



ANALISIS DE SITUACION DE SALUD

Darién

2024

DOCTOR CLEVER GONZALEZ

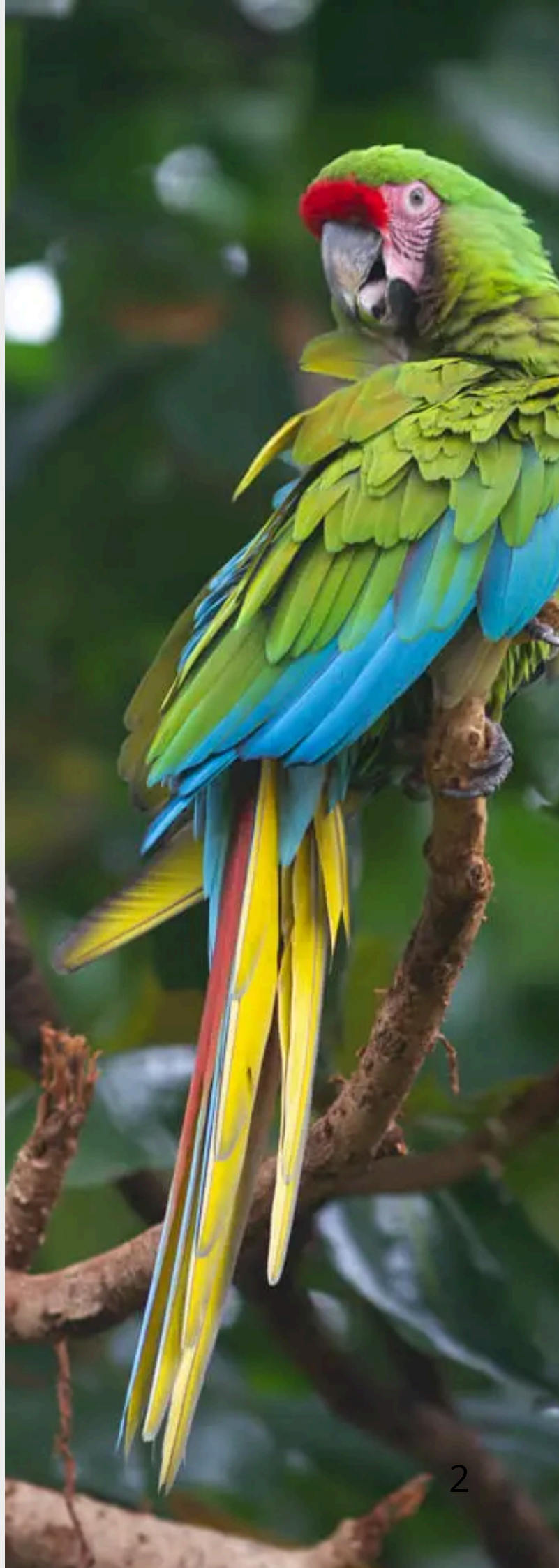
Director Regional de
Salud de Darién

DOCTOR JORGE BALLESTEROS

Sub Director Regional de
Salud

DOCTOR JOSE ANGEL HERNANDEZ

Jefe de Planificación



Equipo técnico



Departamento de Registros Médicos Licenciada Ibeth Rivera

Departamento de Salud Pública Doctora Carmela Jackman

Departamento de Provisión de los servicios de salud Doctor Jorge Ballesteros

Departamento de Promoción de la Salud Licenciado Ruben Aguirre

Coordinación de Salud Bucal Doctor Hector Robles

Coordinación de Vigilancia Epidemiológica Doctora Carmela Jackman

Coordinación de Programa Ampliado de Inmunizaciones: Licenciada Zaret Cerrud

Coordinación Regional de Nutrición Licenciada Julissa Navarro

Coordinación Regional de Laboratorios: Licenciado Félix Vergara

Coordinación Regional de Farmacia: Licenciada Teresa Solís

Coordinación Regional de Enfermería: Licenciada Filadelfia Córdoba

Jefa Regional de Recursos Humanos: Licenciada Eris Gaitán

CONTENIDO



PÁGINA 6

Introducción

PÁGINA 7

Generalidades

PÁGINA 11

Fotografía 1

El contexto.

Tendencias, proyecciones del desarrollo económico, impacto de los cambios climáticos

PÁGINA 19

Fotografía 2

Demanda de las necesidades y servicios
Aspectos demográficos, epidemiológicos, morbilidad y mortalidad

PÁGINA 40

Fotografía 3

Caracterización de la oferta

Vigilancia sanitaria, accesibilidad geográfica, complejidad de la red, bolsones desprotegidos, recurso humano, insumos sanitarios.

PÁGINA 53

Fotografía 4

Satisfacción del usuario
Lista de espera, medición de la satisfacción del usuario, auditorías sociales y control de calidad

PÁGINA 56

Fotografía 5


Actores y red social

Comités, grupos organizados

PÁGINA 62

Fotografía 6

Proyecciones de la red
Adecuaciones a la oferta y a la cartera de servicios
Ampliación de la cobertura a poblaciones desprotegidas



CONTENIDO

PÁGINA 69

Fotografía 7

Proyecciones de la red

Adecuaciones a la oferta y a la cartera de servicios

Ampliación de la cobertura a poblaciones desprotegidas

PÁGINA 75

Fotografía 8

Instrumento de gestión

Planificación regional

Presupuestación por objetivos, incentivos, sistemas de información

PÁGINA 84

Fotografía 9

Financiación de los servicios

Compensación de costos, fuente de

financiación, autogestión, aportes, presupuesto del Estado

PÁGINA 92

Fotografía 10

Proyectos de inversión

Instalaciones de salud

PÁGINA 99

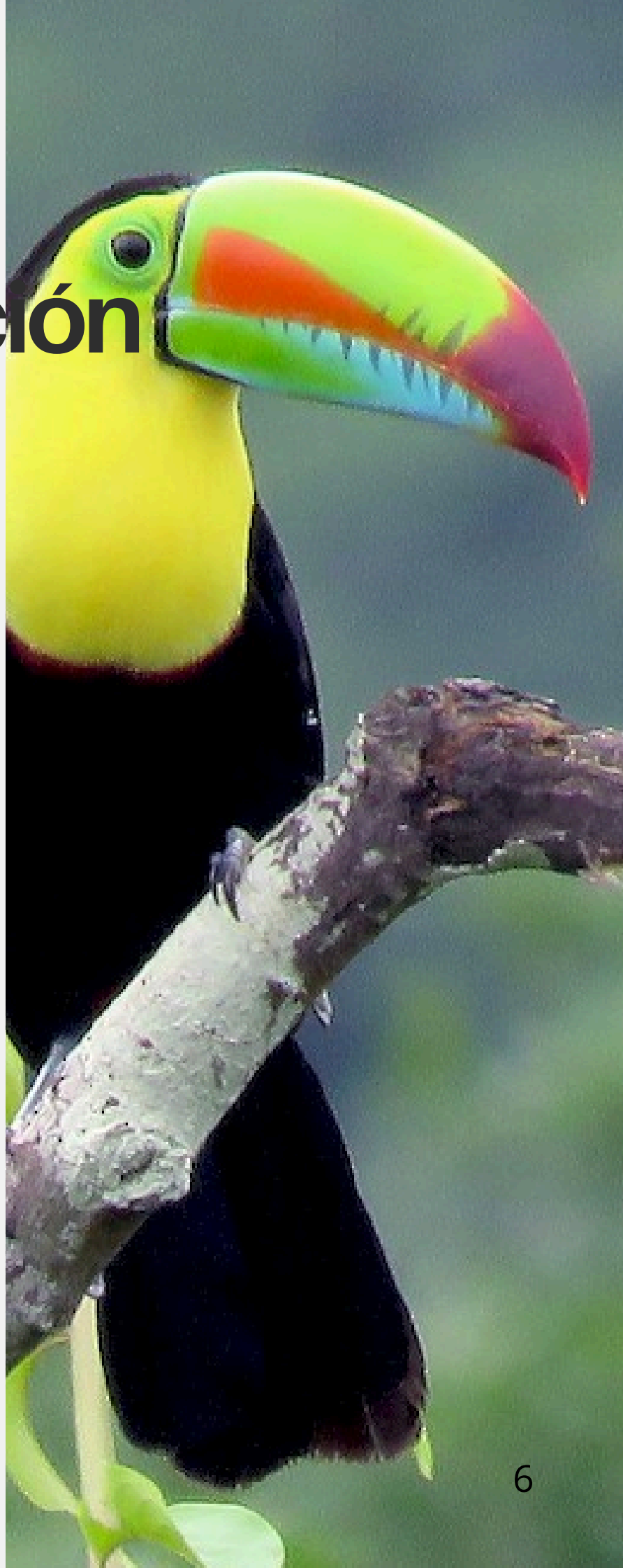
Conclusiones

PÁGINA 102

Recomendaciones

Introducción

La provincia de Darién, ubicada en la región oriental de Panamá, presenta un entorno geográfico y socioeconómico singular que impacta de manera significativa en la salud de su población. Con una rica diversidad cultural, habitada mayormente por comunidades indígenas y afrodescendientes, esta región enfrenta desafíos complejos en el ámbito de la salud pública. El análisis de la situación de salud (ASIS) en Darién se convierte en una herramienta esencial para comprender las particularidades que afectan el bienestar de sus habitantes. A través de la recopilación y el análisis de datos sobre enfermedades prevalentes, acceso a servicios de salud, y determinantes sociales de la salud, este documento busca identificar las necesidades prioritarias y formular recomendaciones que permitan mejorar la calidad de vida en la provincia. Abordar estos aspectos es crucial para el diseño de estrategias efectivas que se adapten a las realidades locales, promoviendo así un sistema de salud más inclusivo y equitativo.



Generalidades



Darién es una de las diez provincias de Panamá, con La Palma como su capital. Con una extensión de 12,042.7 km², es la provincia más grande del país y tiene una población de 54,235 habitantes, lo que da una densidad de 4.5 habitantes por km². Se ubica en el extremo oriental de Panamá, limitando al norte con la provincia de Panamá y la comarca Guna Yala, al sur con el océano Pacífico y la República de Colombia, y al este con el departamento de Chocó en Colombia.

El nombre "Darién" proviene de la lengua de los indígenas Cueva, relacionado con el río Tanel. Esta región fue el lugar del establecimiento español de Santa María la Antigua del Darién, la primera ciudad fundada en la provincia de Tierra Firme. Entre sus montañas, el cerro Tacarcuna se eleva a 1,875 metros sobre el nivel del mar, el más grande de la provincia. Los ríos Chucunaque y Tuirá son los más largos en el país.

Desde el 14 de febrero de 2018, Darién se divide en tres distritos: Chepigana, Pinogana y Santa Fe, organizados en 26 corregimientos. Su población está compuesta principalmente por indígenas, afrodescendientes y colonos migrantes.

Generalidades



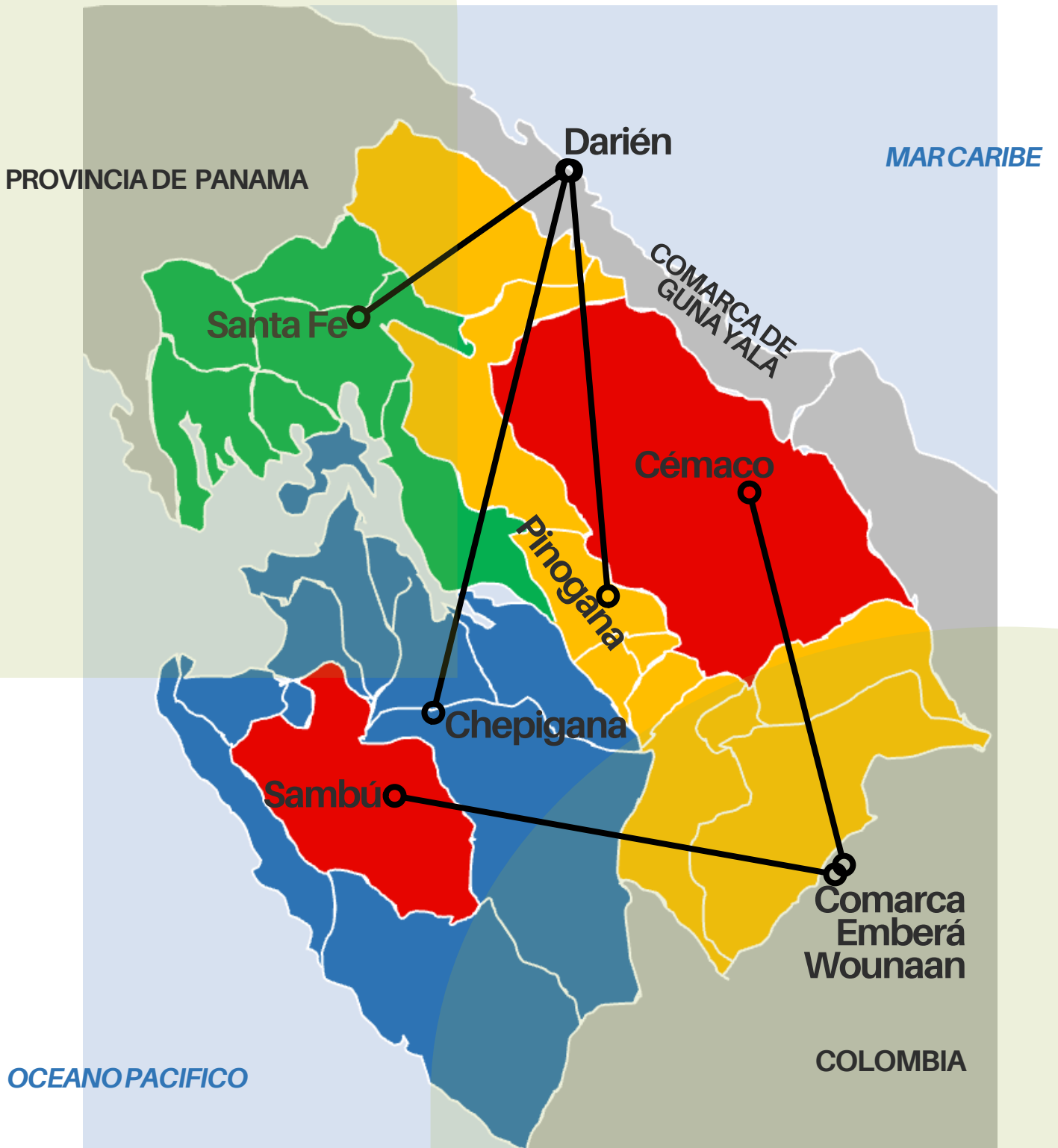
La comarca Emberá-Wounaan, creada en 1983, abarca 4,385.5 km² y tiene una población aproximada de 12,358 habitantes (2.8 habitantes por km²), habitada principalmente por las etnias emberá y wounaan en 40 comunidades, con Unión Chocó como su capital.



Wargandí, creada por la ley 34 del 25 de julio de 2000, ocupa parte del territorio norte de Darién y tiene una superficie de 952.2 km² y una población de 12,781 habitantes, también con una densidad de 2.8 habitantes por km². Esta comarca, predominantemente habitada por la etnia Guna, no tiene subdivisiones políticas y se ubica en la cuenca alta del río Chucunaque. Sus comunidades son Nurra (su capital), Walla y Morti.

