación y análisis del estado de salud de la población.
2. Vigilancia, investigación y control de los riesgos y las amenazas para la salud pública.
3. Promoción de la salud.
4. Aseguramiento de la participación social en la salud.
5. Formulación de las políticas y la capacidad institucional de reglamentación y cumplimiento en la salud pública.
6. Fortalecimiento de la capacidad institucional de planificación y el manejo en la salud pública.
7. Evaluación y promoción del acceso equitativo a los servicios de salud necesarios.
8. Capacitación y desarrollo de los recursos humanos necesarios.
9. Seguridad de la calidad en los servicios de salud.
10. Investigación en salud pública.
11. Reducción de la repercusión de las emergencias y los desastres en la salud pública.

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

Fortalezas:

- a) Sistema de vigilancia definido a todos los niveles.
- b) Sistema de Información actualizado y con capacidad de incorporar nuevos procesos y/o módulos.
- c) Nivel regional comprometido con los procesos de la vigilancia.

Debilidades:

- a) Pobre infraestructura de Salud Pública, con relación a las capacidades de personal, de equipos, materiales y fórmulas de gestión.
- b) Falta de empoderamiento de los procesos de vigilancia, en el nivel local.
- c) Deficiente implementación de las nuevas tecnologías en comunicación en la Comarca de Kuna Yala que permitan un acceso oportuno a la información.
- d) Rudimentaria red de laboratorios.
- e) Insuficiente desarrollo del proceso de realimentación sistemática.
- f) Deficiente capacidad de respuesta oportuna y eficaz sobre el control de problemas de Salud Pública.

ACCESIBILIDAD GEOGRAFICA, ECONOMICA Y CULTURAL

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

La Comarca de Guna Yala sólo dispone de un Distrito constituido por cuatro corregimientos: Nargana, Ailigandi, Tubuala y Puerto Obaldía. Estas son las comunidades con menor grado de accesibilidad geográfica, económica y cultural:

REGIÓN DE KUNA YALA

COMUNIDADES CON MENOR GRADO DE ACCESIBILIDAD GEOGRAFICA ECONOMICA Y CULTURAL

CORREGIMIENTO	COMUNIDADES
NARGANA	Coco Blanco, Corbisky, Mamartupu, Arritupu, Soledad Mandinga, Nugnugtupu, Nuevo Tubuala, Orostupu, Tupsui, Ailitupu, Naranja Grande, Naranja Chico, Nurtupu, Acuatupu, Isla Maquina, Nusatupu, Naranja Chico 2, Río Azúcar, Río Tigre, Tikantiki y Maguebgandi.
AILIGANDI	Aidigandi, Irgandi, Ukupa, Mamitupu y Achutupu.
TUBUALA	Mansucum, Navagandi, Isla Pino, Caledonia y Carreto
PUERTO OBALDIA	Armila, Anachucuna y La Miel

¿Cuales son las distancias (en tiempo y kilometros) existentes entre las instalaciones de salud más cercanas y estas comunidades; y entre estas comunidades y la cabecera?

Las principales vías de acceso hacia la Comarca son las siguientes: por vía terrestre desde la región de Chepo (Panamá Este) llegando al área de Los Llanos de Carti, para luego acceder a las distintas comunidades por medio del transporte marítimo comercial, la vía aérea desde el aeropuerto Internacional Marcos A. Gelabert en Albrook y la vía marítima que inicia desde la provincia de Colón.

ACCESIBILIDAD A LAS DIFERENTES INSTITUCIONES DE SALUD

INSTALACIÓN DE SALUD	VÍA DE COMUNICACIÓN	MEDIO DE TRANSPORTE	TIEMPO DE ACCESO (COM. PERIFÉRICAS)
CENTRO SALUD BASICO DE WICHUBHUALA	MARITIMA	BOTE CON MOTOR FUERA DE BORDA, CAYUCOS A VELA, CAYUCOS A REMO	15 – 30 MINUTOS
CENTRO DE SALUD CON CAMAS DE CARTI SUGDUP	MARITIMA	BOTE CON MOTOR FUERA DE BORDA, CAYUCOS A VELA, CAYUCOS A REMO	15 MIN – 4 HORAS
CENTRO DE SALUD CON CAMAS DE RIO SIDRA	MARITIMA	BOTE CON MOTOR FUERA DE BORDA, CAYUCOS A VELA, CAYUCOS A REMO	15 MIN – 2 HORAS
CENTRO DE SALUD BASICO DE RIO AZÚCAR	CAMINOS	CAMINANDO	5 – 10 MINUTOS
CENTRO DE SALUD CON CAMAS DE NARGANA	MARITIMA	BOTE CON MOTOR FUERA DE BORDA, CAYUCOS A VELA, CAYUCOS A REMO	30 MIN. - 3 HORAS
CENTRO DE SALUD BASICO DE RIO TIGRE	CAMINO	CAMINANDO	5 – 10 MINUTOS
CENTRO DE SALUD BASICO DE TICANTIKI	CAMINO	CAMINANDO	5 – 10 MINUTOS
CENTRO DE SALUD CON CAMAS DE PLAYÓN CHICO	MARITIMA	BOTE CON MOTOR FUERA DE BORDA, CAYUCOS A VELA, CAYUCOS A REMO	30 MIN. 4 HORAS
CENTRO DE SALUD BASICO DE TUPILE	CAMINO	CAMINANDO	5 – 10 MIN.
PUESTO DE SALUD DE UKUPA	CAMINO	CAMINANDO	5-10 MIN
HOSPITAL REGIONAL DE AILIGANDI	MARITIMA	BOTE CON MOTOR FUERA DE BORDA, CAYUCOS A VELA, CAYUCOS A REMO	20 MIN. – 8 HORAS
CENTRO DE SALUD BASICO DE ACHUTUPU	CAMINO	CAMINANDO	
CENTRO DE SALUD BASICO DE MAMITUPU	CAMINO	CAMINANDO	5 – 10 MIN.
CENTRO DE SALUD CON CAMAS DE USTUPU	CAMINO	CAMINANDO	5 – 10 MIN

CENTRO DE SALUD BASICO DE MANSUCUN	CAMINO	CAMINANDO	5 – 10 MIN.
HOSPITAL RURAL DE NVO. SASARDI	MARÍTIMO	BOTE CON MOTOR FUERA DE BORDA, CAYUCOS A VELA, CAYUCOS A REMO	20 MIN. – 4 HORAS
CENTRO DE SALUD BASICO DE TUBUALA	MARÍTIMO, CAMINO	BOTE CON MOTOR FUERA DE BORDA, CAYUCOS A VELA, CAYUCOS A REMO, CAMINANDO	10 – 45 MIN
PUESTO DE SALUD DE CARRETO	CAMINO	CAMINANDO	5-10 MIN
CENTRO DE SALUD BASICO DE ARMILA	CAMINO	CAMINANDO	5 – 10 MIN.
CENTRO DE SALUD CON CAMAS DE PUERTO OBALDIA	MARITIMA	BOTE CON MOTOR FUERA DE BORDA, CAYUCOS A VELA, CAYUCOS A REMO	30 MIN. – 2 HORA
PUESTO DE SALUD DE LA MIEL	CAMINO	CAMINANDO	5 – 10 MIN.

ACCESIBILIDAD DE LAS COMUNIDADES A LAS CABECERAS

CABECERA	VIA COMUNICACIÓN	MEDIO DE TRANSPORTE	TIEMPO DE ACCESO
CARTI	MARITIMA	BOTE CON MOTOR FUERA DE BORDA, CAYUCOS A VELA, CAYUCOS A REMO	15 MIN - 4 HORAS
RIO SIDRA	MARITIMA	BOTE CON MOTOR FUERA DE BORDA, CAYUCOS A VELA, CAYUCOS A REMO	15 MIN - 2 HORAS
NARGANA	MARITIMA	BOTE CON MOTOR FUERA DE BORDA, CAYUCOS A VELA, CAYUCOS A REMO	30 MIN - 3 HORAS
PLAYON CHICO	MARITIMA	BOTE CON MOTOR FUERA DE BORDA, CAYUCOS A VELA, CAYUCOS A REMO	30 MIN - 4 HORAS
AILIGANDI	MARITIMA	BOTE CON MOTOR FUERA DE BORDA, CAYUCOS A VELA, CAYUCOS A REMO	20 MIN - 8 HORAS
USTUPU	CAMINO	CAMINANDO	5 - 10 MIN
MULATUPU	MARITIMA	BOTE CON MOTOR FUERA DE BORDA, CAYUCOS A VELA, CAYUCOS A REMO	20 MIN - 5 HORAS
PUERTO OBALDIA	MARITIMA	BOTE CON MOTOR FUERA DE BORDA, CAYUCOS A VELA, CAYUCOS A REMO	30 MIN - 2 HORAS

¿Cuáles son los medios usuales de transporte utilizados? Horario del sistema de transporte.

En la actualidad, existe una vía de comunicación terrestre semi- asfaltada (carretera rural) que comunica el sector de Panamá Este con el inicio de la Comarca indígena (Área de Carti) en donde sólo pueden transitar vehículos de doble tracción o 4 x 4. Hay vehículos particulares de este tipo que ofrecen el servicio de transporte de pasajeros desde la ciudad de Panamá hacia este sector de la Comarca de 04:00 a.m. a 08:00 a.m. a un costo de ida y vuelta de B/. 40.00 y la duración del viaje es de aproximadamente dos horas y media. Una vez en el sitio, pueda o no que encuentres embarcaciones fuera de borda (hasta las 10:30 a.m. aproximadamente) en la cual te pueda movilizar a la comunidad de destino; el tiempo de viaje por vía marítima puede oscilar entre 20 minutos (Comunidades cercanas) a 8-10 horas a medidas que nos adentramos al interior de la Comarca con motores fuera de borda de 75 a 200 HP de cabalaje con costo de transporte oscilando entre B/. 15.00 – B/. 150.00. Hay que

señalar, que este servicio de transporte marítimo particular se ofrece principalmente en tiempo de marea baja (abril a noviembre).

¿Cuánto tiempo demora la población para tener acceso a la instalación de salud más cercana? Elaborar el flujo grama de llegada

Ver cuadro descrito en la pregunta N° 2.

¿Cuál es el costo de movilización para la población?

Este puede oscilar entre 15.00 a 50.00

¿Cuál es el mecanismo definido para la atención de la población que no cuenta con los recursos económicos?

Nuestra región se caracteriza por el predominio de una población de pobreza y extrema pobreza, no obstante, esto no impide que se oferte los servicios de salud por la falta de recursos económicos.

Otra opción a la población son las giras de salud realizadas a las comunidades por el equipo básico de la red fija y por el equipo itinerante que también brinda los servicios de salud ofertados de manera gratuita.

Cuando se presentan pacientes sin recursos económicos a cualquiera de nuestras instalaciones de la red de servicios de salud, los mismos son atendidos y el costo de sus servicios son anotados en un libro de cuenta por pagar que posteriormente pueden ser sufragados, a voluntad del paciente, a través de ciertos programas sociales para persona de bajo recursos económicos. Nunca se deja de brindar la atención a los usuarios por falta de recursos económicos. Cabe señalar que en ninguna de nuestras instalaciones de salud se dispone del servicio de Trabajo Social.

COMPLEJIDAD DE LA RED.

¿La región cuenta con una red integrada e integrales de servicios de salud (RISS)?

Si es si, como se organiza:

Actualmente, la red de servicios de salud de la Región de Salud de Guna Yala está constituida por 21 instalaciones de salud: 2 instalaciones de segundo nivel (Hospital Regional Marvel Iglesias y el Hospital Rural Inabaguinya) y 19 instalaciones de salud de primer nivel (3 Puestos de Salud, 10 Centros de Salud Básicos y 6 Centros de Salud con camas).

En la actualidad el Puesto de Salud de Ukupa se encuentra cerrado por el deterioro marcado de su infraestructura.

Todas nuestras instalaciones de salud disponen de cama, principalmente para la atención maternal; y en los centros de salud con camas, además, se realiza hospitalización de corta estancia (3-7 días). Todas estas instalaciones de salud están disponibles las 24 horas del día, ya que por las características del área el personal médico y paramédico foráneo (latino) reside en las instalaciones de salud.

Se establece una interrelación de esta red de servicios de salud del MINSA con la Medicina Alternativa Tradicional.

No existen instalaciones de salud de la Caja de Seguro Social ni servicios de salud privados en la Comarca. No existe Minsa Capsi en la comarca.

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

Distribución de las instalaciones de salud según nivel de atención y grado de complejidad:

		Niveles de atención		
		Primer Nivel	Segundo Nivel	Tercer Nivel
Grados de complejidad	1	Puesto de Salud de Ukupa Puesto de Salud de Carreto Puesto de Salud de La Miel		
	2	Centro de Salud Básico de Wichubhuala Centro de Salud Básico de Río Azúcar Centro de Salud Básico de Río Tigre Centro de Salud Básico de Ticantiki Centro de Salud Básico de Tupile Centro de Salud Básico de Achutupu Centro de Salud Básico de Mamitupu Centro de Salud Básico de Mansucun Centro de Salud Básico de Tubuala Centro de Salud Básico de Armila		
	3	Centro de Salud con camas de Carti Centro de Salud con camas de Río Sidra Centro de Salud con camas de Nargana Centro de Salud con camas de Playón Chico Centro de Salud con camas de Ustupu Centro de Salud con camas de Puerto Obaldía		
	4		Hospital Rural de Mulatupu	
	5		Hospital Regional de Ailigandi	
	6			
	7			

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

- Recursos físicos: La mayor parte de nuestras instalaciones no dispone de energía eléctrica la 24 hora del día, problema de telecomunicación. Los medios de transporte marítimo deben ser modernizado en su totalidad.
- Recursos Humanos: estos son escasos para satisfacer la demanda de la población y se produce multiplicidad de funciones que afecta el buen desarrollo de los programas. Podemos señalar que para el periodo 2015 ha habido un incremento satisfactorio en cuanto a recursos humanos técnicos, principalmente médicos, enfermeras y técnicos de enfermería.
- Tecnologías: para este periodo 2015 ha habido un mejoramiento en la dotación de maquinarias y equipos, tales como oximetría de pulso portátil, bombas de succión, Doppler portátil, EKG, Ultrasonido obstétrico, entre otros.
- Todas nuestras instalaciones de salud laboran en horario regular de 07:00 a.m. – 03:00 p.m. y horario de sobretiempo presencial de 03:00 p.m. – 11:00 p.m. y de 11:00 p.m. – 07:00 a.m.

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

Ninguna de nuestra instalación de salud trabaja con la modalidad de horario extendido, después del horario regular se trabaja turno extraordinario presencial (Sobretiempo).

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

La Red de Servicios de Salud de la Región de Salud de Guna Yala está organizada en áreas sanitarias cada una dispone de instalaciones de salud de diferentes complejidades que pretenden garantizar la atención de los grupos humanos postergados y que tienen bajo su responsabilidad un conjunto de comunidades que corresponden a espacios poblacionales con características semejantes buscando facilitar la acción del equipo básico de salud en el primer y segundo nivel de atención.

Los criterios utilizados en la Región de Salud de Guna Yala para la sectorización fueron la división política de la Comarca (Corregimientos), la accesibilidad geográfica de la población a las instalaciones de salud existentes y la densidad de población.

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

Cada área sanitaria en que se estructura la Región dispone de una instalación de salud sede (Hospitales y Centros de salud con camas) y otras periféricas a ella (Puesto de Salud y Centro de salud básico). Estas se relacionan entre sí y con su instalación sede respectiva. Hay una coordinación estrecha entre cada instalación de salud sede de cada área sanitaria que favorece el proceso de atención a la población.

¿Qué profesionales conforma el equipo básico?

En los hospitales y en la mayor parte de los Centros de salud con camas disponen de un equipo básico completo conformado por Médico General, enfermera, Técnico de enfermería, técnicos de estadísticas, técnica de farmacia, asistente de laboratorio, el operador de lanchas, nutricionistas/asistente de nutrición, Educador/Promotor de salud. En las instalaciones de salud periféricas, Puesto de salud y Centro de salud básico, el equipo tiende a ser más pequeño de acuerdo a los recursos humanos disponibles. En nuestra opinión se requiere fortalecer el recurso humano en estas

instalaciones periféricas, por la multiplicidad de funciones que lleva a una sobrecarga de trabajo y al síndrome de desgaste, además de la modernización de las mismas.

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

REGION DE KUNA YALA
SECTORIZACIÓN DE LA ATENCIÓN
SITUACIÓN ACTUAL, 2017

Area sanitaria	Instalaciones	Comunidades	Población
CARTI	Centro de Salud básico de Wichihuala	Porvenir, Nalunega, Corbisky, Wichubwala, Coco Blanco y Mamitupu	1,258 habitantes
	Centro de Salud con cama de Carti.	Cartí Sugdup, Cartí Tupile, Cartí, Mulatupu, Cartí Yantupu, Naranjo, Grande, Naranjo Chico, Río Cangandi, Nugnutupu, Mandiyala, Taindi, Arritupu, Ailitupu, Orostupu, Nurtupu, Soledad Mandinga, Coibita, Tuwuala, Acuatupu	5,468 habitantes
RIO SIDRA	Centro de Salud con cama de Río Sidra.	Río Sidra, Mamartupu, Isla Máquina, Soledad Miriam, Isla Ratón, Naranjo Chico.	3,091 habitantes
NARGANA	Centro de Salud básico de Río Azúcar	Río Azúcar	415 habitantes
	Centro de Salud con cama de Nargana	Nargana y Corazón de Jesús	1169 habitantes
	Centro de Salud básico de Río Tigre	Río Tigre	957 habitantes
	Centro de Salud básico de Tikantiki	Tikantiki y Maguebgabdi	1284 habitantes
PLAYON CHICO	Centro de Salud con cama de Playón Chico	Irgandi, Aidirgandi y Playón Chico	1900 habitantes
	Centro de Salud básico de san I. de Túpile	San Ignacio de Túpile	1233 habitantes
	Puesto de Salud de Ukupa	Ukupa	260 habitantes
AILIGANDI	Hospital Regional de Ailigandi	Ailigandi	1304 habitantes
	Centro de Salud básico de Achutupu	Achutupu	1807 habitantes
	Centro de Salud básico de Mamitupu	Mamitupu	1230 habitantes
USTUPU	Centro de Salud con cama de Ustupu	Ustupu y Ogobsucum	3154 habitantes
MULATUPU	Hospital Rural de Mulatupu	Sasardí Mulatupu, Sasardí Nuevo e Isla Pino	1540 habitantes
	Centro de Salud básico de Manucum	Mansucum y Navagandi	1039 habitantes
	Centro de Salud básico de Tubuala	Tubuala, Cuba y Caledonia	1932 habitantes
	Puesto de Salud de Carreto	Carreto	596 habitantes
PUERTO OBALDIA	Centro de Salud con cama de Puerto Obaldia	Puerto Obaldia	426 habitantes
	Centro de Salud básico de Armila	Armila	647 habitantes
	Puesto de Salud de la Miel	La Miel	100 habitantes
TOTAL			31,624 habitantes

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

Esta se caracteriza siguiendo los lineamientos del Manual de “Cartera de Servicios para las instalaciones de salud del MINSA según tipo de intervención” desarrollado por el Departamento de Desarrollo de modelos de gestión de la Dirección nacional de provisión de servicios de salud.

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

La cartera de servicio que ofrece la región en la red fija se enmarca en las tres modalidades de atención establecidas por el MINSA contenida en el Manual de “Cartera de Servicios para las instalaciones del MINSA según tipo de intervención” desarrollada por el Departamento de Desarrollo de Modelo de Gestión. La cartera de servicio de nuestra red fija va a tener algunas variantes de acuerdo a la complejidad de cada instalación de salud, su capacidad de resolución y la demanda existente. No existen especialidades médicas en la actualidad en nuestra región probablemente a una baja inversión estatal en los servicios de salud, por la cual los especialistas no son motivados e incentivados a trabajar en área de muy difícil acceso.

SERVICIOS	UNIDAD DE PRODUCCION
PROGRAMA DE PROMOCION DE LA SALUD COMUNITARIA	
<i>Promoción de estilos de vida saludables en la población</i>	<i>Sesiones educativas realizadas</i>
<i>Promoción de la Salud</i>	<i>Sesiones educativas realizadas</i>
<i>Promoción de Salud Ambiental, Ambientes Laborales, Escolares y Comunitarios Saludables</i>	<i>Sesiones educativas realizadas</i>
<i>Promoción de Salud Ambiental, Ambientes Laborales, Escolares y Comunitarios Saludables</i>	<i>Visitas realizadas</i>
<i>Capacitaciones de promoción de la salud.</i>	<i>Capacitaciones realizadas</i>
<i>Capacitaciones de promoción de la salud.</i>	<i>Personas capacitadas</i>
<i>Organización y reorganización de grupos comunitarios.</i>	<i>Grupos organizados.</i>
<i>Organización y reorganización de grupos comunitarios.</i>	<i>Redes organizadas.</i>
<i>Organización de juntas administradoras de acueductos rurales</i>	<i>JAARs organizadas</i>
<i>Información a la comunidad sobre factores protectores a la salud y prevención de riesgos y daños a salud</i>	<i>Vallas instaladas</i>
<i>Comunicación para la Salud y mercadeo social</i>	<i>Materiales impresos distribuidos (Trípticos, afiches y volantes).</i>
	<i>Artículos periodísticos publicados</i>
	<i>Anuncios radiales y televisivos presentados</i>
	<i>Campañas educativas realizadas</i>
	<i>Ferias de salud realizadas</i>
	<i>Investigaciones realizadas</i>
PROGRAMAS DE SALUD INTEGRAL, DE CONTROL Y PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES.	
Epidemiología	
<i>Vigilancia Epidemiológica</i>	<i>Investigaciones Epidemiológicas</i>
Niñez y Adolescencia	

<i>Inmunización</i>	<i>Dosis aplicadas</i>
<i>Control Infantil (de 0 a menores de 5 años)</i>	<i>Consultas y/o actividades</i>
<i>Escolar (de 5 a 14 años)</i>	<i>Consultas y/o actividades</i>
<i>Adolescentes (de 15 a 19 años)</i>	<i>Consultas y/o actividades</i>
Salud Sexual y Reproductiva	
<i>Toma de Papanicolaou</i>	<i>Consultas y/o actividades</i>
<i>Planificación familiar</i>	<i>Consultas y/o actividades</i>
<i>Control prenatal</i>	<i>Consultas y/o actividades</i>
<i>Control de Puerperio</i>	<i>Consultas y/o actividades</i>
<i>Inmunización de la embarazada</i>	<i>Dosis aplicadas</i>
Salud de Adultos	
<i>Salud de adultos de 20 a 59 años</i>	<i>Consultas y/o actividades</i>
<i>Salud de adultos de 60 y más años</i>	<i>Consultas y/o actividades</i>
<i>Control y seguimiento a Manipuladores de Alimentos y operarios de establecimientos de interés sanitario</i>	<i>Consultas y/o actividades</i>
<i>Inmunización del adulto</i>	<i>Dosis aplicadas</i>
Control y Cesación del consumo de tabaco	<i>Consultas y/o actividades</i>
Control de VIH-SIDA	<i>Consultas y/o actividades</i>
Control de Tuberculosis	<i>Consultas y/o actividades</i>
Extensión de Cobertura (ver la cartera de prestaciones priorizadas de las UBAS)	<i>Consultas y/o actividades</i>
SERVICIOS DE ATENCIÓN	
<i>Medicina General</i>	<i>Consulta</i>
<i>Odontología</i>	<i>Consulta y/o actividades</i>
<i>Enfermería</i>	<i>Consultas y/o actividades</i>
<i>Trabajo Social</i>	<i>Consultas y/o actividades</i>
<i>Nutrición</i>	<i>Consulta y/o actividades</i>
<i>Telemedicina</i>	<i>Consultas</i>
<i>Inhalo terapia</i>	<i>Nebulizaciones</i>
<i>Laboratorio clínico</i>	<i>Análisis y Estudios</i>
<i>Farmacia</i>	<i>Medicamentos despachados</i>
<i>Urgencia</i>	<i>Consultas y Procedimientos quirúrgicos menores</i>
<i>Atención Domiciliaria</i>	<i>Consulta y/o actividades</i>
PROGRAMAS DE VIGILANCIA Y CONTROL DE FACTORES DE RIESGOS DEL MEDIO AMBIENTE.	
<i>Salud ambiental y Calidad Sanitaria del Ambiente.</i>	<i>Inspección de viviendas y establecimientos de interés sanitario. Inspección y control de sistemas de disposición y manejo de desechos peligrosos y no peligrosos y residuos o basura. Control de ruidos, fuentes contaminantes, plaguicidas, ambientes libres de humo de tabaco y radiaciones ionizantes.</i>
<i>Construcción de letrinas</i>	<i>Letrinas construidas</i>
<i>Atención de quejas sobre la mala inspección de excretas y aguas servidas</i>	<i>Quejas atendidas</i>
<i>Construcción de pozos excavados y perforados</i>	<i>Pozos excavados y perforados construidos</i>
<i>Construcción de acueductos rurales</i>	<i>Acueductos rurales construidos</i>
<i>Inspección y mejoras de acueductos</i>	<i>Acueductos mejorados y/o inspeccionados</i>
<i>Instalación de sistemas de desinfección de agua</i>	<i>Sistema de cloración de agua instalados</i>
<i>Toma de muestra de agua para análisis</i>	<i>Muestra de agua tomadas</i>

<i>Permisos sanitarios de operación a establecimientos</i>	<i>Establecimientos con permisos sanitarios de operación</i>
<i>Toma de muestra de alimentos para análisis de laboratorio</i>	<i>Muestras tomadas para análisis</i>
<i>Vigilancia de la disposición final de desechos peligrosos tratados</i>	<i>Inspecciones de la disposición de desechos</i>
<i>Vigilancia y control de los plaguicidas de uso doméstico y agrícola</i>	<i>Casos con intoxicación de plaguicidas Casas con buen almacenamiento de plaguicidas y equipos Personas que utilizan equipo de protección adecuada</i>
<i>Evaluación y control de factores de riesgos en los ambientes de trabajo</i>	<i>Inspecciones sanitarias realizadas en ambientes de trabajo Establecimientos con ambientes de trabajo no adecuado</i>
<i>Atención de quejas</i>	<i>Quejas atendidas y solucionadas</i>
<i>Vigilancia y control de vectores y plagas</i>	<i>Inspecciones sanitarias realizadas a locales y viviendas</i>
<i>Tratamiento antipalúdico</i>	<i>Dosis aplicadas.</i>

En la actualidad sólo se dispone de un equipo itinerante de salud el cual atiende las necesidades en salud de las poblaciones más postergadas de la región. Los otros equipos fueron absorbidos por la red fija para el fortalecimiento de sus procesos de atención de la población y el ambiente

El equipo itinerante se maneja con una Cartera de Prestaciones Priorizadas y sus actividades comprenden servicios dirigidos a individuos, familias y grupos organizados de la comunidad y están enmarcadas en las tres modalidades de atención establecidas por el MINSA (Promoción, Prevención y Atención). Este paquete está conformado por un total de 15 actividades que contienen intervenciones básicas, enfocadas en el objetivo de garantizar un buen estado de salud en las comunidades postergadas, que a continuación se presenta:

<u>Servicios de promoción de salud</u>
<p>1. Saneamiento ambiental. Comprende las siguientes actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> – El diagnóstico y control de factores de riesgo en las viviendas, relacionados con la calidad de agua y las fuentes, la disposición de excretas y la disposición de la basura. – Identificación de factores de riesgos en las viviendas
<p>2. Educación para la salud. Comprende las siguientes actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Promoción de las inmunizaciones – Promoción de los controles de salud en menores de 59 meses – Promoción de los controles prenatales – Promoción de los controles puerperales – Promoción de la lactancia materna – Promoción de la salud bucal – Identificación de signos de alarma por IRA's, EDA's y embarazos de alto riesgo.
<p>3. Educación sobre alimentación y nutrición. Comprende las siguientes actividades:</p>

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

4. Organización y capacitación para la participación comunitaria.
Comprende las siguientes actividades:

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

Servicios de prevención de salud

5. Inmunizaciones

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

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

8. Control puerperal

9. Atención integral para las mujeres en edad fértil.

Comprende las siguientes actividades:

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

10. Monitoreo del crecimiento a nivel comunitario

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

Servicios de atención de salud

11. Atención a la morbilidad

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

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

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

Existe una tarifa estandarizada a nivel regional para las instalaciones de la red fija para ciertos aspectos del proceso de atención del paciente. Ciertos programas son manejados gratuitamente según los Decretos Ejecutivos de la Gaceta Oficial (Maternidad, Menores de 5 años, Discapacitados, Adultos mayores, Enfermedades crónicas, Planificación familiar).

Los asegurados reciben los servicios sin costo institucional por la existencia del sistema nacional de costo. Si la instalación de salud invierte en un insumo (generalmente medicamentos o pruebas de laboratorios) estos sí, le son cobrados.

¿Existen y se aplican protocolos de atención?

Sí

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

La norma de atención a la embarazada complicada tiene protocolos para el manejo de las complicaciones en el embarazo. Estas se encuentran en los centros de salud con camas y en los hospitales que son las instalaciones de referencia.

¿Cada qué tiempo se revisan los protocolos de atención?

No ____.

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

En la Comarca de Kuna Yala no se cuentan con instalaciones de salud de la Caja de Seguro Social.

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

Nuestra red de servicios de salud está conformada por la medicina académica ofertada a través del Ministerio de Salud por medio de la Región de Salud de Kuna Yala y la medicina tradicional empírica ofertada a través de miembros de la sociedad, cuyos conocimientos se han transmitido de generación a generación, denominadas Nele (médico tradicional), Inatuledis (botánico) y Mu (partera empírica). No existen instalaciones de salud privadas ni de la Caja de Seguridad Social en la Comarca.

Existe en el nivel regional una coordinación con los dos congresos generales kuna para la interculturalidad de las dos medicinas, la moderna y la tradicional. En base a esta relación se ha realizado un acercamiento con las parteras empíricas (Mu) en la cual hay una colaboración de estos personajes en las instalaciones de salud. Con respecto a los médicos tradicionales kunas (Inadurgan) se requiere mayor

acercamiento a través de una política estratégica tomando en cuenta su cultura, conocimientos y aportes al campo de la medicina y con respeto mutuo para la atención del paciente.

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

No existe la medicina privada en la región. Por políticas pasadas nuestras comunidades se le ha enseñado a que todo es sin costo, gratuito, ocasionando un desconocimiento y una desvalorización tanto del servicio como de los medicamentos consumidos.

¿El sistema de referencia – contra referencia considera la dinámica de funcionamiento de las instalaciones sanitarias?

Sí

Este sistema favorece la movilización o flujo de los pacientes entre las instalaciones de salud de menor capacidad a una de mayor complejidad y capacidad resolutive en el momento en que el paciente requiera ser referido o transferido garantizando la continuidad de la atención integral de nuestros usuarios.

Su objetivo principal es facilitar el envío de los pacientes de una unidad operativa a otra de mayor complejidad o viceversa, conforme a la capacidad resolutive de estas, con el propósito de brindar a los usuarios atención médica integral y oportuna en las unidades que, conforme al padecimiento y la capacidad resolutive de la unidad, resulten más convenientes.

Constituye un procedimiento de enlace y coordinación entre las unidades operativas de los tres niveles de atención que conforma la red de servicios de salud.

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

El flujo se da de las instalaciones de salud de menor capacidad resolutive (Puestos de Salud y Centros de salud básicos) a una de mayor capacidad resolutive dentro del Área Sanitaria correspondiente (Centro de salud con camas y hospitales). De estas instalaciones de mayor capacidad se refiere, de ser necesario, a los hospitales de tercer nivel ubicados en la ciudad de Panamá por vía aérea a través de SISED (Sistema de salud de emergencias y desastres), y hacia el hospital de Chepo por vía terrestre desde las instalaciones cercanas a la carretera existentes en Carti.

Si los centros de salud básicos disponen de médicos en ese momento el paciente puede ser referido directamente a un hospital de tercer nivel en la ciudad de Panamá. En la actualidad, ninguna de nuestras instalaciones de salud dispone de Especialidades por lo que no se establece flujo de pacientes a lo interno de cada instalación de salud.

¿Cuáles son los mecanismos con qué funciona el sistema de referencia contra referencia entre el primero, segundo y tercer nivel de atención? ¿Es eficiente y efectivo en el sistema? ¿Cuáles son las debilidades del sistema de referencia y contra referencia?

La referencia es de tipo vertical, de instalaciones de menor complejidad a instalaciones de mayor complejidad realizada por personal de enfermería y/o médicos generales existentes hacia médicos generales existentes en las instalaciones de mayor complejidad dentro de la red de la región. Fuera de la Red se realiza de los centros de salud con camas y los Hospitales de la región hacia los hospitales nacionales de segundo y tercer nivel por partes de nuestros médicos generales hacia

los especialistas de esas instituciones de salud. No disponemos de especialidades en nuestra red de servicio regional.

El sistema pretende facilitar el flujo de los pacientes a través de solicitud de atención formal mediante un formato preestablecido a un nivel de complejidad mayor una vez sea superada la capacidad resolutoria del nivel que refiere.

Para que el sistema de referencia- contra referencia sea eficaz, oportuno, accesible y eficiente, debe existir una comunicación efectiva y rápida entre el médico o personal tratante y el médico o personal consultor, de manera que se le dé seguimiento a los casos referidos. En nuestra red, la contra referencia externa, la que se da con instituciones nacionales de segundo y tercer nivel, generalmente no llega al médico tratante escapándose una parte de la docencia sobre la patología de la cual fue referido, ya que ella nos permite una retroalimentación. La misma no es entregada ni al paciente ni enviada por mensajería a la región de salud, forma que se estilaba anteriormente en nuestro ministerio.

Entre las debilidades encontradas en el sistema actual están:

- Información incompleta y el uso de letra ilegible tanto en la referencia como en la contra referencia.
- No hay contra referencia por parte del especialista hacia el médico que atendió primero al paciente.
- Ausencia de laboratorios y exámenes de gabinete en la referencia que es enviada a un especialista generalmente por la falta de insumos.
- No hay un servicio de control de calidad que sería el encargado de realizar el monitoreo y evaluación del sistema de referencia - contra referencia.
- La falta de comunicación telefónica hacia la instalación receptora, previo al envío del paciente.
- Referencias al Servicio de Urgencia que no ameritan atención inmediata y que pueden resolverse en consulta externa de las especialidades.
- El trato deshumanizado con el paciente incluso con el personal que lo traslada.
- Desconocimiento de los patrones culturales de los pacientes que ellos acogen en su nosocomio. Ese paciente sale de su medio ambiente donde deja sus familiares, sale sin dinero, desconoce el idioma y todo para él es extraño; esto exacerba el estado psíquico del paciente que se suma a su enfermedad.
- La contra referencia por el tercer nivel no es contestada en el mismo formulario y muchas veces no es recibida.

¿Se utiliza el SURCO? ¿Conoce la base legal que lo sustente?

Sí X

El SURCO tiene su base en el enfoque de sectorización y reorganización de la red de servicios de salud, la cual define diferentes niveles de atención y grados de complejidad. Permite ofrecerle al paciente la atención que requiera en los diferentes niveles y servicios de salud según capacidad resolutoria. Aquí se refiere al paciente para dar continuidad en la atención y facilitar su retorno a la instalación de origen con la información completa y clara de lo acontecido en las diferentes instalaciones de salud a las cuáles concurrió.

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

- La escasez de recursos humanos que lleva a la multiplicidad de funciones.
- El abastecimiento oportuno y suficiente de los formularios utilizados.
- La falta de recepción de la Contra referencia

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

La mayoría de nuestras instalaciones de salud ya han sobrepasado su vida útil por lo que requieren de un proceso de modernización (Reposición y Mejoramiento). El 52.4% de las instalaciones de salud existentes requieren de Mejoramiento (mantenimiento y reparación) mientras que un 47.6% requieren de Reposición de su infraestructura. El 24.0% de nuestras instalaciones han sido reposicionada recientemente (< 4 año): Centro de Salud Básico de Río Azúcar, el Centro de Salud con camas de Río Sidra, el Hospital Rural Inabaguinya de Mulatupu, C.S. con camas de Nargana y de Ustupu y el 5.0% representa construcción nueva (<4 año): el Puesto de Salud de Carreto; todas ellas con apoyo de la Embajada americana. Para los momentos actuales las tres primeras requieren de mantenimiento correctivos al igual que el P.S. de Carreto, ya que no se contempló el mantenimiento preventivo de las mismas.