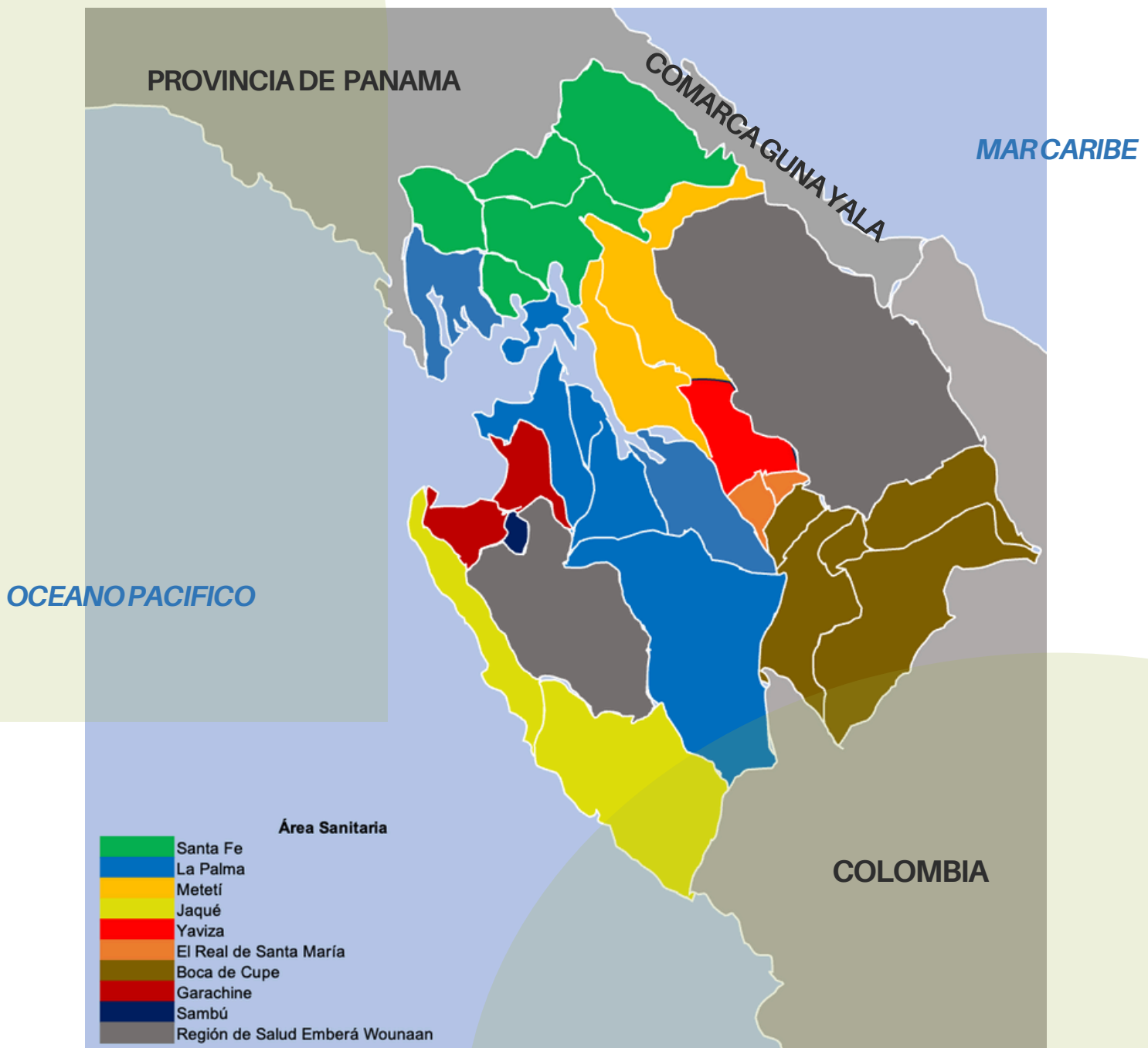


Generalidades



**División política de Darién y
la Comarca Emberá
Wounaan**

Generalidades



División de responsabilidad sanitaria de Darién y la Comarca Emberá Wounaan

Fotografía 1

**El contexto.
Tendencias, proyecciones
del desarrollo económico,
impacto de los cambios
climáticos**





Principales problemas políticos económico socio cultural y de género de la región que influyen en la situación de salud y su desempeño

Darién es una de las diez provincias de Panamá, con La Palma como su capital. Con una superficie de 11,896.5 km², es la provincia más grande del país. Se encuentra en el extremo oriental y limita al norte con la provincia de Panamá y la comarca Guna Yala, al sur con el océano Pacífico y Colombia, al este con el departamento colombiano de Chocó, y al oeste con el océano Pacífico y la provincia de Panamá.

La población de la provincia es escasa, dispersa y diversa, ubicada en múltiples pequeños centros poblados cerca de fuentes de agua. Hay flujos migratorios constantes hacia y desde la provincia. Entre los principales problemas sociopolíticos que impactan la salud se encuentra:

Pobreza

La pobreza general y extrema es más prevalente en áreas rurales que en urbanas, pese a las mejoras económicas del país. Esto se relaciona con la baja calidad del empleo rural, ya sea en empresas familiares o trabajos autónomos, que suelen ser menos remunerados que los urbanos.

Además, los hogares rurales, especialmente los indígenas, suelen tener más miembros, lo que afecta el bienestar.

Desde 2010, las estadísticas se clasifican por provincias y comarcas indígenas. En Darién, para el 2023 ha habido una reducción porcentual de 4% (16.2%) de la población, en pobreza extrema y el casi 10% en pobreza, en comparación al 2016, donde la pobreza extrema era de 20% y la pobreza general de 45.9%, reflejando un progreso limitado y segundos en el país detrás de Bocas del Toro, a nivel de provincias. Esto se debe a un mayor acceso a bienes y servicios sociales, aunque alcanzarlos en zonas rurales de difícil acceso sigue siendo un desafío.

En la comarca Emberá, los índices de pobreza y extrema pobreza en 2023 fueron de 65.3% y 35.5%, que evidencia una discreta mejora en relación al 2016 (67.1% y 38.3%, respectivamente). Junto a la comarcas de Guna Yala y Gnabe Bugle (mayor pobreza en Panamá), las más altas del país.



Impacto del cambio climático, contaminación ambiental y ruido en el desarrollo económico y social de la población

A finales de 2010, las peores inundaciones en 50 años ocurrieron en la región central de Darién y Chepo, Panamá, destacando su vulnerabilidad al cambio climático. Darién, rica en biodiversidad y recursos hídricos, enfrenta amenazas por la deforestación y tala indiscriminada, lo que aumenta los riesgos de inundaciones, deslaves y enfermedades.

La economía local depende de la agricultura, ganadería y pesca, con la mayoría de la población viviendo con menos de 97 dólares mensuales. En los últimos 20 años, Darién ha perdido una tercera parte de sus bosques debido a actividades humanas descontroladas.

Darién alberga ocho zonas protegidas y el Parque Nacional Darién, el mayor de Panamá y Centroamérica con 579,000 hectáreas, declarado Sitio del Patrimonio Mundial por la UNESCO en 1981 y Reserva de la Biosfera en 1982.

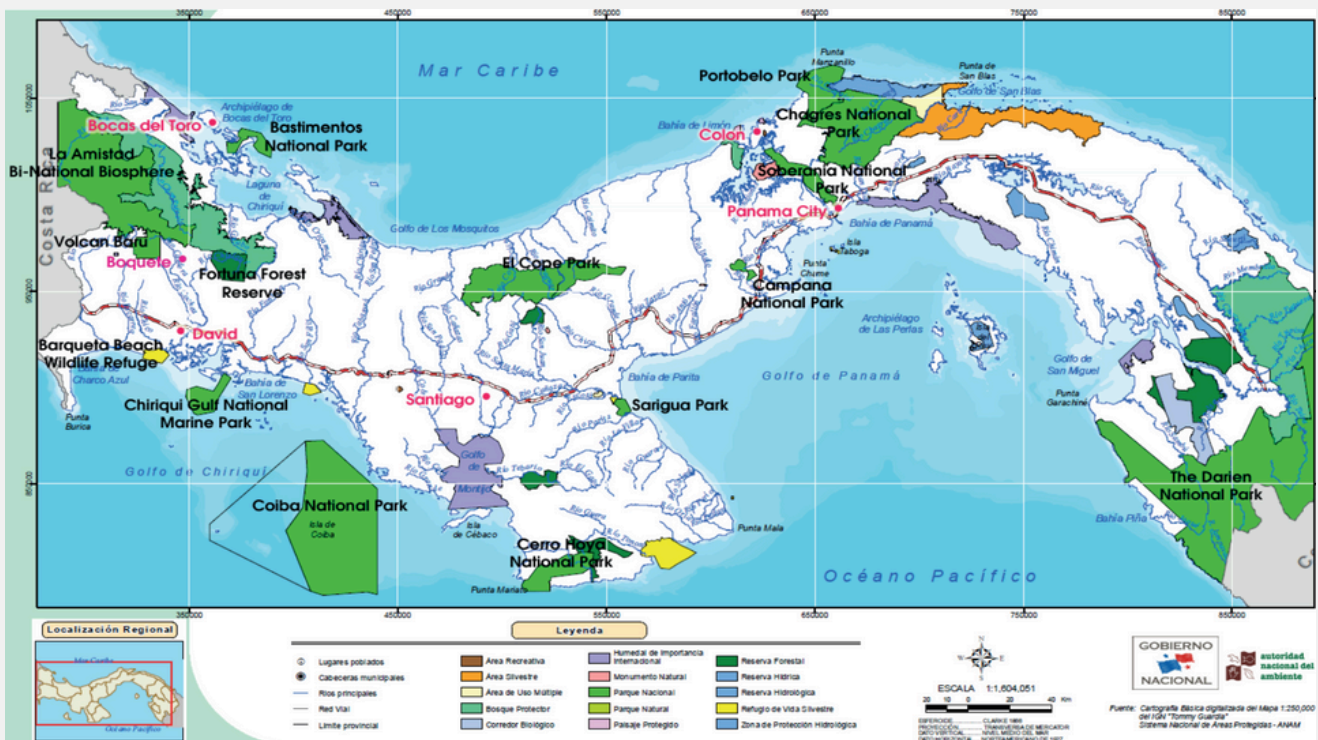
Medio ambiente: Darién

En el Índice de Progreso Social (IPS 2019), Darién obtuvo 67.98 puntos en Calidad Medioambiental, indicando un nivel medio. Aunque posee el 21.2% de la cobertura boscosa de Panamá, enfrenta graves amenazas debido a la sobreexplotación de recursos, deforestación, degradación de suelos y contaminación por desechos.

Los recursos madereros están sobreexplotados y la fiscalización es débil. La deforestación y degradación de suelos son problemas persistentes y faltan datos actualizados para abordar estos temas efectivamente. El 59.81% de los hogares eliminan basura de manera inadecuada, lo que causa importantes problemas de contaminación.

La gestión de desechos es ineficiente, con solo un camión de recolección en Pinogana y un vertedero informal que maneja basura de diversas áreas, lo que incrementa la necesidad de una mejor organización y capacidad instalada.

Áreas protegidas de la provincia de Darién



Medio ambiente: Comarca Emberá Wounaan

La Comarca Emberá Wounaan destaca por su excepcional riqueza físico-ambiental, con un 97% de su territorio cubierto por bosques, convirtiéndose en una de las regiones más biodiversas del continente. A pesar de destinar parte de este valioso terreno para la ganadería, sigue siendo vital para la conservación de la biodiversidad, la agricultura y la forestación.

Áreas Protegidas:

La Comarca alberga significativas áreas de bosques protegidos, que ayudan a mitigar los efectos del cambio climático. Del total de las áreas protegidas en Panamá (aproximadamente 6,869,970 hectáreas), el 24.1% se encuentra en territorios indígenas, siendo la Comarca Emberá Wounaan responsable del 19.8% del total del país.

Amenazas a la Biodiversidad:

1. Pérdida y Degradación del Hábitat:

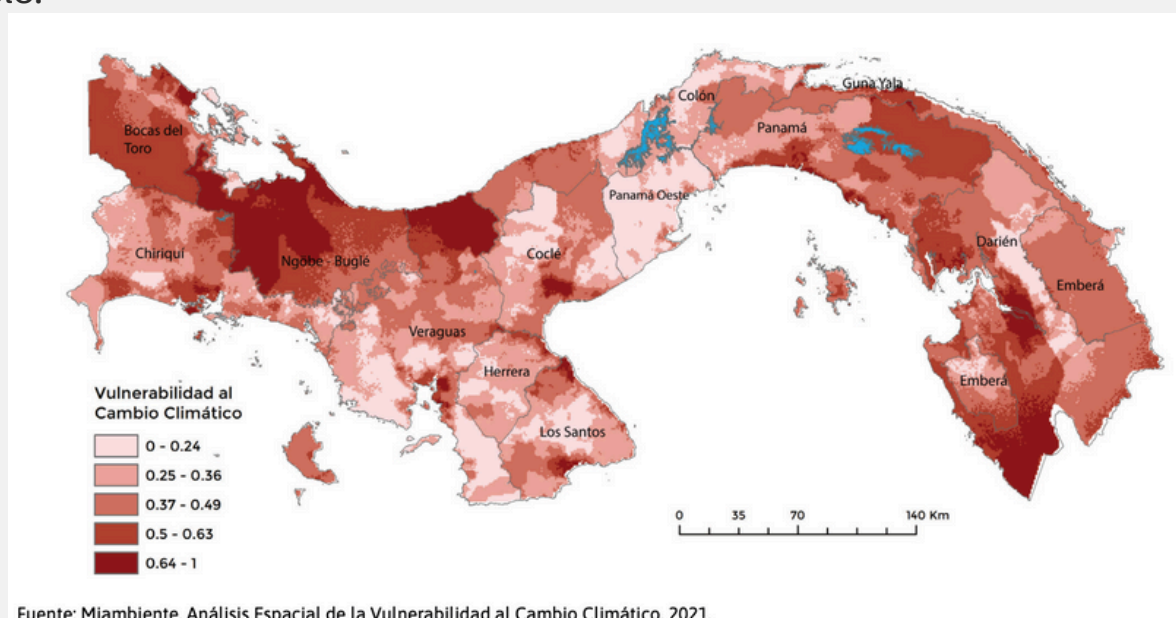
La deforestación y las malas prácticas agroforestales son las principales causas de la pérdida de hábitat y la degradación del suelo.

2. Sobreexplotación de Recursos Naturales:

La intensa actividad forestal, especialmente la extracción de productos maderables, generó aproximadamente US\$ 358.1 millones en 2020 (0.55% del PIB de Panamá). En 2021, se otorgaron permisos para la explotación forestal en 144,727 hectáreas. Las explotaciones privadas a largo plazo, que desplazan terrenos hacia la ganadería, son una gran preocupación.

3. Cambio Climático:

Identificada como una región con menor capacidad de adaptación al cambio climático, según el Análisis Espacial de la Vulnerabilidad al Cambio Climático del Ministerio de Ambiente (2021), es crucial fortalecer los esfuerzos comunitarios para la conservación del medio ambiente. A pesar del escaso conocimiento sobre medidas nacionales de mitigación del cambio climático, existe una oportunidad de desarrollar estas capacidades a través de organizaciones comunitarias, apoyadas por las Brigadas Ambientales de MiAmbiente, que cuentan con una significativa participación de jóvenes.



Legislaciones existentes que favorecen la participación social

La participación social en la gestión regional se realiza principalmente en la Junta Técnica Provincial para discutir problemas y logros, sin incluir la planificación del MINSA.

En áreas rurales, hay mayor participación en la programación y resolución de problemas de salud, gracias al compromiso de los funcionarios. En áreas urbanas, la participación es menor debido a otras prioridades. Se recomienda convocar a grupos organizados (Comités de Salud, JAAR) y promover un cambio de actitud en personal y población para mejorar la participación.

Índice de desarrollo humano

El Índice de Desarrollo Humano (IDH) mide el progreso de las personas en dimensiones esenciales como la salud, la educación y el nivel de vida. Utilizando el Índice de Desarrollo Humano de Panamá (IDHP) para comparar para el 2018, se observó que el promedio nacional en 2018 fue de 0.78. Las provincias de Darién se situó en el último lugar entre todas las del país con un valor de 0.64, que la ubica en un IDH medio.