Quedan otras pendientes por conseguir su reposición a corto plazo (Alta prioridad) tales como el Centro de Salud con camas de Playón Chico, el Centro de Salud Básico de Tubuala, el Centro de Salud Básico de Ticantiki, el Centro de Salud Básico de Río Tigre, el Puesto de Salud de Ukupa, el Puesto de Salud de La Miel, el Centro de Salud Básico de Mansucun, el Centro de Salud Básico de Armila, el Centro de Salud Básico de Wichubhuala, El C.S. con camas de Puerto Obaldía, el C.S. con camas de Carti y la sede regional.

Las últimas construcciones y reposiciones de las instalaciones de salud hechas por la Embajada Americana cuentan con adecuaciones para la población discapacitada.

¿Existen en su región los centros reintegra?

No, existen este tipo de centros en la Comarca de Kuna Yala, los mismo están dirigidos a la inclusión y la atención a personas con diferentes tipos de discapacidad física y sensorial. Fueron creadas para descentralizar la atención. Estos centros de atención integral funcionan con un equipo multidisciplinario integrado por terapeuta de lenguaje, terapeutas ocupacionales, fisioterapeutas, fonoaudiología, trabajador social y psicología.

¿Se tienen actualizados el censo de población de discapacitados?

No X

La última actualización es del año 2012. Se tiene pendiente una gira para la actualización del censo con MIDES.

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

Se hace un monitoreo mensual a través de un formato de monitoreo regional, se da orientación y capacitación periódica sobre el sistema y un informe anual sobre el mismo.

Cuadro N° 9 CAPACIDAD DE ESTABLECIMIENTOS ASISTENCIALES

Sector Público	No. Centros x 1000 Hab.	No. Camas x 1000 Hab.
Hospitales		
Alta complejidad		
Mediana (especialidades básicas)		
Baja (medicina general)	2	
Total Hospitales	2	
Centros Ambulatorios		
Centros con especialidades		
Centros de nivel primario con medicina general	5 centros x 10,000 hab.	
Centros de nivel primario con personal residente no profesional		
Total centros ambulatorios		
Sector Privado		
Hospitales		
Alta complejidad	N/A	
Mediana (especialidades básicas)	N/A	
Baja (medicina general)	N/A	
Total Hospitales	N/A	
Centros Ambulatorios		
Centros con especialidades	N/A	
Centros de nivel primario con medicina general	N/A	
Centros de nivel primario con personal residente no profesional	N/A	
Total Centros ambulatorios	N/A	
Total Centros de Salud		

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

BOLSONES DE DESPROTEGIDOS

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

En nuestra región se ubican principalmente en las comunidades de la costa (Cangandi, Mandiyala, Taindi, Aidirgandi, Irgandi, Carreto, Anachucuna) y en comunidades isleñas dispersas ubicadas principalmente en las áreas sanitarias de Cartí y Mulatupu.

¿Cuáles son los principales riesgos que los afectan?

Entre los principales riesgos a la salud tenemos las inundaciones por crecida de los ríos, el riesgo de incendio de las viviendas por su particularidad, las enfermedades por vectores (Malaria, Dengue, Chikungunya, Zika), las parasitarias y protozoarias.

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

LOS RECURSOS HUMANOS

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

En el reclutamiento no ha habido cambio, pero si en las herramientas tecnológicas (internet, etc.) que nos han ayudado a reclutar posibles candidatos.

Asignación a puestos de trabajo: actualmente se está mejorando el sistema si es de trabajador manual debe asignarse como tal; se analiza mejor el perfil del aspirante, cuando este se escoge se asigna a la posición especificada.

Número de trabajadores: En el periodo 2010 a la actualidad la ganancia ha sido satisfactoria, sobre todo con respecto a los recursos humanos técnicos (médicos, enfermería principalmente)

Se ha mejorado con el uso de la tecnología, ya los procesos no son manuales, lo que ha agilizado los trámites para estos procesos.

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

Con respecto a la capacitación de monitoras en el programa AIN-C:

- Bajo un perfil, son seleccionadas por la comunidad y refrendada por el sahila,
- La capacitación tiene una duración de 40 horas, 8 horas por 5 días
- Se utiliza un manual que fue elaborado en base a experiencias de otros países centroamericanos pero revisado por profesionales de la nutrición de Panamá.
- La metodología es andragogía, participativa.
- Las técnicas educativas utilizados son: lectura dirigida, lluvias de ideas, demostración, trabajo en grupo, sociodramas y juego de roles.

- Al finalizar la capacitación se les entrega todo el material a utilizar durante su trabajo.
- La supervisión es realizada por los nutricionistas o técnicos 2 bajo un protocolo de supervisión, elaborado y estandarizado para el país.

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

Las competencias técnico-administrativas y clínicas del personal de salud se actualizan a través de reuniones periódicas con los gerentes locales (Directores médicos y Jefa de enfermeras), en el ámbito regional, programadas por la Dirección Regional y/o por los Coordinadores Regionales de Programas para el fortalecimiento de los mismos. Además, Se le facilita al recurso humano su asistencia a eventos académicos suministrados por el nivel central u organizaciones educativas privadas

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

Se realizan reuniones técnico-administrativas cada tres meses para la identificación de problemas y su posterior priorización.

¿Cómo determina el equipo de salud los costos de la atención sanitaria?

¿Cuáles son las actividades con mayor peso en la definición de estos costos?

Todos los meses se envía al nivel nacional un resumen estadístico de producción de hospitales y centros de salud que posteriormente es enviado al departamento nacional de costo que son los que hacen la compensación

No conocemos los parámetros definidos por ellos para la compensación.

¿Las tarifas existentes contemplan los costos reales de los servicios?

No, son costos simbólicos que permiten a las instalaciones locales gestionar ciertos recursos que no son suministrados oportuna y suficientemente por el nivel regional y necesario para el desarrollo de los procesos de atención.

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

No lo conocemos porque esta información la maneja el nivel nacional.

¿Existe en su región entidades dedicadas al desarrollo de la fuerza de trabajo en salud (Lista de entidades formadoras de los profesionales, tendencia de la relación “Generalista vs. Especialistas” y con qué periodicidad se revisan y se reformulan los currículos de formación profesional en pregrado y posgrado de las carreras de salud)?

No X

En la Comarca no existen entidades dedicadas al desarrollo de la fuerza de trabajo en salud.

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

No

En la comarca no existen este tipo de estudios.

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

En estos últimos dos años se ha dado una mejoría en los ingresos de acuerdo con el nivel de calificación del recurso humano. El pago de las horas extraordinarias ha incrementado de una forma satisfactoria; por otra parte, el valor del bono anual no lo es. Sin embargo, no ha sido lo suficiente para satisfacer las necesidades de este teniendo en cuenta que las profesiones de salud son de alto riesgo y que el costo de los procesos de formación, capacitación y de los equipos médicos y materiales son muy alto en la actualidad. Con respecto al personal administrativo, este no devenga el salario acorde a su nivel de calificación.

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

Los costos en el sistema privado generalmente se rigen al sistema de ofertas y demanda, por lo que los ingresos según el nivel de calificación del recurso humano de salud van a depender de cómo se encuentre el mercado.

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

En nuestra región no ha llegado esa modalidad.

¿Comentar las acciones del MINSA para mejorar el desempeño en la evaluación de la FESP?

Se realizan reuniones periódicas de monitoreo y evaluación de dichas funciones para la identificación de nudos críticos.

MINISTERIO DE SALUD
REGION DE KUNA YALA
MOMENTOS DE LOS PROCESOS DE CAMBIO E INCIDENCIA EN LAS FUNCIONES DEL SISTEMA DE SALUD

CUADRO n° 10

Funciones sistema de salud	PERIODO														
	1994 - 1999 agosto			1999 sept. - 2004 agosto			2004 sept. - 2009 junio			2009 julio - 2014 junio			2014 julio		
	Publico	Privado	Seguro Social	Publico	Privado	Seguro Social	Publico	Privado	Seguro Social	Publico	Privado	Seguro Social	Publico	Privado	Seguro Social
Sub sectores															
Regulación															
Conducción															
Desempeño FESP															
Financiamiento															
Aseguramiento															
Provisión															

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

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

Cuadro No.11

RECURSOS HUMANOS BÁSICOS EN RED DE ATENCION

MINISTERIO DE SALUD

REGION DE KUNA YALA

RECURSOS HUMANOS BÁSICOS EN RED DE ATENCIÓN

CUADRO n° 11

	2000				2010				2017			
	Total	MINSA	CSS	Privado	Total	MINSA	CSS	Privado	Total	MINSA	CSS	Privado
Total de médicos												
Generales	17	16	1	0	25	24	1	0	36	35	1	0
Pediatras	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Cirujanos	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Internistas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Familiares	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Gineco - Obstetra	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Otras especialidades	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
N° total Enfermeras	31	31	0	0	29	29	0	0	39	39	0	0
N° de Odontólogos	6	5	1	0	6	5	1	0	6	5	1	0
Razón de médicos por 10,000 habitantes	5.24	5.24	0	0	6.66	6.66	0	0	10.3	10.3	0	0
Razón de enfermeros profesionales por 10,000 habitantes	7.73	7.73	0	0	7.72	7.72	0	0	11.1	11.1	0	0
Razón de odontólogos profesionales por 10,000 habitantes	1.5	0	0	0	1.6	0	0	0	1.71	0	0	0
Razón de parteras por 10,000 habitantes	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
N° total de técnicos de laboratorio	9	8	1	0	19	9	1	0	10	9	1	0
N° total de técnicos en enfermería	31	29	2	0	27	26	1	0	35	34	1	0
N° total de asistentes dentales	3	3	0	0	3	3	0	0	3	3	0	0
N° total de cito tecnológicos	1	1	0	0	1	1	0	0	1	1	0	0
N° de farmacéutas	3	3	0	0	2	2	0	0	2	2	0	0
N° de asistentes de farmacia	14	13	1	0	14	13	1	0	15	14	1	0
N° de educadores para la salud	1	1	0	0	2	2	0	0	1	1	0	0

N° de promotores de salud	7	7	0	0	7	7	0	0	10	10	0	0
N° de asistentes de salud	5	5	0	0	8	8	0	0	8	8	0	0
N° de inspectores de saneamiento	5	5	0	0	8	8	0	0	8	8	0	0
N° de inspectores antivectoriales	19	19	0	0	17	17	0	0	16	16	0	0
N° de veterinarios	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
N° de ingenieros y arquitectos	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
N° graduados de post grado en salud pública	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
N° de escuelas de salud pública	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
N° universidades con maestrías en salud pública	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Cuadro No.12
RECURSOS HUMANOS EN LAS INSTITUCIONES DE SALUD
2017

INSTITUCION	Cargos									
	Méd. Gen.	Méd. Esp	Enf	Odont	Téc. Enf.	Farmacé.	Otros trabajadores técnicos de salud	Personal Adm.	Lab.	Nutri.
MINSA	35	0	39	5	34	2	73	103		3
CONTRATO	0	-	-	-	-	-	3	15	-	2
PERMANENTE	35	-	39	5	34	2	70	88	3	1
RED FIJA										
RED ITENERANTE	1	-	1	-	1	-	-	-	-	1
CSS	1	-	-	1	1	-	2	1	1	-
PRIVADO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TOTAL	37	0	40	6	36	2	75	104	4	4

LOS INSUMOS SANITARIOS
(MEDICAMENTOS, MÉDICO QUIRURGICO, LABORATORIO, ODONTOLOGIA E
IMAGENOLOGIA)

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

Existen un total de 19 farmacias funcionando, 8 con técnicos de farmacia y 11 sin personal nombrado. No hay farmacia comunitaria ni privada.

¿Conocen la existencia de la política de medicamentos del 2009?

Sí

Documento que reúne un conjunto de principios, objetivos y lineamientos para la implementación de acciones que orienten la promoción de la producción, la disponibilidad, la accesibilidad, la calidad y el control de medicamentos en el país.

Concibe el acceso a medicamentos y otros insumos quirúrgicos como un derecho y reconoce la responsabilidad del Estado de tutelar el cumplimiento de este derecho, declarando que los medicamentos son un bien social que prevalece sobre el interés político, comercial e individual.

La política desarrolla temas tales como: garantía de la calidad, eficacia, vigilancia de la seguridad, promoción y comercialización ética de los medicamentos; uso racional por parte de los profesionales sanitarios y consumidores y estímulo de la producción, investigación y tecnología en materia de medicamentos entre otros.

Tiene su base legal en la resolución 632 del 30 de junio del 2009, por medio de la cual se adopta la política nacional de medicamentos 2009.

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

Sí

La resolución N° 203 DEL 20 DE ABRIL DEL 2010 mediante la cual se crea la Comisión nacional de medicamento de panamá establecida como un organismo TÉCNICO BAJO la dependencia del MINSA que la presidirá. La misma está conformada por director nacional de farmacia y drogas en representación del MINSA quien la presidirá y la coordinará, dirección de provisión de servicios de salud quien fungirá el cargo de secretario ejecutivo de la comisión, el director general de salud, un representante de la comisión de medicamentos de la CSS, un representante del colegio médico de Panamá y un representante del colegio nacional de farmacéutico, un representante de la comisión de medicamentos del HST, un representante de la comisión de medicamentos del ION, un representante de la comisión de medicamentos del HN, el director médico del INSAM, Facultad de farmacia y de medicina y la universidad de Panamá. La comisión contará CON TRES ASESORES: UN ASESOR REPRESENTANDO a la asociación de farmacia de la universidad de panamá, a la universidad de medicina de la universidad de panamá y otro representando a la dirección de asesoría legal del MINSA.

Su responsabilidad seleccionar el listado nacional de medicamentos esenciales y el listado básico de medicamentos especializados, elaboración del formulario nacional de medicamentos, elaboración y validación de guías y protocolos de tratamiento, la revisión periódica de los listados de medicamentos para su inclusión o exclusión, revisión periódica de formularios, guías y protocolos de tratamiento, desarrollo, implementación y normativa de las farmacias comunitarias en los centros de atención primaria de salud para favorecer el acceso, asequibilidad y uso racional de medicamentos por toda la población. Actualizándolo cada 2 años.

Diseña el formulario único y el manual terapéutico.

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

Solo se conoce que todos los martes la CONAMEP se reúne en el edificio 253, pero el avance no se conoce.

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

No X

Odontología: Con respecto a la coordinación odontología no existe un listado regional que considere los diferentes niveles de complejidad de la red de servicios ya que todos los odontólogos generales asignado a cada área dentro de su perfil están capacitado para realizar los mismos tratamientos dentales y el comportamiento de las comunidades en cuanto a morbilidad es similar en toda la comarca. Igualmente, no contamos con especialidades odontológicas.

Imagenología: sólo se dispone en el Hospital Regional Marvel Iglesias, pero en la actualidad no dispone del recurso humano (Técnico de radiología ni Radiólogo).

Laboratorio: existe un catálogo nacional con 630 renglones en el área de laboratorios de las cuales solamente el laboratorio regional utiliza 110 renglones de acuerdo a las patologías existentes en el nivel operativo. La red de laboratorio nuestro es de primer nivel de atención.

Medicamentos: el catálogo nacional de medicamentos tiene 341 renglones de los cuales se maneja 290 renglones aproximadamente.

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

El catálogo Nacional de Laboratorio maneja 630 renglones, de estos la región de kuna Yala sólo utiliza 110 renglones. Lo utiliza el Coordinador Regional y los responsables de laboratorios en cada área sanitaria; igualmente lo utiliza la Dirección médica de las áreas y Provisión de servicios regional.

Odontología utiliza un catálogo de 140 renglones desglosados de la siguiente forma: materiales restauradores, cementos, anestesia, fresas, eyectores, insumos de prevención, insumos de endodoncia, insumos de radiografías, insumos de bioseguridad, e instrumentales de diagnóstico y operatoria. Este catálogo es utilizado por el Coordinador Regional para realizar las solicitudes a nivel nacional y de acuerdo a la disponibilidad de recursos humanos y equipamiento realizar la asignación a las áreas sanitarias.

No hay servicio de imagenología en la actualidad en el Hospital Regional Marvel Iglesias.

Medicamentos: se utiliza 290 renglones. Los utilizan las instalaciones de primer y segundo nivel

¿Conoce y utiliza la herramienta LSS/SUMA, para la sistematización de los inventarios de medicamentos, médicos quirúrgicos, laboratorios, odontología, imagenología en su almacén regional, hospital regional o instalaciones de mayor capacidad resolutive?

Sí X

Si es si, considera usted que es herramienta útil:

Si, se conoce y utiliza. Es útil porque nos brinda una información rápida, oportuna y veraz. Mantiene actualizado los inventarios físicos y financieros.

La Licda. Ana Jones (farmaceuta) es la regente en el manejo del software a nivel de la sede regional. Mensualmente le envía a los componentes responsables la información de los insumos existentes (Inventario). Posteriormente cada coordinador regional involucrado asigna los insumos de acuerdo a la cantidad y necesidad de cada red fija.

Odontología: si lo conocemos y estamos capacitados para su utilización, pero debido a la limitante de no tener un proveedor de acceso a internet óptimo.

Laboratorio: lo utiliza para la recepción y verificar el inventario existente para la asignación de insumos a la red fija. Esto se hace a través del software del Almacén de la sede regional.

¿Se utilizan los informes gerenciales y transaccionales que generan el LSS/SUMA, para la toma de decisiones gerenciales oportunas?

Si, estos informes gerenciales son enviados a los coordinadores, jefes de programa y jefe de provisión de servicios regional para la toma de decisiones.

¿Existen esquemas de distribución y/o de subvención para facilitar el acceso a los medicamentos, médico quirúrgico, laboratorios, odontología, imagenología por grupos poblacionales o por patologías?

Sí

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

Flujograma de distribución:

La distribución de todos los insumos se realiza bimensualmente a cada instalación. Las instalaciones envían sus pedidos mensuales en la primera semana del mes, realizando las distribuciones en la segunda y tercera semana a las instalaciones correspondiente a ese mes; de acuerdo al cronograma de envío existentes. El almacén se encarga de entregar los insumos hacia las áreas sanitarias

¿Se utilizan los formatos para el registro de consumo de los 5 grupos de insumos sanitarios (medicamentos, odontología, médico quirúrgico, laboratorio e imagenología) en su región, para realizar estimaciones de necesidades de los insumos?

Sí

Todas las coordinaciones involucradas utilizan los formatos de registro de consumo para realizar estimaciones de necesidades de los insumos.

¿Están conformados los comités regionales de fármaco vigilancia y farmacoterapia?

No

Se cuenta con funcionarios capacitados desde el año 2012, pero no se ha conformado aún este comité regional.

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

Sí

Se dispone de las normas de tratamiento de las patologías prevalentes (VIH, TB, HTA, Diabetes mellitus, Enfermedades periodontales y caries dental, Trastornos del embarazo, entre otros).

¿Qué porcentaje de las farmacias privadas cuentan con farmacéutico? ¿En qué horario del servicio se concentran estos profesionales? ¿Quién y cómo se cubren el tiempo durante el cual no hay disponibilidad de farmacéutico?

No existen farmacias privadas en la Comarca.

¿Qué porcentaje de las farmacias de la red pública de servicios de salud (CSS y MINSA) cuentan con farmacéutico? ¿En qué horario del servicio se concentran estos profesionales? ¿Quién y cómo se cubren el tiempo durante el cual no hay disponibilidad de farmacéutico?

La región de salud de Guna Yala cuenta con dos farmacéuticos quienes tienen cargos regionales. Las instalaciones de salud solo trabajan técnicos de farmacia. Aquellas que no tiene técnicos de farmacia o en su ausencia (días libres o compensatorios) el personal de enfermería cubre la misma. Algunas instalaciones disponen de voluntarios (reciben un pequeño pago simbólico por parte de la caja del centro) capacitados internamente para brindar este servicio debido a la falta de nombramiento de personal idóneo para el mismo y suplir las necesidades de la población demandante.

¿Cuál es número anual de donaciones de sangre?

No existe banco de sangre en nuestra región

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

No se dispone de laboratorio de agua ni de alimentos. Actualmente disponemos en la red de 7 laboratorios clínicos básicos de primer nivel de atención.

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

El laboratorio de referencia de la red de Guna Yala es el del Hospital Marvel Iglesias de Ailigandi, por su situación geográfica céntrica y por su mayor capacidad resolutive. Para la confirmación de patología notificables e infecciosas se hace correo de muestra y se envía al Instituto conmemorativo Gorgas de estudio de la salud.

¿Son uniformes las tarifas de los laboratorios y medicamentos para los usuarios? ¿Con que criterios se definen esas tarifas? ¿Existe margen de ganancia para las instalaciones de salud? ¿Cuál es?

Las tarifas están estandarizadas para la red de servicios de salud de la región. Se unificaron los precios para todas las instalaciones teniendo en cuenta la situación socioeconómica de la población. El margen de ganancia es mínimo (aproximadamente 2-5%) para hacerle frente internamente a algunas necesidades no sufragadas por la Región (Autogestión para adquisición de repuestos, e insumos).

¿Existe un laboratorio de referencia definido para citología?

En la estructura de personal de la región existe un Cito tecnólogo, el cual está asignado al Poli Centro de Juan Díaz, ya que en el Hospital Regional de Ailigandi no se cuenta con un laboratorio para las citologías. Las muestras Papanicolaou de las pacientes que acuden a las instalaciones de salud de la Comarca son enviadas a este Poli centro para su respectivo análisis.

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

En los últimos años ya no hay techo presupuestario, pero las cotizaciones quedan onerosas y desiertas ya que algunos proveedores no participan porque existen aplicaciones legales que no le permiten entregar de forma tardía.

Se prioriza según el consumo de la red fija de acuerdo al perfil epidemiológico.

Cuadro No. 13

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

INDICADOR	2008	2009	2010	2011	2012
Gasto total en medicamentos por la CSS					
Gasto total en medicamentos por MINSA	647905.22	446241.24	396225.15	380287.36	559029.15
Gasto Per cápita en medicamentos	15.906	10.955	9.727	9.336	13.724
Gasto total en laboratorio por la CSS					
Gasto total en laboratorio por MINSA	40788.95	22055.79	97410.59	72719.91	99423.45
Gasto Per cápita en laboratorio	1.00	0.54	2.39	1.78	2.44
Gasto total en médico quirúrgico por la CSS					
Gasto total en médico quirúrgico por MINSA	80969.34	20430.00	99632.59	61485.27	89575.59
Gasto Per cápita en médico quirúrgico	1.987	0.50	2.44	1.509	2.199
Gasto total en odontología por la CSS					
Gasto total en odontología por MINSA	31805.51	0	27051.03	15813.72	23849.48
Gasto Per cápita en odontología	0.78		0.664	0.388	0.585
Gasto total en imagenología por la CSS					
Gasto total en imagenología por MINSA	1167.64	1477.09	2480.12	5286.28	1491.35
Gasto Per cápita en imagenología	0.029	0.036	0.06	0.1298	0.0366

EQUIPO Y TECNOLOGIA

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

El 50% de los equipos odontológicos de la red están en condiciones defectuosa y estos se debe a la falta de personal biomédico para realizar el mantenimiento preventivo y correctivo.

En la red de laboratorio el 35% dispone de equipos defectuosos o fuera de uso.

El equipo médico se encuentra en un 35% defectuoso.

Hay que tener en cuenta que nos desenvolvemos en un ambiente salino y con mucha humedad y nuestras infraestructuras no reúnen las condiciones de almacenaje por lo que los equipos tienden a tener una vida útil más reducida.

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

El 30% de los equipos de laboratorios ya han cumplido su vida útil y todavía están en uso. Esto puede ocasionar problemas de mala visión con referente a los microscopios.

El 13% de los equipos de odontología han sobrepasado su vida útil, se siguen utilizando, pero están en espera de descarte.

Los equipos médicos el otro 25% han sobrepasado su vida útil. Se está trabajando con equipos viejos y obsoletos.

¿Existe algún listado de equipos para su reposición?

Por parte de laboratorio: 5 microscopios binoculares, 3 micro hematocritos, 5 rotadores, 7 contadores manuales de glóbulos blanco y dos equipos de hematología semiautomatizada.

Por parte de odontología: 4 compresores, 4 unidades dentales completas.

En cuanto a equipos médicos no se dispone.



FOTOGRAFIA n° 4

SATISFACCIÓN DEL USUARIO

*LISTA DE ESPERA
HORARIO DE SERVICIOS
MECANISMO PARA LA MEDICIÓN DE LA
SATISFACCIÓN DEL USUARIO.
CONTROL DE CALIDAD.*

LISTA DE ESPERA Y MORA QUIRURGICA.

¿Cuál es la mora quirúrgica y hasta cuanto se espera por un cupo en el salón de operaciones en los diferentes servicios quirúrgicos? ¿A nivel hospitalario se han establecido mecanismo de registro y control de la mora quirúrgica? ¿Han sido efectivos? ¿Existe una lista de espera por servicio quirúrgico?

No disponemos de la especialidad de cirugía general ni anestesiólogo, pero se tiene un listado de pacientes por área sanitaria de determinado procedimiento quirúrgico en espera de un programa quirúrgico de intervención por el nivel central.

¿En qué servicios, programas o actividades se concentra el mayor número de usuarios en espera por la atención demandada?

La mayor demanda se da en el programa infantil y maternal, en los servicios en medicina general, enfermería y odontología (donde existe el servicio). En caso de una gran demanda por escasez de recursos humanos que en algún momento se puede dar se prioriza la atención de pacientes que tienen dificultad en la accesibilidad de la atención (islas lejanas).

¿Se registra el rechazo de pacientes?

¿Cuál es el porcentaje de pacientes rechazados por día y tipo de actividad o programa?

No, se registra el número de pacientes rechazados, ya que no se oferta el servicio de cirugía. Igualmente, no se cuenta con el porcentaje de pacientes rechazados.

¿En qué distritos existe mayor proporción de la demanda no satisfecha, en términos de disponibilidad de recursos para la atención?

No aplica en estos momentos

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

Las citas son otorgadas por demanda espontánea y los pacientes de los diversos programas de salud son citados según la norma.

HORARIO DE SERVICIOS.

¿En qué horario se ofrecen los servicios de salud? (Consultas externas de hospitales y de Centros de Salud)?

El horario regular es de 07:00 a.m. - 03:00 p.m. en todas las instalaciones de salud. De 3-11p.m. y 11-7 p.m. se brinda atención de sobretiempo presencial (servicio de urgencias)

¿La población está satisfecha con los horarios actuales?

Si, ya que en las instalaciones se brinda una atención continua las 24 horas del día y los 7 días de la semana en un horario regular y luego en horario extraordinario por la característica del área en que laboramos.

¿Se ha realizado alguna propuesta de modificación de horarios, ya sea para la prolongación de las horas de apertura o de los días de funcionamiento de las instalaciones?

No es necesario la modificación de horarios, ni prolongación de la hora de apertura, ya que en las instalaciones se brinda una atención continua las 24 horas del día y los 7 días de la semana en un horario regular y luego en horario extraordinario por la característica del área en que laboramos.

¿Cuáles son los servicios que se brindan en los horarios ampliados? ¿Qué limitantes se reportan en la implementación de los servicios en horario ampliado?

No aplica por las razones anteriormente expuestas.

MECANISMOS DE MEDICIÓN DE LA SATISFACCIÓN DEL USUARIO.

¿Los establecimientos de salud desarrollan encuestas de satisfacción de usuarios?

No X

Este proceso tiene años de no funcionar por lo que se ha dejado de aplicar la encuesta de satisfacción de usuarios. En la actualidad hay intención de ponerla en funcionamiento.

¿Cuál es el porcentaje de establecimientos con aplicación periódica de estudios o encuestas de satisfacción del usuario, buzón de sugerencias, centro de llamadas u otras?

En la actualidad ninguna de nuestras instalaciones está aplicando las mismas. Existen los buzones de sugerencias en las instalaciones, pero los pacientes no depositan nada.

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

Cuando se realizaba estas se tomaban en cuenta para mejorar los procesos de atención de acuerdo a la disponibilidad de los recursos.

¿Se realizan las auditorías sociales en su región? ¿Cuáles son los resultados y los mecanismos de intervención?:

Estas se realizan cada 2 meses tanto a la red fija como a las UBAS. El promedio de los resultados de auditoría ha sido de una puntuación de 4.5 en una escala de 5. Los mecanismos de intervención no se han realizado.

¿Se comparten estos resultados? ¿Qué mecanismos utilizan para compartirlos?
Sí X

Son evaluados por la comisión regional del proceso de auditoría social conformado por la dirección regional, la subdirección regional, provisión de servicios, el equipo de supervisión (enfermería, nutrición y saneamiento ambiental), el coordinador regional y trabajo social. Una vez realizada la evaluación la información se remite al nivel nacional. A nivel de coordinadores regionales si se han presentado los resultados sin embargo a nivel de la comunidad no se han hecho.

¿Conocen el programa de humanización?

En estos momentos están en proceso de capacitación funcionarios de salud de la región sobre ese tema. Está orientado al acompañamiento humano y espiritual del paciente no solamente en su estadio terminal sino durante su periodo de manejo hospitalario; se sienta seguro, emocional y espiritualmente.

¿Se aplican en algunos de sus hospitales?

No X.

Todavía se está recibiendo capacitación para luego realizar su implementación en los niveles operativos.

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

No X.

En nuestro caso no existe demanda insatisfecha porque todos los pacientes que llegan solicitando atención son atendidos por las instalaciones de salud en los diferentes servicios, ya sea el regular o el de urgencias.

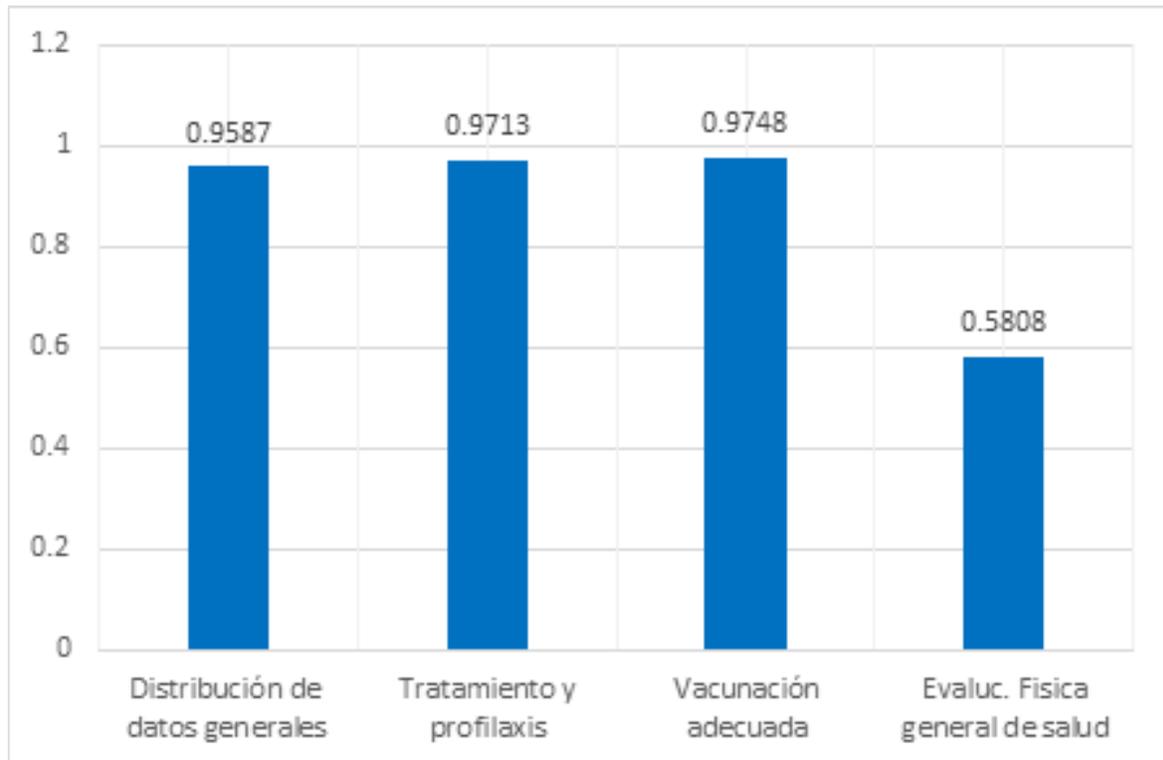
CONTROL DE CALIDAD.

¿Han realizado auditorias de expedientes, auditorias médicas y administrativas?

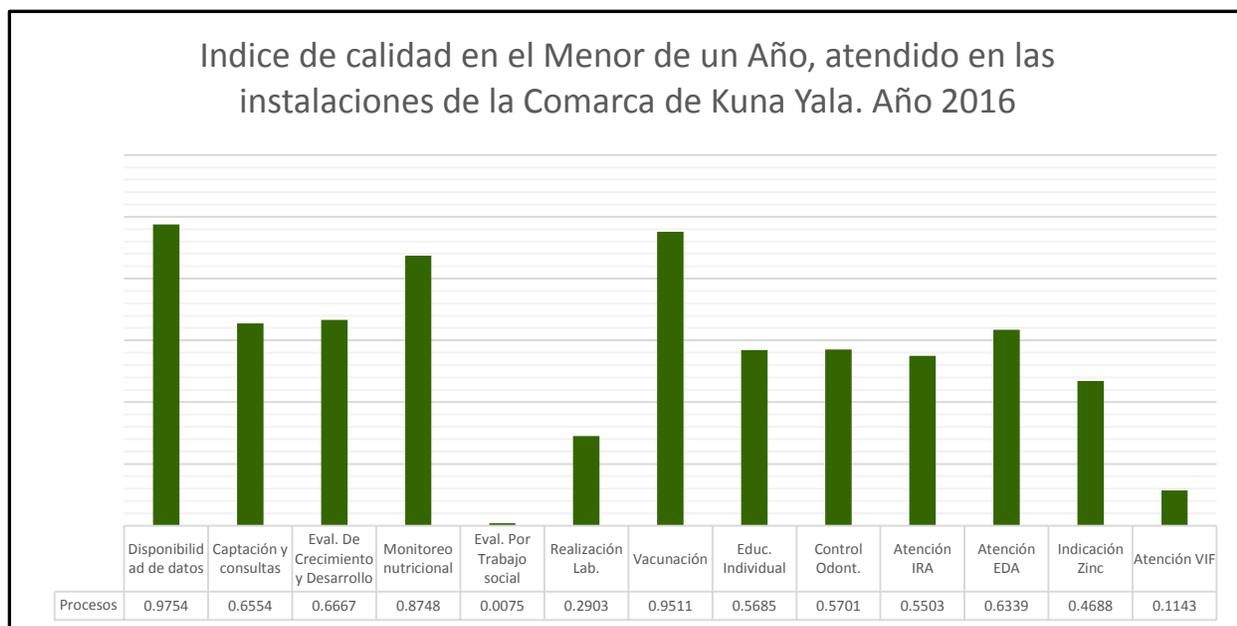
Sí X.

En la Región de Salud de Kuna Yala se realizan auditorías de expedientes anualmente como un estudio retrospectivo desde el año 2008, ininterrumpidamente, en las instalaciones de salud sede de las áreas sanitarias de la región (C.S. con camas de Carti, C.S. con camas de Río Sidra, C.S. con camas de Nargana, C.S. con camas de Playón Chico, C.S. con camas de Ustupu, C.S. con camas de Puerto Obaldía y las consultas externas del Hospital Rural Inabaguinya y del Hospital regional Marvel Iglesias). La auditoría la realiza un equipo de 10 funcionarios entre médicos, enfermeras, odontólogos, técnicos de enfermería y jefa de REGES; de manera tal, que es un grupo externo a la instalación de salud quienes las realizan. Una vez realizadas las auditorias se procede a la digitalización de los datos en el sistema de información que se encuentra en la página web del MINSA. Posteriormente, se realiza la recopilación de los resultados y su análisis para su presentación al departamento nacional de monitoreo y evaluación y a los coordinadores nacionales de programa, luego a la dirección regional y coordinadores regionales y, por último, a las áreas locales.

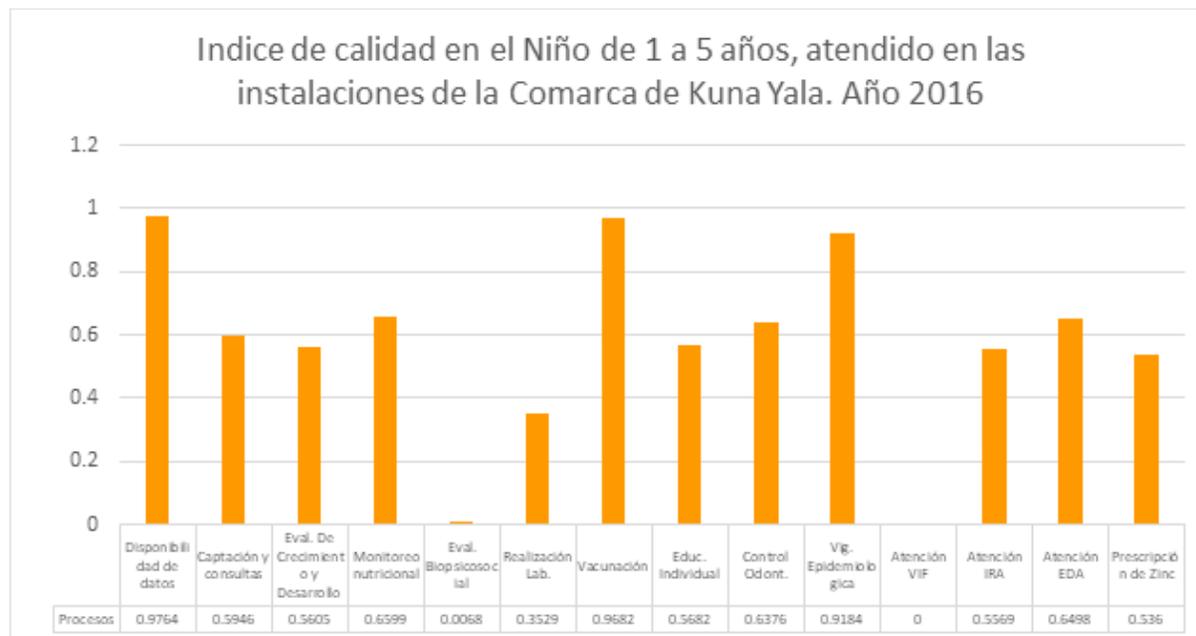
Resultados auditoria de expedientes 2016. Grupo Neonatos.



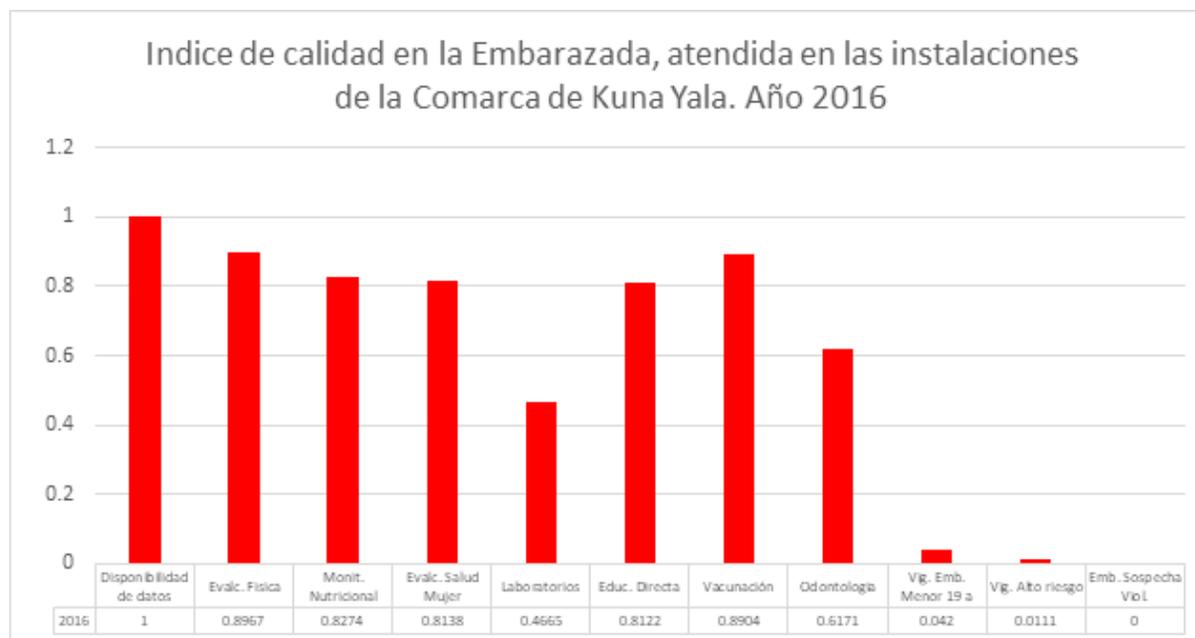
Resultados auditoria de expedientes 2016. Grupo menor de 1 año.



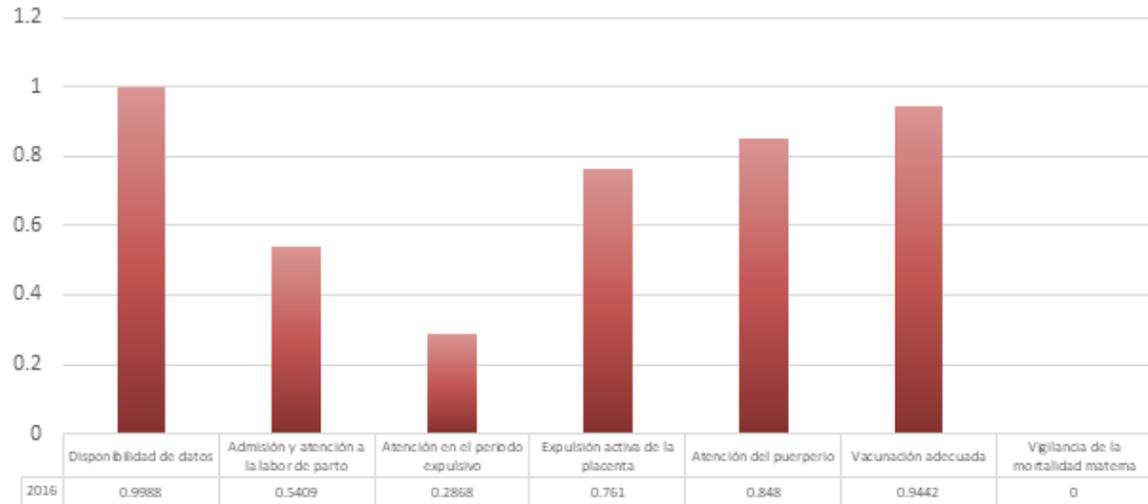
Resultados auditoria de expedientes 2016. Grupo Niños y Niñas de 1 a 5 años.



Resultados auditoria de expedientes 2016. Grupo Embarazadas.



**Indice de calidad en la Atención del Parto
en las instalaciones de la Comarca de Kuna Yala. Año 2016**



Resultados auditoria de expedientes 2016. Grupo Partos.

**REGION DE KUNA YALA
RESULTADOS AUDITORIA DE EXPEDIENTES
AÑOS 2011, 2012, 2013, 2014 y 2015**

Programa		2011	2012	2013	2014	2015
Recien Nacido		0.5447	0.6234	0.6577	0.6750	0.7080
Menor de 1 año		0.5447	0.6234	0.6577	0.6646	0.5713
Niños (as) 1 a 5 años		0.5656	0.7067	0.5749	0.5748	0.5849
Adolescentes		0.6122	0.6155	0.5733	0.5158	0.4886
Embarazadas		0.5971	0.6845	0	0.6281	0.6559
Partos		0.4170	0.6158	0.641	0.6312	0.5809
Adulto		0.4913	0.5758	0.5527	0.5309	0.6276
Adulto con Cronicas	HTA	0.4320	0.4711	0.4124	0.4142	0.3390
	DM	0.3006	0.4803	0.4114	0.3472	0.3250
	HTA/DM	0.1730	0.4263	0	0.2363	0.3250
Tuberculosis Expedientes		0.4225	0.6301	0.4257	0.5986	0.4776
Tuberculosis Tarjetas		0.6488	0.8079	0	0.7962	0.6928
Trabajadoras del Sexo						

En el marco de la estrategia de EEC, PFMESS y MS2015, se fortalecen los procesos de trabajo en las áreas de prevención, promoción y atención, evaluando los registros y cumplimiento de normas y protocolos de atención mediante supervisiones bimensuales a los equipos de la red fija.

En estos momentos no se realiza auditoría médica en el nivel operativo.

La auditoría administrativa se realiza trimestralmente en lo que a rendición de cuenta se refiere en el nivel regional por parte de Auditoría interna del MINSA. A nivel operativo se realizaba antes por contabilidad regional una vez al año en el nivel operativo; actualmente se realiza monitoreo cada 4 meses en cuanto al fondo de administración

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

Por un tiempo en que se llevaba el programa de Atención al cliente, en la cual el paciente depositaba sus inquietudes en un buzón de sugerencias y luego se discutía los hallazgos con los funcionarios y se planteaban un plan de mejoras. Actualmente, se está en el proceso de reactivación de la coordinación.

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

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

De los 42 indicadores de calidad que tenemos en este portal, algunos de ellos aplican a nuestra región como la tasa de mortalidad materna y perinatal, pero muchos de ellos corresponden a especialidades de las cuales, actualmente, no contamos con ninguna en la comarca de Guna Yala, ya que aún se espera el inicio de labores del cirujano como tal y carecemos de ginecólogos y pediatras. Sin embargo, estos indicadores de calidad hasta el momento no conozco que se hayan utilizado para la toma de decisiones en nuestra comarca.

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

Se ha iniciado desde el 2009 el PMEFS, la cual empezó con las denominadas unidades básica de atención (UBAS) como redes itinerantes, y luego con la incorporación de éstos grupos en las instalaciones de salud, con lo que se busca aumentar la cobertura en la atención de la población y el mejoramiento de indicadores y coberturas en salud por medio de un préstamo realizado por el BID. Más recientemente con la donación proporcionada por una entidad internacional se han iniciado otras estrategias para el mejoramiento de la calidad como el plan de parto, plan de agua, etc.

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

Si. Este instrumento es la herramienta ODC, para la optimización del desempeño de la calidad. Esta herramienta fue aplicada del 19 al 26 de noviembre del 2017 en las siguientes instalaciones: Hospital Marvel Iglesia de Ailigandi, Centro de Salud de Nargana, Centro de Salud de Ustupu y en el Hospital Rural de Mulatupu.

MINISTERIO DE SALUD
REGION DE KUNA YALA

RESULTADOS DE LA MEDICIÓN DE STANDARES DE CALIDAD EN INSTALACIONES DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN AÑO 2017.
INSTALACIONES DE NARGANA, AILIGANDI, USTUPU Y MULATUPU.

INSTRUMENTO	Hospital Regional de Ailigandi					Centro de Salud de Nargana					Centro de Salud de Ustupu					Hospital Rural de Mulatupu				
	E	NA	O	A	%	E	NA	O	A	%	E	NA	O	A	%	E	NA	O	A	%
ATENCIÓN URGENCIAS GINECO-OBSTETRAS	No habia paciente hospitalizado al momento de la medición.					No habia paciente hospitalizado al momento de la medición.					No habia paciente hospitalizado al momento de la medición.					No habia paciente hospitalizado al momento de la medición.				
HOSPITALIZACION GENERAL	22	6	16	6	38	22	0	22	11	50	No habia paciente hospitalizado al momento de la medición.					No habia paciente hospitalizado al momento de la medición.				
ATENCION DEL NEONATO ≤ 28 DIAS	6	0	6	5	83	No hubo paciente al momento de la medición.					6	0	6	4	67	6	0	6	5	83
ATENCION DEL PUERPERIO AMBULATORIO	8	0	8	7	88	No hubo paciente al momento de la medición.					8	0	8	6	75	8	0	8	6	75
ATENCION DE ADULTOS	6	0	6	6	100	6	0	6	6	100	6	0	6	3	50	6	0	6	6	100
ATENCION PRENATAL	7	0	7	7	100	No hubo paciente al momento de la medición.					7	0	7	6	86	7	1	6	5	83
ATENCION DE NIÑOS MAYORES A 29 DIAS Y HASTA LOS 9 AÑOS.	8	0	8	7	88	8	0	8	4	50	8	0	8	7	88	8	0	8	6	75
BIOSEGURIDAD	11	1	10	4	40	11	2	9	3	33	11	2	9	1	11	11	1	10	5	50
FARMACIA	14	2	12	5	42	14	0	14	7	50	14	3	11	7	64	14	1	13	6	46
HERRAMIENTA Y ENTORNO FISICO BASICO	7	0	7	2	29	7	0	7	4	57	7	0	7	2	29	7	0	7	1	14
IMÁGENES DIAGNOSTICAS	No se brinda este servicio					No se brinda este servicio					No se brinda este servicio					No se brinda este servicio				
ITS Y VIH	No hubo paciente al momento de la medición.					Instalación no cuenta con clínica TARV					No hubo paciente al momento de la medición					No hubo paciente al momento de la medición				
LABORATORIO	11	0	11	4	36	11	1	10	5	50	11	0	11	9	82	Funcionario en jornada de capacitación				
ODONTOLOGIA	Funcionario de días libres.					Funcionaria de días libres					19	0	19	11	58	No se brinda este servicio				
GLOBAL	100	9	91	53	58	79	3	76	40	53	97	5	92	56	61	86	3	64	40	63

De igual manera se utiliza el instrumento de monitoreo y evaluación para el seguimiento del PMEFSS, éste último se aplica en cada ronda de atención, la cual dura dos meses, al grupo itinerante y en las redes fijas.

No se realiza auditoria médica en el nivel operativo. La auditoría administrativa se realiza trimestralmente en lo que a rendición de cuenta se refiere en el nivel regional por parte de Auditoría interna del MINSa. A nivel operativo se realizaba antes por contabilidad regional una vez al año en el nivel operativo; actualmente se realiza monitoreo cada 4 meses en cuanto al fondo de administración

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

No X

En muchas instalaciones de la red de servicios existe el buzón de sugerencias, pero no se monitorean las sugerencias o recomendaciones de los pacientes y muchos menos se establecen o confecciona un plan de acción para la corrección de las deficiencias encontradas.



FOTOGRAFIA n° 5

ACTORES Y RED SOCIAL

COMITES, ONGS, CLUBES CIVICOS, IGLESIAS, GRUPOS ORGANIZADOS DE TRABAJADORES Y OTROS.

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

Existen algunas organizaciones dentro de las comunidades que trabajan en conjunto con las instalaciones de salud tales como los Comité locales de salud, La Junta Administradora de agua, Comité de ornato y aseo, grupos organizados comunitarios

¿Cuál es el inventario de organizaciones comunitarias que apoya las acciones de salud (¿Comités de Salud, Juntas de Agua, Iglesias, ONG'S, ¿Clubes Cívicos, organizaciones de pacientes, Grupos Organizados de Trabajadores de Salud, ¿Otros?

Se cuenta con 15 comités de salud constituidos, donde sólo el 66% está en funcionamiento con personería jurídica. Se disponen de 34 JAAR con personería jurídica.

Grupos organizados existentes a nivel de las comunidades de la Comarca de Kuna Yala tenemos:

Grupo Organizado	Comunidades
Damas Católicas	Carti Sugdup, Ticantiki, Playón Chico
Centro Deportivo	Carti Sugdup, Wichubhuala, Río Sidra, Río Azúcar, Nargana, Corazón de Jesús, Río Tigre, Ticantiki, Nalunega, Maguebgandí, Ukupa, Irgandi, Playón Chico, San Ignacio de Tupile, Ailigandi, Achutupu, Mamitupu, Ustupu, Mansucun, Navagandi, Isla Pino, Mulatupu, Nvo. Sasardí, Tubuala, Cuba, Caledonia, Anachucuna, Armila, Arritupu, Soledad Mandinga, Carti Tupile, Cartí Mulatupu, Naranja Grande, Acuatupu
Club de Padres de Familia	Cartí Sugdup, Wichubhuala, Río Sidra, Río Azúcar, Narganá, Río Tigre, Ticantiki, Nalunega, Maguebgandí, Aidirgandi, Ukupa, Irgandi, Playón Chico, San Ignacio de Tupile, Ailigandi, Achutupu, Mamitupu, Ustupu, Mansucun, Navagandi, Isla Pino, Mulatupu, Nvo. Sasardí, Tubuala, Cuba, Caledonia, Carreto, Anachucuna, Armila, Arritupu,

	Soledad Mandinga, Soledad Miria, Carti Tupile, Cartí Mulatupu, Naranjo Grande
Cooperativa de Molas	Cartí Sugdup, Wichubhuala, Río Sidra, Río Azúcar, Narganá, Corazón de Jesús, Río Tigre, Ticantiki, San Ignacio de Tupile, Achutupu, Mamitupu, Ustupu, Mansucun, Navagandí, Mulatupu, Nvo. Sasardí, Tubuala, Cuba, Caledonia, Carreto, Anachucuna, Armila, Arritupu, Soledad Mandinga. Soledad Miria, Cartí Tupile, Cartí Mulatupu, Naranjo Grande, Naranjo Chico, Acuatupu
Sociedad de pescadores	Cartí Sugdup, Wichubhuala, Río Sidra, Nalunega, Ukupa, Naranjo Grande, Naranjo Chico, Acuatupu
Sociedad de lancha	Carti Sugdup
Sociedad Calera	Wichubhuala
Sociedad de Noga Kope	Wichubhuala, Río Tigre, Ticantiki, Nalunega, Playón Chico, San Ignacio de Tupile, Ailigandi, Achutupu, Ustupu, Mulatupu, Tubuala, Caledonia
Comité de salud	Río Sidra, Río Azúcar, Narganá, Ticantiki, Playón Chico, San Ignacio de Tupile, Ailigandi, Achutupu, Mamitupu, Nvo. Sasardí
J.A.A.R	Río Sidra, Río Azúcar, Río Tigre, Ticantiki, Maguebgandí, Aidirgandi, Playón Chico, San Ignacio de Tupile, Ailigandi, Achutupu, Mamitupu, Ustupu, Mansucun, Navagandi, Isla Pino, Mulatupu, Nvo. Sasardí, Tubuala, Cuba, Caledonia, Carreto, Anachucuna, Armila
Pro-comisión de acueductos	Narganá, Corazón de Jesús, Ukupa, Cartí Tupile, Cartí Mulatupu
Sociedad de trabajadores agrícolas	Narganá
Subproyecto de producción comunitaria	Ticantiki, San Ignacio de Tupile, Mamitupu

Iglesia Bautista	Playón Chico
------------------	--------------

¿Qué tipo de apoyo generan estas organizaciones?

COMITE DE SALUD:

- Compra de algunos medicamentos y combustible (Tupile)
- Acuden a pacientes que vienen de otras comunidades en donde no hay instalación de salud
- Ferias de salud (Río Tigre y San Ignacio de Tupile)

JAAR:

- Mantenimiento y mejoras de los acueductos en las comunidades.

¿Se ha realizado algún análisis de actores sociales?

No X

Mayormente con las autoridades locales para el apoyo de la gestión en salud. Sus intereses van dirigidos a mejorar la situación de salud de sus comuneros.

A nivel del congreso general kuna, donde participan todas las autoridades de las comunidades, los intereses de los mismos es conocer la gestión realizada por la dirección regional a través de informe que se hace en los dos congresos anuales con el fin de estar al día con los procesos que se llevan a cabo en materia de salud a nivel comarcal.

Se ha hecho bien puntual dependiendo del tipo de coyunturas o situaciones presentadas.

¿Cómo se caracteriza el sector informal de atención en salud? ¿Qué número de curadores existe y a qué actividad se dedican? ¿Dónde están ubicados? ¿En qué distritos se concentran? ¿Qué población es la que demanda mayormente sus servicios? ¿Cómo se integran las prácticas y cultura de la población en las actividades formales de salud?

Una gran parte de la población, generalmente la adulta, hace uso de la misma en conjunto con la medicina occidental.

El sector informal de atención de salud en la región está caracterizado por médicos tradicionales (Inadurgan) con diferentes especialidades (la de los huesos, canto, botánico, etc.) y parteras empíricas (Mu o Abuela), cuyos conocimientos se transmiten oralmente y con la experiencia directa.

Actualmente en el corregimiento de Nargana se han identificado 34 parteras empíricas; en el corregimiento de Ailigandí 10 parteras; y en el corregimiento de Tubuala 12.

En cuanto a los curanderos (Inadurgan) se están realizando el censo y existen diferentes especialidades (la de los huesos, canto, botánico, etc.).

La población Guna con mayor raíz tradicional y con un grado bajo de escolaridad y poco acceso a los servicios formales demanda sus servicios. Se ha logrado una mejor integración de las parteras empíricas a los servicios de salud probablemente por el énfasis que se ha realizado en la capacitación de las mismas para contribuir a la reducción de las muertes maternas.

Existe un programa de interculturalidad a través de la Iniciativa Mesoamericana 2015 que pretende mejorar el respeto mutuo y una mayor integración de ambas medicinas en beneficio de la salud materna e infantil en la población indígena.

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

Fortalezas:

- La reposición y construcción de algunas infraestructuras de salud por la embajada americana
- La nueva categorización de la mayor parte de nuestras instalaciones de salud
- Adquisición de recursos humanos varios, ya sea por contrato o permanente que han reforzado los servicios de salud
- Gran parte del personal es de la etnia kuna y calificados en diferentes disciplinas de salud (médicos, enfermeras, trabajadora social, educador para la salud, laboratoristas, etc.)
- Existe voluntad política para el acercamiento entre el sistema de salud informal con el formal (capacitaciones con parteras, Inatuledis, autoridades, investigaciones formativas como ain-c).

Debilidades:

- Las capacitaciones han sido unilaterales hacia el sistema informal pero falta la sensibilización de los del sistema formal.
- Falta de seguimiento del sistema formal a las capacitaciones realizadas a los actores sociales del sistema informal.
- Persistencia de la escasez de recursos humanos, principalmente técnicos de farmacia, técnico de laboratorio, trabajadores manuales, personal de enfermería, odontólogo y asistente de odontología, inspectores de saneamiento ambiental, promotores de salud, entre otro
- Falta de un Plan de Mantenimiento preventivo y correctivo de maquinarias y equipos varios
- Baja asignación presupuestaria

¿Cómo se percibe la estrategia de extensión de cobertura, la atención integral a la niñez con una base comunitaria (monitoras) y la atención de la población que pertenece a la Red de Oportunidades y a la población que está en los 120/70.

- La estrategia de extensión de cobertura ha sido aceptada favorablemente por las comunidades, de igual manera, AIN-C ha sido aceptado tanto por las autoridades como por la comunidad.
- La red de oportunidades: ha sido aceptada favorablemente pero no se cumple con los requisitos que demanda el programa.
- El programa 120/60: ha sido aceptado por la comunidad según referencias.
- Estos programas han sido bastante aceptados por la población de la región, y por parte de nosotros ha contribuido a fortalecer los servicios de salud.

¿Cómo se perciben las resoluciones y decretos que establecen la gratuidad de algunos servicios de salud (Decreto Ejecutivo 329 de 14 de julio de 2009, ¿Decreto Ejecutivo 428 de 15 de diciembre de 2004, Resolución 321 de 18 de agosto de 2005 y Decreto Ejecutivo 546 de 21 de noviembre de 2005)? ¿Se aplican estos decretos en las instalaciones hospitalarias y ambulatorias de la región?

Son bien percibidos por la comunidad. A nivel operativo se está cumpliendo con estos decretos. La atención a embarazadas, a menores de 5 años, a pacientes con

enfermedades crónicas, la planificación familiar, los discapacitados, los adultos mayores y los pacientes con VIH/SIDA reciben la atención gratuita.

Identificación de actores

Favor remitirse al anexo uno y contestar la encuesta correspondiente a Mapeo de Actores.



FOTOGRAFIA n° 6

PROYECCIÓN DE LA RED

*ADECUACIONES A LA OFERTA EN TERMINOS DE EQUIPOS BÁSICOS
ADECUACIONES A LA CARTERA DE SERVICIOS
AMPLIACIÓN DE COBERTURA A LA POBLACIÓN DESPROTEGIDA Y DE DIFÍCIL ACCESO*

ADECUACIONES A LA OFERTA

La promoción de la salud y la prevención de los daños forman parte de la concepción moderna de los modelos de atención. ¿Cómo deben concebirse en las nuevas formas de organización de los servicios?

Estos elementos deben concebirse como pilares fundamentales dentro de los procesos de salud. Muchas de la patología que se presentan en nuestra región están dadas por el desconocimiento asociado al bajo nivel educativo que contribuye a la persistencia de enfermedades, sobretodo de tipo infectocontagiosa. Somos de la opinión de la necesidad de invertir en Promotores de salud para el cambio de actitud de la población.

¿Es necesario la conformación de equipos básicos en el proceso de cambio en la atención de la salud-enfermedad? ¿Cómo se debe adecuar la oferta de servicios en términos de los equipos básicos de salud? ¿Cómo debe darse la alternabilidad de roles? ¿En qué aspectos puede ser considerada esta estrategia?

La necesidad de una atención integral al individuo y el conocimiento de las necesidades de salud de las comunidades conllevan al desarrollo de la estrategia de equipos básicos de salud en la región a medida que los recursos humanos vayan incorporándose. Pensamos que debemos ir fortaleciendo las instalaciones de salud periféricas con el recurso humano básico indispensables de manera que la población pueda satisfacer sobre la marcha sus necesidades en salud en su propio entorno. La oferta de servicios de salud se brinda de acuerdo a la integración del equipo básico que se encuentre en la instalación teniendo en cuenta su complejidad.

¿Se están introduciendo nuevas modalidades de atención de salud, tales como procedimientos de un día, cirugía ambulatoria, programa de atención a domicilio, ¿Jornadas de Atención en salud (JAPAS), grupos itinerantes, entre otras?

La jornada de atención en salud se realiza una vez al año en el Hospital Regional Marvel Iglesias. En la actualidad existe un equipo itinerante responsable de la atención de las comunidades más postergadas de la región (18 comunidades) en el área de Carti.

Se tiene la iniciativa mesoamericana orientada a la salud materna e infantil No existen otras modalidades de atención en la región. Ocasionalmente se recibe apoyo externo a través de giras de organizaciones no gubernamentales (Club de Leones, Iglesias, Club Rotario, entre otros).

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

En la comarca de Guna Yala el acceso a Internet es limitado razón por la cual no se considera como un medio de divulgación en la actualidad. Estamos convencidos, que a medidas que nuestras instalaciones de salud dispongan de acceso a internet las redes sociales serán de gran beneficio no solo como herramienta de divulgación de

temas prioritarios sino como herramienta para potenciar los procesos internos técnicos administrativos y lograr una mejor satisfacción del usuario interno y externo. Se cuenta con un espacio radial todos los sábados a las 07:00 a.m. en Radio Nacional en un programa del Congreso General Kuna cuando la región lo solicita

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

Hay algunas instalaciones de primer nivel (Centro de salud con camas) que en la actualidad dispone de Electrocardiógrafo y Espirómetro con software computacional al igual que ultrasonido obstétrico.

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

Se cuenta con Ultrasonido obstétrico en los hospitales de segundo nivel que es utilizado por los médicos generales para situaciones básicas. Se requiere una capacitación formal del personal de medicina general para el manejo correcto del equipo.

En el Hospital Marvel Iglesias de Ailigandi y Hospital Rural Inabaguinya se dispone de la clínica TARV y de coordinadores locales en los 6 C.S. con camas para ir extendiendo el servicio y brindar una mejor atención a los pacientes cerca de su zona de residencia.

Se tiene planificado la clínica de cesación de tabaco en las ocho áreas sanitarias.

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

- Programa de mejoramiento de la equidad y fortalecimiento de los servicios de salud: dirigido a zonas indígenas y rurales del país y representa un préstamo del BID de B/. 50 millones que es a 25 años con un periodo de gracia y desembolso de cinco años y una tasa de interés basada en LIBOR; los fondos locales de contrapartida suman B/. 20 millones. Se prevé que el programa contribuirá a mejorar la eficacia y eficiencia de los programas de salud y nutrición del país, y a superar las barreras de acceso a los servicios básicos preventivos y de atención primaria para los segmentos más pobres de la población. Los resultados esperados son la reducción de: (i) la mortalidad materna; (ii) la tasa de mortalidad infantil y de desnutrición crónica en niños menores de 5 años.
- Con las actividades del Componente 1 se espera aumentar el acceso, la utilización y la calidad de los servicios de atención primaria, aumentando el uso de los servicios de planificación familiar, la cobertura de mujeres que reciben controles prenatales adecuados por personal calificado, y cobertura de niños que reciben un esquema de suplementación e inmunización completa. Dentro de las actividades del Componente 2, se espera aumentar el porcentaje de mujeres con atención de parto institucional, la referencia para emergencias obstétricas y de niños con bajo peso y talla para la edad. A través de las actividades del Componente 3, se espera aumentar el porcentaje de médicos y enfermeras para la atención en las áreas priorizadas, adecuar la oferta en el segundo nivel de atención, y aumentar los servicios de laboratorio para el tratamiento de enfermedades transmisibles y crónicas no transmisibles. En la red fija, también se espera la puesta en marcha de nodos de servicio, el

refuerzo al sistema de referencia y contra referencia, y el aumento en el porcentaje de usuarios nominalizados.

- Iniciativa Salud Mesoamérica 2015: está dirigida a cerrar la brecha en materia de cobertura y calidad de salud a través de intervenciones de probada eficacia para el 20% más pobre de la población mesoamericana, principalmente mujeres y niños menores de cinco años. Se lanza el 14 de junio de 2010 y representa la consolidación de un aporte financiero de B/. 142 millones por parte de la Fundación Bill & Melinda Gates, el Instituto Carlos Slim de la Salud y el Gobierno de España, que es administrado por el BID.

Entre los principales resultados esperados figuran:

- Reducir en alrededor 15% promedio la mortalidad infantil en los países de la región en el 20% más pobre
- Atender a cerca de 260,000 niños pobres con intervenciones de salud para reducir la desnutrición crónica.
- Reducir la anemia en niños menores de 2 años en 15 puntos porcentuales en 7 de los ocho países de la región.
- Lograr que el 90% de niños menores de 2 años del quintil más pobre tengan esquemas de vacunación completos.
- Incrementar en 50% los partos que se atienden con personal calificado y así reducir la muerte de madre y recién nacidos.
-

¿Se han establecido prioridades de atención en relación con cada una de las etapas del curso de vida: niñez, adolescencia, edad adulta, vejez?

La estrategia AIN-C para la evaluación nutricional prioriza a los niños menores de 2 años.

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

La planificación de servicios de salud en el nivel local se lleva a cabo mediante el proceso de sectorización, en donde la Región de Salud de Guna Yala, que está constituida por un solo Distrito, se ha dividido en 8 áreas sanitarias bien definidas con sus poblaciones de responsabilidad y la conformación del equipo básico de salud. En la actualidad se dispone de 8 áreas sanitarias inmersa en los cuatros corregimientos que componen el Distrito. En el corregimiento de Nargana están las áreas sanitarias de Carti, Río Sidra y Nargana; en el Corregimiento de Ailigandi se ubican las áreas sanitarias de Playón Chico, Ailigandi y Ustupu; en el Corregimiento de Tubuala se ubica el área sanitaria de Mulatupu, y finalmente en el Corregimiento de Puerto Obaldía se ubica el área sanitaria de Puerto Obaldía.

No se ha logrado todavía establecer una planificación con la participación de los diferentes actores sociales de las comunidades debido a múltiples factores tales como la poca estabilidad de los líderes de las comunidades y de grupos organizados.

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

Aquí se determina una cantidad de población en un espacio geográfico a la que se le brinda una oferta sostenida de atención por una instalación de salud. Esta organización facilita el acceso de la población de responsabilidad a los servicios de salud, hay una racionalización en la utilización de los recursos de salud, favorece el proceso de toma de decisiones y el proceso de atención programada.

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

Se utilizaron los siguientes criterios:

- La división política de la Comarca en corregimiento. Sólo se dispone de un Distrito que se divide en cuatro corregimientos
- La densidad de población
- La accesibilidad geográfica de la población a las instalaciones de salud existentes

¿Cómo deberán asumirse los derechos y deberes de los ciudadanos, de la familia y de la comunidad en torno a su propia salud, en un nuevo modelo de atención? Se conoce la existencia de la Ley 68 de 20 de noviembre de 2003.

¿Cómo se aplica?

Estos derechos y deberes deben estar inmersos como elementos claves o fundamentales en un nuevo modelo de atención que se quiera implementar.

Si se conoce la Ley, esta regula los derechos y obligaciones de los pacientes en materia de información y de decisión libre e informada.

Se aplica a través de consentimientos informados no estandarizados para procedimientos de diagnóstico o terapéutico y quirúrgicos, la cartera de prestación de servicios a la vista, la confidencialidad de la información, el expediente clínico sistematizado y reservado, la oferta de cuidados paliativos

¿Tienen los equipos de salud la competencia técnica suficiente para asumir nuevo enfoque en la prestación de servicios de prevención, promoción y rehabilitación? ¿Qué aspectos sería necesario fortalecer? ¿Qué estrategias sería necesario desarrollar para incrementar la calidad de los trabajadores del Sistema de Salud?

En área como la nuestra, de muy difícil acceso, se requiere fortalecer el proceso de educación y actualización continua del recurso humano técnico, educación a distancia, incentivar a los trabajadores (pasantías, Diplomados, maestría, entre otros), mejorar las condiciones de estadías del personal técnico, el equipamiento adecuado de las instalaciones de salud y mejora del ambiente de trabajo (infraestructura, equipos, maquinarias).

Entre las estrategias a desarrollar para incrementar la calidad de los trabajadores del Sistema de salud tenemos:

- La capacitación continua del profesional a través de becas, pasantías, cursos, etc.;
- Bonificaciones satisfactorias en base al desempeño
- La suficiente contratación de recurso humano idóneo para evitar la multiplicidad de funciones y el desgaste del profesional existente

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

Por las condiciones inhóspitas del área donde trabajamos nuestros funcionarios residen en las instalaciones de salud, algunas disponen de casa médica mientras otras han acondicionado un área para residencia y en donde no es posible, el sistema alquila lo mejor disponible (situación engorrosa por los trámites burocráticos gubernamentales que hay que realizar).

Los autóctonos del área que viven en la comarca pueden representar aproximadamente un 10%.

¿Integralidad de las acciones biopsicosocial, se utiliza este enfoque en el momento de la prestación de los servicios de salud y en el análisis de este enfoque?

En las instalaciones de salud hay integralidad en la prestación de los servicios de salud al paciente. Al momento de su llegada a la institución el paciente pasa por los diversos servicios ofertados por la misma independientemente del servicio al cuál acude.

ADECUACIONES DE LA CARTERA DE SERVICIOS

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

Los criterios de evaluación de la gestión local se basan en los lineamientos de normas establecidas. Este proceso lo realizan los coordinadores regionales, los directores médicos y la dirección regional. Se evalúan a través de los siguientes elementos:

- Existencia de insumos disponibles para la ejecución de la labor
- Indicadores de salud
- Monitoreo de las actividades.
- Auditoria de expedientes
- Auditoria social

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

No hay una revisión periódica de la Cartera de servicios. De acuerdo a los recursos que el sistema regional va adquiriendo la cartera de servicios se enriquece en las instalaciones de salud al tener en cuenta la demanda y necesidades de la población.

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

Este es el modelo que actualmente, se utiliza por lo que se aplica en todas nuestras instalaciones.

¿Cuáles considera usted que son las mejoras que deben efectuarse en la red de servicios, para desarrollar el modelo médico funcional antes definido?

Tenemos:

- Procesos de mejoramiento continuo de las infraestructuras de salud.
- Fortalecimiento de la estructura de personal
- Mejoramiento de la capacidad instalada
- Implementación de programas de docencia en los nuevos modelos de atención

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

En nuestro sistema de urgencias en el aspecto de evacuación del paciente grave este se da a través de dos formas: una por vía aérea a través de SISED y la otra por vía marítima-terrestre a través de las lanchas institucionales y de la ambulancia disponible en la sede regional. Las instalaciones más alejadas a la carretera utilizan la primera vía (67% de las instalaciones) mientras que las más cercanas utilizan la segunda vía (33% de las instalaciones).