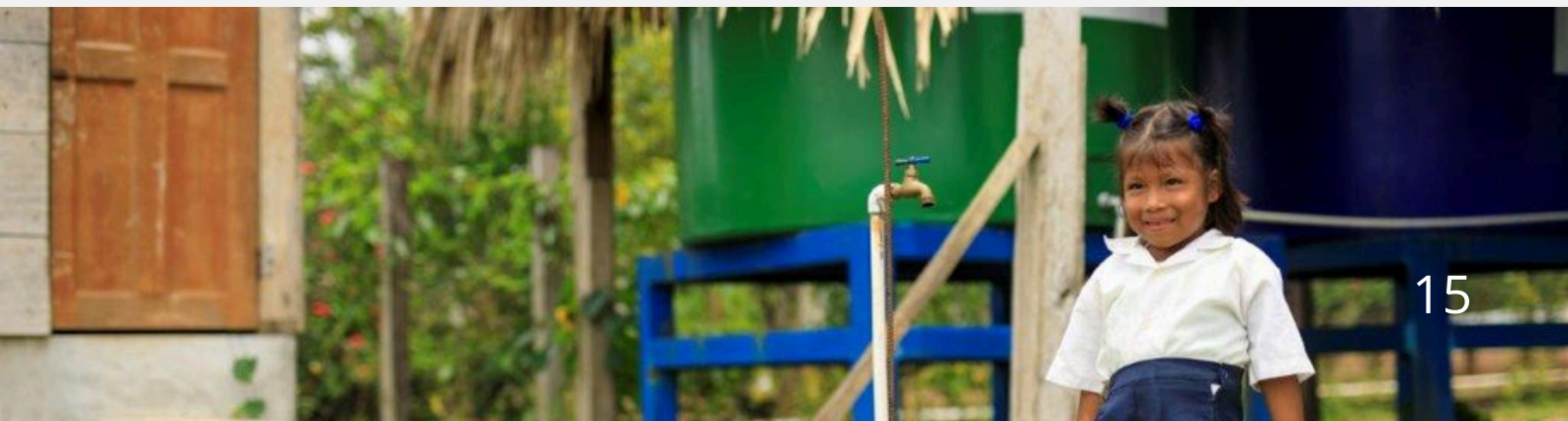
Las comarcas Emberá Wounaan, Guna Yala y Ngäbe Buglé presentaron los índices más bajos, con la de Emberá Wounaan justo en el límite de desarrollo humano bajo (0.53) y las otras dos por debajo de este límite, todas en un IDH bajo

Resultado positivo en términos de su contribución a la mejora de las condiciones de salud de la población de la función regulatoria del MINSA

El proceso de Reforma y Modernización en Salud en Panamá enfatiza la Rectoría del Sistema Nacional de Salud. Este proceso fortalecerá la vigilancia y provisión de servicios mediante la estructuración de programas nacionales como lo son el Programa Nacional de Vigilancia de la Salud Poblacional y Ambiental, así también el Programa de Provisión de Servicios de Atención a la Población y el Ambiente.

La operatividad de este sistema requiere que todos los organismos públicos y privados alineen sus acciones según las políticas, planes, programas y normas del Ministerio de Salud, estando sujetos a monitoreo, supervisión y evaluación para asegurar la eficiencia y calidad de los servicios de salud.

Para desarrollar la descentralización en salud, se priorizará la Estrategia de Atención Primaria, enfocándose en la equidad en salud y fortaleciendo el primer nivel de atención para los grupos más necesitados. Esto también incluye mejorar la capacidad operativa y gerencial de los servicios de salud y fortalecer el Nivel Local como base de respuesta organizada a las necesidades de salud de la población y el ambiente.



Competencias en fiscalización a nivel local, regional y nacional

Fiscalización en el Sistema Nacional de Salud

Oficina de Auditoría Interna:

La fiscalización se lleva a cabo a nivel nacional a través de la Oficina de Auditoría Interna, cuyas funciones principales son:

- Evaluar la eficacia y eficiencia de los sistemas, procedimientos y procesos administrativos, presupuestarios y financieros, así como los instrumentos de control interno en todos los niveles de la organización.
- Asegurar que los auditores cumplan con las normas legales vigentes y los principios profesionales emitidos por la Contraloría General de la República y demás normas generales aplicables a la profesión de Contador Público Autorizado y Auditor.
- Atender denuncias y quejas de terceros de manera confidencial sobre el manejo de recursos y bienes asignados.
- Fortalecer el proceso de desconcentración de recursos para intervenciones sobre los bienes y recursos del Estado asignados.
- Coordinar con Asesoría Legal y la Contraloría para canalizar auditorías que descubran fraudes, desfalcos e irregularidades hacia las Fiscalías.
- Mantener comunicación y coordinación con la Contraloría General y Firmas Privadas de Auditoría para formular el Plan Anual de Auditoría y asegurar el seguimiento de las recomendaciones resultantes.
- Emitir recomendaciones para mejorar las debilidades detectadas en las operaciones examinadas y garantizar su aplicación.
- Asegurar la rendición de cuentas efectiva sobre el uso de los recursos del Estado.



- Apoyar la aplicación de legislación, normas y políticas a las que esté sujeta la entidad y el cumplimiento de sus objetivos, metas y presupuesto programado.

Fiscalización Regional y Local:

A nivel regional, el departamento de fiscalización de la Contraloría General de la República supervisa los procesos administrativos y el manejo de las cajas menudas.

Los niveles locales garantizan el correcto uso de los fondos recibidos y también están sujetos a evaluaciones realizadas por la Oficina de Auditoría Interna.

Marco legal que confiere al MINSA el ejercicio de la función regulatoria de manera directa

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 integrar 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.

**“La vida no se trata de encontrarte a ti mismo, sino de crearte a ti mismo”
Bernard Shaw**

Marco legal que confiere al MINSA el ejercicio de la función regulatoria de manera directa

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 la 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 del 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.

Resolución No 139 de 2 de marzo de 2023 - Crea la Región de Salud de la Comarca Emberá Wounan

Las Resoluciones y Resueltos internos del Ministro (a) de Salud.

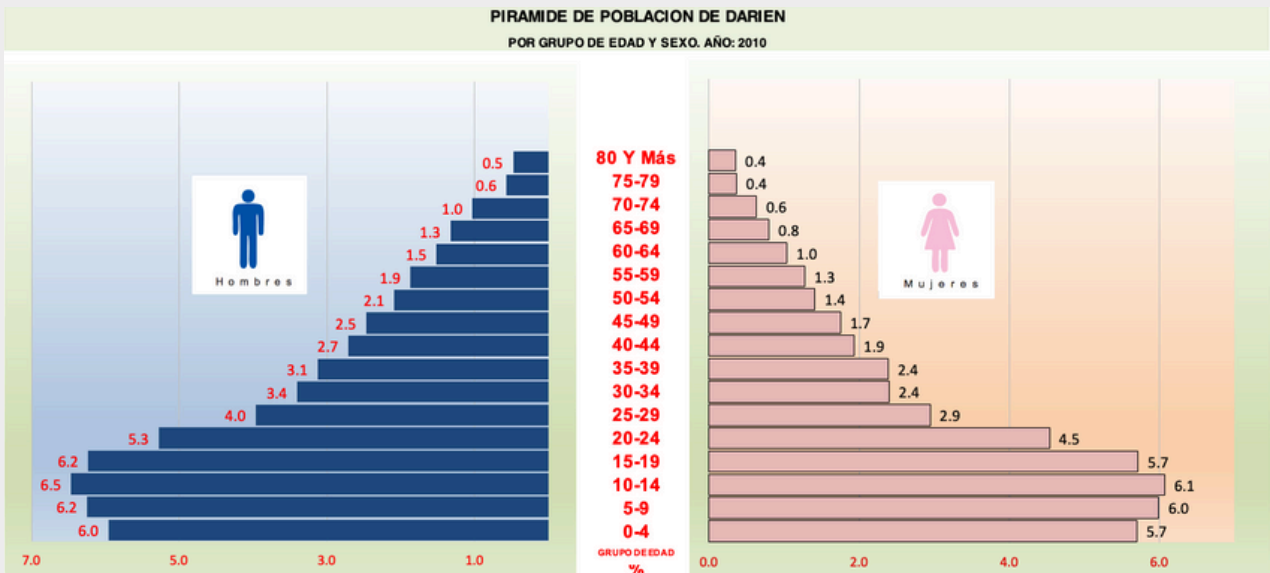
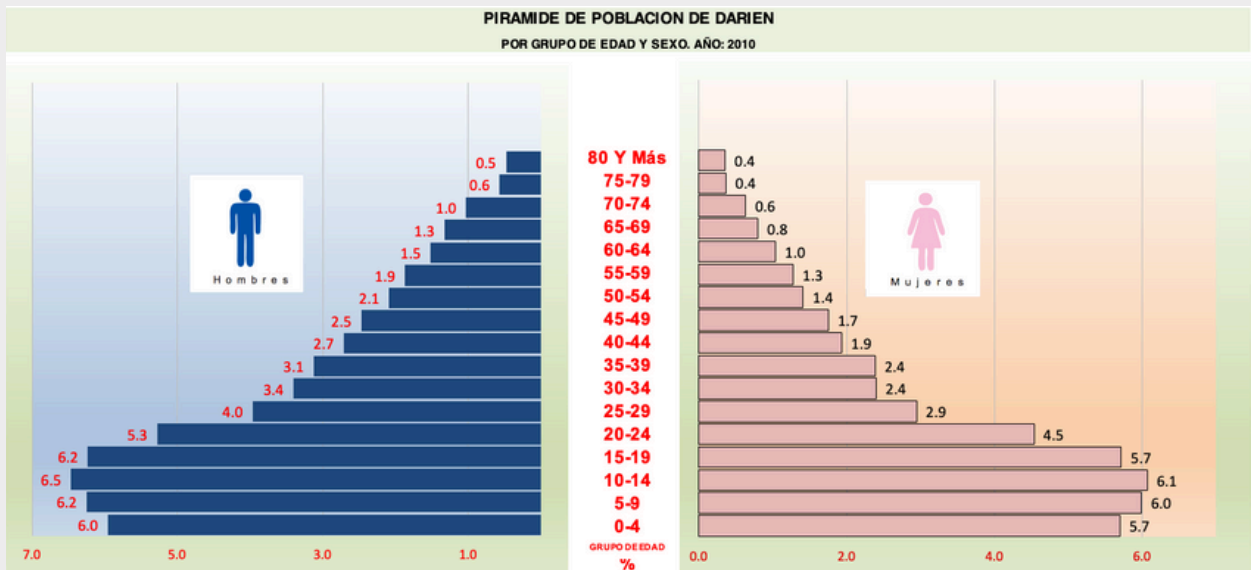
**“El hombre
que mueve
montañas
empieza
apartando
piedras
pequeñas”
Confucio**

Fotografía 2



Demanda de las necesidades y servicios
Aspectos demográficos, epidemiológicos, morbilidad y mortalidad

Demandas de las necesidades

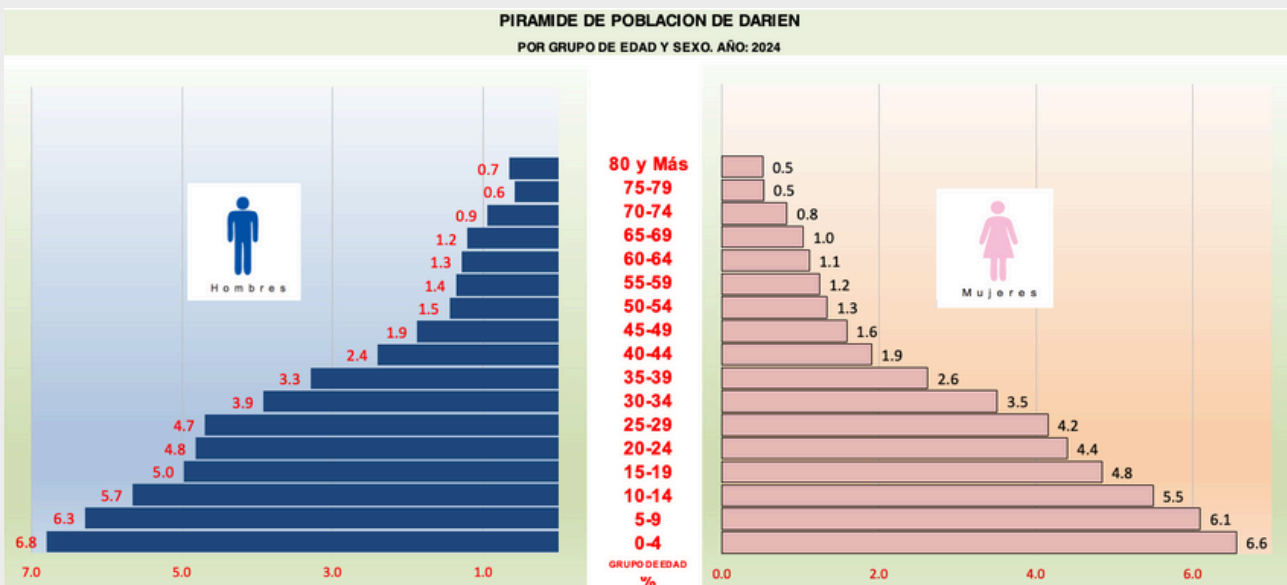
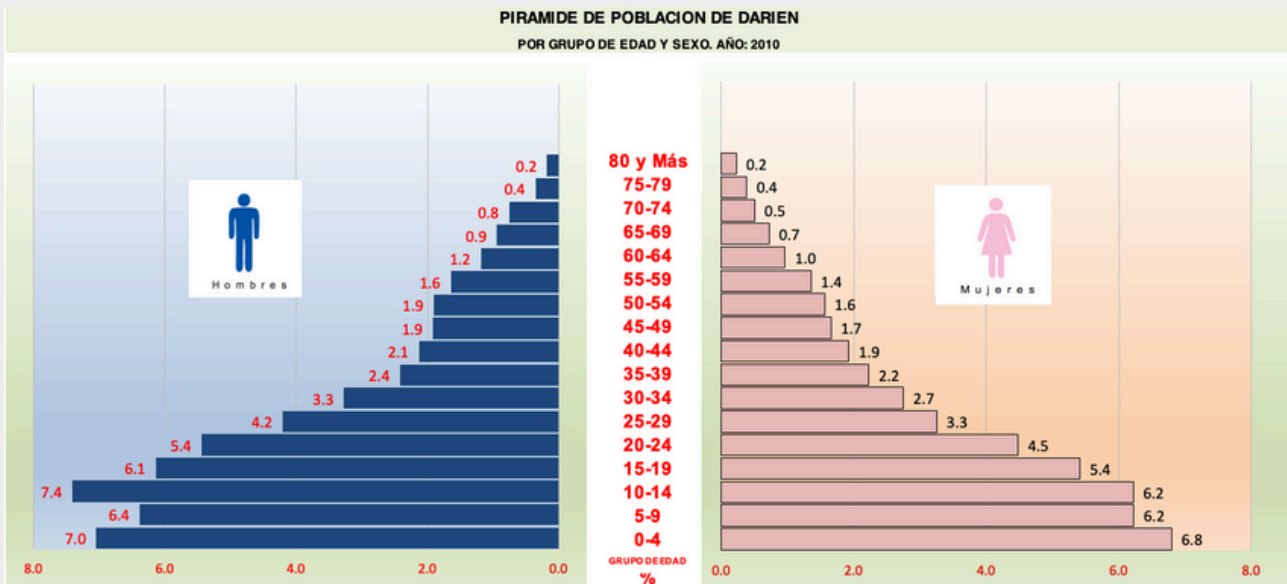


Pirámides de población Provincia de Darién

La pirámide de población de la provincia de Darién, Panamá, entre 2010 y 2024, evidencia dinámicas demográficas influidas por migración, natalidad, mortalidad y desarrollo socioeconómico. En 2010, la pirámide presentaba una base ancha, indicando alta proporción de jóvenes, pero hacia 2024 se observa una ligera disminución en la base, con un aumento en los grupos de mayor edad, sugiriendo un proceso de envejecimiento. El crecimiento poblacional en Darién ha sido moderado, impulsado por la migración interna en busca de mejores oportunidades laborales, aunque la urbanización puede estar reduciendo las tasas de natalidad. La proporción de hombres y mujeres se mantiene equilibrada (1:1) en todos los grupos etarios.

Estos cambios presentan tanto retos, como la necesidad de más recursos educativos para los jóvenes, como oportunidades, incluyendo mejor atención a la salud para la población mayor. En resumen, la pirámide de población de Darién refleja un crecimiento moderado y transformaciones en la estructura poblacional que impactan el desarrollo social y económico de la provincia.