Por vía aérea hay que establecer contacto con Salud 0, esperar la aprobación para la evacuación y posteriormente la llegada del transporte aéreo que va a realizar el traslado. En este proceso se puede tardar más de tres horas en lograr la evacuación del paciente, por lo que hay que tratar de ver donde se produce el nudo crítico que retarda el proceso.

Con respecto a la vía marítima-terrestre el proceso se ve afectado por la falta de gasolina en las instalaciones de salud al no tener un abastecimiento oportuno y suficiente del mismo y por la falta de conductor de ambulancia disponible las 24 horas del día a nivel de la sede.

Para mejorar estos procesos se hace indispensable disponer de una buena coordinación intra y extra institucional con respecto a la evacuación aérea y recurso humano suficiente (chofer de ambulancia), de ambulancias terrestre equipadas y en buen estado que permita el funcionamiento 24 horas al día de la ambulancia al igual que ambulancia acuática equipadas que en la actualidad no se disponen.

¿Se utiliza el TRIAGE?

No X. El volumen de pacientes de urgencia que se maneja en las instalaciones no lo amerita en la actualidad, a menos que se dé una situación de contingencia.

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

No necesariamente. El sistema público debe estar más enfocado hacia la medicina preventiva, la salud pública, haciendo énfasis en los procesos de Educación, Promoción y Prevención de la salud sin descuidar la atención de la morbilidad y la rehabilitación de la salud.

AMPLIACIÓN DE COBERTURA

¿Cómo debe organizarse la red por niveles de atención y complejidad para lograr una mayor cobertura de atención?

Deben existir más instalaciones de salud de primer nivel de atención con segundo y tercer nivel de complejidad (Subcentros y Centros de Salud básicos) cerca de espacios poblacionales definidos dotado con personal más calificado para la prestación de servicios de educación, promoción y prevención, tales como médicos, enfermeras y promotores de salud. Ubicar este tipo de instalaciones de salud más cerca a la población favorecería el acceso de la misma a estos servicios de salud básicos contribuyendo a la reducción de la morbilidad.

¿La ampliación de horarios para incrementar las coberturas de atención de la población desprotegida debe ser en término de mayor número de horas de apertura al día o con relación a un mayor número de días semanales para la provisión de servicios en función del análisis de comportamiento poblacional?

Al tratar de siempre acomodarle la vida a los demás, lo que hacemos es incrementar el comportamiento irresponsable y poco importa de las personas, sintiendo que los responsables por su vida somos el personal de salud y no ellos mismo. Cuando una madre rechaza un traslado de su hijo que está en malas condiciones, el sentir es que los que sufriremos somos el personal de salud; pero no ellos. Pensamos que lo que debemos hacer es promocionar las responsabilidades individuales y la sensibilidad de un control de salud entre la población desprotegida para que utilicen los servicios de salud.

¿Bajo qué normas deben realizarse las giras médicas integrales y las jornadas de atención primaria ambulatoria? ¿Quiénes deben participar?

¿Cuáles son los servicios básicos integrales que deben incorporarse para ampliar la cobertura de servicios? ¿Cómo se incluyen en la cartera de servicios? Y ¿Cuáles son los servicios intermedios y administrativos que requieren ser ampliados en apoyo a este proceso?

¿La estrategia de disminución de oportunidades perdidas es una opción para ampliar coberturas? ¿Cómo y Cuándo se aplican? ¿Quién las aplica?

Estamos de acuerdo que esta estrategia es una buena opción para el incremento de coberturas. Incluso nosotros la utilizamos desde hace rato: cuando el paciente llega a un servicio determinado se aprovecha la oportunidad para brindarle una atención integral. En todas nuestras instalaciones de salud es aplicada esta estrategia tomando en cuenta que tenemos comunidades muy dispersas y postergadas.

¿Cuál es el mecanismo de coordinación administrativa (informes, archivo de expedientes y otras) establecido por las regiones con las organizaciones extra institucionales?

Se establece la coordinación con diferentes organizaciones extra institucionales como SENAFRONT, MEDUCA, MIDES, CONGRESO GENERAL GUNA mediante reuniones, informes de gestión, sala de situación entre otras.

¿En qué medida se articula la estrategia de extensión de cobertura con las acciones rutinarias de la red fija?

La estrategia hace énfasis en actividades dirigidas a ciertos grupos de edad y poblaciones postergadas a quienes la red fija le resulta difícil visitar con más periodicidad.

¿Se integran los datos de cobertura provenientes de instalaciones de la CSS y del sector privado?

No se disponen de instalaciones de salud de la CSS ni privadas en la Comarca.

¿Se cuenta con un sistema de información único?

No se cuenta con un sistema de información único en el MINSa.

MINISTERIO DE SALUD**COBERTURAS DEL SISTEMA DE SALUD****Cuadro N° 14**

PERIODOS	Porcentaje de personas cubierto por el Sistema de Salud	Porcentaje de personas cubierto por el Estado (MINSa)	Porcentaje de personas cubierto por el seguro de salud.	Porcentaje de personas cubierto por el seguro privado.	Porcentaje de personas sin cobertura.
2000	27	27	0	0	73
2010	ND	ND	ND	ND	ND
2012	ND	ND	ND	ND	ND
GENERO	ND	ND	ND	ND	ND
HOMBRE	ND	ND	ND	ND	ND
MUJER	ND	ND	ND	ND	ND
BASE POBLACIONAL	ND	ND	ND	ND	ND
Niños (menores 1 año)	ND	ND	ND	ND	ND
Niños 1 a 4 años	ND	ND	ND	ND	ND
Personas 5 a 9 años	ND	ND	ND	ND	ND
Personas 10 a 14 años	ND	ND	ND	ND	ND
Personas 15 a 19 años	ND	ND	ND	ND	ND
Personas 20 a 59 años	ND	ND	ND	ND	ND
Personas 60 a 64 años	ND	ND	ND	ND	ND
Adultos 65 años y más	ND	ND	ND	ND	ND
Zonas Geográficas	ND	ND	ND	ND	ND
Urbana	ND	ND	ND	ND	ND
Rural	ND	ND	ND	ND	ND
Pertenencia Étnica	ND	ND	ND	ND	ND
Blanco	ND	ND	ND	ND	ND
Indígena	ND	ND	ND	ND	ND
Afro-descendiente	ND	ND	ND	ND	ND
Mestizo	ND	ND	ND	ND	ND
Otros	ND	ND	ND	ND	ND



FOTOGRAFIA n° 7

CARACTERIZACIÓN DEL SISTEMA REGIONAL Y
PROYECCIONES.

ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO

MINISTERIO DE SALUD
CARACTERIZACIÓN DEL SISTEMA NACIONAL, REGIONAL Y PROYECCIONES
ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO

Cuadro N° 15

MAPEO INSTITUCIONAL DEL SISTEMA DE SALUD

Funciones/Organizaciones	RECTORIA		Funcionamiento	Aseguramiento	Provisión
	Conducción	Regulación y Fiscalización			
Gobierno Central	ND	ND	ND	ND	ND
MINSA	ND	ND	ND	ND	ND
Ministerio Justicia	ND	ND	ND	ND	ND
Fuerzas Armadas	ND	ND	ND	ND	ND
Otros	ND	ND	ND	ND	ND
Instituciones Seguro Social	ND	ND	ND	ND	ND
Gobierno regional (provincial)	ND	ND	ND	ND	ND
Gobierno local (distrito, corregimiento)	ND	ND	ND	ND	ND
Aseguradora privadas	ND	ND	ND	ND	ND
Sin lucro	ND	ND	ND	ND	ND
Con lucro	ND	ND	ND	ND	ND
Proveedores privados	ND	ND	ND	ND	ND
Sin lucro	ND	ND	ND	ND	ND
Con lucro	ND	ND	ND	ND	ND

¿En su región de salud como se ejerce el rol de rectoría de la autoridad sanitaria? ¿Se cumplen y vigilan las Funciones Esenciales de Salud Pública, las de regulación, las de conducción y las de armonización de la provisión de los servicios de salud? ¿Cómo lo hace? ¿Quiénes participan? ¿Cuándo se efectúan estas funciones?

El rol se ejerce mediante el cumplimiento de las políticas que emanan del MINSA. Si, se cumplen y vigilan estos parámetros. Esta se realiza a través de monitoreo, supervisión, auditorías (técnica y administrativa). Participan el director regional, los coordinadores regionales, los jefes de departamentos, los directores locales. Se realiza durante todo el año a medidas que los recursos lo permitan.

¿Se conoce la misión, visión, organigrama y funciones de cada unidad ejecutora del MINSA, de la CSS y del sector privado?

Se conoce la misión y visión del periodo actual y las funciones de cada unidad ejecutora del MINSA, no así el organigrama actual puesto que no se ha dado a conocer, se continua con el de la gestión pasada.

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

- **Visión**

Cambio en la salud de la población, un compromiso de todos para contribuir al desarrollo del país, mejorando las condiciones de vida y bienestar de la población.

- **Misión**

Garantizar la atención de excelencia a la población, a través del acceso a los servicios de salud integral, biopsicosocial, laboral y ambiental, basados en la estrategia de Atención Primaria en Salud, mediante la promoción, prevención, provisión y rehabilitación, con eficiencia, equidad, eficacia, calidad, humanidad y transparencia de manera sostenible, fortaleciendo los programas de salud en el marco de una organización social y comunitaria participativa.

La estructura del organigrama regional de Guna Yala no está completa. No se cuenta con el nivel asesor ni fiscalizador. En el nivel de apoyo no se tiene el Departamento de infraestructura mientras que en el Departamento de Administración y Finanzas algunas secciones son responsabilidad de una persona y no se tiene las secciones de informática, de costo de atención sanitaria, de servicios generales, de imprenta, y de control de inventario.

¿Considera que el organigrama responde a las necesidades para el funcionamiento efectivo de la organización? ¿Explique?

Actualmente no responde a nuestras necesidades por la falta de recursos humanos para cubrir los diferentes departamentos y secciones.

¿En el entendido de que la regionalización permite el enfoque sistémico en la organización sanitaria, es necesario cambiar el ordenamiento político administrativo existente? ¿Es decir, crear nuevas regiones o modificar las existentes? ¿Por qué?

Estamos de acuerdo que las regiones que han experimentado un crecimiento poblacional deben ser modificadas para facilitar el proceso de atención de los servicios de salud en las mismas.

Considera que el organigrama responde a las necesidades para el funcionamiento efectivo de la organización, explique.

Actualmente no responde a nuestras necesidades por la falta de recursos humanos para cubrir los diferentes departamentos y secciones.

¿Cuál es el grado de avance en el proceso de descentralización del nivel central hacia las regiones, de las regiones hacia los niveles locales (hospitalarios y ambulatorios)? ¿Cómo debe darse este proceso? ¿Qué aspectos deben ser tomados en consideración desde el punto de vista de los servicios y de la población?

Hay descentralización del nivel nacional al nivel regional en aproximadamente un 75% en lo que a finanzas se refiere y del nivel regional al local no se ha iniciado nada por la falta de recursos humanos y logística. Este proceso debe darse gradualmente a medida que los recursos humanos idóneos sean incrementados.

Debe tomarse en cuenta el aspecto financiero, la logística y la tecnología apropiada.

¿Cuál es el rol de los patronatos y de los consejos de gestión en la prestación de servicios de salud y cómo se vinculan con las autoridades regionales y nacionales?

No aplica para nuestra región.

¿La estructura orgánica debe guardar relación con los procesos sanitarios?

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

Corresponde a establecer líneas de autoridad (de arriba hacia abajo) a través de los diversos niveles y delimitar la responsabilidad de cada administrado o servidor ante solo un supervisor inmediato. Esto permite ubicar a las unidades administrativas en relación con las que le son subordinadas en el proceso de la autoridad.

Define como se dividen, agrupan y coordinan formalmente las tareas en los puestos.

Toda organización cuenta con una estructura, la cual puede ser formal o informal. La formal es la estructura explícita y oficialmente reconocida por la empresa.

En base a esto la estructura orgánica actual guarda relación con los procesos sanitarios al establecer las líneas de autoridades y el grado de jerarquía de los departamentos según niveles: directivo, coordinador, asesor, fiscalizador, de apoyo, técnico, operativo ejecutivo y el operativo ejecutor.

¿Cuál considera el equipo regional que debe ser la estructura de la región de salud?

La establecida por el MINSA, la cual no se tiene completa por la falta de recursos humanos idóneos.

¿Existen manuales de procedimiento administrativo? ¿Cómo se aplican?

¿Quién y cuándo se aplican?

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

Cada jefe de departamento lo aplica en su proceso operativo de trabajo en el momento en que se requiere (compras, contabilidad, presupuesto, almacén, transporte, tesorería, entre otros).

¿Cómo se da la coordinación con la CSS? ¿Sobre qué bases debería darse?

¿Qué mecanismos han sido o pueden ser efectivos? ¿Quiénes participan de este proceso? ¿En qué momentos y para qué se establecen nexos de coordinación?

No se dispone de instalaciones del seguro social en la región.

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

Fortalezas:

- Una mayor integración del equipo de salud
- La mística de trabajo del equipo de salud

Debilidades:

- No se respeta la línea de jerarquía.
- Ausencia de una oficina de enlace propia con capacidad instalada adecuada.
- Escasez de recursos humanos
- Escasez de tecnología apropiada
- Desabastecimiento de insumos
- Falta de transportes terrestre y marítimo para el traslado de insumos.
- Ausencia de línea telefónica exclusiva para compras y almacén.

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

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

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

Si es sí, comente sus principales componentes y analice su desarrollo: Los planes operativos anuales desarrollados en la región se realizan siguiendo los lineamientos establecidos en las políticas de salud. Estas políticas de salud enfocan el accionar de la región de salud.

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

Los planes operativos anuales se introducen cada año en el SIMEPLAN. Durante el transcurso del año el coordinador responsable lo monitorea periódicamente.

¿Cómo incide el nivel central en el desempeño del nivel regional? ¿Cuáles son los puntos críticos de la burocracia administrativa? ¿Cómo pueden transformarse los nudos críticos?

Esta situación incide en el retraso y baja productividad en los procesos.

Existen muchos nudos críticos que afectan el desempeño:

- Subvenciones atrasadas
- Recorte presupuestario
- Entrega tardía de insumos (medicamentos, laboratorio, médico quirúrgico, odontología, imagenología)

Los nudos críticos pueden ser transformados a través:

- Una mayor corresponsabilidad entre el nivel central y el nivel regional.
- Agilización de los tramites regionales a nivel central
- Asignación presupuestaria adecuada

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

Las decisiones se toman en base a las debilidades encontradas en la parte técnica y administrativa. Los correctivos se pueden subsanar de forma verbal o escrita en todos los niveles de actuación.

Se prioriza de acuerdo a los criterios disponibles en las normas existentes de cada departamento.

¿Quién(es) y como ejerce(n) las funciones de supervisión, evaluación y control de la provisión de los servicios de salud al sector público y privado?

La coordinación regional de provisión es la que realiza estas funciones y la ejerce a través de giras periódicas y los informes de las unidades bajo su responsabilidad según la estructura regional funcional.

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

Actualmente no, pero la Dirección regional ha tomado la iniciativa de la creación de la coordinación regional de Monitoreo y Evaluación para el análisis, ejecución y seguimiento de las políticas de salud. La misma será complementada con el Departamento de Planificación Regional para el monitoreo de las tareas.



FOTOGRAFIA n° 8

INSTRUMENTO DE GESTION

PLANIFICACIÓN REGIONAL Y PROGRAMACIÓN LOCAL

PRESUPUESTACIÓN POR OBJETIVOS

INCENTIVOS

SISTEMA DE ABASTECIMIENTO, SISTEMA DE INFORMACIÓN

DE SALUD

CATASTRO

EQUIPAMIENTO Y TECNOLOGIA

PALNEACIÓN REGIONAL Y PROGAMACIÓN LOCAL

¿Con qué frecuencia actualiza su análisis de situación de salud? ¿Quiénes participan y cómo participan?

Cada 5 años con las diferentes coordinaciones regionales, jefe de departamento y secciones, y la dirección regional.

¿La planificación regional es participativa?

Si es si, comente sus principales componentes y analice su desarrollo: Internamente se hace todo lo posible por involucrar a las coordinaciones regionales, Jefe de departamentos, Jefe de secciones y a los directores médicos del nivel operativo en las actividades de planeación regional. El proceso puede verse afectado por la carga de trabajo que pueda tener cada responsable en el momento de la planificación regional.

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

Participan las coordinaciones regionales, Jefe de departamento, Jefe de secciones Directores médicos del nivel operativo. Se efectúa con una periodicidad anual.

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

No hay procesos de planificación, ya que en la Comarca no hay instalaciones de salud de la CSS.

¿Se efectúa programación local conjunta MINSA-CSS?

No se dispone de instalaciones de la CSS.

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

No se dispone de instalaciones de la CSS.

¿Cuáles son los elementos de este programa?

No aplica

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

No hay participación de otros actores sociales en el proceso de planificación sanitaria. Pueden estar influyendo muchos factores para esto tales como la logística, la dispersión geográfica, la disponibilidad de los actores, la premura con que hay que presentar el proyecto.

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

Actualmente no se da, pero somos conscientes de la necesidad de este proceso futuro.

¿Cómo se evalúan las metas establecidas? ¿Se dispone de indicadores de evaluación de insumos, proceso y resultados? ¿Quién, Con qué, Cuándo, ¿Cómo se efectúa la evaluación?

La región tiene establecido anualmente una reunión técnica administrativa donde se miden las metas establecidas en cada programa a través de la cobertura. Todo el nivel operativo ejecutor participa presentando sus logros, limitaciones y proyecciones.

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

Existen los planes operativos anuales de cada nivel operativo ejecutor y de las coordinaciones regionales con sus diferentes indicadores de medición, objetivo y resultados esperados basados en las políticas de salud definidas por el MINSA.

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

Si es si, comente sus principales componentes y analice su desarrollo: Estos elementos son cruciales para la elaboración de los planes operativos porque nos ayudan a identificar y priorizar los problemas, y por ende, establecer las estrategias para la mejora.

¿Estos planes incluyen a otras entidades del sector?

No existen otras entidades del sector salud en nuestra región.

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

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

Registro de existencia: inventario actualizado mensualmente,

Registro de movimiento: entradas, salidas, mermas,

Registro de consumo: cantidad entregada al cliente en las instalaciones.

Toda esta información logística se realiza a nivel regional y local

CICLO LOGÍSTICO:

- A) Selección del producto
- B) Estimación de necesidades y adquisiciones
- C) Control del Inventario, almacenamiento y distribución
- D) Servicio al cliente

En todo el proceso del ciclo logístico existe un sistema de administración logística y Controles de Calidad. La Coordinación de Farmacia se encarga de la Selección del Producto y Estimación de necesidades y adquisiciones. El Almacén Regional realiza el Control del Inventario, Almacenamiento y Distribución de los insumos. Las instalaciones de salud se encargan de la satisfacción al cliente.

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

Se realizó una gira de capacitación dirigida a todo el personal encargado de administrar los suministros en las instalaciones locales de salud.

El Departamento de Farmacia de la Región de Salud de Kuna Yala, es el que maneja los componentes del ciclo logístico.

Se ha implementado parcialmente en el área de laboratorio, medicamentos, odontología y médico quirúrgico en la parte de insumos.

PRESUPUESTACIÓN POR PRODUCTO Y RESULTADO.

¿Los presupuestos de funcionamiento e inversión se realizan con base en los objetivos definidos durante el proceso de planificación o en base a los resultados?

Los presupuestos se efectúan con base a los indicadores y objetivos contenidos en el plan estratégico regional. Anteriormente se había formulado de manera histórica. El presupuesto está construido en función de objetos de gasto y de las necesidades apremiantes de las instalaciones de salud.

Después de aprobado el presupuesto la asignación financiera se recibe desde el gobierno central (MEF) al MINSA, y luego a la región mediante subvenciones mensuales asignadas por unidad ejecutora depositadas a una sola cuenta del Fondo de Trabajo.

La región cuenta con autonomía para ejecución de los rubros presupuestarios, a la vez que se pueden modificar mediante traslados de partidas solicitados al nivel central, el cual es aprobado sin dificultades. Se permite la redistribución del Remanente Financiero anual aprobado por la Dirección de Finanzas del Minsa y el Ministerio de Economía y Finanzas.

¿Cuál es la proporción del presupuesto asignada a la atención de la población y cuál a las funciones de salud pública y del ambiente?

El presupuesto de la región se recibe por objeto de gasto, se desconoce esta distribución.

A nivel del Ministerio de Salud para el 2014 se aprobó mediante la Ley 75 de 22 de octubre 2013, en gaceta oficial 27400 la siguiente proporción:

- Salud Pública 19.0 %
- Atención a la Población 13.4 %
- Salud Ambiental 5.2 %

¿Cuál es el nivel de responsabilidad de los directivos de instalaciones en el proceso de elaboración y seguimiento de presupuestos, rendición de cuentas por resultados de servicios según indicadores cualitativos y cuantitativos de actividades y de calidad?

Los directivos son los responsables de elaborar el presupuesto de funcionamiento y se les exige que sean lógicos en la formulación, así como que los mismos respondan a las necesidades. Se están estableciendo las relaciones entre la producción y situación de salud de cada una de las áreas. El planificador se encarga de consolidar a nivel regional y presentar el anteproyecto de presupuesto. Este se sustenta a nivel regional.

El seguimiento para la ejecución presupuestaria lo efectúa la Administración Regional. El Planificador y Director Regional se involucran en el seguimiento de la ejecución de los turnos extras a médicos, enfermeras y personal técnico.

A partir del 2011 se inicia el proceso de Rendición de Cuentas del Fondo Regional a nivel financiero, involucrando a las secciones de Contabilidad, Tesorería, Bienes Patrimoniales y Presupuesto y cumpliendo con normas establecidas por Contraloría General. Esta rendición es trimestral y auditada por el Depto. de Auditoría Interna del Minsa.

¿Considera usted que reactivar los convenios de gestión son una alternativa para la elaboración del presupuesto por resultados y su evaluación? ¿Qué tipo de convenio sería el más conveniente?

En estos convenios las regiones hacían todo lo posible por cumplir, pero el nivel nacional no cumple su parte correspondiente dando las herramientas necesarias para alcanzar las metas.

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

El programa de mejoramiento de la equidad y fortalecimiento de los servicios de salud, la iniciativa mesoamericana 2015, dialogo nacional de apoyo del fondo mundial para el control de la tuberculosis, VIH/SIDA y la malaria.

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

El presupuesto de Kuna Yala se recibe por objeto de gasto. Se desconoce este %. A nivel del Minsa el presupuesto para Salud Pública en el 2012 fue de 18.2%, en el 2013 un 15.8% y en el 2014 presenta un 19.0%, lo cual indica un incremento del 3.2%.

INCENTIVOS.

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

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

A nivel regional se ha gestionado el pago de transporte, ya sea aéreo o marítimo, a los funcionarios de salud de las Áreas sanitarias más distantes de la Comarca (Ustupu, Mulatupu, Puerto Obaldía). En el área sanitaria de Puerto Obaldía se considera la entrada y salida mensual del funcionario, mientras que en las áreas sanitarias de Ustupu y Mulatupu es alterno (un mes sí, un mes no)

A nivel nacional se estableció los del Bono de incentivo por desempeño del funcionario tanto técnico como administrativo que se paga en el mes de diciembre y el formato varía del acuerdo al gremio dirigido. A nivel de los médicos tiene un escalafón.

A nivel del proyecto de Mejoramiento de la equidad y el fortalecimiento de los servicios de salud se manejan incentivos económicos y no económicos. En el económico se tiene el Bono de desempeño el cual se logra a través del cumplimiento de 10 indicadores sanitarios, y el no económico también depende de dichos indicadores y puede ser a través de bonos vale Panamá (alimentos) y uno institucional para la compra y reparación de equipos, entre otros

¿Consideran que la evaluación para obtener el bono responde a criterios de evaluación del desempeño para todos los profesionales de salud?

Favor investigar: no se evalúa el desempeño en base a lo esperado en la atención según el cumplimiento de las normas vigentes del ministerio de salud.

Administrativo: hay una parte en la evaluación que es muy superficial, no se especifica bien, son muy ambiguas, faltarían muchos criterios a desarrollar.

¿Cuáles han sido introducidos?

El bono de incentivo por desempeño anual, principalmente.

¿Para qué categorías de personal?

Para personal técnico y administrativo.

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

No se aplican ninguno de los dos objetivos, el formulario no hace referencia a productividad ni antigüedad; este debe modificarse y buscar evaluar, la calidad, efectividad y eficacia del trabajo del funcionario. Aunque el personal administrativo si se evalúa por productividad.

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

Si se ejerce con objetividad debe impactar en el buen desarrollo de los servicios de salud.

SISTEMA DE ABASTECIMIENTO Y SISTEMA DE SUMINISTRO.

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

Con respecto al servicio de odontología las especificaciones técnicas para los equipos e insumos sanitarios son determinadas por el Departamento de Salud Bucal del MINSA en conjunto con Provisión de Servicios de Salud.

La coordinación regional de farmacia realiza criterios técnicos basados en las especificaciones técnicas determinadas por el Departamento de Farmacia y Drogas del nivel central.

¿Hay un sistema de inventario para los insumos sanitarios?

Si es si, comente sus principales componentes y analice su desarrollo: Kardex: sistema de tarjeta de control que es utilizado a nivel regional y local

Existencia física: se realiza en forma manual mensualmente, es utilizado, de igual manera, a nivel regional y local.

Se envía a cada coordinador las existencias para que realicen los cálculos de las necesidades de cada insumo y controlar su fecha de vencimiento.

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

Los principios de los estándares se basan en PEPE (primero en expirar primero en entregar). Control de calidad de temperatura y humedad. Sistema de control de inventario con máximos y mínimos

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

La unidad ejecutora hace la nota de solicitud adjunta con la requisición (excepto el nivel local) dirigida al Director Regional con copia a la Administración y Provisión de salud, luego se remite a la Sección de compras. De allí se manda a Presupuesto para verificar si hay fondo presupuestario, luego que se le pone la partida se busca las firmas del Director Regional, Administración y Jefa de compras y de la unidad solicitante. Después de todas las firmas se procede dependiendo del monto; si es más de 3 mil dólares se cotiza en Panamá Compra, si es menos se consigue dos o tres cotizaciones para proceder con la compra. Si es insumos sanitarios se pide el registro sanitario, declaración jurada, y paz y salvo del MEF y del Seguro, aviso de operación

y la copia de la cedula del representante legal. También, la intercambiabilidad para medicamentos si se necesita.

Limitaciones:

- Expediente listo, pero se demora el criterio técnico porque los coordinadores están en giras en el nivel local (principalmente en medicamentos). Los otros insumos tienen convenio marco (precio establecido)
- Los precios de los insumos son muy onerosos, principalmente en los medicamentos, quedando desiertos por el precio de referencia
- Para repuestos se requiere del número de activo fijo, número de serie, número de chasis (vehículos), modelo, marca.
- El tiempo que se demora para enviar los criterios al nivel nacional (informática, DIS, asesoría legal) y el refrendo de control fiscal.
- Falta de recursos humanos
- La cantidad de distribuidores, la existencia en el país y el costo elevado.

Puede mejorarse:

- A través de un sistema de calificación de proveedores, precios establecidos y comparación de precios.
- Una descripción más precisa, específica por parte de la unidad solicitante
- Un carro para la sección de compras exclusivo para la cotización
- Recursos humanos: cotizadores (2),
- Línea telefónica exclusiva para los trámites de la sección de compras.

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

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

La región realiza las compras conjuntas de todos los insumos sanitarios que están contenidos en los convenios.

Se hace compras con fondos internacionales en el proyecto de Mejoramiento de la Equidad y la iniciativa Mesoamericana.

FORIS: la región tiene los fondos y todas las compras se hacen a través del departamento de compras y son evaluados por una firma externa. De hecho, también pasa por control fiscal.

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

Los proveedores se evalúan en función de:

- Cumplimiento de entrega
- Calidad de productos entregados

Para la evaluación se utilizan los convenios técnicos aprobados. Entre los mecanismos se establecen notas de recepción y despacho y para controlar las pérdidas se emplea un sistema de alarma. Este sistema puede ser mejorado a través de un sistema de código de barra.

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

Si es si, comente sus principales componentes y analice su desarrollo: Existe el conocimiento de la comisión evaluadora del MINSA, pero en el nivel regional no se ha conformado la misma. Cada coordinador hace la función de la comisión evaluadora.

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

Por medio del presupuesto regular a través de compras a crédito (máximo de 120 días para cumplir con el pago) o al contado (el proveedor tiene mínimo 10 días hábiles y máximo 30 días para entregar)

¿Cuáles son los mecanismos establecidos para controlar las pérdidas y fraudes, se coordina con la Dirección General de Salud y Dirección Nacional de Farmacias y Drogas el procedimiento para el descarte? ¿Son efectivos? ¿Cómo podrían mejorarse?

Farmacia y drogas y la Dirección general de salud envían circulares informando sobre fraude con el nombre de las empresas para que las regiones estén atenta a esta situación.

Actualmente para el descarte se solicita la lista de los medicamentos vencidos y el peso total, sin embargo, no están bien definido todavía el proceso de descarte a nivel regional por parte del nivel central. Actualmente los medicamentos vencidos están acumulados en cada una de nuestras instalaciones esperando ese proceso y ocupando un espacio que se requiere.

¿Conoce la información de los insumos vencidos que brinda en el LSS/SUMA?

Si es si, comente cuales: el programa LSS/SUMA da la información de los insumos que vencen a los 90 días y 180 días.

¿Cómo se articula el sistema de abastecimiento y suministro entre el nivel nacional y regional y entre este último y las instalaciones locales? ¿Cuáles son sus limitantes?

El nivel nacional tiene un cronograma de entrega bimensual a las regiones de salud. Una vez que los suministros se encuentren en el almacén regional son distribuidos bimensualmente a las instalaciones de salud.

Limitantes: falta de transporte terrestre y marítimo para la entrega de insumos, falta de insumos (combustible), falta de personal administrativo para la recepción, distribución y las entregas en sitio.

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

No disponemos de instalaciones de la CSS

¿Los criterios aplicables a la priorización de la compra consideran el perfil de morbi - mortalidad de la población y los principales riesgos a la que está sometida?

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

La coordinación de salud bucal realiza la priorización de las compras de insumos según las principales causas de morbilidades que se presentan en las comunidades e igualmente tomando en cuenta el equipamiento de las clínicas dentales y la disponibilidad del recurso humano.

FORIS: elabora al inicio de cada año un plan de adquisición de medicamentos y activos en base a las 10 principales causas de morbimortalidad según grupo de edad en la Región y considera el tratamiento establecido en los protocolos. Esta información es utilizada por la coordinación de nutrición para estimar sus necesidades.

La compra de medicamentos y médico quirúrgico están centralizadas en el nivel nacional, lo cual no permite la adquisición de medicamentos acordes con nuestras necesidades, y ocasionalmente tenemos desabastecimiento de medicamentos acordes a nuestro perfil de morbimortalidad.

Las coordinaciones de laboratorio y nutrición toman en cuenta dicho perfil y los riesgos de la población para la adquisición de sus insumos y equipos.

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

Se realiza en base a los formularios de consumo mensual y anual que recibe el coordinador regional de los niveles locales.

¿Cómo se registra la información de consumo?

Las coordinaciones de odontología, médico quirúrgico y medicamentos les solicitan a los niveles locales la entrega mensual de los formularios normados de consumos de sus respectivos insumos para entonces hacer un consolidado regional y enviarlo al nivel nacional.

¿Conoce las modalidades de compra?

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

Compra menor: de 1000.00 -30,000.00 dólares. Se usa en la región.

Contratación directa: no importa el monto. Verificamos que hay un solo proveedor que distribuye ese insumo.

Licitación pública: esta no se usa en la región

Compra por mejor valor: se toma en cuenta los aspectos técnico, administrativo, financiero, económico ofertados por los proponentes. No se usa en la región

Contratación de concesiones:

Licitación por mejor valor con evaluación separada: casi no se usa

Compra por el proceso de caja menuda: son las compras de un centavo hasta 1000.00. Se usa por la región.

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

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

Los principales componentes en el área de farmacia son: Recepción, Almacenamiento, Control de Inventarios, Control de temperatura y humedad, Control de Existencias, Distribución.

No existen áreas físicas de recepción, cuarentena, y área de distribución.

Recepción: A pesar de no contar con un área de recepción, la actividad de recibo de insumo, revisión y cotejo de cantidad se da a nivel de la Oficina de enlace.

Almacenamiento: Existe un área física para almacenamiento que es insuficiente para la demanda de insumos.

Control de inventarios:

Control de temperatura y humedad: El Almacén Regional se encuentra ubicado en los Llanos de Carti que no cuenta con electrificación rural, lo que afecta la temperatura y humedad que deben tener los insumos. Poseemos una Planta eléctrica que sólo funciona por 10 horas al día de lunes a viernes. Por lo tanto, no se cumple con los Manuales de Procedimientos.

Control de existencias: Permite conocer las cantidades existentes de los insumos que cada instalación debe disponer en un tiempo determinado (generalmente tres meses), lo que facilita saberla caducidad, déficit y un superávit de los mismos.

Distribución: se hace en coordinación con Administración para su envío a las diferentes instalaciones de salud. Este proceso depende de la disponibilidad de lanchas, combustible, factores climáticos,

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

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

Hace años se presentó un proyecto para la construcción de un almacén regional de insumos sanitarios en la Sede en Carti, pero no se le dio seguimiento. Hay disponibilidad de terreno para la misma.

Hay áreas habilitadas para el depósito de los insumos sanitarios en la sede regional y en la oficina de enlace.

SISTEMA DE INFORMACIÓN DE SALUD

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

El sistema de información es una herramienta fundamental para la creación de estrategias para la implementación de programas y políticas desarrolladas por las autoridades de salud encaminadas a mejorar la calidad de vida de la población. Las estadísticas de salud constituyen la base principal para el análisis de la situación de salud y de una planificación estratégica para la toma de decisiones.

- Sistema de información de Estadística de Salud (SIES)
- Programa Ampliado de Inmunización (PAI)
- Violencia doméstica
- Sistema Informático Perinatal
- Actividades de servicios intermedios y otros que están en formato Excel
- Sistema de Vigilancia en salud Pública (sisvig)
- Notificación obligatoria - ENO
- Registro de Admisión y Egreso (RAE)
- Vigilancia de Mortalidad (VIGMOR)

RRHH: el nivel nacional cuenta con dos estructuras que es la de EPD manejado directamente por la Contraloría y la estructura del MINSA donde abarca todos los funcionarios técnicos y administrativos (planilla, posición, cargos, salarios, salarios presupuestados, entre otros). La región no cuenta con ese sistema, ya se ha solicitado, pero todavía no se ha instalado.

SIREGES: herramienta utilizada por el programa FORIS creado bajo la modalidad de gestión por resultados. Esta herramienta se implementó en el año 2012 en las instalaciones de salud que son objetos de capitas según el convenio de gestión. La misma es utilizada para dar seguimiento a las actividades de los beneficiarios y verificar mediante los reportes el cumplimiento de las coberturas de atención, dada por el prestador de salud con la implementación de la cartera de prestaciones priorizadas. La información que se ingresa es nominal y utiliza como fuente primaria los datos escritos en el expediente clínico, durante la atención de salud de los beneficiarios en un periodo determinado.

SIES: Consiste en un software que genera información consolidada de las actividades realizadas en las diferentes instalaciones de salud, las cuales son registradas en un formulario llamado registro diario de actividades el cual es llenado por los profesionales de salud que brindan atención directa al paciente. Se generan alrededor de 52 cuadros (consultas por instalación, tipo de paciente y profesional, controles de salud, morbilidades, etc). Adicional se captura información de hierro, laboratorios, visitas domiciliarias, promoción y educación, farmacia, defunciones generales y fetales, nacimientos.

PATMI: Programa de alimentación complementaria. Se captura información sobre la entrega de cremas nutricionales.

SIP: este sistema recoge y analiza la información clínica de la embarazada y su propósito es contribuir a que el análisis de sus indicadores nos ayude a la reducción de la morbimortalidad materna y perinatal.

PAI: Nos permite capturar y consolidar los datos de vacunas aplicadas a la población a través del registro diario de vacunas. Se genera informes con las dosis aplicadas y coberturas de vacunación.