Demandas de las necesidades



Pirámides de población Comarca Emberá Wounaan

La pirámide de población de la comarca Emberá-Wounaan en Darién, Panamá, entre 2010 y 2024, refleja características demográficas que indican una alta proporción de jóvenes, con una base amplia en 2010. Hacia 2024, se observa un ligero aumento en los grupos de edad avanzada, sugiriendo un lento proceso de envejecimiento.

La comarca ha experimentado un crecimiento poblacional moderado, impulsado por la migración interna, el fortalecimiento de la identidad cultural y políticas de desarrollo comunitario, así como mejoras en el acceso a salud y educación. La proporción de hombres y mujeres se mantiene equilibrada (1:1) en todos los grupos etarios, aunque factores culturales pueden influir en la distribución de género.

Estos cambios traen tanto desafíos, como la necesidad de más recursos educativos y laborales para la juventud, como oportunidades en desarrollo sostenible. Asimismo, el incremento de personas mayores puede requerir atención en salud y bienestar.

Demandas de las necesidades

Población originaria

La población indígena de la provincia de Darién y la comarca Emberá-Wounaan, según el censo de 2023, presenta una rica diversidad cultural y étnica que refleja la historia y la resiliencia de estas comunidades en Panamá.

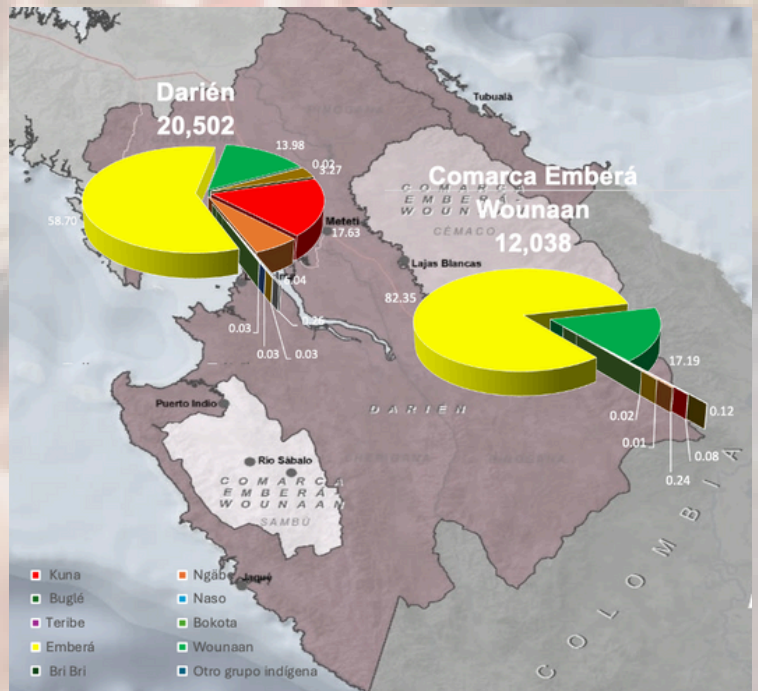
En el censo de 2023, la población indígena total registrada fue de 35,540 personas.

Dentro de la provincia de Darién, se censaron un total de 20,502 indígenas, destacando el predominio de las etnias Emberá y Wounaan, que representan el 58.7% y el 13.98% respectivamente.

Además, la etnia Guna constituye el 17.63% de la población indígena en esta región, mientras que el resto se distribuye entre otras etnias indígenas como los Naso Teribe y los Bokotas.

La comarca Emberá-Wounaan mostró una predominancia casi total de las etnias que le dan nombre, con un 82.35% de la población perteneciente a la etnia Emberá y un 17.19% a la etnia Wounaan. También se reportó la presencia de Ngäbe-Buglé (0.24%), un grupo indígena que ha migrado en años recientes desde otras partes del país en busca de mejores oportunidades de trabajo.

Esta configuración demográfica es indicativa de la fuerte



presencia y la importancia de las culturas Emberá y Wounaan en ambas regiones. Los Emberá y Wounaan son conocidos por su rica tradición cultural, que incluye una destacada artesanía hecha a mano, su música, bailes y un profundo conocimiento de la biodiversidad de la región del Darién. Asimismo, estos grupos mantienen una relación simbiótica con su entorno natural, a través de prácticas sostenibles que han preservado sus tierras por generaciones.

Los Guna, aunque menos numerosos en comparación, también tienen una presencia significativa en Darién. Este grupo es famoso por sus molas, una forma de arte textil muy apreciada y por su organización sociopolítica única en las comarcas de Guna Yala.

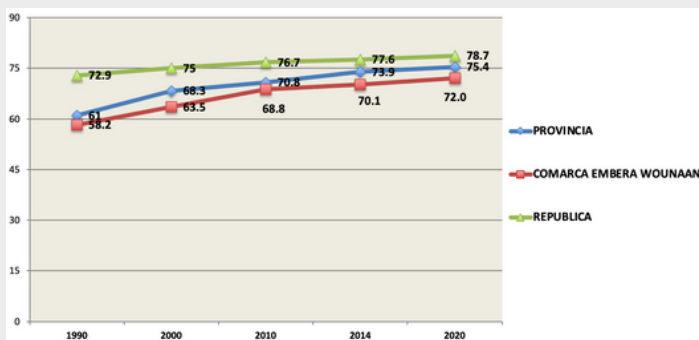
La migración de los Ngäbe-Buglé hacia Darién en busca de oportunidades laborales refleja las dinámicas internas del país y la búsqueda constante de desarrollo y bienestar por parte de las comunidades indígenas, que se adaptan a nuevas realidades sin perder su identidad cultural.

Demandas de las necesidades

Esperanza de vida

La esperanza de vida es un indicador crucial de la salud y el desarrollo de una población.

En general, la esperanza de vida en Panamá ha ido en aumento desde los años 90, gracias a mejoras en el acceso a la atención médica, el saneamiento y las condiciones de vida.



Fuente: INEC. Situación demográfica. Tablas abreviadas de la vida

Para los años noventa la esperanza de vida en Panamá rondaba los 72 años, con diferencias notables entre hombres y mujeres, siendo las mujeres las que presentaban una mayor esperanza de vida.

Hacia 2020, la esperanza de vida en Panamá se estimó en alrededor de casi 79 años, indicando un avance sostenido en la salud pública, aunque persistían desafíos en ciertas áreas y poblaciones, incluidas las más vulnerables.

La provincia de Darién, con su geografía y desafíos socioeconómicos, presenta una esperanza de vida notablemente más baja que el promedio nacional. En los años 90, se estimaba en 61 años, influenciada por el acceso limitado a servicios de salud y enfermedades transmitidas por vectores.

Para 2020, la esperanza de vida en Darién aumentó a aproximadamente 75 años, gracias a mejoras en programas de salud y desarrollo comunitario, aunque sigue siendo inferior a la media nacional.

Por otro lado, la comarca Emberá-Wounaan, que alberga una significativa población indígena, enfrentaba desafíos de salud y bienestar. En 1990, la esperanza de vida era de aproximadamente 58 años, reflejando pobreza y limitado acceso a servicios de salud. Para 2020, este indicador se incrementó a cerca de 72 años, lo que, aunque sigue siendo inferior a la media nacional, muestra una notable reducción en la brecha.

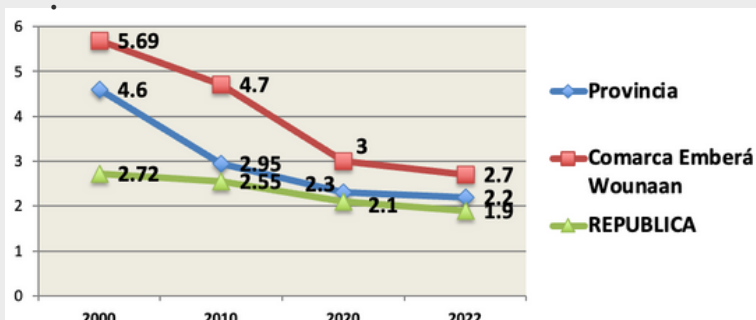
Demandas de las necesidades

Tasa global de fecundidad

La tasa global de fecundidad en Panamá ha mostrado una notable disminución desde los años 90, pasando de alrededor de 3.5 a 4.0 hijos por mujer en esa década a aproximadamente 2.1 hijos por mujer en 2020, acercándose a los niveles de reemplazo. Esta tendencia se ha visto impulsada por políticas de salud y educación, especialmente en el acceso a la planificación familiar.

En la provincia de Darién, la tasa de fecundidad ha sido más alta que el promedio nacional. En 2010, oscilaba alrededor de 4.6 hijos por mujer, pero para 2020 había comenzado a descender a 2.3, gracias a mejoras en educación y salud reproductiva.

Por su parte, la comarca Emberá-Wounaan presentaba una tasa de fecundidad considerablemente elevada en 2000, estimada entre 5.0 y 6.0 hijos por mujer. A pesar de algunas mejoras en salud y educación, la tasa permaneció alta con 4.7 en 2010, y para 2020 había disminuido a 3.0 hijos por mujer, con una estimación de 2.7 para 2022. Sin embargo, sigue siendo superior a la media nacional.



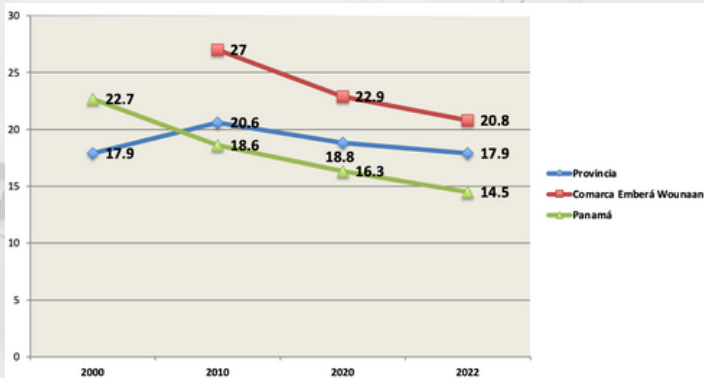
Tasa global de fecundidad se refiere a los hijos por mujer
Fuente: INEC. Estadísticas Vitales -Volumen II -Nacimientos Vivos y Defunciones Fetales

La tasa global de fecundidad en Panamá ha mostrado una notable disminución desde los años 90, pasando de alrededor de 3.5 a 4.0 hijos por mujer en esa década a aproximadamente 2.1 hijos por mujer en 2020, acercándose a los niveles de reemplazo. Esta tendencia se ha visto impulsada por políticas de salud y educación, especialmente en el acceso a la planificación familiar.

En resumen, aunque la tasa de fecundidad en Panamá ha disminuido y se acerca a los niveles de reemplazo, en Darién y Emberá-Wounaan estas tasas aún se mantienen por encima del promedio nacional, lo que subraya la necesidad de fortalecer programas de salud y educación en estas regiones para mejorar el bienestar comunitario.

Demandas de las necesidades

Tasa bruta de natalidad



Tasa por mil habitantes, con base en la estimación de la población total, al 1 de julio del año respectivo
Fuente: INEC. Estadísticas Vitales - Volumen II - Nacimientos Vivos y Defunciones Fetales

La tasa bruta de natalidad es un indicador demográfico que refleja el número de nacimientos vivos por cada 1,000 habitantes en un año determinado.

En Panamá, la tasa bruta de natalidad ha mostrado una constante disminución en las primeras dos décadas del siglo XXI, impulsada por mejoras en salud pública, educación y acceso a planificación familiar. En 2000, la tasa era de 22.7 nacimientos por cada 1,000 habitantes. Para 2020, esta cifra había bajado significativamente a aproximadamente 16, y en 2022 se estimó en 14.5, reflejando un mejor acceso a métodos anticonceptivos y un aumento en el nivel educativo, especialmente entre las mujeres.

La provincia de Darién presenta una tasa bruta de natalidad superior al promedio nacional, atribuida a condiciones socioeconómicas y acceso limitado a servicios de salud.

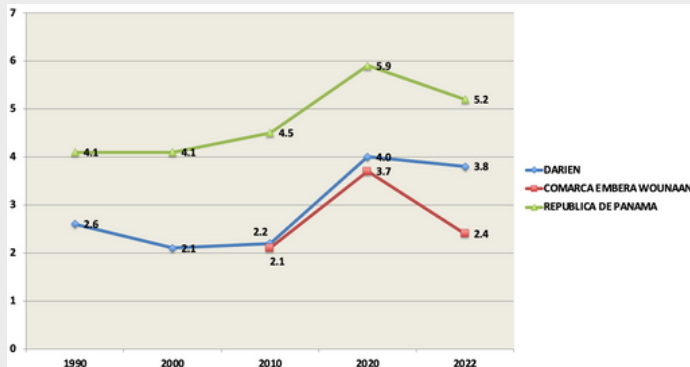
acceso limitado a servicios de salud. En 2000, la tasa era alta, alcanzando 27 nacimientos por cada 1,000 habitantes, impulsada por altos niveles de fecundidad y escasa planificación familiar. Para 2020, esta tasa comenzó a descender, situándose en 18.8, y en 2022 fue de 17.9. A pesar de algunos avances en educación y salud, las limitaciones en infraestructura y acceso continúan afectando estas cifras.

La comarca Emberá-Wounaan se caracteriza por tener una tasa bruta de natalidad elevada en comparación con el promedio nacional. En 2010, la tasa se estimaba en 27 nacimientos por cada 1,000 habitantes, influenciada por altos niveles de fecundidad, limitado acceso a servicios de salud y factores culturales. Para 2020, la tasa había disminuido a 22.9 nacimientos, y en 2022, a 20.8. A pesar de esta disminución, la tasa sigue siendo superior a la media nacional, destacando la necesidad de implementar programas efectivos de salud y educación.

Demandas de las necesidades

Tasa de mortalidad general

La mortalidad general es un indicador crucial que refleja la salud de una población y la eficacia del sistema de salud de una región.



Tasa por mil habitantes, con base en la estimación de la población total, al 1 de julio del año respectivo.
Fuente: INEC. Estadísticas Vitales - Volumen III - Defunciones

La mortalidad general en Panamá mostró un aumento significativo entre 2010 y 2020, llegando a 5.9. Este crecimiento puede atribuirse a varios factores, incluyendo el impacto de la pandemia de COVID-19 y el aumento de enfermedades crónicas. Sin embargo, la cifra se redujo notablemente en 2022 a 2.2, sugiriendo que las condiciones de salud pública pudieron haber mejorado o que los efectos de la pandemia comenzaron a estabilizarse.

Darién presenta también un aumento en la mortalidad general entre 2010 y 2020, con un salto a 4.0, lo que puede reflejar limitaciones en el acceso a servicios de salud y la prevalencia de condiciones de salud críticas.

Para 2022, la tasa disminuyó a 3.8, lo que sugiere que puede haberse logrado una mejor atención sanitaria o una respuesta adecuada a las demandas de salud de la población. La comarca Emberá-Wounaan mostró un aumento en la mortalidad general de 2010 a 2020, alcanzando 3.7, debido a dificultades en el acceso a atención médica. Sin embargo, este indicador disminuyó a 2.4 en 2022, lo que sugiere mejoras en los servicios de salud y prevención.

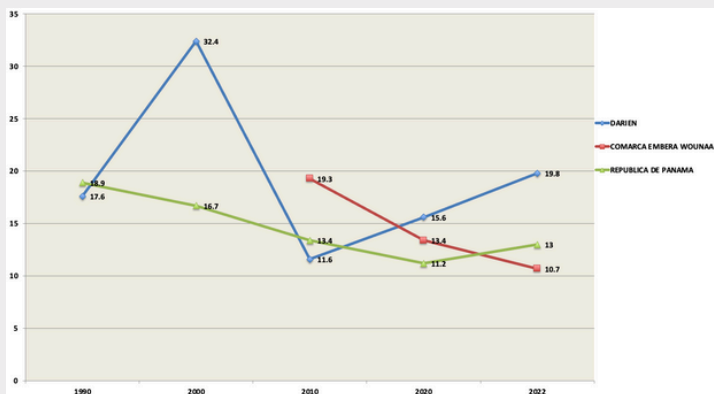
En general, tanto en Panamá como en Darién y Emberá-Wounaan, la mortalidad aumentó entre 2010 y 2020, seguida de una notable reducción en 2022, indicando que el sistema de salud se adaptó a las crisis sanitarias. Aunque las tasas de mortalidad en Darién y Emberá-Wounaan son menores que las cifras globales de Panamá en 2020, todas las regiones enfrentan retos comunes en la atención a la salud.

Demandas de las necesidades

Tasa de mortalidad infantil

La mortalidad en menores de 1 año es un indicador crucial de la salud infantil y refleja la eficacia de los sistemas de salud, así como el acceso a servicios de atención médica.

La mortalidad en menores de 1 año en Panamá mostró una disminución entre 2010 y 2020, pasando de 13.4 a 11.2. Sin embargo, en 2022, la tasa aumentó nuevamente a 13, lo que indica que se han enfrentado desafíos en la salud infantil, posiblemente exacerbados por la pandemia de COVID-19.



Tasa por mil nacimientos vivos

Fuente: INEC. Estadísticas Vitales - Volumen III - Defunciones

En Darién, la mortalidad infantil aumentó significativamente entre 2010 y 2020, llegando a 15.6, y luego se disparó a 19.8 en 2022. Este incremento refleja problemas estructurales en la atención a la salud, como el acceso limitado a servicios de salud y la prevalencia de enfermedades, así como problemas socioeconómicos.

La comarca Emberá-Wounaan, que mostrando la tasa más alta en 2010 con 19.3, vio una significativa reducción en 2020 a 13.4, y una disminución adicional a 10.7 en 2022. Este descenso es un indicativo de mejoras en la atención médica y programas de salud infantil, aunque la tasa inicial aún era preocupante.

Panamá mostró inicialmente una reducción en la mortalidad infantil, pero el repunte en 2022 indica que los efectos adversos de la pandemia pueden haber afectado la salud infantil. Por otro lado, Darién presenta un aumento crítico de la mortalidad infantil, siendo el único de los tres casos en mostrar un incremento continuo en el periodo analizado. La comarca Emberá-Wounaan presenta una mejora significativa, aunque sus cifras aún requerían atención.

Existen diferencias notables entre las regiones. Mientras que la comarca Emberá-Wounaan ha visto mejoras, Darién enfrenta un aumento preocupante en la mortalidad infantil, lo que pone de manifiesto las disparidades en el acceso a los servicios de salud.

Demandas de las necesidades

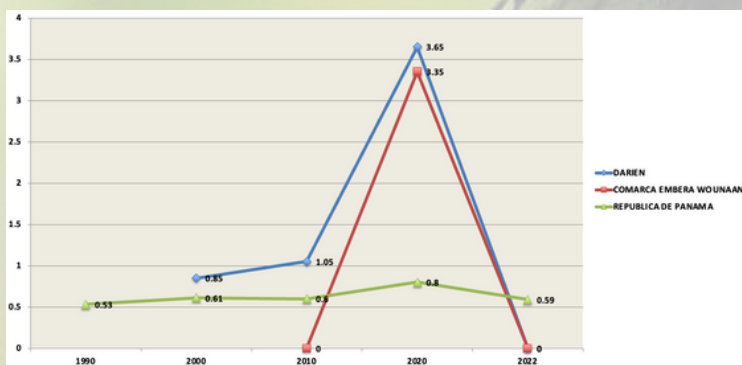
Tasa de mortalidad materna

En Panamá, la tasa de mortalidad materna mostró un ligero aumento de 0.6 en 2010 a 0.82 en 2020, lo que puede estar asociado a diversos factores, incluida la pandemia de COVID-19, que afectó el acceso y la calidad de la atención del parto. Sin embargo, en 2022 la tasa disminuyó a 0.59, indicando una mejora en la atención materna y estrategias de salud pública.

materna de 0 en 2010, pero subió a 3.35 en 2020, similar a lo que se observó en Darién. Este aumento puede estar relacionado con la escasez de acceso a atención prenatal adecuada y partos seguros. No obstante, al igual que en Darién, la tasa se reportó como 0 en 2022, lo que plantea preguntas sobre la disponibilidad de datos precisos.

La mortalidad materna en Panamá en general se mantiene baja y con una tendencia de mejora en 2022. Sin embargo, en Darién y la comarca Emberá-Wounaan se observaron aumentos entre 2010 y 2020, reflejando desafíos serios en la atención materna. La disminución a 0 en 2022 en ambas regiones es notable, pero requiere verificación.

Existe una clara disparidad entre las tasas de mortalidad materna en las distintas regiones. Mientras que Panamá mantiene tasas más bajas, Darién y Emberá-Wounaan enfrentan tasas elevadas que representan un grave riesgo para la salud de las mujeres.



Tasa por mil nacimientos vivos

Fuente: INEC. Estadísticas Vitales - Volumen III - Defunciones

La mortalidad materna en Darién exhibió un aumento alarmante entre 2010 y 2020, alcanzando 3.65, lo cual es significativamente más alto que la media nacional. Este aumento puede reflejar problemas de acceso a servicios de salud, la calidad de la atención y condiciones socioeconómicas difíciles. Sin embargo, en 2022, la tasa se reportó como 0, lo que puede indicar un cambio radical en la atención o posible subregistro de datos.

La comarca Emberá-Wounaan también comenzó con una tasa de mortalidad

Demandas de las necesidades

Causas de morbilidad 2023

Rango de edad	Causa	Casos
Menores de 1 años	Rinofaringitis aguda	3458
	Gastroenteritis N/E	1158
	Bronquiolitis aguda	669
	Dermatitis N/E	271
	Pioderma	257
1 a 4 años	Rinofaringitis aguda	7431
	Gastroenteritis N/E	5035
	Pioderma	1080
	Dermatitis N/E	963
	Parasitosis Intestinal	603
5 a 9 años	Rinofaringitis aguda	3350
	Gastroenteritis N/E	2447
	Dermatitis N/E	726
	Pioderma	477
	Otras Afecciones Agudas	418
10 a 14 años	Rinofaringitis aguda	1097
	Gastroenteritis N/E	957
	Dermatitis N/E	358
	Pioderma	238
	Fiebre N/E	230
15 a 19 años	Gastroenteritis N/E	665
	Rinofaringitis aguda	537
	Infeccion de las Vías Urinarias	397
	Dermatitis N/E	260
20 a 50 años	Heridas del Pie	249
	Gastroenteritis N/E	5179
	Rinofaringitis aguda	3700
	Heridas	2980
	Dermatitis N/E	2785
60 años y mas	Infeccion Viral, no especificada	2728
	Hipertensión Arterial (Estadio I)	1063
	Rinofaringitis aguda (resfriado comun)	861
	Infeccion de las Vías Urinarias	727
	Lumbago N /E	586
	Gastroenteritis y colitis de origen no especificado	553

REGES. Región de Salud de Darién

En Darién, la prevalencia de enfermedades varía significativamente a lo largo del curso de la vida. En la infancia (0-12 años), las morbilidades más comunes incluyen infecciones respiratorias como la rinofaringitis, enfermedades gastrointestinales y parásitos intestinales, reflejando las deficiencias en saneamiento y condiciones ambientales.

La tendencia de la aparición de estas enfermedades es de manera constante en el curso de la vida hasta llegar a las personas de 60 o más años.

Es en la vejez (60 años y más) donde se observa un cambio significativo: la hipertensión arterial se convierte en la principal causa de morbilidad, marcando un cambio en el patrón de enfermedades comparado con las etapas más jóvenes. Además, las enfermedades degenerativas como la demencia y el Alzheimer son más prominentes y demandan cuidados especiales.

A diferencia de los adultos mayores, en las etapas más tempranas, las infecciones respiratorias, las enfermedades gastrointestinales y las afecciones de la piel son las principales causas de enfermedad.

En conjunto, estos patrones de morbilidad subrayan la necesidad de implementar estrategias de salud diferenciadas y específicas para cada grupo etario en Darién, mejorando el acceso a servicios de salud, la educación sanitaria y condiciones de saneamiento para mejorar la calidad de vida de la población.

Demandas de las necesidades

Causas de morbilidad odontológicas 2023

Rango de edad	Causa	Casos
Menores de 1 años	Carie de la dentina	103
	Necrosis de la Pulpa	83
	Gingivitis Aguda	28
	Placa Dental	26
	Depósito en los Dientes	25
1 a 4 años	Carie de la dentina	347
	Gingivitis Aguda	170
	Gingivitis Crónica	163
	Placa Dental	142
	Depósito en los Dientes	131
5 a 9 años	Carie de la dentina	858
	Necrosis de la Pulpa	548
	Gingivitis Aguda	258
	Placa Dental	200
	Caries con exposición pulpar	155
10 a 14 años	Caries de la dentina	506
	Gingivitis Crónica	261
	Necrosis de la Pulpa	246
	Placa Dental	127
	Gingivitis Aguda	102
15 a 19 años	Carie de la dentina	590
	Necrosis de la Pulpa	249
	Placa Dental	151
	Gingivitis Aguda	137
	Gingivitis Crónica	137
20 a 50 años	Carie de la dentina	2442
	Necrosis de la Pulpa	1157
	Gingivitis Crónica	717
	Gingivitis Aguda	519
	Placa Dental	422
60 años y mas	Necrosis de la Pulpa	343
	Carie de la dentina	276
	Gingivitis Crónica	93
	Periodontitis Crónica	85
	Perdida de diente debida a accidente	84

REGES. Región de Salud de Darién

En Darién, las morbilidades odontológicas como las caries, la necrosis de la pulpa, la gingivitis y la acumulación de placa dental son prevalentes en todas las etapas de la vida, afectando por igual a niños, adolescentes, adultos jóvenes y personas mayores.

En la infancia, las caries son extremadamente comunes debido a la ingesta de alimentos azucarados y a

Las caries pueden llevar a la necrosis de la pulpa, provocando dolor, infecciones y la pérdida de dientes.

La gingivitis, causada por la acumulación de placa y el cepillado deficiente, también es común.

En la adolescencia, las caries y la necrosis de la pulpa son agravadas por el consumo de azúcar y mala higiene, con un aumento de gingivitis debido a cambios hormonales.

En la adultez joven, las caries y la necrosis de la pulpa persisten, mientras la gingivitis puede progresar a periodontitis y la acumulación de placa sigue siendo un problema.

En la vejez, las caries son frecuentes debido a la sequedad bucal y una higiene oral menor, con la necrosis de la pulpa y la gingivitis empeorando y progresando a periodontitis, agravadas por una disminución en la capacidad de mantener una buena higiene bucal.

Este panorama resalta la necesidad de atención continua y manejo adecuado de la salud dental en Darién.

Demandas de las necesidades

Causas de Mortalidad



Tasa de mortalidad por 1000 habitantes
INEC. Estadísticas vitales. Defunciones

La provincia de Darién y la comarca Emberá-Wounaan presentan un perfil epidemiológico con algunas características específicas que afectan la salud de sus habitantes y determinan las principales causas de mortalidad en estas regiones.

En Darién, las causas de mortalidad externa, como los accidentes y la violencia, son significativas, pero además de estas, prevalecen enfermedades no transmisibles como las del sistema circulatorio, el cáncer y la diabetes. Las enfermedades del sistema circulatorio, incluyendo hipertensión arterial,

cardiopatías y accidentes cerebrovasculares, son una de las principales causas de muerte, reflejando patrones similares a los observados en muchas otras regiones del país y del mundo, donde enfermedades cardiovasculares lideran las estadísticas de mortalidad.

Causas de muerte en la provincia de Darién. 2023

Causa de muerte	Defunciones
Total de todas las causas	222
Enfermedades del sistema circulatorio	45
Enfermedades cerebrovasculares	12
Otras enfermedades del corazón	12
Enfermedades hipertensivas	11
Enfermedades isquémicas del corazón	9
Causas externas de mortalidad	33
Homicidios	13
Suicidios	8
Accidentes de transporte	6
Tumores Malignos	30
Tumor del cuello del útero	6
Tumor maligno de la próstata	5
Tumor de traquea, bronquios	3
Tumor de hígado	3
Tumor de la mama	2
Enfermedades de sistema respiratorio	22
Neumonía	7
Enfermedades del sistema endocrino y metabólicas	19
Diabetes Mellitus	18

INEC. Estadísticas vitales. Defunciones

El cáncer también es una causa importante de mortalidad en Darién. Los tipos más frecuentemente observados pueden incluir cánceres de cervix, mama, y próstata, entre otros, lo cual es consistente con las tendencias nacionales e internacionales. La diabetes, una enfermedad crónica que puede llevar a complicaciones graves como la insuficiencia renal y problemas cardiovasculares, también figura como una causa significativa de muerte, sugiriendo la necesidad de mejor acceso a diagnósticos tempranos y atención médica continua.

Demandas de las necesidades

Causas de Mortalidad

En la comarca Emberá-Wounaan se observa un patrón similar en cuanto a las causas de mortalidad predominantes: enfermedades del sistema circulatorio, cáncer y diabetes son prevalentes. Esto indica la relevancia de abordar factores de riesgo comunes como sedentarismo, mala alimentación, y falta de acceso a servicios de salud preventivos y de tratamiento.

Sin embargo, en esta comarca aún se observan muertes por enfermedades infecciosas, como la tuberculosis, lo que indica la existencia de condiciones socioeconómicas y de salud pública que favorecen la persistencia de patologías que en otras áreas del país pueden estar más controladas. La tuberculosis es indicativa de problemas subyacentes en el acceso a servicios de salud, condiciones de vida, y quizás de nutrición, y requiere intervenciones continuas en la detección temprana y el tratamiento adecuado para prevenir su propagación y reducir la mortalidad.

En conclusión, tanto en Darién como en la comarca Emberá-Wounaan, existe un predominio de enfermedades crónicas no transmisibles como causas principales de mortalidad, alineado con las tendencias globales, pero en la comarca también persisten las muertes por enfermedades infecciosas como la tuberculosis, lo que evidencia la necesidad de enfoques integrales en salud pública que aborden tanto las enfermedades crónicas como las infecciosas, así como la mejora en el acceso a servicios de salud y condiciones de vida para estas comunidades.

Causas de muerte en la Comarca Emberá Wounaan. 2023

Causa de muerte	Defunciones
Total de todas las causas	33
Causas externas de mortalidad	6
Homicidios	2
Exposición a humo y fuego	1
Caídas	1
Tumores Malignos	4
Tumor del cuello del útero	1
Tumor de la mama	1
Enfermedades del sistema circulatorio	3
Enfermedades cerebrovasculares	1
Otras enfermedades del corazón	1
Enfermedades de sistema respiratorio	3
Neumonía	2
Enfermedades infecciosas y parasitarias	2
Tuberculosis	1

INEC. Estadísticas vitales. Defunciones

Inmunizaciones



**“Diez gramos de prevención equivalen
a un kilogramo de curación”**

Lao Tse

Inmunizaciones

En la provincia de Darién, Panamá, un esfuerzo titánico ha cobrado vida en el corazón de comunidades vibrantes y diversas.

Esta región, rica en biodiversidad y costumbres ancestrales, enfrenta desafíos significativos en el ámbito de la salud pública, y es aquí donde la vacunación se ha convertido en una prioridad fundamental.

Vacuna	Menor de 1 año		
	Poblacion	Dosis	%
Hep B RN	816	522	64
BCG	816	571	70
Hexa	816	669	82
Rota	816	700	86
Neumo 13	816	702	86
Influenza	816	386	38

El esquema de vacunación está diseñado para grupos específicos, incluyendo personas con enfermedades crónicas, mujeres embarazadas, niños de 10 años y adultos mayores de 60. En Darién, actualmente se tiene control sobre la tosferina, la parotiditis, el *Haemophilus influenzae* tipo b y la hepatitis.

Panamá es pionera en la introducción de vacunas combinada. El Programa Ampliado de Inmunización (PAI) ofrece 25 vacunas que protegen contra 18 enfermedades, además de tres vacunas para el control de brotes y cinco inmunoglobulinas, logrando un esquema robusto y universal que no discrimina por sexo o raza.