SIPE: sistema en la cual aseguramos a nuestros funcionarios directamente y con él podemos hacer la planilla para el pago obrero patronal de seguro social

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

El SIREGES y SIES permiten rescatar ciertos aspectos de salud de los beneficiarios lo que permite detectar fallas en la atención de una manera oportuna para tomar acciones correctivas y efectivas.

RRHH: si lo tuviera serio efectivo para conocer la situación administrativa del funcionario en relación a su salario, cambio de categoría, entre otros; se reduciría los errores cuando se hacen los cuadros de resoluciones ejecutivas; se agilizaría el proceso interno.

La información disponible se toma en cuenta para poder establecer las estrategias a seguir para contribuir al mejoramiento de los procesos técnicos administrativos dentro de la región.

¿Cómo se evalúa la calidad de la información? ¿Quiénes y cuándo se evalúa? ¿Se aplica la auditoría informática?

La calidad de la información es realizada mensualmente mediante la depuración de las bases de datos emanadas de los niveles locales buscando las inconsistencias y errores de registro, se realizan los correctivos pertinentes antes de enviarla al nivel nacional.

El equipo técnico de REGES regional, es el encargado de realizar la evaluación mensualmente, cuando se encuentran fallas se les informa de las anomalías para que sean corregidas en su base de datos local.

SIREGES: se hace una evaluación bimestral a nivel del equipo de gestión, Dirección de provisión de servicios de salud del nivel nacional, la UGSAF y la Auditoría externa (GESAWORLD)

La auditoría informática es un proceso llevado a cabo por profesionales capacitados para el efecto y consiste en recoger, agrupar y evaluar evidencia para determinar si un sistema de información salvaguarda el activo manteniendo la integridad de los datos.

En base a esta definición se aplica parcialmente la auditoría informática en ciertos departamentos, tales como contabilidad, compras, farmacia a través de auditoría interna.

¿Qué mecanismos aplica el equipo de salud para analizar la información que surge como producto del sistema? ¿Qué procesos transformadores aplica? ¿Y si es oportuno?

SIREGES: esta emite reportes con información del estado de salud de cada beneficiario lo que nos permite darle seguimiento y evaluar la eficacia. Primero identifico el periodo a evaluar, ya sea bimestral o cuatrimestral, luego usamos el cruce de variables, se compara, se filtra y se depura para identificar las debilidades, lo que nos lleva a utilizar ciertos procesos transformadores como el uso de matrices de seguimiento en promoción, prevención y atención. Si es oportuno, porque te lo da en tiempo real. Lo único malo es la efectividad del proceso a nivel local, no se ejecuta en el nivel operativo los correctivos que surjan del análisis de la información.

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

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

SIREGES: si están definidos sus usos y contenidos en los componentes de promoción, prevención y atención.

La información es utilizada por las autoridades del nivel nacional, dirección regional y local, coordinaciones de programas y su contenido está definido siguiendo las normas definidas por el nivel nacional.

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

Los usuarios solicitan sus necesidades por demanda espontánea y el Departamento de Estadística brinda la información de forma impresa, en formato digital o vía correo. Algunas coordinaciones establecen sus mecanismos con tiempos establecidos (mensual, trimestral, semestral y anual).

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

El sistema de formación está diseñado para dar respuesta por instalación de salud considerando las variables: sexo, edad, servicios, tipo de paciente y otros a nivel regional.

¿Contamos con sistemas de información paralelos o un sistema de información único?

Contamos con un sistema de información de estadísticas de salud (SIES) siguiendo la normativa del nivel nacional, sin embargo, la estrategia FORIS tiene un sistema paralelo que maneja información diferente a pesar de que los instrumentos utilizados para el registro es el mismo (SIREGES)

Consideramos que se pueden hacer las adecuaciones correspondientes en el SIES y se evitaría la dualidad de la información con un sistema único.

CATASTRO

EQUIPAMIENTO Y TECNOLOGIA.

EQUIPAMIENTO Y TECNOLOGÍA ULTIMO AÑO DISPONIBLE NIVEL NACIONAL Y REGIONAL

Cuadro No. 16

NUMERO DE CAMAS POR INSTALACION /NUMERO DE CAMAS POR HABITANTE

Nombre de la Instalación	Institución/No. de camas			
	Total	MINSA	CSS	PRIVADO
No. Total de camas	66	66	0	0
No. de servicios de imagenología	1	1	0	0
• No. De Ultrasonidos	0	0	0	0
• No. De Rayos X	1	1	0	0
• No. De Panorex	0	0	0	0
• No. De Periapical	0	0	0	0
• No. De CAT	0	0	0	0
• No. De Mamógrafos	0	0	0	0
• No. De Equipos de resonancias magnéticas	0	0	0	0
No. de Laboratorios Clínicos	7	7	0	0
No. de Bancos de Sangre	0	0	0	0
No. de Farmacias	19	19	0	0
No. de Sillones Dentales	8	8	0	0
Completos	8	8	0	0
Incompletos	0	0	0	0

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

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

¿Cuáles son los mecanismos establecidos para el reporte de los estudios imágenes realizados?

No tenemos estos tipos de estudios.

¿Qué mecanismos se utiliza para la entrega efectiva de los resultados a los pacientes? ¿Qué porcentaje de estudios realizados no son retirados?

Los pacientes acuden espontáneamente a retirar sus laboratorios clínicos en un 95%.

¿Cuál es el porcentaje del presupuesto de operación destinado a mantenimiento y reparación?

El porcentaje es de 0.1%, lo que representa un valor muy bajo. Esta partida generalmente no se utiliza porque hay que ejecutarla a través de órdenes de compra y nadie quiere ir a hacerlo en nuestra comarca ya que representa un gasto ostentoso y lo asignado no cubre lo mismo.

¿Cuál es el porcentaje del personal de mantenimiento cuya formación es meramente empírica?

No contamos con personal de mantenimiento, pero se requiere con suma urgencia disponer de este personal para las tareas de mantenimiento preventivo y correctivo que requiere la región.

¿Cuáles son los montos del presupuesto destinados a la adquisición de nuevos equipos?

El monto asignado aproximadamente es 0.05%.

¿Con base a qué criterios se prioriza la adquisición de equipos y de nuevas tecnologías?

Se utiliza los criterios de rendimiento, eficiencia y calidad del equipo a adquirir.



FOTOGRAFIA n° 9

FINANCIACIÓN DE LOS SERVICIOS

*COMPENSACIÓN DE COSTO
FUENTE DE FINANCIACIÓN
AUTOGESTION
APORTES
PRESUPUESTO DEL ESTADO
DONACIONES
SEGURO SOLIDARIO.*

COMPENSACIÓN DE COSTO.

¿Existen convenios de compensación de costos con la CSS en la región y en los hospitales, comente sus experiencias?

No tenemos convenios de compensación. Sin embargo, se brinda la atención a toda la población asegurada demandante, ya que somos los únicos proveedores de servicios de salud en la Comarca.

¿Qué mecanismos se aplican para el análisis de la información de costos, como se relacionan los costos con la producción, con el rendimiento, los recursos y los resultados? ¿Qué decisiones se toman a partir de este análisis?

Se envía mensualmente un resumen estadístico de la producción de los servicios por tipo de pacientes al nivel nacional quién a su vez lo remite al departamento de costo del nivel central.

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

No aplica para nuestra región. Alrededor del 90% de nuestros servicios ofertados son gratuitos.

¿Las tarifas establecidas responden a los costos reales? ¿Sobre qué bases se estiman? ¿Cómo deben ajustarse?

No tenemos tarifas establecidas sólo costos simbólicos estandarizados en todas las instalaciones de salud.

¿Cómo afecta la duplicidad de servicios la compensación de costo?

En nuestra región el MINSA es único prestador de servicios de salud.

FUENTE DE FINANCIACIÓN

¿Se han reducido las brechas en gasto total en salud per cápita y gasto publico per cápita??

Sí____

Si es si, comente cuales: _____

No____

Favor investigar _____

¿Qué porcentaje del producto interno se destina al sector salud?

A nivel del Minsa en el 2012 fue de 5.2 %, 2013-7.6 %

No contamos con este % a nivel regional

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

La región es financiada por el presupuesto público en un 97%, un 3% se da por autogestión.

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

Cada instalación maneja sus recursos producto de la recaudación en el fondo de administración. Los aportes más relevantes que se cubren bajo la autogestión son: Compra de medicamentos, materiales para mantenimiento y reparación, materiales de oficina, combustible, pasajes para el traslado de pacientes a recibir atención especializada en Panamá.

¿Cuáles son los aportes de la autogestión de los Patronatos y Consejos de Gestión en la financiación de los servicios hospitalarios que gestionan?

La Región de Salud no cuenta con Patronatos ni Consejos de Gestión. En algunas comunidades se cuenta con comités de salud (ejemplo: San Ignacio de Tupile) que realizan actividades para recaudar fondos y apoyar en los gastos de la instalación de salud.

El aporte de la atención de salud se fija en función de la capacidad de pago de los usuarios.

A pesar de que existen tarifas pre-establecidas, se exonera o se hacen rebajas, el aporte se fija en función de la capacidad de pago de los usuarios.

El sistema actual no es efectivo, porque la persona cuando realiza arreglos de pago deja una morosidad no recuperable.

¿Cómo funciona el sistema de evaluación socio-económica? ¿Permite la recuperación de costos de acuerdo a los recursos de los usuarios? ¿Qué modificaciones deben realizarse? ¿Se conoce la diferencia entre costos y tarifas?

Utilizamos los indicadores socio-económicos dados por el MEF y es el regente de la instalación (médico-enfermera) quien realiza la evaluación socio-económica de los pacientes, ya que no se dispone de trabajadores sociales en el nivel operativo. No se recuperan los costos, ya que la población no tiene capacidad de pago. Las modificaciones deben propender al cobro según tarifas reales, clasificación de usuarios de acuerdo a recursos. Se debe negociar con la comunidad para que se cobren los costos en los que se incurren durante la atención de salud.

¿Cuál ha sido el impacto de las resoluciones y decretos de gratuidad en su presupuesto?

Ha sido positivo en el incremento de cobertura de programas. Sin embargo, ha afectado grandemente los ingresos de las diferentes instalaciones de salud que ha mermado su capacidad de respuesta ante situaciones que en un momento determinado el nivel regional no le pueda dar solución por los nudos críticos del proceso de gestión regional.

¿Dentro de su región de salud, a qué población debe subsidiar el Presupuesto del Estado?

El Estado debe subsidiar a la población marginada y de extrema pobreza, Incluye al 65% de la población no asegurada.

Actualmente se está subsidiando los siguientes grupos poblacionales: <5 años, maternales, escolares, adolescente, adulto mayor y enfermedades crónicas, HIV/SIDA, Tuberculosis pulmonar, entre otros.

¿El subsidio estatal es garante de la equidad sanitaria?

Este subsidio no es garante de la equidad sanitaria, contribuye a la misma por estar destinada a grupos poblacionales con bajo poder adquisitivo ayudando a satisfacer algunas necesidades básicas.

¿Las donaciones constituyen una importante fuente financiera o generan en ocasiones mayores dificultades para la organización del sistema? ¿Qué normas deberían regularlas?

Las donaciones a nivel regional no constituyen un renglón relevante, pero a nivel de algunas comunidades son de gran importancia (infraestructura, equipamiento, medicamentos y otras), aunque en algunas ocasiones se han recibido medicamentos vencidos, es indispensable que se establezcan normas para regular este tipo de donaciones, se recomienda una evaluación previa de la donación, entre el regional y la entidad donante.

¿Cuáles han sido los aportes técnicos-financieros de los organismos internacionales, empresas privadas u otros?

El club rotario de Oklahoma que está patrocinando un proyecto encaminado a la erradicación de la Escabiasis en la Comarca.

Grupo Smile de Canadá quienes anualmente nos brindan apoyo en la atención gratuita odontológica y además, realizó una donación de 2 sillones dentales.

La Embajada americana apoyando la modernización de infraestructura en la comarca.

El SENACYT con la instalación de una infoplaza en el Hospital Marvel Iglesias.

También donaron equipos médicos y de provisión eléctrica (eólica y solar)

La iniciativa mesoamericana 2015 para disminuir la morbimortalidad materna e infantil.

¿Las tarifas actuales del sistema facilitan la sobre utilización de los servicios de salud y limitan la eficiencia del sistema?

Los costos actuales favorecen la sobre utilización de los servicios de salud y la falta de recursos humanos limitan la prestación del servicio. Los costos no se recuperan porque se cobra a los no asegurados, las personas utilizan los servicios sin necesitarlos por los bajos costos que el sistema ofrece.

Provoca el denominado síndrome de Burn Out afectando la eficiencia del sistema por el exceso de la carga de trabajo en un sistema donde predomina la multiplicidad de funciones por la escasez de recursos humanos.

¿Existe información confiable y oportuna sobre gasto público en salud, privado y de bolsillo?

En la región existen registros de información confiable y oportuna sobre los gastos públicos de salud, pero no privado ni de bolsillo.

¿Cuál? ¿Quién la elabora y cómo?

La información que se recoge se refiere al grado de avance de la ejecución presupuestaria, elaborada por la sección de presupuesto regional y el informe de la sección de contabilidad, los mismos se envían al nivel central, y se elaboran mensualmente.

¿Existen recursos para la adquisición, contratación y mejoras de las tecnologías de punta (ancho de banda, servidores, contratación de servicios de internet)?

No existen los recursos para este tipo de adquisiciones, ya que los mismos son manejadas directamente en el nivel central.

¿Quién decide y sobre qué base, el proceso de gestionar, negociar y modular recursos técnicos financieros de diversas fuentes? (responsabilidad social, empresarial a nivel nacional, regional y local).

¿El sector salud está en conocimiento de los marcos legales e institucionales y los procedimientos para obtener recursos de la cooperación externa para el sector salud?



FOTOGRAFIA n° 10

PROYECTOS DE INVERSIÓN

¿Con base en el análisis prospectivo de la red de servicios realizado ¿Cuáles son las principales áreas de inversión requeridas para el desarrollo de una red integrada e integral de servicios de salud (RIISS)?

- Modernización y creación de nuevas infraestructuras de primer nivel de atención en segundo y tercer grado de complejidad (Subcentros de Salud y Centros de salud básicos): la gran mayoría de nuestras instalaciones de salud ya han sobrepasado su vida útil, sus estructuras están totalmente deterioradas a punto de colapsar, por lo que requieren de procesos de reposición, mejoramiento y ampliación. Somos de la idea que los Puestos de Salud no debieran existir en estos tiempos modernos.
- Dotación de maquinarias, equipos y tecnologías adecuadas a las instalaciones de primer y segundo nivel de la Región: modernización del equipo de transporte marítimo (motores fuera de borda y bote de fibra de vidrio), adquisición de tecnologías apropiadas de acuerdo al grado de complejidad de la instalación (Oxímetro de pulso, Doppler obstétrico, EKG, USG, Espirómetro, entre otros)
- Equipos básicos de salud completo en cada una de las instalaciones de salud
- Abastecimiento oportuno y suficiente de insumos
- Capacitación continua del RRHH

¿Qué criterios deben cumplirse para presentar proyectos de inversión? ¿Cuáles de los criterios establecidos por el MEF presentan dificultad debido a su complejidad o a las limitaciones de recursos en la región?

¿De los proyectos de inversión del año 2017 y los proyectados para el 2018, qué porcentaje apunta hacia los objetivos de mejorar cualitativa y cuantitativamente la red de servicios a fin de lograr una red integrada e integral de servicios de salud (RIISS)? ¿Cuáles fortalecen la estrategia de atención primaria de salud renovada?

Para el año 2017 no se ejecutó ninguno de los proyectos estructurados en Programa Mi Salud Primero para ese año probablemente debido al déficit presupuestario. De la misma manera, los incluidos en el Programa BID MINSA no se desarrollaron por lentitud en los procesos técnico-administrativos. El 100% de los proyectos están dirigidos a lograr una red integrada e integral de servicios de salud con el consecuente fortalecimiento de la estrategia de atención primaria de salud renovada.

¿Existen proyectos financiados por medio de la Cooperación Técnica internacional?

En la actualidad está el Programa BID MINSA con un componente de infraestructura en el cual se dispone de 8 Instalaciones de salud para su mejora en una primera fase a realizarse en el periodo 2018-2019 y de 3 instalaciones más para una segunda fase.

¿Cuentan ustedes con un Plan Quinquenal de Inversiones actualizado?

Si es si, comente sus principales componentes y analice su desarrollo: El mismo dispone de los siguientes componentes: Maquinarias y equipos, Infraestructura y Agua potable.

- Maquinarias y equipos: abarca un conjunto de estos elementos según renglón presupuestario por instalación de salud que se desarrolla al inicio de cada año durante la realización del Anteproyecto de Presupuesto para el año fiscal correspondiente.
- Infraestructura: abarca el conjunto de infraestructuras que requieren un proceso de mantenimiento preventivo o correctivo tipo construcción, reposición, mejoramiento y/o ampliación. Aquí el problema radica, principalmente, en la falta de un arquitecto asignado a la región para completar los criterios establecidos por el MEF para estos tipos de proyectos y lograr que los mismos se puedan llevar a cabo.
- Agua potable: abarca una serie de proyectos destinados al suministro de agua segura a las comunidades de la Comarca, tales como construcción y/o mejoras al sistema de abastecimiento de agua.

¿Consideran que el mismo debe ser revisado y adecuado a las prioridades de sus necesidades y demandas regionales?

Sí ___

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

No___

Favor investigar_____.

REGION DE KUNA YALA
PROYECTOS DE INVERSIÓN
MINSA-BID

N°	Localización	Propuesta	Fecha de Promesa	Inversión	Cumplimiento %	Comentarios
1	Puerto Obaldia	Remodelación más pabellón	2018	MINSA/BID	ND	Centro de Salud de Puerto Obaldia Primitiva Luna. Actualmente por revisión y aprobación de planos arquitectónicos.
2	Armila	Nueva instalación	2018	MINSA/BID	ND	Centro de Salud Básico de Armila. Actualmente por revisión y aprobación de planos arquitectónicos.
3	Mulatupu	Remodelación	2018	MINSA/BID	ND	Hospital Rural de Mulatupu. Actualmente por revisión y aprobación de planos arquitectónicos.
4	Ustupu	Remodelación	2018	MINSA/BID	ND	Centro de Salud de Ustupu. Actualmente por revisión y aprobación de planos arquitectónicos.
5	Ailigandi	Nueva instalación	2018	MINSA/BID	ND	Hospital Regional de Ailigandi. Actualmente por revisión y aprobación de planos arquitectónicos.
6	Playon Chico	Nueva instalación	2018	MINSA/BID	ND	Centro de Salud de Playón Chico. Actualmente por revisión y aprobación de planos arquitectónicos.
7	Río Tigre	Nueva instalación	2018	MINSA/BID	ND	Centro de Salud Básico de Río Tigre. Actualmente por revisión y aprobación de planos arquitectónicos.
8	Río Sidra	Remodelación más reparaciones	2018	MINSA/BID	ND	Centro de Salud de Río Sidra. Actualmente por revisión y aprobación de planos arquitectónicos.

**MINISTERIO DE SALUD
REGIÓN DE SALUD DE GUNA YALA
PLAN QUINQUENAL DE INVERSIONES 2017-2021
MEJORAMIENTO DE INFRAESTRUCTURA**

NOMBRE DEL PROYECTO	TOTAL B/.	Año de inicio	QUINQUENIO					DISTRITO	CORREGIMIENTO	CIRCUITO	POBLACIÓN BENEFICIARIA	POSIBLE FUENTE DE FINANCIAMIENTO (GOB., OPS, ONG, OTRAS)
			2017	2018	2019	2020	2021					
Reposición del Centro de Salud Básico de Tubualí (incluye equipamiento y casa médica)	B/. 935,000.00	2018		B/. 535,000.00	B/. 400,000.00			GUNA YALA	TUBUALA	10-4		Presupuesto del Minsa (DIS)
Reposición del Centro de Salud Básico de Ticantiki (incluye equipamiento y casa médica)	B/. 792,161.37	2018		B/. 492,161.37	B/. 300,000.00			GUNA YALA	NARGANA	10-1		Programa Mi Salud Primero
Reposición del Centro de Salud Básico de Río Tigre (incluye equipamiento y casa médica)	B/. 792,161.37	2018		B/. 492,161.37	B/. 300,000.00			GUNA YALA	NARGANA	10-1		Gobierno (Gasto corriente)
Reposición del Centro de Salud Básico de Mamitupu (incluye equipamiento y casa médica)	B/. 792,161.37	2018		B/. 492,161.37	B/. 300,000.00			GUNA YALA	AILIGANDÍ	10-2		Programa BID-MINSA
Reposición del Centro de Salud con camas de Playón Chico (incluye equipamiento y casa médica)	B/. 1,500,000.00	2017	B/. 600,000.00	B/. 900,000.00				GUNA YALA	AILIGANDÍ	10-2		Programa BID-MINSA
Reposición del Centro de Salud con camas de Carti (incluye equipamiento y casa médica)	B/. 792,161.37	2018		B/. 492,161.37	B/. 300,000.00			GUNA YALA	NARGANA	10-1		Programa BID-MINSA
Construcción del Centro de Salud Básico de La Miel	B/. 505,000.00	2018		B/. 305,000.00	B/. 200,000.00			GUNA YALA	PUERTO OBALDÍA	10-3		Programa Mi Salud Primero
Reposición del Puesto de Salud de Ukupa	B/. 505,000.00	2018		B/. 305,000.00	B/. 200,000.00			GUNA YALA	AILIGANDÍ	10-2		Programa Mi Salud Primero
Ampliación y Rehabilitación del Centro de Salud Básico de Achutupu	B/. 350,000.00	2019			B/. 250,000.00	B/. 100,000.00		GUNA YALA	AILIGANDÍ	10-2		Presupuesto Minsa
Reposición del Centro de Salud Básico de Mansucun	B/. 792,161.37	2018		B/. 492,161.37	B/. 300,000.00			GUNA YALA	TUBUALA	10-4		Programa Mi Salud Primero
Construcción del Centro de Salud Básico de Amilla (incluye equipamiento y casa médica)	B/. 792,161.37	2017	B/. 492,161.37	B/. 300,000.00				GUNA YALA	PUERTO OBALDÍA	10-3		Programa BID-MINSA
Ampliación y Rehabilitación del Centro de Salud con camas de Puerto Obaldía (Incluye casa médica)	B/. 500,000.00	2017	B/. 300,000.00	B/. 200,000.00				GUNA YALA	PUERTO OBALDÍA	10-3		Programa BID-MINSA
Diseño, anteproyecto, desarrollo de planos, construcción de la obra civil y equipamiento del centro materno infantil y construcción de la obra civil y equipamiento de la reparación y readecación de los edificios existentes de administración y de cocina, lavandería y mantenimiento del hospital (incluye casa médica)	B/. 0.00	2017	B/. 550,000.00	B/. 706,364.00				GUNA YALA	AILIGANDÍ	10-2		Programa BID-MINSA
Remodelación y Rehabilitación de la sede regional	B/. 200,000.00	2019			B/. 200,000.00			GUNA YALA	NARGANA	10-1		Presupuesto Minsa
TOTAL	B/. 9,247,968.22		#####	B/. 5,712,170.85	#####	B/. 100,000.00	B/. 0.00					



FOTOGRAFIA n° 11

DESIGUALDADES

La comarca de Guna Yala dispone de un solo distrito, el cual a la vez está constituido por 4 corregimientos: Nargana, Ailigandí, Tubuala y Puerto Obaldía.

El Análisis de desigualdades a nivel de la Comarca de Guna Yala, en estos momentos, no se puede realizar por corregimientos ni comunidades debido a la falta de datos a nivel de la Contraloría General de la República, sobre todo de tipo poblacional.

Se realizará un análisis con los distritos de la República de Panamá que dispongan de los datos requeridos para el mismo. Se utilizará el estratificador social “Mediana de Ingreso mensual del hogar” relacionándolo con los indicadores de salud: Tasa de mortalidad infantil (TMI), Atención profesional del parto (APP), Mortalidad por enfermedades cerebro vasculares (M ECV), Mortalidad por Diabetes (M-Diabetes) con datos de los censos 2000 y 2010. Debido a la insuficiencia de datos para el indicador de salud “Razón de mortalidad materna”, en ambos censos, este quedará fuera del análisis.

A. INDICADOR DE SALUD: TASA DE MORTALIDAD INFANTIL (x 1000 N.V.):

A.1. TABLA DE DATOS CENSO 2000:

Distritos 2000	Población	Ingreso	TMI
BOCAS DEL TORO	25910	208.6	18.7
CHANGUINOLA	86509	297.4	29.2
CHIRIQUÍ GRANDE	28504	200.5	28.1
AGUADULCE	37910	380.0	6.4
ANTÓN	42649	214.0	11.4
LA PINTADA	24051	97.4	22.1
NATA	18144	243.6	19.6
PENONOMÉ	70853	184.9	19.7
COLÓN	166753	416.8	23.3
CHAGRES	10778	115.3	10.1
DONOSO	12389	80.3	19.0
PORTOBELO	6933	289.3	11.3
SANTA ISABEL	3319	131.4	16.4
ALANJE	15375	237.6	20.7
BARÚ	70245	272.7	8.5
BOQUERÓN	11433	223.1	12.0
BOQUETE	16389	317.9	22.7
BUGABA	67698	259.7	16.9
DAVID	121682	425.0	17.6
DOLEGA	15061	302.7	2.6
GUALACA	8273	206.1	13.3
REMEDIOS	11932	226.4	38.5
RENACIMIENTO	18090	157.9	49.6
SAN FÉLIX	15441	201.9	43.0

SAN LORENZO	22575	160.8	32.5
TOLE	39306	101.9	17.9
CHEPIGANA	35366	112.4	40.1
PINOIANA	18166	124.2	29.7
CHITRE	40061	426.2	8.1
LAS MINAS	9217	81.6	4.2
LOS POZOS	8584	91.3	28.4
OCU	16878	131.5	13.2
PARITA	9242	224.2	13.2
PESE	12850	197.0	16.7
LAS TABLAS	22158	325.9	16.6
LOS SANTOS	22580	261.1	19.2
TONOSI	9404	157.9	34.5
ARRAIJAN	88235	526.0	14.3
CAPIRA	34986	192.6	12.6
CHAME	18174	318.2	9.8
CHEPO	37896	231.0	19.6
LA CHORRERA	113074	442.6	12.9
PANAMA	719565	587.4	15.9
SAN CARLOS	14648	261.0	10.8
SAN MIGUELITO	331692	594.6	13.6
ATALAYA	8368	251.0	45.5
CALOBRE	13443	91.9	12.7
CAÑAZAS	22357	81.6	22.4
LA MESA	13045	89.3	15.7
LAS PALMAS	25618	81.2	2.9
SAN FRANCISCO	9876	101.5	12.0
SANTA FE	13293	80.4	6.5
SANTIAGO	69117	373.8	11.5
SONA	30544	109.5	12.4
COMARCA KUNA YALA	40092	76.4	27.3
CEMACO	8925	83.1	7.2

Paso N°1: ordenar los datos según la variable de estratificación social de menor a mayor, en este caso: mediana de ingreso mensual del hogar.

Distritos 2000	Población	Ingreso	TMI
COMARCA KUNA YALA	40092	76.4	27.3
DONOSO	12389	80.3	19.0
SANTA FE	13293	80.4	6.5
LAS PALMAS	25618	81.2	2.9
LAS MINAS	9217	81.6	4.2
CAÑAZAS	22357	81.6	22.4
CÉMACO	8925	83.1	7.2
LA MESA	13045	89.3	15.7
LOS POZOS	8584	91.3	28.4
CALOBRE	13443	91.9	12.7
LA PINTADA	24051	97.4	22.1
SAN FRANCISCO	9876	101.5	12.0
TOLÉ	39306	101.9	17.9
SONÁ	30544	109.5	12.4
CHEPIGANA	35366	112.4	40.1
CHAGRES	10778	115.3	10.1
PINOIANA	18166	124.2	29.7
SANTA ISABEL	3319	131.4	16.4
OCÚ	16878	131.5	13.2
RENACIMIENTO	18090	157.9	49.6
TONOSI	9404	157.9	34.5
SAN LORENZO	22575	160.8	32.5
PENONOMÉ	70853	184.9	19.7
CAPIRA	34986	192.6	12.6
PESÉ	12850	197.0	16.7
CHIRIQUÍ GRANDE	28504	200.5	28.1
SAN FÉLIX	15441	201.9	43.0
GUALACA	8273	206.1	13.3
BOCAS DEL TORO	25910	208.6	18.7
ANTÓN	42649	214.0	11.4
BOQUERÓN	11433	223.1	12.0
PARITA	9242	224.2	13.2
REMEDIOS	11932	226.4	38.5
CHEPO	37896	231.0	19.6
ALANJE	15375	237.6	20.7

NATÁ	18144	243.6	19.6
ATALAYA	8368	251.0	45.5
BUGABA	67698	259.7	16.9
SAN CARLOS	14648	261.0	10.8
LOS SANTOS	22580	261.1	19.2
BARÚ	70245	272.7	8.5
PORTOBELLO	6933	289.3	11.3
CHANGUINOLA	86509	297.4	29.2
DOLEGA	15061	302.7	2.6
BOQUETE	16389	317.9	22.7
CHAME	18174	318.2	9.8
LAS TABLAS	22158	325.9	16.6
SANTIAGO	69117	373.8	11.5
AGUADULCE	37910	380.0	6.4
COLÓN	166753	416.8	23.3
DAVID	121682	425.0	17.6
CHITRÉ	40061	426.2	8.1
LA CHORRERA	113074	442.6	12.9
ARRAIJÁN	88235	526.0	14.3
PANAMÁ	719565	587.4	15.9
SAN MIGUELITO	331692	594.6	13.6

Paso N°2: calcular los puntos de corte que dividen en el número de deciles de preferencia la distribución de los datos, en este caso: quintiles. Se utiliza la función Percentil.Inc para estimar estos puntos de corte.

Puntos de corte	Decil	Valor
pc 1	0.2	101.5
pc 2	0.4	184.9
pc 3	0.6	231.0
pc 4	0.8	317.9

Paso N°3: identificar los puntos de corte en la tabla de datos.

Distritos 2000	Población	Ingreso	TMI
COMARCA KUNA YALA	40092	76.4	27.3
DONOSO	12389	80.3	19.0
SANTA FE	13293	80.4	6.5

LAS PALMAS	25618	81.2	2.9
LAS MINAS	9217	81.6	4.2
CAÑAZAS	22357	81.6	22.4
CÉMACO	8925	83.1	7.2
LA MESA	13045	89.3	15.7
LOS POZOS	8584	91.3	28.4
CALOBRE	13443	91.9	12.7
LA PINTADA	24051	97.4	22.1
SAN FRANCISCO	9876	101.5	12.0
<hr/>			
TOLE	39306	101.9	17.9
SONÁ	30544	109.5	12.4
CHEPIGANA	35366	112.4	40.1
CHAGRES	10778	115.3	10.1
PINOIANA	18166	124.2	29.7
SANTA ISABEL	3319	131.4	16.4
OCÚ	16878	131.5	13.2
RENACIMIENTO	18090	157.9	49.6
TONOSÍ	9404	157.9	34.5
SAN LORENZO	22575	160.8	32.5
PENONOMÉ	70853	184.9	19.7
<hr/>			
CAPIRA	34986	192.6	12.6
PESÉ	12850	197.0	16.7
CHIRIQUÍ GRANDE	28504	200.5	28.1
SAN FÉLIX	15441	201.9	43.0
GUALACA	8273	206.1	13.3
BOCAS DEL TORO	25910	208.6	18.7
ANTÓN	42649	214.0	11.4
BOQUERÓN	11433	223.1	12.0
PARITA	9242	224.2	13.2
REMEDIOS	11932	226.4	38.5
CHEPO	37896	231.0	19.6
<hr/>			
ALANJE	15375	237.6	20.7
NATÁ	18144	243.6	19.6
ATALAYA	8368	251.0	45.5
BUGABA	67698	259.7	16.9
SAN CARLOS	14648	261.0	10.8
LOS SANTOS	22580	261.1	19.2
BARÚ	70245	272.7	8.5
PORTOBELO	6933	289.3	11.3

CHANGUINOLA	86509	297.4	29.2
DOLEGA	15061	302.7	2.6
BOQUETE	16389	317.9	22.7
CHAME	18174	318.2	9.8
LAS TABLAS	22158	325.9	16.6
SANTIAGO	69117	373.8	11.5
AGUADULCE	37910	380.0	6.4
COLÓN	166753	416.8	23.3
DAVID	121682	425.0	17.6
CHITRÉ	40061	426.2	8.1
LA CHORRERA	113074	442.6	12.9
ARRAIJÁN	88235	526.0	14.3
PANAMÁ	719565	587.4	15.9
SAN MIGUELITO	331692	594.6	13.6

Paso 4: sumar la población expresada en números absolutos para obtener los totales de la población por quintil.

Distritos	Población	Ingreso	TMI
Más pobre	200,890		
Segundo	275,279		
Mediano	239,116		
Cuarto	341,950		
Menos pobre	1,728,421		

Paso 5: Estimar los pesos proporcionales de las poblaciones de cada distrito dentro del quintil para conocer el valor real de la variable de estratificación social y del indicador de salud.

distrito 2000	población	ingreso	TMI	pppoblación
COMARCA KUNA YALA	40092	76.4	27.3	0.20
DONOSO	12389	80.3	19.0	0.06
SANTA FE	13293	80.4	6.5	0.07
LAS PALMAS	25618	81.2	2.9	0.13

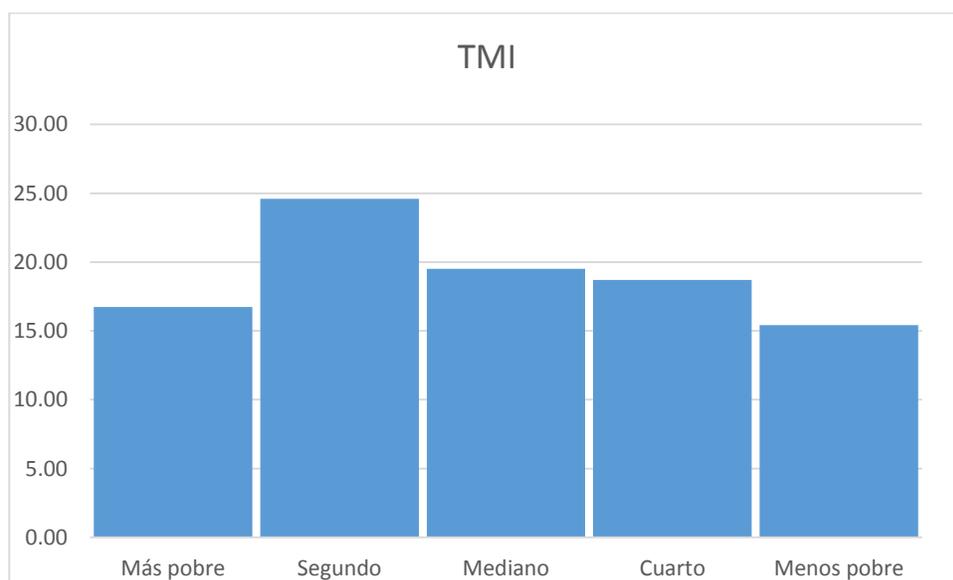
LAS MINAS	9217	81.6	4.2	0.05
CAÑAZAS	22357	81.6	22.4	0.11
CÉMACO	8925	83.1	7.2	0.04
LA MESA	13045	89.3	15.7	0.06
LOS POZOS	8584	91.3	28.4	0.04
CALOBRE	13443	91.9	12.7	0.07
LA PINTADA	24051	97.4	22.1	0.12
SAN FRANCISCO	9876	101.5	12.0	0.05
<hr/>				
TOLE	39306	101.9	17.9	0.14
SONÁ	30544	109.5	12.4	0.11
CHEPIGANA	35366	112.4	40.1	0.13
CHAGRES	10778	115.3	10.1	0.04
PINOIANA	18166	124.2	29.7	0.07
SANTA ISABEL	3319	131.4	16.4	0.01
OCÚ	16878	131.5	13.2	0.06
RENACIMIENTO	18090	157.9	49.6	0.07
TONOSÍ	9404	157.9	34.5	0.03
SAN LORENZO	22575	160.8	32.5	0.08
PENONOMÉ	70853	184.9	19.7	0.26
<hr/>				
CAPIRA	34986	192.6	12.6	0.15
PESÉ	12850	197.0	16.7	0.05
CHIRIQUÍ GRANDE	28504	200.5	28.1	0.12
SAN FÉLIX	15441	201.9	43.0	0.06
GUALACA	8273	206.1	13.3	0.03
BOCAS DEL TORO	25910	208.6	18.7	0.11
ANTÓN	42649	214.0	11.4	0.18
BOQUERÓN	11433	223.1	12.0	0.05
PARITA	9242	224.2	13.2	0.04
REMEDIOS	11932	226.4	38.5	0.05
CHEPO	37896	231.0	19.6	0.16
<hr/>				
ALANJE	15375	237.6	20.7	0.04

NATÁ	18144	243.6	19.6	0.05
ATALAYA	8368	251.0	45.5	0.02
BUGABA	67698	259.7	16.9	0.20
SAN CARLOS	14648	261.0	10.8	0.04
LOS SANTOS	22580	261.1	19.2	0.07
BARÚ	70245	272.7	8.5	0.21
PORTOBELO	6933	289.3	11.3	0.02
CHANGUINOLA	86509	297.4	29.2	0.25
DOLEGA	15061	302.7	2.6	0.04
BOQUETE	16389	317.9	22.7	0.05
CHAME	18174	318.2	9.8	0.01
LAS TABLAS	22158	325.9	16.6	0.01
SANTIAGO	69117	373.8	11.5	0.04
AGUADULCE	37910	380.0	6.4	0.02
COLÓN	166753	416.8	23.3	0.10
DAVID	121682	425.0	17.6	0.07
CHITRÉ	40061	426.2	8.1	0.02
LA CHORRERA	113074	442.6	12.9	0.07
ARRAIJÁN	88235	526.0	14.3	0.05
PANAMÁ	719565	587.4	15.9	0.42
SAN MIGUELITO	331692	594.6	13.6	0.19

Paso 6: calcular los promedios ponderados. Se utiliza la función "suma: producto" para calcular el promedio ponderado e insesgado de la variable de

estratificación social y del indicador de salud para cada quintil.