Vacuna	Poblacion	1 año	
		Dosis	%
MMR	829	646	78
varicela	829	655	79
Influenza	829	1013	122
Hep A	829	642	77

Gracias a los esfuerzos de vacunación, se han conseguido grandes avances como la erradicación de la fiebre amarilla, poliomielitis, sarampión, síndrome de rubéola y tétano neonatal. El PAI concentra sus esfuerzos en niños menores de cinco años, especialmente en los menores de un año, así como en adultos mayores y pacientes con enfermedades crónicas.

Vacuna	Poblacion	Niños/Niñas	
		Dosis	%
VPH	719	814	113
TDAP	719	776	107

Panamá había mantenido coberturas óptimas para la vacunación infantil, que disminuyeron tras la pandemia. Por ejemplo, la cobertura de vacunación contra el sarampión cayó al 80%, por lo que luego de las recomendaciones de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) se repitió esta vacunación, logrando en la provincia coberturas arriba del 95%.

Vacuna	Poblacion	Embarazada	
		Dosis	%
TDAP	740	318	43
Influenza	740	832	112

Inmunizaciones

Sin embargo, el camino no ha estado exento de obstáculos. La geografía de Darién, con sus caminos difíciles y poblaciones dispersas, ha presentado retos logísticos significativos.

Vacuna	Mayor de 60 años		
	Poblacion	Dosis	%
Neumo 13	4020	115	3
Influenza	4020	2245	56

Pero en lugar de rendirse, el gobierno panameño ha respondido con creatividad. Aún queda pendiente mucho en el camino, el equipo del PAI tiene notable déficit de personal, se requieren equipamiento informático, digitadores equipo de enfermería, sin embargo el personal con el que se cuenta mantiene su labor incansable y ha demostrado un compromiso palpable con el bienestar de cada miembro de la comunidad.



Tabaquismo y alcohol



“El ser humano pasa la primera mitad de su vida arruinando la salud y la otra mitad intentando restablecerla”

Joseph Leonard

Hoja resumen de tabaquismo en personas de 15 años y más. Región de Salud de Darién.



¿Qué es la ENSPA?

La Encuesta Nacional de Salud de Panamá (ENSPA) es un estudio epidemiológico innovador en nuestro país que permitió en la provincia de Darién, la medición de la magnitud y la prevalencia de los problemas de salud evaluándose en su conjunto determinantes de salud, el acceso, uso y calidad de servicios de salud, factores ambientales, nutricionales, antropométricos y biomarcadores en adultos y menores de la población panameña.

Objetivos de la ENSPA

Su principal objetivo fue: "Conocer la condición de salud y de enfermedad, así como sus factores protectores y de riesgos, que impactan a la población residente en la República de Panamá", alcanzándose mediante 14 objetivos específicos. En este documento resumen se presentan los principales resultados sobre el tabaquismo entre la población darienita de 15 años y más.

Metodología utilizada en el ENSPA

Es un estudio, de carácter voluntario, tuvo un diseño muestral aleatorio complejo, (trietápico, estratificado y por conglomerados), alcanzando representatividad a nivel nacional, regional, distrital en la Región de Salud de Darién. El diseño muestral también consideró la representatividad a nivel urbano, rural e indígena de nuestra región de salud, alcanzando una participación de una población mayor de 15 años de 1549 individuos para la provincia de Darién y 609 individuos para la Comarca Emberá Wounaan.

PREVALENCIA DE VIDA DE CONSUMO DE TABACO EN LA PROVINCIA DE DARIEN 10.6 (8.2-13.5)

Por sexo: Hombres 20.1% (15.5-25.6)
Mujeres 1.3% (0.7 - 2.5)
Por grupos de edades: 15 a 19 años un 3.4%, 20 a 39 años un 6.3%, 40 a 59 años un 9.8%, 60 años y más un 33.3%.
Por distrito: Chepigana 13.2% (9.9-17.2), Pinogana 6.0% (3.4-10.2)

PREVALENCIA DE VIDA DE CONSUMO DE TABACO EN LA COMARCA EMBERA WOUNAAN 13.3% (10.5-16.7)

Por sexo: Hombres 24.4% (19.3-30.4)
Mujeres 0.6% (0.1 - 2.2)
Por grupos de edades: 15 a 19 años un 5.8%, 20 a 39 años un 11.0%, 40 a 59 años un 18.6%, 60 años y más un 17.8%.
Por distrito: Cémaco 12.8% (9.6-16.7), Sambú 14.9% (9.2-22.8)

PREVALENCIA ACTUAL (ULTIMOS 30 DIAS) DE CONSUMO DE TABACO EN LA PROVINCIA DE DARIEN 5.0% (3.4-7.2)

Por sexo: Hombres 9.6% (6.5-14) Mujeres 0.5% (0.2 - 1.2)
Por grupos de edades: 15 a 19 años un 1.6%, 20 a 39 años un 3.4%, 40 a 59 años un 5.3%, 60 años y más un 12.7%.
Por distrito: Chepigana 6.0% (3.9-9.2), Pinogana 3.1% (1.4-6.9)

PREVALENCIA ACTUAL (ULTIMOS 30 DIAS) DE CONSUMO DE TABACO EN LA COMARCA EMBERA WOUNAAN 5.9%

Por sexo: Hombres 10.8% (7.5-15.4)
Mujeres 0.3% (0.0 - 1.8)
Por grupos de edades: 15 a 19 años un 1.4%, 20 a 39 años un 5.8%, 40 a 59 años un 6.8%, 60 años y más un 8.8%.
Por distrito: Cémaco 6.3% (4.2-9.3), Sambú 4.7% (2.0-10.8)



Hoja resumen de consumo de bebidas alcohólicas en personas de 15 años y más. Región de Salud de Darién .



¿Qué es la ENSPA?

La Encuesta Nacional de Salud de Panamá (ENSPA) es un estudio epidemiológico innovador en nuestro país que permitió en la provincia de Darién, la medición de la magnitud y la prevalencia de los problemas de salud evaluándose en su conjunto determinantes de salud, el acceso, uso y calidad de servicios de salud, factores ambientales, nutricionales, antropométricos y biomarcadores en adultos y menores de la población panameña.

Objetivos de la ENSPA

Su principal objetivo fue: "Conocer la condición de salud y de enfermedad, así como sus factores protectores y de riesgos, que impactan a la población residente en la República de Panamá".

Metodología utilizada en el ENSPA

Es un estudio, de carácter voluntario, tuvo un diseño muestral aleatorio complejo, (trietápico, estratificado y por conglomerados), alcanzando representatividad a nivel nacional, regional, distrital en la Región de Salud de Darién. El diseño muestral también consideró la representatividad a nivel urbano, rural e indígena de nuestra región

PREVALENCIA DE VIDA DE CONSUMO DE ALCOHOL

PROVINCIA DE DARIEN 45.7

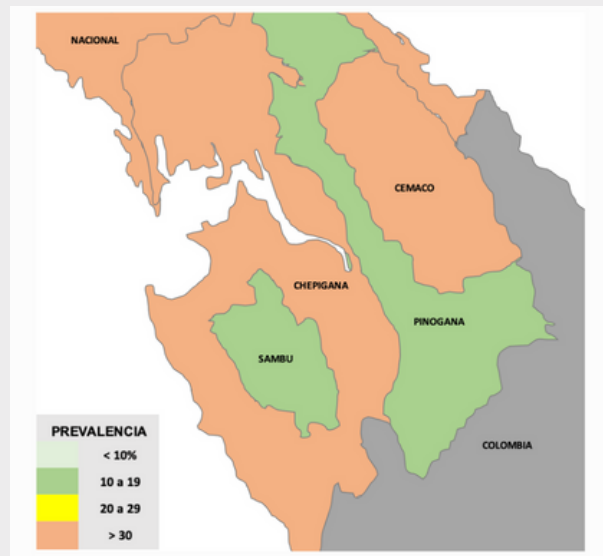
COMARCA EMBERA WOUNAAN 41.2

Por sexo: El sexo masculino tuvo la mayor prevalencia de vida (31.4% en Darién y 29.9% en la comarca Emberá Wounnan), y dentro de este sexo, el 63.5% (Darién) y el 56.1% (Comarca), afirmó haber consumido alcohol alguna vez en la vida.

Por grupos de edades: El mayor riesgo se encontró para Darién y la comarca, respectivamente: 20 a 39 años un 44.5% y 44.7%, 40 a 59 años un 53.6% y 47%.

Por distrito: En la provincia, Chepigana 32.5% y Cémaco 30.4 (Comarca).

PREVALENCIA DE VIDA DE CONSUMO DE ALCOHOL EN PANAMA Y REGION DE SALUD DE DARIEN, POR DISTRITO. ENSPA 2019



PREVALENCIA ACTUAL (ULTIMOS 30 DIAS) DE CONSUMO DE ALCOHOL EN LA PROVINCIA DE DARIEN 22% COMARCA EMBERA WOUNAAN 14%

Por sexo: Igualmente, el sexo masculino tuvo la mayor prevalencia en los últimos 30 días (16.4% en Darién y 11.3% en la comarca Emberá Wounnan), y dentro de este sexo, el 63% (Darién) y el 21% (Comarca), afirmó haber consumido alcohol en los últimos 30 días.

Por grupos de edades: El mayor riesgo se encontró para Darién en 20 a 39 años un 24% y 40 a 59 años, 24%. En la comarca en 20 a 39 años, 16% y 40 a 59 años un 21%.

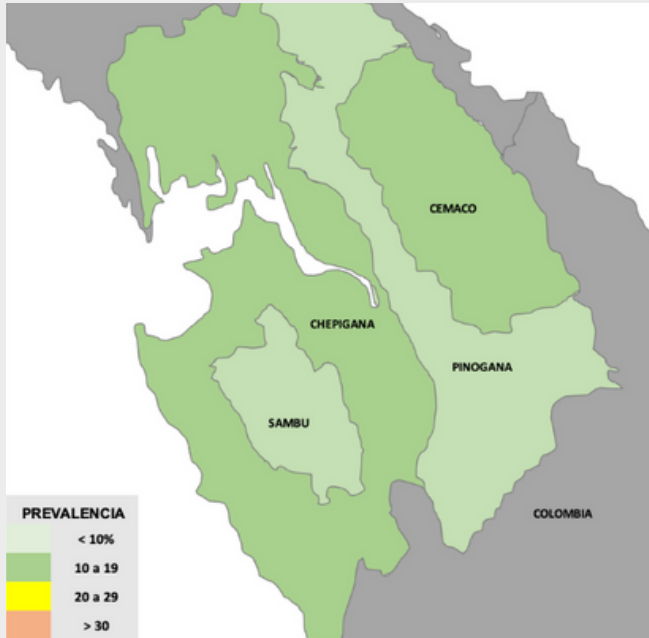
Por distrito: En la provincia, Chepigana 15.7% y Cémaco 10% (Comarca).



Hoja resumen de consumo de bebidas alcohólicas en personas de 15 años y más. Región de Salud de Darién.



PREVALENCIA ACTUAL DE CONSUMO DE ALCOHOL EN PANAMA Y REGION DE SALUD DE DARIEN, POR DISTRITO. ENSPA 2019



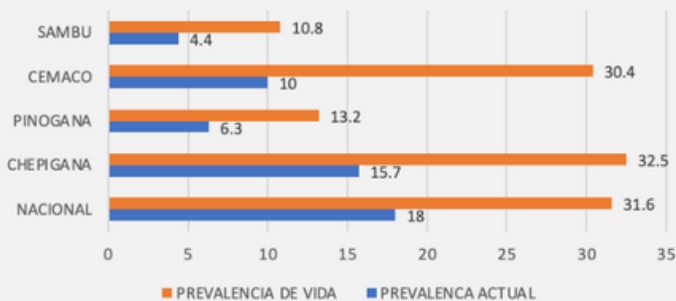
De este grupo en la provincia de Darién el 48% afirmó tomar 10 o más tragos. En la comarca el 52% respondió de igual manera. En la misma encuesta 17% y 25%, refirió que toma 5 a 6 tragos en Darién y la comarca Emberá Wounaan respectivamente.

Con respecto al momento en que ingieren bebidas alcohólicas, para la población encuestada de Darién se encontró que el 50% lo hace de preferencia en fines de semana y es notorio que un 10% indicó que todos los días ingiere bebidas de este tipo.

En la comarca Emberá la situación es muy similar, (53%, indico que lo hace en fines de semana y 8% lo hace todos los días).

La mayor cantidad de encuestados que ingieren estas bebidas en fin de semana, en la provincia de Darién están en el distrito de Chepigana (44% de los tomadores). En la comarca emberá la distribución es más equitativa (34 y 32%, en el distrito de Cémaco y Sambú respectivamente), e igualmente prefieren fin de semanas.

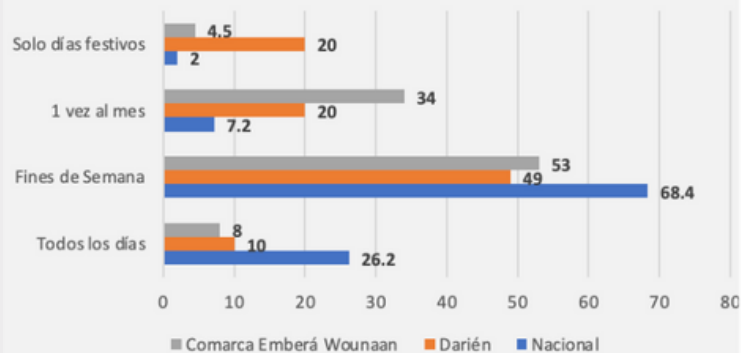
PREVALENCIA DE VIDA Y ACTUAL SOBRE EL CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHOLICAS A NIVEL NACIONAL Y EN LA REGION DE SALUD DE DARIEN. ENSPA 2019.



CANTIDAD DE TRAGOS Y FRECUENCIA DE CONSUMO

Dentro de la población mayor de 15 años que respondió que había consumido bebidas alcohólicas se indagó acerca de la frecuencia con que lo hacen, haciendo una distribución por categorías.

Distribución de la frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas, a nivel Nacional y Región de Salud de Darién. ENSPA 2019



Fotografía 3



**Caracterización de la oferta
Vigilancia sanitaria,
accesibilidad geográfica,
complejidad de la red,
bolsones desprotegidos,
recurso humano, insumos
sanitarios.**



Vigilancia Sanitaria

Aspectos considerados por la vigilancia sanitaria

Comprende el establecimiento, desarrollo y supervisión de sistemas de monitoreo de factores protectores y de riesgos para la salud, así como de la morbi-mortalidad en la población, lo cual es esencial para implementar intervenciones sanitarias efectivas en el Sistema Nacional de Salud. Los departamentos encargados de estas funciones dependen de la Dirección General de Salud Pública, ubicada en el Nivel Operativo Ejecutivo y subordinada jerárquicamente al Despacho Superior.

Problemas que se vigilan

La región de salud de Darién, a través de la coordinación de Epidemiología, realiza un seguimiento los 93 eventos de notificación obligatoria contemplados en el decreto 1617 de 21 de octubre de 2014. La información recopilada de todas las instalaciones se ingresa en el programa SISVIG, una plataforma web para el registro automatizado de datos de vigilancia. El personal de epidemiología en campo es responsable de investigar cualquier brote.

Sus fortalezas y debilidades

Fortalezas:

- El Departamento cuenta con profesionales excelentemente formados, especializados en Salud Pública y Epidemiología, algunos con vasta experiencia en Vigilancia Epidemiológica.

- Incorporación de nuevos profesionales también especializados en estas áreas.