Distritos	Población	Ingreso	TMI
Más pobre	200,890	85	16.73
Segundo	275,279	140	24.61
Mediano	239,116	211	19.50
Cuarto	341,950	275	18.71
Menos pobre	1,728,421	525	15.42



Paso 8: Calcular las brechas absoluta y relativa que capturen cada una, la desigualdad en un número

Distritos	Población	Ingreso	TMI
Más pobre	200,890	85	16.73
Segundo	275,279	140	24.61
Mediano	239,116	211	19.50
Cuarto	341,950	275	18.71
Menos pobre	1,728,421	525	15.42

Diferencia absoluta	1.31
Diferencia relativa	1.09

A.2. TABLA DE DATOS CENSO 2010:

distrito 2010	población	ingreso	TMI
BOCAS DEL TORO	13686	350.0	46.0
CHANGUINOLA	94332	400.0	27.0
CHIRIQUÍ GRANDE	10387	263.0	9.9
AGUADULCE	47775	547.0	7.3
ANTÓN	53311	369.0	8.1
LA PINTADA	26069	200.0	15.3
NATÁ	20242	375.0	16.9
PENONOMÉ	84494	356.0	11.0
COLÓN	215821	602.0	13.8
CHAGRES	9898	212.0	19.2
DONOSO	10525	115.0	6.7
PORTOBELLO	10595	414.0	12.1
SANTA ISABEL	3963	300.0	17.2
ALANJE	17271	312.0	16.6
BARÚ	65061	280.0	7.0
BOQUERÓN	14861	365.0	45.6
BOQUETE	19985	480.0	22.8
BUGABA	81828	383.0	14.5
DAVID	146094	623.0	11.1
DOLEGA	21140	550.0	15.9
GUALACA	9076	377.0	13.5
REMEDIOS	3641	333.5	16.7

RENACIMIENTO	21857	220.0	35.9
SAN FÉLIX	6125	325.0	17.7
SAN LORENZO	7479	272.0	8.8
TOLÉ	12372	140.0	24.2
CHEPIGANA	31656	191.0	10.9
PINOIANA	14355	258.0	12.7
CHITRÉ	49209	644.0	12.7
LAS MINAS	8330	140.0	11.9
LOS POZOS	8201	150.0	13.7
OCÚ	16688	240.0	6.0
PARITA	9423	360.0	9.5
PESÉ	13280	338.0	13.2
LAS TABLAS	27254	452.0	8.6
LOS SANTOS	25923	397.0	6.6
TONOSÍ	10290	217.0	9.9
ARRAIJÁN	222455	812.0	11.0
CAPIRA	41236	360.0	6.2
CHAME	25565	476.5	2.8
CHEPO	44731	352.0	14.1
LA CHORRERA	164365	668.0	10.8
PANAMÁ	894566	873.0	11.8
SAN CARLOS	19882	424.0	3.7
SAN MIGUELITO	373703	923.0	9.5
ATALAYA	9894	405.0	19.5
CALOBRE	12944	155.0	6.1
CAÑAZAS	16787	120.0	8.9
LA MESA	12471	155.0	25.3
LAS PALMAS	18819	135.0	15.4
SAN FRANCISCO	10408	160.0	6.9
SANTA FE	13619	130.0	47.5
SANTIAGO	84432	600.0	6.6
SONÁ	28896	198.0	2.1
COMARCA KUNA YALA	37545	170.0	24.3
CÉMACO	7216	125.0	30.6

Paso 1: ordenar los datos según la variable de estratificación social de menor a mayor, en este caso: mediana de ingreso mensual del hogar

distrito 2010	población	ingreso	TMI
DONOSO	10525	115.0	6.7
CAÑAZAS	16787	120.0	8.9
CÉMACO	7216	125.0	30.6
SANTA FE	13619	130.0	47.5
LAS PALMAS	18819	135.0	15.4
TOLÉ	12372	140.0	24.2
LAS MINAS	8330	140.0	11.9
LOS POZOS	8201	150.0	13.7
CALOBRE	12944	155.0	6.1
LA MESA	12471	155.0	25.3
SAN FRANCISCO	10408	160.0	6.9
COMARCA KUNA YALA	37545	170.0	24.3
CHEPIGANA	31656	191.0	10.9
SONÁ	28896	198.0	2.1
LA PINTADA	26069	200.0	15.3
CHAGRES	9898	212.0	19.2
TONOSÍ	10290	217.0	9.9
RENACIMIENTO	21857	220.0	35.9
OCÚ	16688	240.0	6.0
PINOIANA	14355	258.0	12.7
CHIRIQUÍ GRANDE	10387	263.0	9.9
SAN LORENZO	7479	272.0	8.8
BARÚ	65061	280.0	7.0
SANTA ISABEL	3963	300.0	17.2
ALANJE	17271	312.0	16.6
SAN FÉLIX	6125	325.0	17.7
REMEDIOS	3641	333.5	16.7
PESÉ	13280	338.0	13.2
BOCAS DEL TORO	13686	350.0	46.0
CHEPO	44731	352.0	14.1
PENONOMÉ	84494	356.0	11.0
PARITA	9423	360.0	9.5
CAPIRA	41236	360.0	6.2
BOQUERÓN	14861	365.0	45.6
ANTÓN	53311	369.0	8.1
NATÁ	20242	375.0	16.9
GUALACA	9076	377.0	13.5
BUGABA	81828	383.0	14.5
LOS SANTOS	25923	397.0	6.6
CHANGUINOLA	94332	400.0	27.0
ATALAYA	9894	405.0	19.5
PORTOBELLO	10595	414.0	12.1
SAN CARLOS	19882	424.0	3.7
LAS TABLAS	27254	452.0	8.6

CHAME	25565	476.5	2.8
BOQUETE	19985	480.0	22.8
AGUADULCE	47775	547.0	7.3
DOLEGA	21140	550.0	15.9
SANTIAGO	84432	600.0	6.6
COLÓN	215821	602.0	13.8
DAVID	146094	623.0	11.1
CHITRÉ	49209	644.0	12.7
LA CHORRERA	164365	668.0	10.8
ARRAIJÁN	222455	812.0	11.0
PANAMÁ	894566	873.0	11.8
SAN MIGUELITO	373703	923.0	9.5

Paso 2: Calcular los puntos de corte que dividen en el número de deciles de preferencia la distribución de datos, en este caso: quintiles. Se utiliza la función Percentil.Inc para estimar estos puntos de corte

Puntos de corte	Decil	Valor
pc 1	0.2	170.0
pc 2	0.4	280.0
pc 3	0.6	365.0
pc 4	0.8	476.5

Paso 3: Identificar los puntos de corte en la tabla de datos

distrito	población	ingreso	TMI
DONOSO	10525	115.0	6.7
CAÑAZAS	16787	120.0	8.9

CÉMACO	7216	125.0	30.6
SANTA FE	13619	130.0	47.5
LAS PALMAS	18819	135.0	15.4
TOLÉ	12372	140.0	24.2
LAS MINAS	8330	140.0	11.9
LOS POZOS	8201	150.0	13.7
CALOBRE	12944	155.0	6.1
LA MESA	12471	155.0	25.3
SAN FRANCISCO	10408	160.0	6.9
COMARCA KUNA YALA	37545	170.0	24.3
<hr/>			
CHEPIGANA	31656	191.0	10.9
SONÁ	28896	198.0	2.1
LA PINTADA	26069	200.0	15.3
CHAGRES	9898	212.0	19.2
TONOSÍ	10290	217.0	9.9
RENACIMIENTO	21857	220.0	35.9
OCÚ	16688	240.0	6.0
PINOGANA	14355	258.0	12.7
CHIRIQUÍ GRANDE	10387	263.0	9.9
SAN LORENZO	7479	272.0	8.8
BARÚ	65061	280.0	7.0
<hr/>			
SANTA ISABEL	3963	300.0	17.2
ALANJE	17271	312.0	16.6
SAN FÉLIX	6125	325.0	17.7
REMEDIOS	3641	333.5	16.7
PESÉ	13280	338.0	13.2
BOCAS DEL TORO	13686	350.0	46.0
CHEPO	44731	352.0	14.1
PENONOMÉ	84494	356.0	11.0
PARITA	9423	360.0	9.5
CAPIRA	41236	360.0	6.2
BOQUERÓN	14861	365.0	45.6
<hr/>			
ANTÓN	53311	369.0	8.1
NATÁ	20242	375.0	16.9
GUALACA	9076	377.0	13.5
BUGABA	81828	383.0	14.5
LOS SANTOS	25923	397.0	6.6
CHANGUINOLA	94332	400.0	27.0
ATALAYA	9894	405.0	19.5

PORTOBELO	10595	414.0	12.1
SAN CARLOS	19882	424.0	3.7
LAS TABLAS	27254	452.0	8.6
CHAME	25565	476.5	2.8
BOQUETE	19985	480.0	22.8
AGUADULCE	47775	547.0	7.3
DOLEGA	21140	550.0	15.9
SANTIAGO	84432	600.0	6.6
COLÓN	215821	602.0	13.8
DAVID	146094	623.0	11.1
CHITRÉ	49209	644.0	12.7
LA CHORRERA	164365	668.0	10.8
ARRAIJÁN	222455	812.0	11.0
PANAMÁ	894566	873.0	11.8
SAN MIGUELITO	373703	923.0	9.5

Paso 5: Estimar los pesos proporcionales de las poblaciones de cada distrito dentro del quintil para conocer el valor real de la variable de estratificación social y del indicador de salud.

Distrito 2010	población	ingreso	TMI	pppoblación
DONOSO	10525	115.0	6.7	0.06
CAÑAZAS	16787	120.0	8.9	0.10
CÉMACO	7216	125.0	30.6	0.04
SANTA FE	13619	130.0	47.5	0.08
LAS PALMAS	18819	135.0	15.4	0.11
TOLÉ	12372	140.0	24.2	0.07
LAS MINAS	8330	140.0	11.9	0.05
LOS POZOS	8201	150.0	13.7	0.05
CALOBRE	12944	155.0	6.1	0.08
LA MESA	12471	155.0	25.3	0.07
SAN FRANCISCO	10408	160.0	6.9	0.06
COMARCA KUNA YALA	37545	170.0	24.3	0.22
CHEPIGANA	31656	191.0	10.9	0.13
SONÁ	28896	198.0	2.1	0.12
LA PINTADA	26069	200.0	15.3	0.11
CHAGRES	9898	212.0	19.2	0.04
TONOSÍ	10290	217.0	9.9	0.04

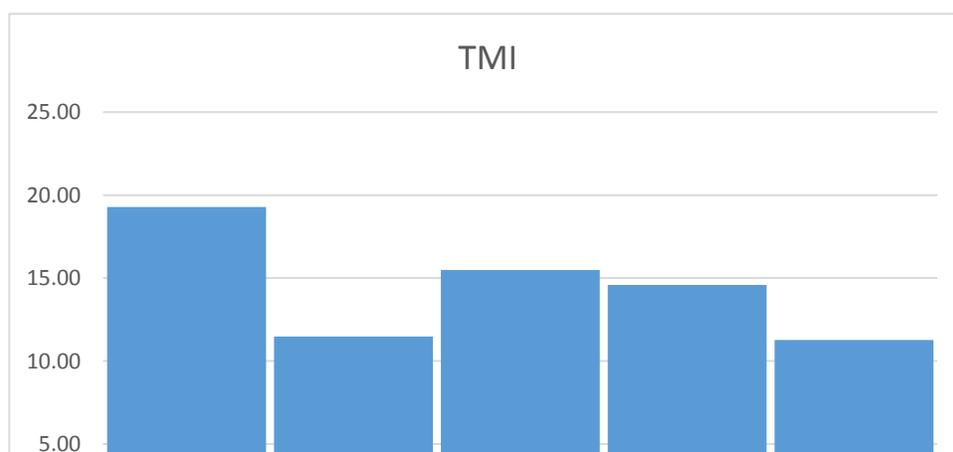
RENACIMIENTO	21857	220.0	35.9	0.09
OCÚ	16688	240.0	6.0	0.07
PINOIANA	14355	258.0	12.7	0.06
CHIRIQUÍ GRANDE	10387	263.0	9.9	0.04
SAN LORENZO	7479	272.0	8.8	0.03
BARÚ	65061	280.0	7.0	0.27
SANTA ISABEL	3963	300.0	17.2	0.02
ALANJE	17271	312.0	16.6	0.07
SAN FÉLIX	6125	325.0	17.7	0.02
REMEDIOS	3641	333.5	16.7	0.01
PESÉ	13280	338.0	13.2	0.05
BOCAS DEL TORO	13686	350.0	46.0	0.05
CHEPO	44731	352.0	14.1	0.18
PENONOMÉ	84494	356.0	11.0	0.33
PARITA	9423	360.0	9.5	0.04
CAPIRA	41236	360.0	6.2	0.16
BOQUERÓN	14861	365.0	45.6	0.06
ANTÓN	53311	369.0	8.1	0.14
NATÁ	20242	375.0	16.9	0.05
GUALACA	9076	377.0	13.5	0.02
BUGABA	81828	383.0	14.5	0.22
LOS SANTOS	25923	397.0	6.6	0.07
CHANGUINOLA	94332	400.0	27.0	0.25
ATALAYA	9894	405.0	19.5	0.03
PORTOBELO	10595	414.0	12.1	0.03
SAN CARLOS	19882	424.0	3.7	0.05
LAS TABLAS	27254	452.0	8.6	0.07
CHAME	25565	476.5	2.8	0.07
BOQUETE	19985	480.0	22.8	0.01
AGUADULCE	47775	547.0	7.3	0.02
DOLEGA	21140	550.0	15.9	0.01
SANTIAGO	84432	600.0	6.6	0.04
COLÓN	215821	602.0	13.8	0.10
DAVID	146094	623.0	11.1	0.07
CHITRÉ	49209	644.0	12.7	0.02
LA CHORRERA	164365	668.0	10.8	0.07
ARRAIJÁN	222455	812.0	11.0	0.10
PANAMÁ	894566	873.0	11.8	0.40
SAN MIGUELITO	373703	923.0	9.5	0.17

Paso 6: calcular los promedios ponderados. Se utiliza la función "suma:producto" para calcular el promedio ponderado e insesgado de la variable de estratificación social y del indicador de salud para cada quintil.

Distritos	Población	Ingreso	TMI
Más pobre	169,237	145	19.29
Segundo	242,636	234	11.47
Mediano	252,711	350	15.49
Cuarto	377,902	401	14.58
Menos pobre	2,239,545	789	11.27

Paso 7: Representar gráficamente los resultados de la variable de salud para identificar los resultados más fácilmente

Distritos	Población	Ingreso	TMI
Más pobre	169,237	145	19.29
Segundo	242,636	234	11.47
Mediano	252,711	350	15.49
Cuarto	377,902	401	14.58
Menos pobre	2,239,545	789	11.27



Paso 8: Calcular las brechas absoluta y relativa que capturen cada una, la desigualdad en un número

Distritos	Población	Ingreso	TMI
Más pobre	169,237	145	19.29
Segundo	242,636	234	11.47
Mediano	252,711	350	15.49
Cuarto	377,902	401	14.58
Menos pobre	2,239,545	789	11.27

Diferencia absoluta	8.02
Diferencia relativa	1.71

A.3. ANÁLISIS:

Para el censo 2000 la Diferencia absoluta indica que en el quintil de los distritos con la mediana de ingreso mensual del hogar más bajo se producen 1.31 caso más de muerte infantil por 1000 nacidos vivos que en el quintil de los distritos con una mediana de ingreso mensual del hogar más alto; mientras que la Diferencia relativa indica que la tasa de mortalidad infantil es 1.09 veces más alta en el quintil de los distritos con la mediana de ingreso mensual del hogar más baja que la tasa del quintil de los distritos con mediana de ingreso mensual del hogar más alto. Aquí el distrito de Guna Yala encabeza el quintil de los distritos con la mediana de ingreso mediana del hogar más bajo.

Para el censo 2010 la Diferencia absoluta indica que en el quintil de los distritos con la mediana de ingreso mensual del hogar más bajo se producen 8.02 casos más de muerte infantil por 1000 nacidos vivos que en el quintil de los distritos con una mediana de ingreso mensual del hogar más alto; mientras que la Diferencia relativa indica que la tasa de mortalidad infantil es 1.71 veces más alta en el quintil de los distritos con la mediana de ingreso mensual del hogar más baja que la tasa del quintil de los distritos con mediana de ingreso mensual del hogar más alto. Aquí el distrito de Guna Yala se sitúa al final del quintil de los distritos con la mediana de ingreso del hogar más bajo. En síntesis, las brechas han aumentado del 2000 al 2010 en los distritos con mediana de ingreso mensual del hogar más bajo con respecto a los distritos con mediana de ingreso mensual del hogar más alto a pesar de haber una mejoría en la mediana de ingreso mensual del hogar. El 92 % de los distritos en el quintil con la mediana de ingreso mensual del hogar más bajo se mantienen en el mismo, mientras que el 82% de los distritos en el quintil con la mediana de ingreso mensual del hogar más alto se mantienen ahí durante el periodo 2000-2010.

A. INDICADOR DE SALUD: ATENCIÓN PROFESIONAL DEL PARTO

B.1. TABLA DE DATOS CENSO 2000:

distrito 2000	población	ingreso	APP
BOCAS DEL TORO	25910	208.6	31.8
CHANGUINOLA	86509	297.4	81.6
CHIRIQUÍ GRANDE	28504	200.5	39.5
AGUADULCE	37910	380.0	99.6
ANTÓN	42649	214.0	83.7
LA PINTADA	24051	97.4	67.1
NATÁ	18144	243.6	84.3
OLÁ	6472	96.3	63.3
PENONOMÉ	70853	184.9	63.5
COLÓN	166753	416.8	99.0
CHAGRES	10778	115.3	71.7
DONOSO	12389	80.3	39.2
PORTOBELO	6933	289.3	93.8
SANTA ISABEL	3319	131.4	98.4
ALANJE	15375	237.6	99.4
BARÚ	70245	272.7	97.2
BOQUERÓN	11433	223.1	100
BOQUETE	16389	317.9	92.6
BUGABA	67698	259.7	99
DAVID	121682	425.0	100
DOLEGA	15061	302.7	99.7
GUALACA	8273	206.1	98.2
REMEDIOS	11932	226.4	98.4
RENACIMIENTO	18090	157.9	88.5
SAN FÉLIX	15441	201.9	94.7
SAN LORENZO	22575	160.8	88.5
TOLÉ	39306	101.9	40.6
CHEPIGANA	35366	112.4	81.4
PINOIANA	18166	124.2	80.1
CHITRÉ	40061	426.2	100
LAS MINAS	9217	81.6	86.7
LOS POZOS	8584	91.3	96.5
OCÚ	16878	131.5	98

PARITA	9242	224.2	98.7
PESE	12850	197.0	99.6
SANTA MARIA	7238	244.8	100
GUARARÉ	8906	232.7	100
LAS TABLAS	22158	325.9	100
LOS SANTOS	22580	261.1	100
MACARACAS	9529	136.1	98.7
PEDASÍ	3307	183.5	100
POCRI	3630	150.9	100
TONOSÍ	9404	157.9	98.9
ARRAIJÁN	88235	526.0	99.6
BALBOA	2897	165.3	81
CAPIRA	34986	192.6	69.7
CHAME	18174	318.2	94.1
CHEPO	37896	231.0	91.6
CHIMÁN	4203	123.9	58.3
LA CHORRERA	113074	442.6	98.6
PANAMÁ	719565	587.4	99.6
SAN CARLOS	14648	261.0	95
SAN MIGUELITO	331692	594.6	99.8
TABOGA	2223	305.9	100
ATALAYA	8368	251.0	99
CALOBRE	13443	91.9	76.3
CAÑAZAS	22357	81.6	42.8
LA MESA	13045	89.3	85.4
LAS PALMAS	25618	81.2	46.7
MONTIJO	12987	118.3	93.8
RÍO DE JESUS	5700	85.4	92.6
SAN FRANCISCO	9876	101.5	67.3
SANTA FE	13293	80.4	34.2
SANTIAGO	69117	373.8	99.2
SONÁ	30544	109.5	90.7
COMARCA KUNA YALA	40092	76.4	68.7
CÉMACO	8925	83.1	27.3
SAMBÚ	2955	70.8	23

Paso 1: ordenar los datos según la variable de estratificación social de menor a mayor, en este caso: mediana de ingreso mensual del hogar

distrito 2000	población	ingreso	APP
SAMBÚ	2955	70.8	23
COMARCA KUNA YALA	40092	76.4	68.7
DONOSO	12389	80.3	39.2
SANTA FE	13293	80.4	34.2
LAS PALMAS	25618	81.2	46.7
LAS MINAS	9217	81.6	86.7
CAÑAZAS	22357	81.6	42.8
CÉMACO	8925	83.1	27.3
RÍO DE JESÚS	5700	85.4	92.6
LA MESA	13045	89.3	85.4
LOS POZOS	8584	91.3	96.5
CALOBRE	13443	91.9	76.3
OLÁ	6472	96.3	63.3
LA PINTADA	24051	97.4	67.1
SAN FRANCISCO	9876	101.5	67.3
TOLÉ	39306	101.9	40.6
SONÁ	30544	109.5	90.7
CHEPIGANA	35366	112.4	81.4
CHAGRES	10778	115.3	71.7
MONTIJO	12987	118.3	93.8
CHIMÁN	4203	123.9	58.3
PINOIANA	18166	124.2	80.1
SANTA ISABEL	3319	131.4	98.4
OCÚ	16878	131.5	98
MACARACAS	9529	136.1	98.7
POCRI	3630	150.9	100
RENACIMIENTO	18090	157.9	88.5
TONOSÍ	9404	157.9	98.9
SAN LORENZO	22575	160.8	88.5
BALBOA	2897	165.3	81
PEDASÍ	3307	183.5	100
PENONOMÉ	70853	184.9	63.5
CAPIRA	34986	192.6	69.7

PESÉ	12850	197.0	99.6
CHIRIQUI GRANDE	28504	200.5	39.5
SAN FÉLIX	15441	201.9	94.7
GUALACA	8273	206.1	98.2
BOCAS DEL TORO	25910	208.6	31.8
ANTÓN	42649	214.0	83.7
BOQUERÓN	11433	223.1	100
PARITA	9242	224.2	98.7
REMEDIOS	11932	226.4	98.4
CHEPO	37896	231.0	91.6
GUARARÉ	8906	232.7	100
ALANJE	15375	237.6	99.4
NATÁ	18144	243.6	84.3
SANTA MARIA	7238	244.8	100
ATALAYA	8368	251.0	99
BUGABA	67698	259.7	99
SAN CARLOS	14648	261.0	95
LOS SANTOS	22580	261.1	100
BARÚ	70245	272.7	97.2
PORTOBELO	6933	289.3	93.8
CHANGUINOLA	86509	297.4	81.6
DOLEGA	15061	302.7	99.7
TABOGA	2223	305.9	100
BOQUETE	16389	317.9	92.6
CHAME	18174	318.2	94.1
LAS TABLAS	22158	325.9	100
SANTIAGO	69117	373.8	99.2
AGUADULCE	37910	380.0	99.6
COLÓN	166753	416.8	99.0
DAVID	121682	425.0	100
CHITRÉ	40061	426.2	100
LA CHORRERA	113074	442.6	98.6
ARRAIJÁN	88235	526.0	99.6
PANAMÁ	719565	587.4	99.6
SAN MIGUELITO	331692	594.6	99.8

Paso 2: Calcular los puntos de corte que dividen en el número de deciles de preferencia la distribución de datos, en este caso: quintiles. Se utiliza la función Percentil.Inc para estimar estos puntos de corte

Puntos de corte	Decil	Valor
pc 1	0.2	99.0
pc 2	0.4	157.9
pc 3	0.6	224.6
pc 4	0.8	300.6

Paso 3: Identificar los puntos de corte en la tabla de datos

distrito 2000	población	ingreso	APP
SAMBÚ	2955	70.8	23
COMARCA KUNA YALA	40092	76.4	68.7
DONOSO	12389	80.3	39.2
SANTA FE	13293	80.4	34.2
LAS PALMAS	25618	81.2	46.7
LAS MINAS	9217	81.6	86.7
CAÑAZAS	22357	81.6	42.8
CÉMACO	8925	83.1	27.3
RÍO DE JESÚS	5700	85.4	92.6
LA MESA	13045	89.3	85.4
LOS POZOS	8584	91.3	96.5
CALOBRE	13443	91.9	76.3
OLÁ	6472	96.3	63.3
LA PINTADA	24051	97.4	67.1
SAN FRANCISCO	9876	101.5	67.3
TOLÉ	39306	101.9	40.6
SONÁ	30544	109.5	90.7
CHEPIGANA	35366	112.4	81.4

CHAGRES	10778	115.3	71.7
MONTIJO	12987	118.3	93.8
CHIMÁN	4203	123.9	58.3
PINOIANA	18166	124.2	80.1
SANTA ISABEL	3319	131.4	98.4
OCÚ	16878	131.5	98
MACARACAS	9529	136.1	98.7
POCRÍ	3630	150.9	100
RENACIMIENTO	18090	157.9	88.5
TONOSÍ	9404	157.9	98.9
<hr/>			
SAN LORENZO	22575	160.8	88.5
BALBOA	2897	165.3	81
PEDASÍ	3307	183.5	100
PENONOMÉ	70853	184.9	63.5
CAPIRA	34986	192.6	69.7
PESÉ	12850	197.0	99.6
CHIRIQUÍ GRANDE	28504	200.5	39.5
SAN FÉLIX	15441	201.9	94.7
GUALACA	8273	206.1	98.2
BOCAS DEL TORO	25910	208.6	31.8
ANTÓN	42649	214.0	83.7
BOQUERÓN	11433	223.1	100
PARITA	9242	224.2	98.7
<hr/>			
REMEDIOS	11932	226.4	98.4
CHEPO	37896	231.0	91.6
GUARARÉ	8906	232.7	100
ALANJE	15375	237.6	99.4
NATÁ	18144	243.6	84.3
SANTA MARÍA	7238	244.8	100
ATALAYA	8368	251.0	99
BUGABA	67698	259.7	99
SAN CARLOS	14648	261.0	95
LOS SANTOS	22580	261.1	100
BARÚ	70245	272.7	97.2
PORTOBELO	6933	289.3	93.8
CHANGUINOLA	86509	297.4	81.6
<hr/>			
DOLEGA	15061	302.7	99.7
TABOGA	2223	305.9	100
BOQUETE	16389	317.9	92.6

CHAME	18174	318.2	94.1
LAS TABLAS	22158	325.9	100
SANTIAGO	69117	373.8	99.2
AGUADULCE	37910	380.0	99.6
COLÓN	166753	416.8	99.0
DAVID	121682	425.0	100
CHITRÉ	40061	426.2	100
LA CHORRERA	113074	442.6	98.6
ARRAIJÁN	88235	526.0	99.6
PANAMÁ	719565	587.4	99.6
SAN MIGUELITO	331692	594.6	99.8

Paso 4: sumar la población expresada en números absolutos para obtener los totales de la población por quintil

Distritos	Población	Ingreso	APP
Más pobre	206,141		
Segundo	222,076		
Mediano	288,920		
Cuarto	376,472		
Menos pobre	1,762,094		

Paso 5: Estimar los pesos proporcionales de las poblaciones de cada país dentro del quintil para conocer el valor real de la variable de estratificación social y del indicador de salud.

distrito 2000	población	ingreso	APP	pppoblación
SAMBÚ	2955	70.8	23	0.01
COMARCA KUNA YALA	40092	76.4	68.7	0.19
DONOSO	12389	80.3	39.2	0.06
SANTA FE	13293	80.4	34.2	0.06
LAS PALMAS	25618	81.2	46.7	0.12

LAS MINAS	9217	81.6	86.7	0.04
CAÑAZAS	22357	81.6	42.8	0.11
CÉMACO	8925	83.1	27.3	0.04
RÍO DE JESÚS	5700	85.4	92.6	0.03
LA MESA	13045	89.3	85.4	0.06
LOS POZOS	8584	91.3	96.5	0.04
CALOBRE	13443	91.9	76.3	0.07
OLÁ	6472	96.3	63.3	0.03
LA PINTADA	24051	97.4	67.1	0.12
<hr/>				
SAN FRANCISCO	9876	101.5	67.3	0.04
TOLÉ	39306	101.9	40.6	0.18
SONÁ	30544	109.5	90.7	0.14
CHEPIGANA	35366	112.4	81.4	0.16
CHAGRES	10778	115.3	71.7	0.05
MONTIJO	12987	118.3	93.8	0.06
CHIMÁN	4203	123.9	58.3	0.02
PINOIANA	18166	124.2	80.1	0.08
SANTA ISABEL	3319	131.4	98.4	0.01
OCÚ	16878	131.5	98	0.08
MACARACAS	9529	136.1	98.7	0.04
POCRÍ	3630	150.9	100	0.02
RENACIMIENTO	18090	157.9	88.5	0.08
TONOSÍ	9404	157.9	98.9	0.04
<hr/>				
SAN LORENZO	22575	160.8	88.5	0.08
BALBOA	2897	165.3	81	0.01
PEDASÍ	3307	183.5	100	0.01
PENONOMÉ	70853	184.9	63.5	0.25
CAPIRA	34986	192.6	69.7	0.12
PESÉ	12850	197.0	99.6	0.04
CHIRIQUÍ GRANDE	28504	200.5	39.5	0.10
SAN FÉLIX	15441	201.9	94.7	0.05
GUALACA	8273	206.1	98.2	0.03
BOCAS DEL TORO	25910	208.6	31.8	0.09
ANTÓN	42649	214.0	83.7	0.15
BOQUERÓN	11433	223.1	100	0.04
PARITA	9242	224.2	98.7	0.03
<hr/>				
REMEDIOS	11932	226.4	984	0.03
CHEPO	37896	231.0	91.6	0.10
GUARARÉ	8906	232.7	100	0.02

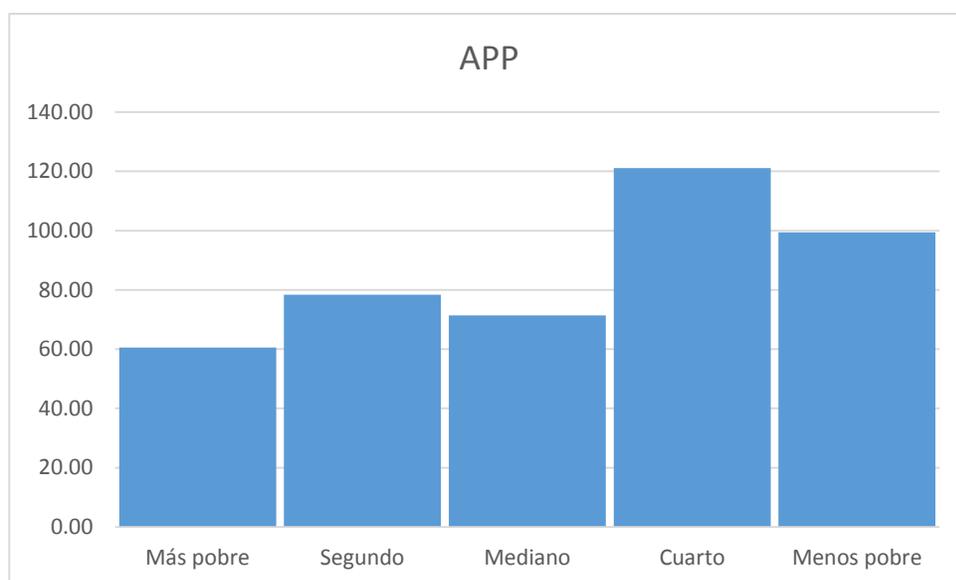
ALANJE	15375	237.6	99.4	0.04
NATÁ	18144	243.6	84.3	0.05
SANTA MARÍA	7238	244.8	100	0.02
ATALAYA	8368	251.0	99	0.02
BUGABA	67698	259.7	99	0.18
SAN CARLOS	14648	261.0	95	0.04
LOS SANTOS	22580	261.1	100	0.06
BARÚ	70245	272.7	97.2	0.19
PORTOBELLO	6933	289.3	93.8	0.02
CHANGUINOLA	86509	297.4	81.6	0.23
DOLEGA	15061	302.7	99.7	0.01
TABOGA	2223	305.9	100	0.00
BOQUETE	16389	317.9	92.6	0.01
CHAME	18174	318.2	94.1	0.01
LAS TABLAS	22158	325.9	100	0.01
SANTIAGO	69117	373.8	99.2	0.04
AGUADULCE	37910	380.0	99.6	0.02
COLÓN	166753	416.8	99.0	0.09
DAVID	121682	425.0	100	0.07
CHITRÉ	40061	426.2	100	0.02
LA CHORRERA	113074	442.6	98.6	0.06
ARRAIJÁN	88235	526.0	99.6	0.05
PANAMÁ	719565	587.4	99.6	0.41
SAN MIGUELITO	331692	594.6	99.8	0.19

Paso 6: calcular los promedios ponderados. Se utiliza la función "suma:producto" para calcular el promedio ponderado e insesgado de la variable de estratificación social y del indicador de salud para cada quintil.

Distritos 2000	Población	Ingreso	APP
Más pobre	206,141	84	60.53
Segundo	222,076	120	78.42
Mediano	288,920	197	71.41
Cuarto	376,472	265	121.13
Menos pobre	1,762,094	521	99.42

Paso 7: Representar gráficamente los resultados de la variable de salud para identificar los resultados más fácilmente

Distritos 2000	Población	Ingreso	APP
Más pobre	206,141	84	60.53
Segundo	222,076	120	78.42
Mediano	288,920	197	71.41
Cuarto	376,472	265	121.13
Menos pobre	1,762,094	521	99.42



Paso 8: Calcular las brechas absoluta y relativa que capturen cada una, la desigualdad en un número

Distritos 2000	Población	Ingreso	APP
Más pobre	206,141	84	60.53
Segundo	222,076	120	78.42
Mediano	288,920	197	71.41
Cuarto	376,472	265	121.13
Menos pobre	1,762,094	521	99.42

Diferencia absoluta	-38.89
Diferencia relativa	0.61

B.2. TABLA DE DATOS CENSO 2010:

distrito 2010	población	ingreso	APP
BOCAS DEL TORO	13686	350.0	78
CHANGUINOLA	94332	400.0	87.9
CHIRIQUÍ GRANDE	10387	263.0	88.7
AGUADULCE	47775	547.0	99.6
ANTÓN	53311	369.0	95.1
LA PINTADA	26069	200.0	90.6
NATÁ	20242	375.0	91.9
OLÁ	5949	211.0	87.7
PENONOMÉ	84494	356.0	80.1
COLÓN	215821	602.0	99.7
CHAGRES	9898	212.0	82.2
DONOSO	10525	115.0	55.7
PORTOBELLO	10595	414.0	100
SANTA ISABEL	3963	300.0	98.3
ALANJE	17271	312.0	98
BARÚ	65061	280.0	97.9
BOQUERÓN	14861	365.0	98.9
BOQUETE	19985	480.0	97.5
BUGABA	81828	383.0	99.3
DAVID	146094	623.0	99.8
DOLEGA	21140	550.0	99.5
GUALACA	9076	377.0	98.6
REMEDIOS	3641	333.5	100
RENACIMIENTO	21857	220.0	97.4
SAN FÉLIX	6125	325.0	99.1
SAN LORENZO	7479	272.0	96.5
TOLÉ	12372	140.0	84.1
CHEPIGANA	31656	191.0	78.4
PINOIANA	14355	258.0	79.9
CHITRÉ	49209	644.0	99.6
LAS MINAS	8330	140.0	94
LOS POZOS	8201	150.0	97.3
OCÚ	16688	240.0	98.8
PARITA	9423	360.0	100

PESÉ	13280	338.0	98.7
SANTA MARIA	7407	385.5	100
GUARARÉ	10361	363.5	100
LAS TABLAS	27254	452.0	100
LOS SANTOS	25923	397.0	99.3
MACARACAS	9390	220.0	100
PEDASÍ	4012	350.0	97.5
POCRI	3754	200.0	100
TONOSÍ	10290	217.0	100
ARRAIJÁN	222455	812.0	99.8
BALBOA	3031	275.0	100
CAPIRA	41236	360.0	84
CHAME	25565	476.5	99.1
CHEPO	44731	352.0	93.9
CHIMÁN	5229	171.0	64.7
LA CHORRERA	164365	668.0	99.9
PANAMÁ	894566	873.0	99.8
SAN CARLOS	19882	424.0	99.3
SAN MIGUELITO	373703	923.0	99.8
TABOGA	1911	373.0	100
ATALAYA	9894	405.0	100
CALOBRE	12944	155.0	81.8
CAÑAZAS	16787	120.0	76.6
LA MESA	12471	155.0	95.6
LAS PALMAS	18819	135.0	79.4
MONTIJO	7072	274.0	100
RÍO DE JESUS	5658	190.0	100
SAN FRANCISCO	10408	160.0	92.4
SANTA FE	13619	130.0	60
SANTIAGO	84432	600.0	99.8
SONÁ	28896	198.0	95.9
COMARCA KUNA YALA	37545	170.0	76.7
CÉMACO	7216	125.0	61.7
SAMBÚ	2281	65.0	41.7

Paso 1: ordenar los datos según la variable de estratificación social de menor a mayor, en este caso: mediana de ingreso mensual del hogar

distritos 2010	población	ingreso	APP
SAMBÚ	2281	65.0	41.7
DONOSO	10525	115.0	55.7
CAÑAZAS	16787	120.0	76.6
CÉMACO	7216	125.0	61.7
SANTA FE	13619	130.0	60
LAS PALMAS	18819	135.0	79.4
TOLÉ	12372	140.0	84.1
LAS MINAS	8330	140.0	94
LOS POZOS	8201	150.0	97.3
CALOBRE	12944	155.0	81.8
LA MESA	12471	155.0	95.6
SAN FRANCISCO	10408	160.0	92.4
COMARCA KUNA YALA	37545	170.0	76.7
CHIMÁN	5229	171.0	64.7
RÍO DE JESÚS	5658	190.0	100
CHEPIGANA	31656	191.0	78.4
SONÁ	28896	198.0	95.9
LA PINTADA	26069	200.0	90.6
POCRÍ	3754	200.0	100
OLÁ	5949	211.0	87.7
CHAGRES	9898	212.0	82.2
TONOSÍ	10290	217.0	100
RENACIMIENTO	21857	220.0	97.4
MACARACAS	9390	220.0	100
OCÚ	16688	240.0	98.8
PINOIANA	14355	258.0	79.9
CHIRIQUÍ GRANDE	10387	263.0	88.7
SAN LORENZO	7479	272.0	96.5
MONTIJO	7072	274.0	100

BALBOA	3031	275.0	100
BARÚ	65061	280.0	97.9
SANTA ISABEL	3963	300.0	98.3
ALANJE	17271	312.0	98
SAN FÉLIX	6125	325.0	99.1
REMEDIOS	3641	333.5	100
PESEÉ	13280	338.0	98.7
BOCAS DEL TORO	13686	350.0	78
PEDASÍ	4012	350.0	97.5
CHEPO	44731	352.0	93.9
PENONOMÉ	84494	356.0	80.1
PARITA	9423	360.0	100
CAPIRA	41236	360.0	84
GUARARÉ	10361	363.5	100
BOQUERÓN	14861	365.0	98.9
ANTÓN	53311	369.0	95.1
TABOGA	1911	373.0	100
NATÁ	20242	375.0	91.9
GUALACA	9076	377.0	98.6
BUGABA	81828	383.0	99.3
SANTA MARÍA	7407	385.5	100
LOS SANTOS	25923	397.0	99.3
CHANGUINOLA	94332	400.0	87.9
ATALAYA	9894	405.0	100
PORTOBELO	10595	414.0	100
SAN CARLOS	19882	424.0	99.3
LAS TABLAS	27254	452.0	100
CHAME	25565	476.5	99.1
BOQUETE	19985	480.0	97.5
AGUADULCE	47775	547.0	99.6
DOLEGA	21140	550.0	99.5
SANTIAGO	84432	600.0	99.8

COLÓN	215821	602.0	99.7
DAVID	146094	623.0	99.8
CHITRÉ	49209	644.0	99.6
LA CHORRERA	164365	668.0	99.9
ARRAIJÁN	222455	812.0	99.8
PANAMÁ	894566	873.0	99.8
SAN MIGUELITO	373703	923.0	99.8

Paso 2: Calcular los puntos de corte que dividen en el número de deciles de preferencia la distribución de datos, en este caso: quintiles. Se utiliza la función Percentil.Inc para estimar estos puntos de corte

Puntos de corte	Decil	Valor
pc 1	0.2	178.6
pc 2	0.4	270.2
pc 3	0.6	360.0
pc 4	0.8	420.0

Paso 3: Identificar los puntos de corte en la tabla de datos

distritos 2010	población	ingreso	APP
SAMBÚ	2281	65.0	41.7
DONOSO	10525	115.0	55.7
CAÑAZAS	16787	120.0	76.6
CÉMACO	7216	125.0	61.7
SANTA FE	13619	130.0	60
LAS PALMAS	18819	135.0	79.4
TOLÉ	12372	140.0	84.1
LAS MINAS	8330	140.0	94
LOS POZOS	8201	150.0	97.3
CALOBRE	12944	155.0	81.8
LA MESA	12471	155.0	95.6
SAN FRANCISCO	10408	160.0	92.4

COMARCA KUNA YALA	37545	170.0	76.7
CHIMÁN	5229	171.0	64.7
RÍO DE JESÚS	5658	190.0	100
CHEPIGANA	31656	191.0	78.4
SONÁ	28896	198.0	95.9
LA PINTADA	26069	200.0	90.6
POCRÍ	3754	200.0	100
OLÁ	5949	211.0	87.7
CHAGRES	9898	212.0	82.2
TONOSÍ	10290	217.0	100
RENACIMIENTO	21857	220.0	97.4
MACARACAS	9390	220.0	100
OCÚ	16688	240.0	98.8
PINOGANA	14355	258.0	79.9
CHIRIQUÍ GRANDE	10387	263.0	88.7
SAN LORENZO	7479	272.0	96.5
MONTIJO	7072	274.0	100
BALBOA	3031	275.0	100
BARÚ	65061	280.0	97.9
SANTA ISABEL	3963	300.0	98.3
ALANJE	17271	312.0	98
SAN FÉLIX	6125	325.0	99.1
REMEDIOS	3641	333.5	100
PESÉ	13280	338.0	98.7
BOCAS DEL TORO	13686	350.0	78
PEDASÍ	4012	350.0	97.5
CHEPO	44731	352.0	93.9
PENONOMÉ	84494	356.0	80.1
PARITA	9423	360.0	100
CAPIRA	41236	360.0	84
GUARARÉ	10361	363.5	100
BOQUERÓN	14861	365.0	98.9
ANTÓN	53311	369.0	95.1
TABOGA	1911	373.0	100
NATÁ	20242	375.0	91.9
GUALACA	9076	377.0	98.6
BUGABA	81828	383.0	99.3
SANTA MARÍA	7407	385.5	100
LOS SANTOS	25923	397.0	99.3

CHANGUINOLA	94332	400.0	87.9
ATALAYA	9894	405.0	100
PORTOBELLO	10595	414.0	100
SAN CARLOS	19882	424.0	99.3
LAS TABLAS	27254	452.0	100
CHAME	25565	476.5	99.1
BOQUETE	19985	480.0	97.5
AGUADULCE	47775	547.0	99.6
DOLEGA	21140	550.0	99.5
SANTIAGO	84432	600.0	99.8
COLÓN	215821	602.0	99.7
DAVID	146094	623.0	99.8
CHITRÉ	49209	644.0	99.6
LA CHORRERA	164365	668.0	99.9
ARRAIJÁN	222455	812.0	99.8
PANAMÁ	894566	873.0	99.8
SAN MIGUELITO	373703	923.0	99.8

Paso 4: sumar la población expresada en números absolutos para obtener los totales de la población por quintil

Distritos 2010	Población	Ingreso	APP
Más pobre	176,747		
Segundo	194,847		
Mediano	324,505		
Cuarto	339,741		
Menos pobre	2,312,246		

Paso 5: Estimar los pesos proporcionales de las poblaciones de cada distrito dentro del quintil para conocer el valor real de la variable de estratificación social y del indicador de salud.

distritos 2010	población	ingreso	APP
SAMBU	2281	65.0	41.7

DONOSO	10525	115.0	55.7
CAÑAZAS	16787	120.0	76.6
CÉMACO	7216	125.0	61.7
SANTA FE	13619	130.0	60
LAS PALMAS	18819	135.0	79.4
TOLÉ	12372	140.0	84.1
LAS MINAS	8330	140.0	94
LOS POZOS	8201	150.0	97.3
CALOBRE	12944	155.0	81.8
LA MESA	12471	155.0	95.6
SAN FRANCISCO	10408	160.0	92.4
COMARCA KUNA YALA	37545	170.0	76.7
CHIMÁN	5229	171.0	64.7
<hr/>			
RÍO DE JESUS	5658	190.0	100
CHEPIGANA	31656	191.0	78.4
SONÁ	28896	198.0	95.9
LA PINTADA	26069	200.0	90.6
POCRÍ	3754	200.0	100
OLÁ	5949	211.0	87.7
CHAGRES	9898	212.0	82.2
TONOSÍ	10290	217.0	100
RENACIMIENTO	21857	220.0	97.4
MACARACAS	9390	220.0	100
OCÚ	16688	240.0	98.8
PINOIANA	14355	258.0	79.9
CHIRIQUÍ GRANDE	10387	263.0	88.7
<hr/>			
SAN LORENZO	7479	272.0	96.5
MONTIJO	7072	274.0	100
BALBOA	3031	275.0	100
BARÚ	65061	280.0	97.9
SANTA ISABEL	3963	300.0	98.3
ALANJE	17271	312.0	98
SAN FÉLIX	6125	325.0	99.1
REMEDIOS	3641	333.5	100
PESÉ	13280	338.0	98.7
BOCAS DEL TORO	13686	350.0	78
PEDASÍ	4012	350.0	97.5
CHEPO	44731	352.0	93.9
PENONOMÉ	84494	356.0	80.1

PARITA	9423	360.0	100
CAPIRA	41236	360.0	84
GUARARÉ	10361	363.5	100
BOQUERÓN	14861	365.0	98.9
ANTÓN	53311	369.0	95.1
TABOGA	1911	373.0	100
NATÁ	20242	375.0	91.9
GUALACA	9076	377.0	98.6
BUGABA	81828	383.0	99.3
SANTA MARÍA	7407	385.5	100
LOS SANTOS	25923	397.0	99.3
CHANGUINOLA	94332	400.0	87.9
ATALAYA	9894	405.0	100
PORTOBELO	10595	414.0	100
SAN CARLOS	19882	424.0	99.3
LAS TABLAS	27254	452.0	100
CHAME	25565	476.5	99.1
BOQUETE	19985	480.0	97.5
AGUADULCE	47775	547.0	99.6
DOLEGA	21140	550.0	99.5
SANTIAGO	84432	600.0	99.8
COLÓN	215821	602.0	99.7
DAVID	146094	623.0	99.8
CHITRÉ	49209	644.0	99.6
LA CHORRERA	164365	668.0	99.9
ARRAIJÁN	222455	812.0	99.8
PANAMÁ	894566	873.0	99.8
SAN MIGUELITO	373703	923.0	99.8

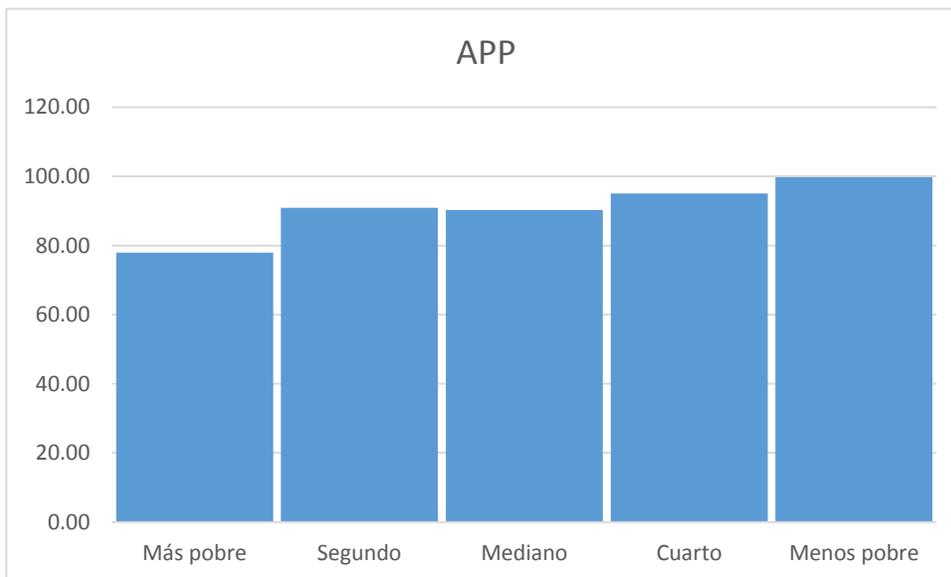
Paso 6: calcular los promedios ponderados. Se utiliza la función "suma:producto" para calcular el promedio ponderado e insesgado de la variable de estratificación social y del indicador de salud para cada quintil.

Distritos	Población	Ingreso	APP
Más pobre	176,747	145	77.94
Segundo	194,847	214	90.87
Mediano	324,505	331	90.29

Cuarto	339,741	386	95.08
Menos pobre	2,312,246	778	99.76

Paso 7: Representar gráficamente los resultados de la variable de salud para identificar los resultados más fácilmente

Distritos	Población	Ingreso	APP
Más pobre	176,747	145	77.94
Segundo	194,847	214	90.87
Mediano	324,505	331	90.29
Cuarto	339,741	386	95.08
Menos pobre	2,312,246	778	99.76



Paso 8: Calcular las brechas absoluta y relativa que capturen cada una, la desigualdad en un número

Distritos	Población	Ingreso	APP
Más pobre	176,747	145	77.94

Segundo	194,847	214	90.87
Mediano	324,505	331	90.29
Cuarto	339,741	386	95.08
Menos pobre	2,312,246	778	99.76

Diferencia absoluta	-21.81
Diferencia relativa	0.78

B.3. ANÁLISIS:

Para el censo 2000, la Diferencia absoluta indica que en el quintil de los distritos con la mediana de ingreso mensual del hogar más bajo se atendieron 38.89 casos menos de partos por profesional que en el quintil de los distritos con una mediana de ingreso mensual del hogar más alto; mientras que la Diferencia relativa indica que la atención de parto profesional es 0.61 veces más alta en el quintil de los distritos con la mediana de ingreso mensual del hogar más alto con respecto del quintil de los distritos con mediana de ingreso mensual del hogar más bajo. Aquí el distrito de Guna Yala se sitúa en la segunda posición del quintil de los distritos con la mediana de ingreso mensual del hogar más bajo.

Para el censo 2010, la Diferencia absoluta indica que en el quintil de los distritos con la mediana de ingreso mensual del hogar más bajo se atendieron 21.81 casos menos de partos por profesional que en el quintil de los distritos con una mediana de ingreso mensual del hogar más alto; mientras que la Diferencia relativa indica que la atención de parto profesional es 0.78 veces más alta en el quintil de los distritos con la mediana de ingreso mensual del hogar más alto con respecto del quintil de los distritos con mediana de ingreso mensual del hogar más bajo. Aquí el distrito de Guna Yala se sitúa en el penúltimo lugar del quintil de los distritos con la mediana de ingreso del hogar más bajo.

En síntesis, hay una reducción en la brecha absoluta en el periodo con respecto a la atención profesional del parto en los distritos con mediana de ingreso mensual del hogar más bajo con respecto a los distritos con mediana de ingreso mensual del hogar más alto al haber una mejora en la mediana de ingreso mensual del hogar en el quintil más pobre.

A. INDICADOR DE SALUD: MORTALIDAD POR ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR.

C.1. TABLA DE DATOS CENSO 2000:

distritos 2000	población	ingreso	M ECV
BOCAS DEL TORO	25910	208.6	3.9
CHANGUINOLA	86509	297.4	31.2
AGUADULCE	37910	380.0	97.6
ANTÓN	42649	214.0	77.4

LA PINTADA	24051	97.4	16.6
NATÁ	18144	243.6	44.1
OLÁ	6472	96.3	46.4
PENONOMÉ	70853	184.9	46.6
COLÓN	166753	416.8	87
CHAGRES	10778	115.3	55.7
PORTOBELO	6933	289.3	158.7
ALANJE	15375	237.6	65
BARÚ	70245	272.7	42.7
BOQUERÓN	11433	223.1	17.5
BOQUETE	16389	317.9	73.2
BUGABA	67698	259.7	78.3
DAVID	121682	425.0	56.7
DOLEGA	15061	302.7	79.7
GUALACA	8273	206.1	24.2
RENACIMIENTO	18090	157.9	16.6
SAN FÉLIX	15441	201.9	25.9
SAN LORENZO	22575	160.8	17.7
TOLÉ	39306	101.9	10.2
CHEPIGANA	35366	112.4	19.8
PINOIANA	18166	124.2	27.5
CHITRÉ	40061	426.2	97.4
LAS MINAS	9217	81.6	75.9
LOS POZOS	8584	91.3	58.2
OCÚ	16878	131.5	106.6
PARITA	9242	224.2	119
PESÉ	12850	197.0	70
SANTA MARÍA	7238	244.8	96.7
GUARARÉ	8906	232.7	112.3
LAS TABLAS	22158	325.9	20.8
LOS SANTOS	22580	261.1	128.4
MACARACAS	9529	136.1	73.5
PEDASÍ	3307	183.5	90.7
POCRÍ	3630	150.9	275.5
TONOSÍ	9404	157.9	138.2
ARRAIJÁN	88235	526.0	78.2

CAPIRA	34986	192.6	62.9
CHAME	18174	318.2	38.5
CHEPO	37896	231.0	26.4
LA CHORRERA	113074	442.6	80.5
PANAMÁ	719565	587.4	68.8
SAN CARLOS	14648	261.0	170.7
SAN MIGUELITO	331692	594.6	51.6
ATALAYA	8368	251.0	239
CALOBRE	13443	91.9	22.3
CAÑAZAS	22357	81.6	22.4
LA MESA	13045	89.3	46
LAS PALMAS	25618	81.2	35.1
MONTIJO	12987	118.3	46.2
RÍO DE JESÚS	5700	85.4	122.8
SANTA FE	13293	80.4	52.7
SANTIAGO	69117	373.8	104.2
SONÁ	30544	109.5	68.8
COMARCA KUNA YALA	40092	76.4	7.5

Paso 1: ordenar los datos según la variable de estratificación social de menor a mayor, en este caso: mediana de ingreso mensual del hogar

distritos 2000	población	ingreso	M ECV
COMARCA KUNA YALA	40092	76.4	7.5
SANTA FE	13293	80.4	52.7
LAS PALMAS	25618	81.2	35.1
LAS MINAS	9217	81.6	75.9
CAÑAZAS	22357	81.6	22.4
RÍO DE JESÚS	5700	85.4	122.8
LA MESA	13045	89.3	46
LOS POZOS	8584	91.3	58.2
CALOBRE	13443	91.9	22.3
OLÁ	6472	96.3	46.4
LA PINTADA	24051	97.4	16.6
TOLÉ	39306	101.9	10.2

SONÁ	30544	109.5	68.8
CHEPIGANA	35366	112.4	19.8
CHAGRES	10778	115.3	55.7
MONTIJO	12987	118.3	46.2
PINOIANA	18166	124.2	27.5
OCÚ	16878	131.5	106.6
MACARACAS	9529	136.1	73.5
POCRÍ	3630	150.9	275.5
RENACIMIENTO	18090	157.9	16.6
TONOSÍ	9404	157.9	138.2
SAN LORENZO	22575	160.8	17.7
PEDASÍ	3307	183.5	90.7
PENONOMÉ	70853	184.9	46.6
CAPIRA	34986	192.6	62.9
PESÉ	12850	197.0	70
SAN FÉLIX	15441	201.9	25.9
GUALACA	8273	206.1	24.2
BOCAS DEL TORO	25910	208.6	3.9
ANTÓN	42649	214.0	77.4
BOQUERÓN	11433	223.1	17.5
PARITA	9242	224.2	119
CHEPO	37896	231.0	26.4
GUARARÉ	8906	232.7	112.3
ALANJE	15375	237.6	65
NATÁ	18144	243.6	44.1
SANTA MARÍA	7238	244.8	96.7
ATALAYA	8368	251.0	239
BUGABA	67698	259.7	78.3
SAN CARLOS	14648	261.0	170.7
LOS SANTOS	22580	261.1	128.4
BARÚ	70245	272.7	42.7
PORTOBELLO	6933	289.3	158.7

CHANGUINOLA	86509	297.4	31.2
DOLEGA	15061	302.7	79.7
BOQUETE	16389	317.9	73.2
CHAME	18174	318.2	38.5
LAS TABLAS	22158	325.9	20.8
SANTIAGO	69117	373.8	104.2
AGUADULCE	37910	380.0	97.6
COLÓN	166753	416.8	87
DAVID	121682	425.0	56.7
CHITRÉ	40061	426.2	97.4
LA CHORRERA	113074	442.6	80.5
ARRAIJÁN	88235	526.0	78.2
PANAMÁ	719565	587.4	68.8
SAN MIGUELITO	331692	594.6	51.6

Paso 2: Calcular los puntos de corte que dividen en el número de deciles de preferencia la distribución de datos, en este caso: quintiles. Se utiliza la función Percentil.Inc para estimar estos puntos de corte

Puntos de corte	Decil	Valor
pc1	0.2	104.94
pc2	0.4	178.96
pc3	0.6	233.68
pc4	0.8	311.82

Paso 3: Identificar los puntos de corte en la tabla de datos

distritos 2000		población	ingreso	M ECV
COMARCA	KUNA			
YALA		40092	76.4	7.5
SANTA FE		13293	80.4	52.7
LAS PALMAS		25618	81.2	35.1
LAS MINAS		9217	81.6	75.9

CAÑAZAS	22357	81.6	22.4
RÍO DE JESÚS	5700	85.4	122.8
LA MESA	13045	89.3	46
LOS POZOS	8584	91.3	58.2
CALOBRE	13443	91.9	22.3
OLÁ	6472	96.3	46.4
LA PINTADA	24051	97.4	16.6
TOLÉ	39306	101.9	10.2
<hr/>			
SONÁ	30544	109.5	68.8
CHEPIGANA	35366	112.4	19.8
CHAGRES	10778	115.3	55.7
MONTIJO	12987	118.3	46.2
PINOIANA	18166	124.2	27.5
OCÚ	16878	131.5	106.6
MACARACAS	9529	136.1	73.5
POCRÍ	3630	150.9	275.5
RENACIMIENTO	18090	157.9	16.6
TONOSÍ	9404	157.9	138.2
SAN LORENZO	22575	160.8	17.7
<hr/>			
PEDASÍ	3307	183.5	90.7
PENONOMÉ	70853	184.9	46.6
CAPIRA	34986	192.6	62.9
PESÉ	12850	197.0	70
SAN FÉLIX	15441	201.9	25.9
GUALACA	8273	206.1	24.2
BOCAS DEL TORO	25910	208.6	3.9
ANTÓN	42649	214.0	77.4
BOQUERÓN	11433	223.1	17.5
PARITA	9242	224.2	119
CHEPO	37896	231.0	26.4
GUARARÉ	8906	232.7	112.3
<hr/>			
ALANJE	15375	237.6	65

NATÁ	18144	243.6	44.1
SANTA MARÍA	7238	244.8	96.7
ATALAYA	8368	251.0	239
BUGABA	67698	259.7	78.3
SAN CARLOS	14648	261.0	170.7
LOS SANTOS	22580	261.1	128.4
BARÚ	70245	272.7	42.7
PORTOBELLO	6933	289.3	158.7
CHANGUINOLA	86509	297.4	31.2
DOLEGA	15061	302.7	79.7
BOQUETE	16389	317.9	73.2
CHAME	18174	318.2	38.5
LAS TABLAS	22158	325.9	20.8
SANTIAGO	69117	373.8	104.2
AGUADULCE	37910	380.0	97.6
COLÓN	166753	416.8	87
DAVID	121682	425.0	56.7
CHITRÉ	40061	426.2	97.4
LA CHORRERA	113074	442.6	80.5
ARRAIJÁN	88235	526.0	78.2
PANAMÁ	719565	587.4	68.8
SAN MIGUELITO	331692	594.6	51.6

Paso 4: sumar la población expresada en números absolutos para obtener los totales de la población por quintil

Distritos 2000	Población	Ingreso	M ECV
Más pobre	221,178		
Segundo	187,947		
Mediano	281,746		
Cuarto	332,799		
Menos pobre	1,744,810		

Paso 5: Estimar los pesos proporcionales de las poblaciones de cada distrito dentro del quintil para conocer el valor real de la variable de estratificación social y del indicador de salud.

distritos 2000	población	ingreso	M ECV	pppoblación
COMARCA KUNA				
YALA	40092	76.4	7.5	0.18
SANTA FE	13293	80.4	52.7	0.06
LAS PALMAS	25618	81.2	35.1	0.12
LAS MINAS	9217	81.6	75.9	0.04
CAÑAZAS	22357	81.6	22.4	0.10
RÍO DE JESÚS	5700	85.4	122.8	0.03
LA MESA	13045	89.3	46	0.06
LOS POZOS	8584	91.3	58.2	0.04
CALOBRE	13443	91.9	22.3	0.06
OLÁ	6472	96.3	46.4	0.03
LA PINTADA	24051	97.4	16.6	0.11
TOLÉ	39306	101.9	10.2	0.18
SONÁ	30544	109.5	68.8	0.16
CHEPIGANA	35366	112.4	19.8	0.19
CHAGRES	10778	115.3	55.7	0.06
MONTIJO	12987	118.3	46.2	0.07
PINOIANA	18166	124.2	27.5	0.10
OCÚ	16878	131.5	106.6	0.09
MACARACAS	9529	136.1	73.5	0.05
POCRÍ	3630	150.9	275.5	0.02
RENACIMIENTO	18090	157.9	16.6	0.10
TONOSÍ	9404	157.9	138.2	0.05
SAN LORENZO	22575	160.8	17.7	0.12
PEDASÍ	3307	183.5	90.7	0.01
PENONOMÉ	70853	184.9	46.6	0.25
CAPIRA	34986	192.6	62.9	0.12

PESÉ	12850	197.0	70	0.05
SAN FÉLIX	15441	201.9	25.9	0.05
GUALACA	8273	206.1	24.2	0.03
BOCAS DEL TORO	25910	208.6	3.9	0.09
ANTÓN	42649	214.0	77.4	0.15
BOQUERÓN	11433	223.1	17.5	0.04
PARITA	9242	224.2	119	0.03
CHEPO	37896	231.0	26.4	0.13
GUARARÉ	8906	232.7	112.3	0.03
ALANJE	15375	237.6	65	0.05
NATÁ	18144	243.6	44.1	0.05
SANTA MARÍA	7238	244.8	96.7	0.02
ATALAYA	8368	251.0	239	0.03
BUGABA	67698	259.7	78.3	0.20
SAN CARLOS	14648	261.0	170.7	0.04
LOS SANTOS	22580	261.1	128.4	0.07
BARÚ	70245	272.7	42.7	0.21
PORTOBELLO	6933	289.3	158.7	0.02
CHANGUINOLA	86509	297.4	31.2	0.26
DOLEGA	15061	302.7	79.7	0.05
BOQUETE	16389	317.9	73.2	0.01
CHAME	18174	318.2	38.5	0.01
LAS TABLAS	22158	325.9	20.8	0.01
SANTIAGO	69117	373.8	104.2	0.04
AGUADULCE	37910	380.0	97.6	0.02
COLÓN	166753	416.8	87	0.10
DAVID	121682	425.0	56.7	0.07
CHITRÉ	40061	426.2	97.4	0.02
LA CHORRERA	113074	442.6	80.5	0.06
ARRAJÁN	88235	526.0	78.2	0.05
PANAMÁ	719565	587.4	68.8	0.41

SAN MIGUELITO 331692 594.6 51.6 0.19

Paso 6: calcular los promedios ponderados. Se utiliza la función "suma:producto" para calcular el promedio ponderado e insesgado de la variable de estratificación social y del indicador de salud para cada quintil.

Distritos	Población	Ingreso	M ECV
Más pobre	221,178	88	28.49
Segundo	187,947	130	53.21
Mediano	281,746	205	49.71
Cuarto	332,799	273	69.71
Menos pobre	1,744,810	523	69.46

Paso 7: Representar gráficamente los resultados de la variable de salud para identificar los resultados más fácilmente

Distritos	Población	Ingreso	M ECV
Más pobre	221,178	88	28.49
Segundo	187,947	130	53.21
Mediano	281,746	205	49.71
Cuarto	332,799	273	69.71
Menos pobre	1,744,810	523	69.46



Paso 8: Calcular las brechas absoluta y relativa que capturen cada una, la desigualdad en un número

Distritos	Población	Ingreso	M ECV
Más pobre	221,178	88	28.49
Segundo	187,947	130	53.21
Mediano	281,746	205	49.71
Cuarto	332,799	273	69.71
Menos pobre	1,744,810	523	69.46

Diferencia absoluta	-40.97
Diferencia relativa	0.41

C.2. TABLA DE DATOS CENSO 2010:

distritos 2010	población	ingreso	M ECV
BOCAS DEL TORO	13686	350.0	21.9
CHANGUINOLA	94332	400.0	18.0
AGUADULCE	47775	547.0	58.6
ANTÓN	53311	369.0	46.9
LA PINTADA	26069	200.0	19.2
NATÁ	20242	375.0	59.3
OLÁ	5949	211.0	84.0
PENONOMÉ	84494	356.0	41.4
COLÓN	215821	602.0	32.4
CHAGRES	9898	212.0	20.2
PORTOBELLO	10595	414.0	56.6

ALANJE	17271	312.0	52.1
BARÚ	65061	280.0	15.4
BOQUERÓN	14861	365.0	40.4
BOQUETE	19985	480.0	40.0
BUGABA	81828	383.0	30.6
DAVID	146094	623.0	33.5
DOLEGA	21140	550.0	33.1
GUALACA	9076	377.0	33.1
RENACIMIENTO	21857	220.0	27.5
SAN FÉLIX	6125	325.0	16.3
SAN LORENZO	7479	272.0	53.5
TOLÉ	12372	140.0	48.5
CHEPIGANA	31656	191.0	12.6
PINOIANA	14355	258.0	27.9
CHITRÉ	49209	644.0	67.1
LAS MINAS	8330	140.0	60.0
LOS POZOS	8201	150.0	85.4
OCÚ	16688	240.0	36.0
PARITA	9423	360.0	42.4
PESEÉ	13280	338.0	45.2
SANTA MARÍA	7407	385.5	67.5
GUARARÉ	10361	363.5	183.4
LAS TABLAS	27254	452.0	124.8
LOS SANTOS	25923	397.0	65.6
MACARACAS	9390	220.0	53.2
PEDASÍ	4012	350.0	74.8
POCRÍ	3754	200.0	106.6
TONOSÍ	10290	217.0	58.3
ARRAIJÁN	222455	812.0	32.2
CAPIRA	41236	360.0	34.0
CHAME	25565	476.5	78.2
CHEPO	44731	352.0	20.1

LA CHORRERA	164365	668.0	47.5
PANAMÁ	894566	873.0	42.8
SAN CARLOS	19882	424.0	50.3
SAN MIGUELITO	373703	923.0	39.2
ATALAYA	9894	405.0	91.0
CALOBRE	12944	155.0	61.8
CAÑAZAS	16787	120.0	23.8
LA MESA	12471	155.0	32.1
LAS PALMAS	18819	135.0	21.3
MONTIJO	7072	274.0	84.8
RÍO DE JESÚS	5658	190.0	53.0
SANTA FE	13619	130.0	7.3
SANTIAGO	84432	600.0	33.2
SONÁ	28896	198.0	27.7
COMARCA KUNA YALA	37545	170.0	2.7

Paso 1: ordenar los datos según la variable de estratificación social de menor a mayor, en este caso: mediana de ingreso mensual del hogar

distritos 2010	población	ingreso	M ECV
CAÑAZAS	16787	120.0	23.8
SANTA FE	13619	130.0	7.3
LAS PALMAS	18819	135.0	21.3
TOLÉ	12372	140.0	48.5
LAS MINAS	8330	140.0	60.0
LOS POZOS	8201	150.0	85.4
CALOBRE	12944	155.0	61.8
LA MESA	12471	155.0	32.1
COMARCA KUNA YALA	37545	170.0	2.7
RÍO DE JESÚS	5658	190.0	53.0
CHEPIGANA	31656	191.0	12.6

SONÁ	28896	198.0	27.7
LA PINTADA	26069	200.0	19.2
POCRÍ	3754	200.0	106.6
OLÁ	5949	211.0	84.0
CHAGRES	9898	212.0	20.2
TONOSÍ	10290	217.0	58.3
RENACIMIENTO	21857	220.0	27.5
MACARACAS	9390	220.0	53.2
OCÚ	16688	240.0	36.0
PINOIANA	14355	258.0	27.9
SAN LORENZO	7479	272.0	53.5
MONTIJO	7072	274.0	84.8
BARÚ	65061	280.0	15.4
ALANJE	17271	312.0	52.1
SAN FÉLIX	6125	325.0	16.3
PESÉ	13280	338.0	45.2
BOCAS DEL TORO	13686	350.0	21.9
PEDASÍ	4012	350.0	74.8
CHEPO	44731	352.0	20.1
PENONOMÉ	84494	356.0	41.4
PARITA	9423	360.0	42.4
CAPIRA	41236	360.0	34.0
GUARARÉ	10361	363.5	183.4
BOQUERÓN	14861	365.0	40.4
ANTÓN	53311	369.0	46.9
NATÁ	20242	375.0	59.3
GUALACA	9076	377.0	33.1
BUGABA	81828	383.0	30.6
SANTA MARÍA	7407	385.5	67.5
LOS SANTOS	25923	397.0	65.6
CHANGUINOLA	94332	400.0	18.0
ATALAYA	9894	405.0	91.0