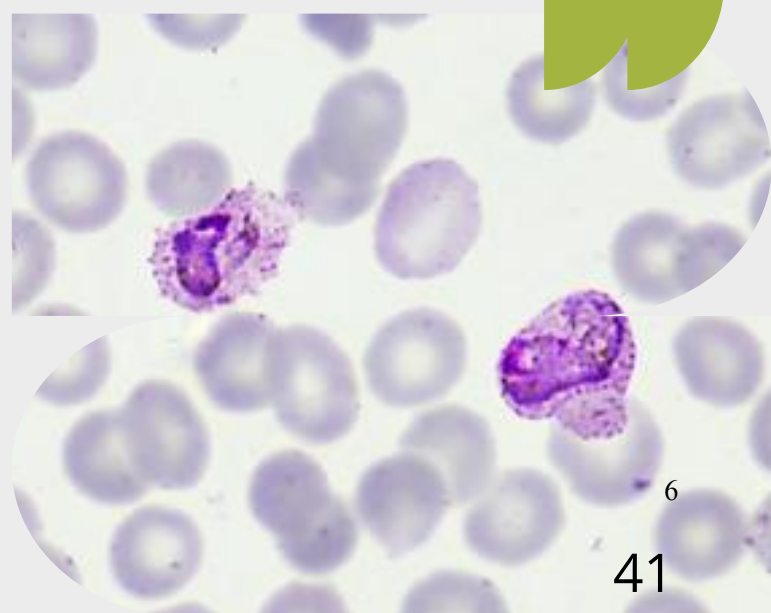
Debilidades:

- Necesidad de capacitar al personal en el uso de equipos informáticos y programas de bases de datos, así como en conocimientos epidemiológicos cruciales para su función.

- Dificultad en la coordinación entre los distintos generadores de información, desde los niveles locales.

- Falta de equipos locales de epidemiología.

- Personal local con limitada capacitación en epidemiología e investigación.



Accesibilidad geográfica, económica y cultural

Accesibilidad geográfica, transportes utilizados y costos de movilización

La provincia de Darién, ubicada en la frontera con Colombia, es la más grande de Panamá con una superficie de 11,896 km², y la Comarca Embera cuenta con una superficie de 4,383.5 km², en conjunto representan el 22% del territorio nacional. La región incluye la Provincia de Darién, compuesta por los distritos de Pinogana y Chepigana, la Comarca Emberá-Wounaan y la Comarca Wargandí. En 2023, la población estimada de la Provincia de Darién es de 59,792 habitantes y la Comarca Emberá cuenta con 13,788 habitantes. Estas áreas tienen las densidades poblacionales más bajas del país, con 5.0 y 3.1 habitantes por km², reflejando una gran dispersión de la población en pequeños centros poblados, mayormente situados a lo largo de ríos.

El transporte en la provincia de Darién debido a la dispersión que existe de las comunidades se dificulta, aunado a las condiciones geográficas del área se torna difícil, la provincia es considerada como área de difícil acceso.

El distrito de Chepigana tiene acceso por vía pluvial, aérea y terrestre de la siguiente forma:

Corregimientos:

Agua Fría, Terrestre

Río Congo Arriba, Terrestre Pluvial

Río Congo, Pluvial

Santa Fe, Terrestre

Cucunatí, Terrestre

Río Iglesias, Terrestre

La Palma, Pluvial, aérea.

Setegantí, Terrestre (desde la Palma)

Camogantí Pluvial por mar, luego río.

Chepigana Terrestre (desde la Palma)

Taimatí, Pluvial, por mar

Garachine, Pluvial por mar, aéreo

Sambú, Pluvial por mar, aéreo.

Puerto Piña, Pluvial por mar, aéreo.

Jaqué, Pluvial por mar, aéreo.

Tucutí, Pluvial por mar y luego río.

El distrito de Pinogana:

Comarca Wargandi, Terrestre, Pluvial por río

Metetí, Terrestre

Yaviza, Terrestre

Pinogana, Terrestre (desde Yaviza), luego Pluvial por río

El Real de Santamaría, Aéreo, Terrestre (desde Yaviza), luego Pluvial por río.

Púcuro, Terrestre (desde Yaviza), luego Pluvial por río

Paya, Terrestre (desde Yaviza), luego Pluvial por río

Boca de Cupe, Terrestre (desde Yaviza), luego Pluvial por río

Yape, Terrestre (desde Yaviza), luego Pluvial por río

Distrito de Cémaco, Pluvial por Río

Distrito de Sambú, Pluvial por Mar y Río, Aéreo.

El costo esta sujeto a los precios fluctuantes del combustible para la movilización que se da principalmente por vía pluvial. Mucho tiene que ver los costos que tiene que ver la distribución del combustible a la provincia.

Red integrada e integrales de servicios de salud

La región dispone de una red de servicios públicos organizada, que abarca desde los puestos de salud más básicos hasta centros maternos infantiles y hospitales.

Complejidad de las instalaciones

Todas las instalaciones son de primer nivel de atención. No contamos con instalaciones de la CSS.

Horarios

Se labora en todas las instalaciones de 7 a 3, en los hospitales y centros maternos infantiles se labora adicional de 3pm a 7am para atención de urgencias, manteniendo el servicio de hospitalización.

Sectorización y equipos de salud

La sectorización esta dada por área sanitaria, en total 9, donde cada una tiene una instalación principal a saber, los 3 hospitales y los 6 centros materno infantiles. La categorización es de determinación histórica donde se construyeron estas instalaciones y atendiendo la planeación de la red pública de los servicios de salud.

Los equipos trabajan de manera integral según el nivel de complejidad en el que se encuentren, con servicio de salud con camas de hospitalización en hospitales y centros de salud, y asistentes de salud en puestos de salud.

Todas las instalaciones principales que conforman la red de servicios y son las regentes de las 9 áreas sanitarias, cuentan con equipo básico, con Médico General, Enfermera, Técnico de Enfermería. Se detalla abajo la distribución del personal en cada una de las instalaciones.

Cartera de servicios, programas y costos de atención

La cartera de servicios va acorde a la capacidad resolutive de cada una de las instalaciones, todas de primer nivel de atención, con hospitalización en hospitales rurales y centros materno infantiles.

Los programas son todos los que brinda el Ministerio de Salud.

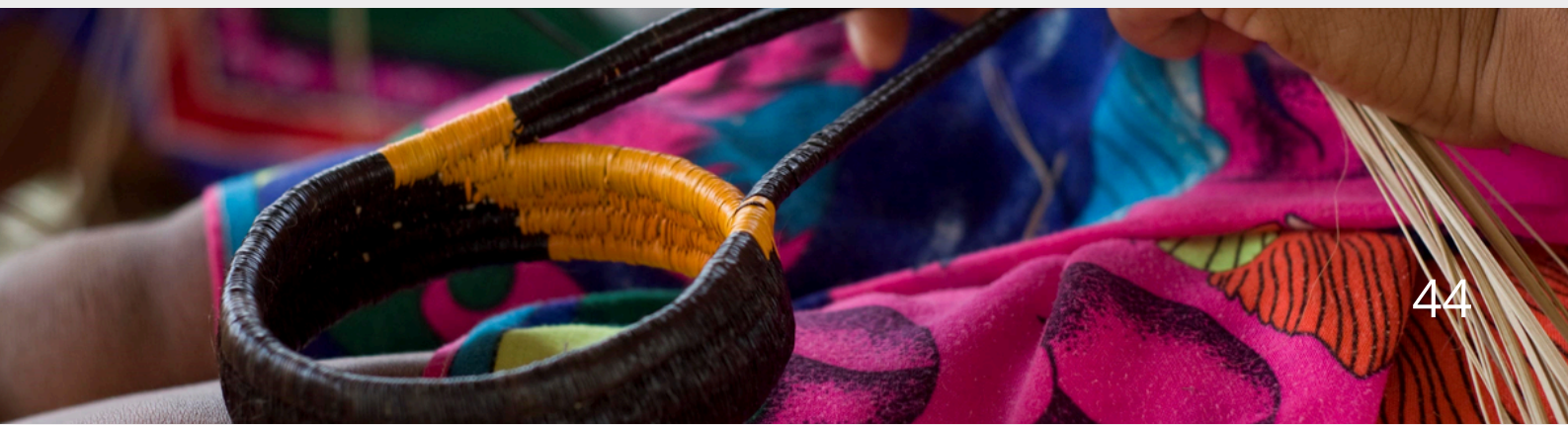
El costo de los productos, no tiene un lineamiento definido y varía de instalación a instalación.



Complejidad de la red

Intalaciones de salud

ITEM	INSTALACION DE SALUD	DISTRITO	ENTIDAD	STATUS A LA FECHA/POBLACION RESPONSABLE
SEDE REGIONAL - 1				
1	OFICINA REGIONAL DE DARIEN	CHEPIGANA	MINSA	FUNCIONANDO
HOSPITALES - 3				
2	HOSPITAL SAN JOSE DE LA PALMA	CHEPIGANA	MINSA	FUNCIONANDO
3	HOSPITAL EL REAL	PINOGANAN	MINSA	FUNCIONANDO
4	HOSPITAL YAVIZA (MANUEL NIETO)	PINOGANAN	MINSA	FUNCIONANDO
CENTRO DE SALUD CON CAMA - 6				
5	C. DE S. GARACHINE	CHEPIGANA	MINSA	FUNCIONANDO
6	C. DE S. JAQUE	CHEPIGANA	MINSA	FUNCIONANDO
7	C. DE S. SAMBU	CHEPIGANA	MINSA	FUNCIONANDO
8	C. DE S. SANTA FE	CHEPIGANA	MINSA	FUNCIONANDO
9	C. DE S. BOCA DE CUPE	PINOGANAN	MINSA	FUNCIONANDO
10	C. DE S. METETI	PINOGANAN	MINSA	FUNCIONANDO
CENTRO DE REHABILITACIÓN INTEGRAL - 1				
11	REINTEGRA DARIEN	PINOGANAN	MINSA	FUNCIONANDO
SUB CENTROS DE SALUD - 6				
12	S. C. DE S. CHEPIGANA 1/	CHEPIGANA	MINSA	NO ESTA FUNCIONANDO
13	S. C. DE S. TUCUTI	CHEPIGANA	MINSA	FUNCIONANDO
14	S. C. DE S. CUCUNATI	CHEPIGANA	MINSA	FUNCIONANDO
15	S. C. DE S. PLATANILLA	CHEPIGANA	MINSA	FUNCIONANDO
16	S. C. DE S. PINOGANA	PINOGANAN	MINSA	NO FUNCIONANDO
17	S. C. DE S. CANGLON	PINOGANAN	MINSA	FUNCIONANDO
PUESTO DE SALUD - 29				
18	P. DE S. MOGUE	CHEPIGANA	MINSA	FUNCIONANDO
19	P. DE S. PUNTA ALEGRE	CHEPIGANA	MINSA	FUNCIONANDO
20	P. DE S. CAMOGANTI	CHEPIGANA	MINSA	FUNCIONANDO
21	P. DE S. MAREA	CHEPIGANA	MINSA	FUNCIONANDO
22	P. DE S. CALLE LARGA	CHEPIGANA	MINSA	NO FUNCIONANDO
23	P. DE S. RIO DE JESUS	CHEPIGANA	MINSA	FUNCIONANDO
24	P. DE S. BIROQUERA	CHEPIGANA	MINSA	FUNCIONANDO
25	P. DE S. PLAYA MUERTO	CHEPIGANA	MINSA	FUNCIONANDO
26	P. DE S. PUERTO PIÑA	CHEPIGANA	MINSA	FUNCIONANDO
27	P. DE S. BARRIALES	CHEPIGANA	MINSA	FUNCIONANDO
28	P. DE S. RESERVA	CHEPIGANA	MINSA	NO FUNCIONANDO
29	P. DE S. RIO CONGO	CHEPIGANA	MINSA	FUNCIONANDO
30	P. DE S. ARRETI	CHEPIGANA	MINSA	NO FUNCIONANDO
31	P. DE S. RIO IGLESIAS	CHEPIGANA	MINSA	FUNCIONANDO



Complejidad de la red

Intalaciones de salud

32	P. DE S. QUINTIN	CHEPIGANA	MINSA	FUNCIONANDO
33	P. DE S. SETENGANTI	CHEPIGANA	MINSA	NO FUNCIONANDO
34	P. DE S. TAIMATI	CHEPIGANA	MINSA	FUNCIONANDO
35	P. DE S. MANENE	CHEPIGANA	MINSA	FUNCIONANDO
36	P. DE S. TIRAO	CHEPIGANA	MINSA	NO FUNCIONANDO
37	P. DE S. BUENA VISTA 1/	CHEPIGANA	MINSA	NO FUNCIONANDO
38	P. DE S. TAMARINDO	CHEPIGANA	MINSA	FUNCIONANDO
39	P. DE S. BOCA LARA	CHEPIGANA	MINSA	FUNCIONANDO
40	P. DE S. ARIMAE	CHEPIGANA	MINSA	NO FUNCIONANDO
41	P. DE S. EL BALSAL	PINOIANA	MINSA	FUNCIONANDO
42	P. DE S. PAYA	PINOIANA	MINSA	FUNCIONANDO
43	P. DE S. PUCURO	PINOIANA	MINSA	NO ESTA FUNCIONANDO
44	P. DE S. MORTI	PINOIANA	MINSA	FUNCIONANDO
45	P. DE S. WALA	PINOIANA	MINSA	FUNCIONANDO
46	P. DE S. NURRA	PINOIANA	MINSA	FUNCIONANDO
ITEM	INSTALACION DE SALUD	DISTRITO	ENTIDAD	STATUS A LA FECHA/POBLACION RESPONSABLE
COMARCA EMBERA - 18				
47	S. C. DE S. UNION CHOCOE	CEMACO 3/	MINSA	FUNCIONANDO
48	P. DE S. CAPETUIRA	CEMACO 3/	MINSA	FUNCIONANDO
49	P. DE S. VISTA ALEGRE	CEMACO 3/	MINSA	FUNCIONANDO
50	S. C. DE S. LAJAS BLANCA	CEMACO 3/	MINSA	FUNCIONANDO
51	P. DE S. BAJO CHIQUITO	CEMACO 3/	MINSA	FUNCIONANDO
52	P. DE S. EL SALTO	CEMACO 3/	MINSA	FUNCIONANDO
53	P. DE S. MARRAGANTI	CEMACO 3/	MINSA	FUNCIONANDO
54	P. DE S. CANAAN	CEMACO 3/	MINSA	FUNCIONANDO
55	P. DE S. PEÑA DE BIJAGUAL	CEMACO 3/	MINSA	FUNCIONANDO
56	P. DE S. BELLA AMOR Y CALETA	CEMACO 3/	MINSA	FUNCIONANDO
57	P. DE S. COMUN	CEMACO 3/	MINSA	FUNCIONANDO
58	P. DE S. COROZAL	CEMACO 3/	MINSA	FUNCIONANDO
59	P. DE S. EL TIGRE	CEMACO 3/	MINSA	FUNCIONANDO
60	P. DE S. PUNTA GRANDE	CEMACO 3/	MINSA	FUNCIONANDO
61	P. DE S. BAYAMON	SAMBU 4/	MINSA	FUNCIONANDO
62	P. DE S. BOCA DE TRAMPA	SAMBU 4/	MINSA	FUNCIONANDO
63	P. DE S. JUNGURUDO	SAMBU 4/	MINSA	FUNCIONANDO
64	P. DE S. PAVARANDO 1/	SAMBU 4/	MINSA	NO FUNCIONANDO
	P. DE S. DE CONDOTO	SAMBU 4/	MINSA	NO FUNCIONANDO



Servicios al asegurado, articulación con la CSS y servicios privados

Aunque la provincia no cuenta con instalaciones de la CSS, los asegurados reciben los mismos beneficios de atención y servicios gratuitos. Los costos varían en todas las instalaciones y no hay cifras normadas para los servicios brindados, dependiendo de lo establecido por las administraciones de las instalaciones o de los comités de salud. No existen instalaciones de la Caja de Seguro Social, ni evidencia de la compensación de costos por los servicios prestados al asegurado.

A nivel privado en años recientes se crearon farmacias y clínicas populares privadas en Santa Fe y Metetí que ofrecen servicios básicos de medicina general, laboratorio, radiología básica, ginecología y odontología, y otras especialidades básicas. Existen también más recientemente oferta de servicios de optometría.

Sistema único de referencia y contrarreferencia (SURCO)

El sistema SURCO permite a médicos referir pacientes a centros con mayor capacidad y especialización.

Sin embargo, menos del 1% de las referencias recibe contrarreferencia. SURCO, regulado por el resuelto ministerial N° 422 de 2003, es el único sistema oficial para referencias y contrarreferencias en instalaciones del MINSA y CSS.