PORTOBELO	10595	414.0	56.6
SAN CARLOS	19882	424.0	50.3
LAS TABLAS	27254	452.0	124.8
CHAME	25565	476.5	78.2
BOQUETE	19985	480.0	40.0
AGUADULCE	47775	547.0	58.6
DOLEGA	21140	550.0	33.1
SANTIAGO	84432	600.0	33.2
COLÓN	215821	602.0	32.4
DAVID	146094	623.0	33.5
CHITRÉ	49209	644.0	67.1
LA CHORRERA	164365	668.0	47.5
ARRAIJÁN	222455	812.0	32.2
PANAMÁ	894566	873.0	42.8
SAN MIGUELITO	373703	923.0	39.2

Paso 2: Calcular los puntos de corte que dividen en el número de deciles de preferencia la distribución de datos, en este caso: quintiles. Se utiliza la función Percentil.Inc para estimar estos puntos de corte

Puntos de corte	Decil	Valor
pc1	0.2	198.8
pc2	0.4	278.8
pc3	0.6	365.8
pc4	0.8	466.7

Paso 3: Identificar los puntos de corte en la tabla de datos

distritos 2010	población	ingreso	M ECV
CAÑAZAS	16787	120.0	23.8
SANTA FE	13619	130.0	7.3
LAS PALMAS	18819	135.0	21.3
TOLÉ	12372	140.0	48.5

LAS MINAS	8330	140.0	60.0
LOS POZOS	8201	150.0	85.4
CALOBRE	12944	155.0	61.8
LA MESA	12471	155.0	32.1
COMARCA KUNA YALA	37545	170.0	2.7
RÍO DE JESÚS	5658	190.0	53.0
CHEPIGANA	31656	191.0	12.6
SONÁ	28896	198.0	27.7
<hr/>			
LA PINTADA	26069	200.0	19.2
POCRÍ	3754	200.0	106.6
OLÁ	5949	211.0	84.0
CHAGRES	9898	212.0	20.2
TONOSÍ	10290	217.0	58.3
RENACIMIENTO	21857	220.0	27.5
MACARACAS	9390	220.0	53.2
OCÚ	16688	240.0	36.0
PINOIANA	14355	258.0	27.9
SAN LORENZO	7479	272.0	53.5
MONTIJO	7072	274.0	84.8
<hr/>			
BARÚ	65061	280.0	15.4
ALANJE	17271	312.0	52.1
SAN FÉLIX	6125	325.0	16.3
PESÉ	13280	338.0	45.2
BOCAS DEL TORO	13686	350.0	21.9
PEDASÍ	4012	350.0	74.8
CHEPO	44731	352.0	20.1
PENONOMÉ	84494	356.0	41.4
PARITA	9423	360.0	42.4
CAPIRA	41236	360.0	34.0
GUARARÉ	10361	363.5	183.4
BOQUERÓN	14861	365.0	40.4
<hr/>			
ANTÓN	53311	369.0	46.9

NATÁ	20242	375.0	59.3
GUALACA	9076	377.0	33.1
BUGABA	81828	383.0	30.6
SANTA MARÍA	7407	385.5	67.5
LOS SANTOS	25923	397.0	65.6
CHANGUINOLA	94332	400.0	18.0
ATALAYA	9894	405.0	91.0
PORTOBELLO	10595	414.0	56.6
SAN CARLOS	19882	424.0	50.3
LAS TABLAS	27254	452.0	124.8
CHAME	25565	476.5	78.2
BOQUETE	19985	480.0	40.0
AGUADULCE	47775	547.0	58.6
DOLEGA	21140	550.0	33.1
SANTIAGO	84432	600.0	33.2
COLÓN	215821	602.0	32.4
DAVID	146094	623.0	33.5
CHITRÉ	49209	644.0	67.1
LA CHORRERA	164365	668.0	47.5
ARRAIJÁN	222455	812.0	32.2
PANAMÁ	894566	873.0	42.8
SAN MIGUELITO	373703	923.0	39.2

Paso 4: sumar la población expresada en números absolutos para obtener los totales de la población por quintil

Distritos	Población	Ingreso	M ECV
Más pobre	207,298		
Segundo	132,801		
Mediano	324,541		
Cuarto	359,744		
Menos pobre	2,265,110		

Paso 5: Estimar los pesos proporcionales de las poblaciones de cada distrito dentro del quintil para conocer el valor real de la variable de estratificación social y del indicador de salud.

distritos 2010	población	ingreso	M ECV	pppoblación
CAÑAZAS	16787	120.0	23.8	0.08
SANTA FE	13619	130.0	7.3	0.07
LAS PALMAS	18819	135.0	21.3	0.09
TOLÉ	12372	140.0	48.5	0.06
LAS MINAS	8330	140.0	60.0	0.04
LOS POZOS	8201	150.0	85.4	0.04
CALOBRE	12944	155.0	61.8	0.06
LA MESA	12471	155.0	32.1	0.06
COMARCA KUNA YALA	37545	170.0	2.7	0.18
RÍO DE JESÚS	5658	190.0	53.0	0.03
CHEPIGANA	31656	191.0	12.6	0.15
SONÁ	28896	198.0	27.7	0.14
LA PINTADA	26069	200.0	19.2	0.20
POCRÍ	3754	200.0	106.6	0.03
OLÁ	5949	211.0	84.0	0.04
CHAGRES	9898	212.0	20.2	0.07
TONOSÍ	10290	217.0	58.3	0.08
RENACIMIENTO	21857	220.0	27.5	0.16
MACARACAS	9390	220.0	53.2	0.07
OCÚ	16688	240.0	36.0	0.13
PINOIANA	14355	258.0	27.9	0.11
SAN LORENZO	7479	272.0	53.5	0.06
MONTIJO	7072	274.0	84.8	0.05
BARÚ	65061	280.0	15.4	0.20

ALANJE	17271	312.0	52.1	0.05
SAN FÉLIX	6125	325.0	16.3	0.02
PESÉ	13280	338.0	45.2	0.04
BOCAS DEL TORO	13686	350.0	21.9	0.04
PEDASÍ	4012	350.0	74.8	0.01
CHEPO	44731	352.0	20.1	0.14
PENONOMÉ	84494	356.0	41.4	0.26
PARITA	9423	360.0	42.4	0.03
CAPIRA	41236	360.0	34.0	0.13
GUARARÉ	10361	363.5	183.4	0.03
BOQUERÓN	14861	365.0	40.4	0.05
ANTÓN	53311	369.0	46.9	0.15
NATÁ	20242	375.0	59.3	0.06
GUALACA	9076	377.0	33.1	0.03
BUGABA	81828	383.0	30.6	0.23
SANTA MARÍA	7407	385.5	67.5	0.02
LOS SANTOS	25923	397.0	65.6	0.07
CHANGUINOLA	94332	400.0	18.0	0.26
ATALAYA	9894	405.0	91.0	0.03
PORTOBELLO	10595	414.0	56.6	0.03
SAN CARLOS	19882	424.0	50.3	0.06
LAS TABLAS	27254	452.0	124.8	0.08
CHAME	25565	476.5	78.2	0.01
BOQUETE	19985	480.0	40.0	0.01
AGUADULCE	47775	547.0	58.6	0.02
DOLEGA	21140	550.0	33.1	0.01
SANTIAGO	84432	600.0	33.2	0.04
COLÓN	215821	602.0	32.4	0.10
DAVID	146094	623.0	33.5	0.06
CHITRÉ	49209	644.0	67.1	0.02
LA CHORRERA	164365	668.0	47.5	0.07

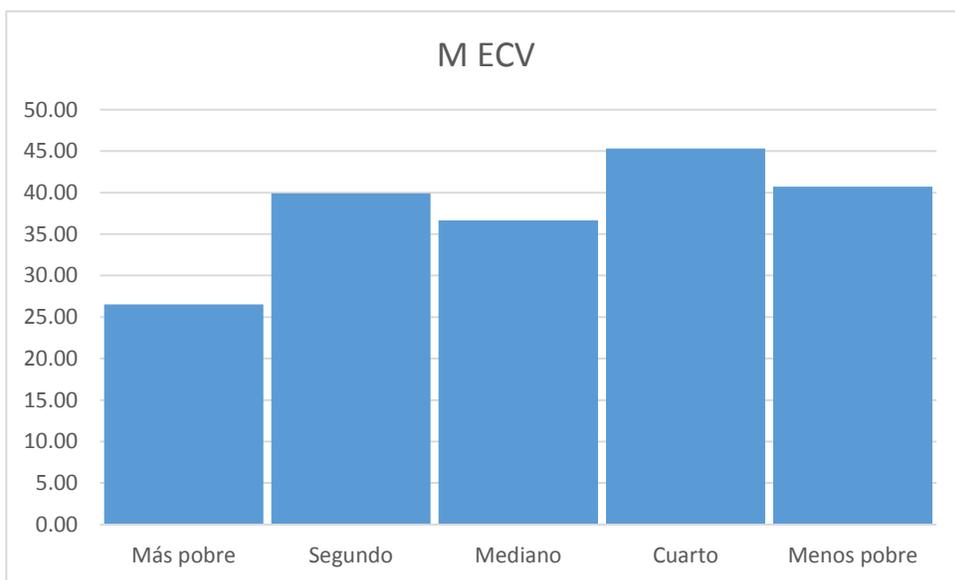
ARRAIJÁN	222455	812.0	32.2	0.10
PANAMÁ	894566	873.0	42.8	0.39
SAN MIGUELITO	373703	923.0	39.2	0.16

Paso 6: calcular los promedios ponderados. Se utiliza la función "suma:producto" para calcular el promedio ponderado e insesgado de la variable de estratificación social y del indicador de salud para cada quintil.

Distritos	Población	Ingreso	M ECV
Más pobre	221,178	162	26.53
Segundo	187,947	227	39.91
Mediano	281,746	337	36.67
Cuarto	332,799	395	45.31
Menos pobre	1,744,810	785	40.69

Paso 7: Representar gráficamente los resultados de la variable de salud para identificar los resultados más fácilmente

Distritos	Población	Ingreso	M ECV
Más pobre	221,178	162	26.53
Segundo	187,947	227	39.91
Mediano	281,746	337	36.67
Cuarto	332,799	395	45.31
Menos pobre	1,744,810	785	40.69



Paso 8: Calcular las brechas absoluta y relativa que capturen cada una, la desigualdad en un número

Distritos	Población	Ingreso	M ECV
Más pobre	221,178	162	26.53
Segundo	187,947	227	39.91
Mediano	281,746	337	36.67
Cuarto	332,799	395	45.31
Menos pobre	1,744,810	785	40.69

Diferencia absoluta	-14.16
Diferencia relativa	0.65

C.3. ANÁLISIS:

Para el censo 2000, la Diferencia absoluta indica que en el quintil de los distritos con la mediana de ingreso mensual del hogar más bajo se producen 40.97 casos menos de muerte por enfermedad cerebrovascular que en el quintil de los distritos con una mediana de ingreso mensual del hogar más alto; mientras que la Diferencia relativa indica que la tasa de mortalidad por enfermedad cerebrovascular es 0.41 veces más baja en el quintil de los distritos con la mediana de ingreso mensual del hogar más baja que la tasa del quintil de los distritos con mediana de ingreso mensual del hogar más alto.

Para el censo 2010, la Diferencia absoluta indica que en el quintil de los distritos con la mediana de ingreso mensual del hogar más bajo se producen 14.16 casos menos de muerte por enfermedad cerebrovascular que en el quintil de los distritos con una mediana de ingreso mensual del hogar más alto; mientras que la Diferencia relativa indica que la tasa de mortalidad por enfermedad cerebrovascular es 0.65 veces más baja en el quintil de los distritos con la mediana de ingreso mensual del hogar más bajo que la tasa del quintil de los distritos con mediana de ingreso mensual del hogar más alto.

En síntesis, hay una reducción en la brecha absoluta en el periodo con respecto a la mortalidad por enfermedad cerebrovascular al haber una mejora en el indicador de salud para todos los quintiles.

A. INDICADOR DE SALUD: MORTALIDAD POR DIABETES.

D.1. TABLA DE DATOS CENSO 2000:

distritos 2000	población	ingreso	M Diabetes
CHANGUINOLA	86509	297.4	6.9
AGUADULCE	37910	380.0	34.3
ANTÓN	42649	214.0	4.7
LA PINTADA	24051	97.4	12.5
NATÁ	18144	243.6	55.1
OLÁ	6472	96.3	61.8
PENONOMÉ	70853	184.9	1.4
COLÓN	166753	416.8	60
ALANJE	15375	237.6	32.5
BARÚ	70245	272.7	27
BOQUERÓN	11433	223.1	17.5
BOQUETE	16389	317.9	48.8
BUGABA	67698	259.7	16.2
DAVID	121682	425.0	54.2
DOLEGA	15061	302.7	59.8
GUALACA	8273	206.1	36.3
REMEDIOS	11932	226.4	33.5
RENACIMIENTO	18090	157.9	38.7
SAN FÉLIX	15441	201.9	13
SAN LORENZO	22575	160.8	8.9
CHEPIGANA	35366	112.4	5.7
CHITRÉ	40061	426.2	49.9
OCÚ	16878	131.5	11.8
PARITA	9242	224.2	21.6
PESÉ	12850	197.0	15.6
SANTA MARÍA	7238	244.8	55.3

GUARARÉ	8906	232.7	22.5
LAS TABLAS	22158	325.9	10.8
LOS SANTOS	22580	261.1	84.1
MACARACAS	9529	136.1	31.5
PEDASÍ	3307	183.5	121
ARRAIJÁN	88235	526.0	51
CAPIRA	34986	192.6	5.7
CHAME	18174	318.2	16.5
CHEPO	37896	231.0	5.3
LA CHORRERA	113074	442.6	34.5
PANAMÁ	719565	587.4	46.6
SAN CARLOS	14648	261.0	34.1
SAN MIGUELITO	331692	594.6	38.3
ATALAYA	8368	251.0	12
CALOBRE	13443	91.9	29.8
LA MESA	13045	89.3	23
MONTIJO	12987	118.3	53.9
SANTIAGO	69117	373.8	33.3
SONÁ	30544	109.5	13.1
COMARCA KUNA YALA	40092	76.4	7.5

Paso 1: ordenar los datos según la variable de estratificación social de menor a mayor, en este caso: mediana de ingreso mensual del hogar

distritos 2000	población	ingreso	M Diabetes
COMARCA KUNA YALA	40092	76.4	7.5
LA MESA	13045	89.3	23
CALOBRE	13443	91.9	29.8
OLÁ	6472	96.3	61.8
LA PINTADA	24051	97.4	12.5
SONÁ	30544	109.5	13.1

CHEPIGANA	35366	112.4	5.7
MONTIJO	12987	118.3	53.9
OCÚ	16878	131.5	11.8
MACARACAS	9529	136.1	31.5
RENACIMIENTO	18090	157.9	38.7
SAN LORENZO	22575	160.8	8.9
PEDASÍ	3307	183.5	121
PENONOMÉ	70853	184.9	1.4
CAPIRA	34986	192.6	5.7
PESEÉ	12850	197.0	15.6
SAN FÉLIX	15441	201.9	13
GUALACA	8273	206.1	36.3
ANTÓN	42649	214.0	4.7
BOQUERÓN	11433	223.1	17.5
PARITA	9242	224.2	21.6
REMEDIOS	11932	226.4	33.5
CHEPO	37896	231.0	5.3
GUARARÉ	8906	232.7	22.5
ALANJE	15375	237.6	32.5
NATÁ	18144	243.6	55.1
SANTA MARÍA	7238	244.8	55.3
ATALAYA	8368	251.0	12
BUGABA	67698	259.7	16.2
SAN CARLOS	14648	261.0	34.1
LOS SANTOS	22580	261.1	84.1
BARÚ	70245	272.7	27
CHANGUINOLA	86509	297.4	6.9
DOLEGA	15061	302.7	59.8
BOQUETE	16389	317.9	48.8
CHAME	18174	318.2	16.5
LAS TABLAS	22158	325.9	10.8
SANTIAGO	69117	373.8	33.3

AGUADULCE	37910	380.0	34.3
COLÓN	166753	416.8	60
DAVID	121682	425.0	54.2
CHITRÉ	40061	426.2	49.9
LA CHORRERA	113074	442.6	34.5
ARRAIJÁN	88235	526.0	51
PANAMÁ	719565	587.4	46.6
SAN MIGUELITO	331692	594.6	38.3

Paso 2: Calcular los puntos de corte que dividen en el número de deciles de preferencia la distribución de datos, en este caso: quintiles. Se utiliza la función Percentil.Inc para estimar estos puntos de corte

Puntos de cortes	Decil	Valor
pc1	0.2	136.1
pc2	0.4	214
pc3	0.6	251
pc4	0.8	325.9

Paso 3: Identificar los puntos de corte en la tabla de datos

distritos	población	ingreso	M Diabetes
COMARCA KUNA			
YALA	40092	76.4	7.5
LA MESA	13045	89.3	23
CALOBRE	13443	91.9	29.8
OLÁ	6472	96.3	61.8
LA PINTADA	24051	97.4	12.5
SONÁ	30544	109.5	13.1
CHEPIGANA	35366	112.4	5.7
MONTIJO	12987	118.3	53.9
OCÚ	16878	131.5	11.8
MACARACAS	9529	136.1	31.5

RENACIMIENTO	18090	157.9	38.7
SAN LORENZO	22575	160.8	8.9
PEDASÍ	3307	183.5	121
PENONOMÉ	70853	184.9	1.4
CAPIRA	34986	192.6	5.7
PESÉ	12850	197.0	15.6
SAN FÉLIX	15441	201.9	13
GUALACA	8273	206.1	36.3
ANTÓN	42649	214.0	4.7
<hr/>			
BOQUERÓN	11433	223.1	17.5
PARITA	9242	224.2	21.6
REMEDIOS	11932	226.4	33.5
CHEPO	37896	231.0	5.3
GUARARÉ	8906	232.7	22.5
ALANJE	15375	237.6	32.5
NATÁ	18144	243.6	55.1
SANTA MARÍA	7238	244.8	55.3
ATALAYA	8368	251.0	12
<hr/>			
BUGABA	67698	259.7	16.2
SAN CARLOS	14648	261.0	34.1
LOS SANTOS	22580	261.1	84.1
BARÚ	70245	272.7	27
CHANGUINOLA	86509	297.4	6.9
DOLEGA	15061	302.7	59.8
BOQUETE	16389	317.9	48.8
CHAME	18174	318.2	16.5
LAS TABLAS	22158	325.9	10.8
<hr/>			
SANTIAGO	69117	373.8	33.3
AGUADULCE	37910	380.0	34.3
COLÓN	166753	416.8	60
DAVID	121682	425.0	54.2
CHITRÉ	40061	426.2	49.9

LA CHORRERA	113074	442.6	34.5
ARRAIJÁN	88235	526.0	51
PANAMÁ	719565	587.4	46.6
SAN MIGUELITO	331692	594.6	38.3

Paso 4: sumar la población expresada en números absolutos para obtener los totales de la población por quintil

Distritos	Población	Ingreso	M Diabetes
Más pobre	202,407		
Segundo	229,024		
Mediano	128,534		
Cuarto	333,462		
Menos pobre	1,688,089		

Paso 5: Estimar los pesos proporcionales de las poblaciones de cada distrito dentro del quintil para conocer el valor real de la variable de estratificación social y del indicador de salud.

distritos+A158 2000	población	ingreso	M Diabetes
COMARCA KUNA			
YALA	40092	76.4	7.5
LA MESA	13045	89.3	23
CALOBRE	13443	91.9	29.8
OLÁ	6472	96.3	61.8
LA PINTADA	24051	97.4	12.5
SONÁ	30544	109.5	13.1
CHEPIGANA	35366	112.4	5.7
MONTIJO	12987	118.3	53.9
OCÚ	16878	131.5	11.8
MACARACAS	9529	136.1	31.5
RENACIMIENTO	18090	157.9	38.7
SAN LORENZO	22575	160.8	8.9

PEDASÍ	3307	183.5	121
PENONOMÉ	70853	184.9	1.4
CAPIRA	34986	192.6	5.7
PESÉ	12850	197.0	15.6
SAN FÉLIX	15441	201.9	13
GUALACA	8273	206.1	36.3
ANTÓN	42649	214.0	4.7
<hr/>			
BOQUERÓN	11433	223.1	17.5
PARITA	9242	224.2	21.6
REMEDIOS	11932	226.4	33.5
CHEPO	37896	231.0	5.3
GUARARÉ	8906	232.7	22.5
ALANJE	15375	237.6	32.5
NATÁ	18144	243.6	55.1
SANTA MARÍA	7238	244.8	55.3
ATALAYA	8368	251.0	12
<hr/>			
BUGABA	67698	259.7	16.2
SAN CARLOS	14648	261.0	34.1
LOS SANTOS	22580	261.1	84.1
BARÚ	70245	272.7	27
CHANGUINOLA	86509	297.4	6.9
DOLEGA	15061	302.7	59.8
BOQUETE	16389	317.9	48.8
CHAME	18174	318.2	16.5
LAS TABLAS	22158	325.9	10.8
<hr/>			
SANTIAGO	69117	373.8	33.3
AGUADULCE	37910	380.0	34.3
COLÓN	166753	416.8	60
DAVID	121682	425.0	54.2
CHITRÉ	40061	426.2	49.9
LA CHORRERA	113074	442.6	34.5
ARRAIJÁN	88235	526.0	51

PANAMÁ	719565	587.4	46.6
SAN MIGUELITO	331692	594.6	38.3

Paso 6: calcular los promedios ponderados. Se utiliza la función "suma:producto" para calcular el promedio ponderado e insesgado de la variable de estratificación social y del indicador de salud para cada quintil.

Distritos	Población	Ingreso	M Diabetes
Más pobre	202,407	103	17.31
Segundo	229,024	190	10.92
Mediano	128,534	234	24.90
Cuarto	333,462	285	24.68
Menos pobre	1,688,089	530	45.52

Paso 7: Representar gráficamente los resultados de la variable de salud para identificar los resultados más fácilmente

Distritos	Población	Ingreso	M Diabetes
Más pobre	202,407	103	17.31
Segundo	229,024	190	10.92
Mediano	128,534	234	24.90
Cuarto	333,462	285	24.68
Menos pobre	1,688,089	530	45.52

Paso 8: Calcular las brechas absoluta y relativa que capturen cada una, la desigualdad en un número

Distritos	Población	Ingreso	M Diabetes
Más pobre	202,407	103	17.31
Segundo	229,024	190	10.92
Mediano	128,534	234	24.90
Cuarto	333,462	285	24.68
Menos pobre	1,688,089	530	45.52

Diferencia absoluta	-28.21
Diferencia relativa	0.38

D.2. TABLA DE DATOS 2010:

distritos 2010	población	ingreso	M Diabetes
CHANGUINOLA	94332	400.0	7.4
AGUADULCE	47775	547.0	35.6
ANTÓN	53311	369.0	13.1
LA PINTADA	26069	200.0	7.7
NATÁ	20242	375.0	24.7
OLÁ	5949	211.0	33.6
PENONOMÉ	84494	356.0	16.6

COLÓN	215821	602.0	23.6
ALANJE	17271	312.0	46.3
BARÚ	65061	280.0	43.0
BOQUERÓN	14861	365.0	40.4
BOQUETE	19985	480.0	40.0
BUGABA	81828	383.0	36.7
DAVID	146094	623.0	40.4
DOLEGA	21140	550.0	33.1
GUALACA	9076	377.0	33.1
REMEDIOS	3641	333.5	54.9
RENACIMIENTO	21857	220.0	9.2
SAN FÉLIX	6125	325.0	130.6
SAN LORENZO	7479	272.0	40.1
CHEPIGANA	31656	191.0	12.6
CHITRÉ	49209	644.0	26.4
OCÚ	16688	240.0	6.0
PARITA	9423	360.0	21.2
PESÉ	13280	338.0	30.1
SANTA MARÍA	7407	385.5	40.5
GUARARÉ	10361	363.5	38.6
LAS TABLAS	27254	452.0	33.0
LOS SANTOS	25923	397.0	34.7
MACARACAS	9390	220.0	31.9
PEDASÍ	4012	350.0	49.9
ARRAIJÁN	222455	812.0	18.6
CAPIRA	41236	360.0	19.4
CHAME	25565	476.5	27.4
CHEPO	44731	352.0	17.9
LA CHORRERA	164365	668.0	27.4
PANAMÁ	894566	873.0	28.6
SAN CARLOS	19882	424.0	15.1
SAN MIGUELITO	373703	923.0	28.1

ATALAYA	9894	405.0	50.5
CALOBRE	12944	155.0	23.2
LA MESA	12471	155.0	32.1
MONTIJO	7072	274.0	42.4
SANTIAGO	84432	600.0	27.2
SONÁ	28896	198.0	6.9
COMARCA KUNA YALA	37545	170.0	8.0

Paso 1: ordenar los datos según la variable de estratificación social de menor a mayor, en este caso: mediana de ingreso mensual del hogar

distritos 2010	población	ingreso	M Diabetes
CALOBRE	12944	155.0	23.2
LA MESA	12471	155.0	32.1
COMARCA KUNA YALA	37545	170.0	8.0
CHEPIGANA	31656	191.0	12.6
SONÁ	28896	198.0	6.9
LA PINTADA	26069	200.0	7.7
OLÁ	5949	211.0	33.6
RENACIMIENTO	21857	220.0	9.2
MACARACAS	9390	220.0	31.9
OCÚ	16688	240.0	6.0
SAN LORENZO	7479	272.0	40.1
MONTIJO	7072	274.0	42.4
BARÚ	65061	280.0	43.0
ALANJE	17271	312.0	46.3
SAN FÉLIX	6125	325.0	130.6
REMEDIOS	3641	333.5	54.9
PESÉ	13280	338.0	30.1
PEDASÍ	4012	350.0	49.9
CHEPO	44731	352.0	17.9

PENONOMÉ	84494	356.0	16.6
PARITA	9423	360.0	21.2
CAPIRA	41236	360.0	19.4
GUARARÉ	10361	363.5	38.6
BOQUERÓN	14861	365.0	40.4
ANTÓN	53311	369.0	13.1
NATÁ	20242	375.0	24.7
GUALACA	9076	377.0	33.1
BUGABA	81828	383.0	36.7
SANTA MARÍA	7407	385.5	40.5
LOS SANTOS	25923	397.0	34.7
CHANGUINOLA	94332	400.0	7.4
ATALAYA	9894	405.0	50.5
SAN CARLOS	19882	424.0	15.1
LAS TABLAS	27254	452.0	33.0
CHAME	25565	476.5	27.4
BOQUETE	19985	480.0	40.0
AGUADULCE	47775	547.0	35.6
DOLEGA	21140	550.0	33.1
SANTIAGO	84432	600.0	27.2
COLÓN	215821	602.0	23.6
DAVID	146094	623.0	40.4
CHITRÉ	49209	644.0	26.4
LA CHORRERA	164365	668.0	27.4
ARRAIJÁN	222455	812.0	18.6
PANAMÁ	894566	873.0	28.6
SAN MIGUELITO	373703	923.0	28.1

Paso 2: Calcular los puntos de corte que dividen en el número de deciles de preferencia la distribución de datos, en este caso: quintiles. Se utiliza la función Percentil.Inc para estimar estos puntos de corte

Puntos de corte	Decil	Valor
pc1	0.2	240
pc2	0.4	352
pc3	0.6	383
pc4	0.8	547

Paso 3: Identificar los puntos de corte en la tabla de datos

distritos 2010	población	ingreso	M Diabetes
CALOBRE	12944	155.0	23.2
LA MESA	12471	155.0	32.1
COMARCA YALA	37545	170.0	8.0
KUNA			
CHEPIGANA	31656	191.0	12.6
SONÁ	28896	198.0	6.9
LA PINTADA	26069	200.0	7.7
OLÁ	5949	211.0	33.6
RENACIMIENTO	21857	220.0	9.2
MACARACAS	9390	220.0	31.9
OCÚ	16688	240.0	6.0
SAN LORENZO	7479	272.0	40.1
MONTIJO	7072	274.0	42.4
BARÚ	65061	280.0	43.0
ALANJE	17271	312.0	46.3
SAN FÉLIX	6125	325.0	130.6
REMEDIOS	3641	333.5	54.9
PESÉ	13280	338.0	30.1
PEDASÍ	4012	350.0	49.9
CHEPO	44731	352.0	17.9
PENONOMÉ	84494	356.0	16.6
PARITA	9423	360.0	21.2
CAPIRA	41236	360.0	19.4

GUARARÉ	10361	363.5	38.6
BOQUERÓN	14861	365.0	40.4
ANTÓN	53311	369.0	13.1
NATÁ	20242	375.0	24.7
GUALACA	9076	377.0	33.1
BUGABA	81828	383.0	36.7
SANTA MARÍA	7407	385.5	40.5
LOS SANTOS	25923	397.0	34.7
CHANGUINOLA	94332	400.0	7.4
ATALAYA	9894	405.0	50.5
SAN CARLOS	19882	424.0	15.1
LAS TABLAS	27254	452.0	33.0
CHAME	25565	476.5	27.4
BOQUETE	19985	480.0	40.0
AGUADULCE	47775	547.0	35.6
DOLEGA	21140	550.0	33.1
SANTIAGO	84432	600.0	27.2
COLÓN	215821	602.0	23.6
DAVID	146094	623.0	40.4
CHITRÉ	49209	644.0	26.4
LA CHORRERA	164365	668.0	27.4
ARRAIJÁN	222455	812.0	18.6
PANAMÁ	894566	873.0	28.6
SAN MIGUELITO	373703	923.0	28.1

Paso 4: sumar la población expresada en números absolutos para obtener los totales de la población por quintil

Distritos 2010	Población	Ingreso	M Diabetes
Más pobre	203,465		
Segundo	168,672		
Mediano	324,832		

Cuarto	278,017
Menos pobre	2,171,785

Paso 5: Estimar los pesos proporcionales de las poblaciones de cada distrito dentro del quintil para conocer el valor real de la variable de estratificación social y del indicador de salud.

distritos 2010	población	ingreso	M Diabetes	pppoblación
CALOBRE	12944	155.0	23.2	0.06
LA MESA	12471	155.0	32.1	0.06
COMARCA KUNA YALA	37545	170.0	8.0	0.18
CHEPIGANA	31656	191.0	12.6	0.16
SONÁ	28896	198.0	6.9	0.14
LA PINTADA	26069	200.0	7.7	0.13
OLÁ	5949	211.0	33.6	0.03
RENACIMIENTO	21857	220.0	9.2	0.11
MACARACAS	9390	220.0	31.9	0.05
OCÚ	16688	240.0	6.0	0.08
SAN LORENZO	7479	272.0	40.1	0.04
MONTIJO	7072	274.0	42.4	0.04
BARÚ	65061	280.0	43.0	0.39
ALANJE	17271	312.0	46.3	0.10
SAN FÉLIX	6125	325.0	130.6	0.04
REMEDIOS	3641	333.5	54.9	0.02
PESÉ	13280	338.0	30.1	0.08
PEDASÍ	4012	350.0	49.9	0.02
CHEPO	44731	352.0	17.9	0.27
PENONOMÉ	84494	356.0	16.6	0.26
PARITA	9423	360.0	21.2	0.03
CAPIRA	41236	360.0	19.4	0.13
GUARARÉ	10361	363.5	38.6	0.03

BOQUERÓN	14861	365.0	40.4	0.05
ANTÓN	53311	369.0	13.1	0.16
NATÁ	20242	375.0	24.7	0.06
GUALACA	9076	377.0	33.1	0.03
BUGABA	81828	383.0	36.7	0.25
<hr/>				
SANTA MARÍA	7407	385.5	40.5	0.03
LOS SANTOS	25923	397.0	34.7	0.09
CHANGUINOLA	94332	400.0	7.4	0.34
ATALAYA	9894	405.0	50.5	0.04
SAN CARLOS	19882	424.0	15.1	0.07
LAS TABLAS	27254	452.0	33.0	0.10
CHAME	25565	476.5	27.4	0.09
BOQUETE	19985	480.0	40.0	0.07
AGUADULCE	47775	547.0	35.6	0.17
<hr/>				
DOLEGA	21140	550.0	33.1	0.01
SANTIAGO	84432	600.0	27.2	0.04
COLÓN	215821	602.0	23.6	0.10
DAVID	146094	623.0	40.4	0.07
CHITRÉ	49209	644.0	26.4	0.02
LA CHORRERA	164365	668.0	27.4	0.08
ARRAIJÁN	222455	812.0	18.6	0.10
PANAMÁ	894566	873.0	28.6	0.41
SAN MIGUELITO	373703	923.0	28.1	0.17

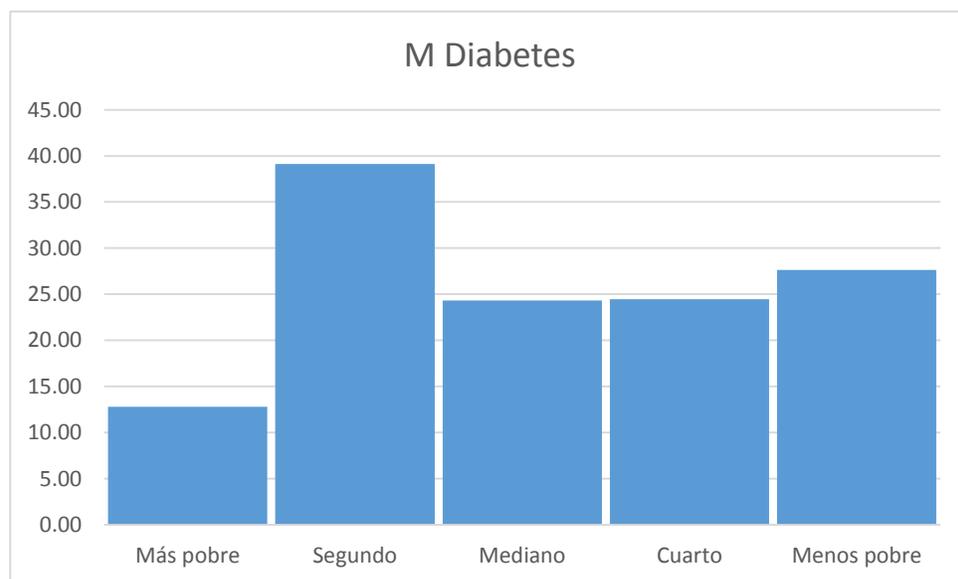
Paso 6: calcular los promedios ponderados. Se utiliza la función "suma:producto" para calcular el promedio ponderado e insesgado de la variable de estratificación social y del indicador de salud para cada quintil.

Distritos 2010	Población	Ingreso	M Diabetes
Más pobre	202,407	194	12.78
Segundo	229,024	311	39.13

Mediano	128,534	368	24.32
Cuarto	333,462	444	24.46
Menos pobre	1,688,089	797	27.64

Paso 7: Representar gráficamente los resultados de la variable de salud para identificar los resultados más fácilmente

Distritos 2010	Población	Ingreso	M Diabetes
Más pobre	202,407	194	12.78
Segundo	229,024	311	39.13
Mediano	128,534	368	24.32
Cuarto	333,462	444	24.46
Menos pobre	1,688,089	797	27.64



Distritos	Población	Ingreso	M Diabetes
Más pobre	202,407	194	12.78

Segundo	229,024	311	39.13
Mediano	128,534	368	24.32
Cuarto	333,462	444	24.46
Menos pobre	1,688,089	797	27.64

Diferencia absoluta	-14.86
Diferencia relativa	0.46

D.3. ANÁLISIS:

Para el censo 2000, la Diferencia absoluta indica que en el quintil de los distritos con la mediana de ingreso mensual del hogar más bajo se producen 28.21 casos menos de muerte por diabetes que en el quintil de los distritos con una mediana de ingreso mensual del hogar más alto; mientras que la Diferencia relativa indica que la tasa de mortalidad por diabetes es 0.38 veces más baja en el quintil de los distritos con la mediana de ingreso mensual del hogar más bajo que la tasa del quintil de los distritos con mediana de ingreso mensual del hogar más alto.

Para el censo 2010, la Diferencia absoluta indica que en el quintil de los distritos con la mediana de ingreso mensual del hogar más bajo se producen 14.86 casos menos de muerte por diabetes que en el quintil de los distritos con una mediana de ingreso mensual del hogar más alto; mientras que la Diferencia relativa indica que la tasa de mortalidad por diabetes es 0.46 veces más baja en el quintil de los distritos con la mediana de ingreso mensual del hogar más bajo que la tasa del quintil de los distritos con mediana de ingreso mensual del hogar más alto.