Flujo de pacientes a lo interno de cada instalación sanitaria y entre una y otra instalación de la red regional de salud

El flujo de atención en cada instalación se basa en su nivel de complejidad:

Puestos de Salud: Con un asistente que maneja actividades de promoción y atención, primeros auxilios y referencias a hospitales y centros maternos infantiles. Los puestos de El Salto y Puerto Piña ofrecen atención médica general las 24 horas.

Subcentros de Salud: Con auxiliares de enfermería/enfermeras que realizan promoción, prevención y primeros auxilio. Platanilla, Cucunatí, Canglón, Unión Chocoe, Lajas Blancas y Tucutí brindan atención medicina general las 24 horas. Platanilla refiere directamente al Segundo Nivel de Chepo debido a su ubicación.

Cuenta con 3 hospitales (San José de La Palma, Manuel Nieto y El Real de Santamaría) y 6 Centros Maternos Infantiles (Metetí, Santa Fe, Garachine, Jaque, Sambú, Boca de Cupe). Estos usan un servicio formal de estadística que filtra y luego dirige al paciente al servicio requerido.

Se refiere al Hospital de Segundo Nivel de Chepo o al Tercer Nivel en Panamá (Hospital Santo Tomás, Complejo Hospitalario Arnulfo Arias Madrid, Hospital del Niño, Hospital de Especialidades Pediátricas, Instituto Nacional de Salud Mental).

Complejidad de la red

Situación actual del asegurado

Provincia y comarca indígena	Población protegida								
	Total	Asegurados cotizantes			Dependientes				
		Total	Activos	Pensionados (1)	Total	Hijos	Esposa o compañera	Padre y/o madre	Esposo inválido
TOTAL	22,310	7,770	7,050	720	14,540	10,761	2,326	1,453	0
Darién	17,365	6,883	6,329	554	10,482	7,757	1,677	1,048	-
Comarca Emberá	4,945	887	721	166	4,058	3,004	649	405	-

En Darién, una provincia que enfrenta múltiples desafíos socioeconómicos y geográficos, la carencia de instalaciones de atención médica adecuadas para los asegurados de la Caja de Seguro Social (CSS) es una problemática significativa. La falta de clínicas y hospitales de la CSS en la región obliga a los asegurados a depender totalmente de los servicios brindados por el Ministerio de Salud (MINSA), estos representan el 33.5% de la población, basados en el censo nacional de población y vivienda de 2023. Esta situación genera incertidumbres sobre la cobertura y calidad de los servicios que reciben, ya que el MINSA no recibe compensación monetaria directa por la atención a estos pacientes.

Desafíos que Enfrenta la Población

1. Acceso Limitado a Servicios de Salud: La ausencia de instalaciones de la CSS en Darién significa que los asegurados no pueden acceder a los servicios de salud que les corresponden, obligándolos a recurrir al MINSA, lo que podría afectar la continuidad de sus tratamientos y el

seguimiento de sus condiciones de salud.

2. Carga Administrativa para el MINSA: El MINSA asume el costo de atención médica sin una retribución clara por parte de la CSS, lo que puede poner presión sobre los recursos del MINSA, limitando su capacidad para brindar servicios de salud de calidad a toda la población.

3. Trámites y Logística: La agencia administrativa responsable de tramitar citas y pagos para el transporte de pacientes está ubicada en la Ciudad de Panamá. Esto crea un obstáculo adicional, ya que los pacientes deben lidiar con la dificultad de trasladarse a la capital para llevar a cabo trámites que son esenciales para acceder a la atención médica, lo que puede resultar en demoras y deserciones en el seguimiento de su atención.

Al abordar estos aspectos, se podrá mejorar la atención sanitaria en Darién para los asegurados de la Caja de Seguro Social, optimizando recursos y garantizando el derecho a la salud de todos los ciudadanos.

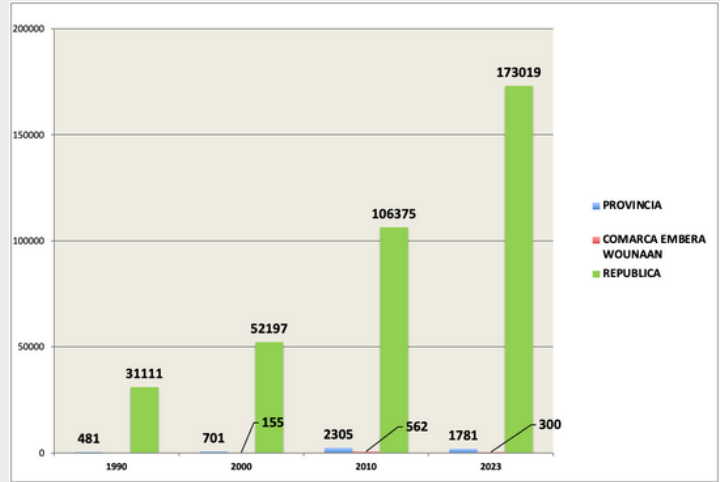
Población discapacitada

Darién, una de las provincias más remotas y menos desarrolladas de Panamá, enfrenta grandes desafíos en la inclusión y atención de la población con discapacidad. Esta región, que alberga comunidades indígenas y mestizas, presenta una variedad de discapacidades físicas, sensoriales, mentales y del desarrollo debido a factores socioeconómicos y culturales.

Las personas con discapacidad en Darién se enfrentan a barreras significativas, como el acceso limitado a servicios de salud de calidad, infraestructura inadecuada y escasez de programas de rehabilitación. Además, los estigmas sociales y la falta de concienciación sobre sus derechos dificultan su inclusión plena en la sociedad.

El sistema de salud panameño ha implementado iniciativas para mejorar la atención a esta población, como programas que aumentan la accesibilidad a la atención médica y la capacitación del personal de salud. Sin embargo, los centros de rehabilitación, como el de Metetí, no están en funcionamiento y carecen de personal especializado, lo que limita enormemente el apoyo disponibles para estas personas.

A pesar de los esfuerzos, persisten muchos desafíos. Es fundamental continuar promoviendo políticas inclusivas y mejorar el acceso a servicios y recursos de salud.



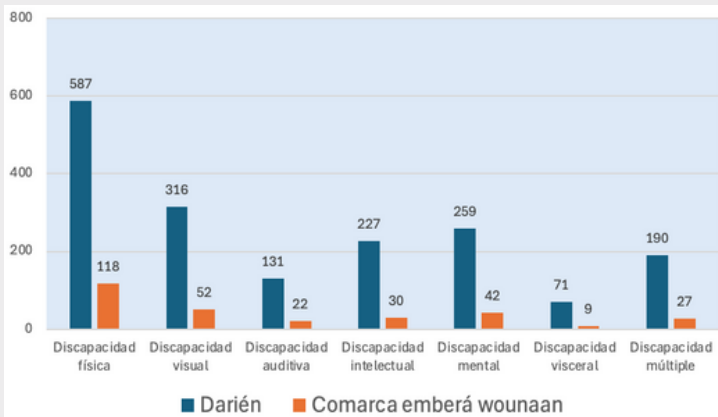
Censos de Población 1990, 2000, 2010, 2023

La colaboración entre el gobierno, la comunidad y organizaciones no gubernamentales es esencial para garantizar que las personas con discapacidad en Darién puedan acceder a la atención necesaria y participar plenamente en la sociedad.



Población discapacitada

Según el Censo Nacional de 2023, en la región de Darién y la Comarca Emberá se identificaron distintos niveles de prevalencia de personas con discapacidad. Se estima que las personas con discapacidad representan el 3.2% de la población total en Darién y el 2.4% en la Comarca Emberá.



Censos de Población 2023

La información recopilada a través del censo proporciona una visión detallada y necesaria para abordar las necesidades de las personas con discapacidad en estas regiones. Con el objetivo de mejorar sus condiciones, se sugieren las siguientes recomendaciones:

1. Accesibilidad e Infraestructura:

- Implementar mejoras en la infraestructura pública y privada para asegurar la accesibilidad física, especialmente para personas con discapacidades físicas.

- Adaptación de los edificios, espacios públicos y transporte público para que sean accesibles para personas con discapacidades físicas.

2. Servicios de Salud y Rehabilitación:

- Ampliar y mejorar los servicios de salud especializados

- Promover programas de rehabilitación física y mental, proporcionando el equipo y los especialistas necesarios.

3. Educación Inclusiva:

- Garantizar el acceso de las personas con discapacidad a la educación inclusiva. Esto implica la capacitación de maestros y la adaptación de los currículos

- Establecer programas de detección y apoyo temprano para niños con discapacidades intelectuales y mentales.

4. Empleo y Formación Profesional

- Formación Profesional: Desarrollar programas especializados para personas con discapacidad, facilitando su integración en el mercado laboral.

- Incentivos para Contratación: Ofrecer beneficios y otras iniciativas a las empresas que contraten.

5. Sensibilización y Cambio Cultural

- Campañas de Sensibilización: Promover el respeto e inclusión de personas con discapacidad a través de campañas educativas.

- Redes y Asociaciones de Apoyo: Fomentar la creación de asociaciones y redes de apoyo para las familias de personas con discapacidad, promoviendo la solidaridad comunitaria.

6. Atención Psicosocial

- Proveer acceso a terapias y grupos de apoyo

- Acceso a Profesionales de la Salud Mental

Recurso humano

En la Región de Salud de Darién, el manejo de los recursos humanos está centralizado, con la asignación de plazas decidida a nivel central. El departamento regional de recursos humanos se encarga del reclutamiento técnico, aunque los nombramientos administrativos suelen ser influenciados por decisiones políticas. No se ofrece capacitación a curanderos tradicionales, aunque si se han dado acercamientos con los mismos, y la construcción de nuevas instalaciones en el área de la comarca Embera Wounaan contemplan espacios para la atención por este personal. Las parteras reciben formación por parte de la región de salud, con un refuerzo reciente gracias a programas como la Estrategia de Fortalecimiento de Coberturas y la Iniciativa de Salud Mesoamérica 2015, así como un programa de salud sexual y reproductiva.

El personal de la región trabaja en turnos de 20 días laborales seguidos por 10 días libres (médicos y técnicos) y 20 días laborales con 8 días libres (enfermería). El personal administrativo labora de lunes a viernes. La atención se enfoca en servicios primarios ambulatorios, aunque algunas instalaciones cuentan con camas de hospitalización. Las actividades administrativas y comunitarias se programan según las necesidades locales.

Debido a la distancia, la capacitación del personal es complicada y a menudo se

realiza fuera de la provincia en tiempo libre. La mejora en los servicios de comunicación ha facilitado el acceso a capacitaciones virtuales.

La unidad de docencia regional organiza capacitaciones semanales para el personal técnico y médico, mientras que la dirección regional coordina la participación en actividades fuera de la provincia.

Para el desarrollo del recurso humano, el Centro Regional Universitario de la Universidad de Panamá ofrece formación para Técnicos de Enfermería y parcialmente la Licenciatura en Enfermería, además de la Licenciatura en Registros Médicos.



Complejidad de la red

Recurso humano



	MEDICOS GENERALES	CSS MEDICOS ESPECIALISTAS	CSS ODONTOLOGO	CSS ENFERMERA	CSS TECNICOS DE ENFERMERA	CSS TECNOLOGO MEDICO	CSS ASISTENTE DE LABORATORIO	CSS ASISTENTE DE ODONTOLOGIA	CSS TECNICO DE RADIOLOGIA						
HOSPITAL SAN JOSE DE LA PALMA	5	2	2	8	1	8	1	1	1						
HOSPITAL MANUEL NIETO DE YAVIZA	5	2	1	4	1	4	1	1							
HOSPITAL EL REAL DE SANTAMARIA	2		1	3		3									
CMI SANTA FE	8	2	1	11	1	18	1	2	1						
CMI METETI	6	2	2	11		9	1	1							
CMI SAMBU	2		1	4		3	1								
CMI GARACHINE	2		1	1	1	4									
CMI JAQUE	3	1	1	4		2									
CMI BOCA DE CUPE	4			5		7	1								
PAI				1											
PEEM	1														
MIGRANTES	7			5		1									
EPIDEMIOLOGIA	1														
	46	3	8	0	9	0	52	4	58	3	6	1	3	2	2

	TUM	FARMACEUTICOS	ASISTENTES DE FARMACIA	MEDICO VETERINARIO	REGES (Licenciados)	REGES (Técnicos)	ASISTENTES DE SALUD	SANEAMIENTO AMBIENTAL	NUTRICIONIST A	TRABAJO SOCIAL	FONOAUDILOGO	ESTIMULACIO N TEMPRANA	PSICOLOGO
HOSPITAL SAN JOSE DE LA PALMA	1	1	1	1	1		7		1				
HOSPITAL MANUEL NIETO DE YAVIZA	1	1	2			2	11	1	2			1	
HOSPITAL EL REAL DE SANTAMARIA			1		1	1		1					
CMI SANTA FE	1	1	2	2	1	1	9	1	1	1	1	1	1
CMI METETI	2	1	3	1	1	2	2	1	1				1
CMI SAMBU		1			1		3	1		1			
CMI GARACHINE			1			1	4	1					
CMI JAQUE			1				2						
CMI BOCA DE CUPE		1				2	7	1					
PAI													
PEEM													
MIGRANTES													
EPIDEMIOLOGIA													
	6	11	4	5	9	45	7	5	2	1	2	2	2

Complejidad de la red

Insumos

La región cuenta con 17 farmacias ubicadas en cada una de las 9 instalaciones principales de las áreas sanitarias. (3 hospitales y 6 centros materno infantiles) y en el resto de instalaciones que cuentan con servicio de medicina general.

Adicional se cuenta con farmacia en subcentros y puestos de salud a saber: El Hospital San José de La Palma, Hospital Manuel Nieto de Yaviza y Hospital El Real de Santamaría en el Real. Centro Maternos Infantiles: Jaqué, Garachine, Santa Fe, Metetí, Boca de Cupe, Sambú. Puesto de Salud de Río Iglesias, Barriales. Sub Centro de Platanilla, Tucutí, Cucunatí, Canglón, Lajas Blancas, Unión Chocoe.

Existe un cuadernillo que envía el nivel central para la solicitud de insumos cada año, que es la que se utiliza en la región y básicamente es para la atención de la red primaria, por la que la distribución de estos recursos viene directamente del nivel central.

Renglones de Medicamentos 289
Renglones de Médico quirúrgico 234
Renglones de Laboratorio 125, son utilizados por las instalaciones con laboratorio.
Renglones de Odontología 152
Renglones de Imagenología 13
Renglones

No existe un laboratorio definido para citología.

Adicionalmente, atendiendo a las necesidades la Región de Salud de Darién, realiza compras de insumos por autogestión, o por el fondo de recursos proveniente de FORIS.

Se cuenta con laboratorios en el Hospital San José de La Palma, Hospital Manuel Nieto de Yaviza, CMI de Santa Fe, Metetí, Sambú.

La región de salud no cuenta con el servicio de donación de sangre

Cada instalación maneja sus tarifas, si hay margen de ganancia.

No existe un laboratorio definido para citología.



Fotografía 4

**Satisfacción del usuario
Lista de espera,, medición de la
satisfacción del usuario,
auditorías sociales y control de
calidad**



Satisfacción del usuario



Atención de pacientes

La atención se realiza según demanda espontánea en todos los servicios, sin rechazar pacientes.

El servicio de laboratorio opera con cupos diarios, rechazando pacientes solo si se exceden los cupos, posponiendo la atención al siguiente día.

La región cuenta con un cirujano y un gineco-obstetra, pero carece de anesestesiólogo y quirófanos habilitados, sin un listado formal de espera quirúrgica.

Las consultas se organizan por cupos diarios y hay un centro de llamadas para programación en pediatría en el CMI de Santa Fe.

No se realizan encuestas de satisfacción de usuarios; existen buzones de sugerencias para evaluar la satisfacción de los usuarios.

No hay demanda insatisfecha; las instalaciones operan las 24 horas todos los días con una baja rotación de camas (15%).

Auditorías sociales

Las auditorías sociales son parte de la evaluación de la estrategia de extensión de coberturas y se aplican según el reglamento operativo.

No se realizan auditorías sociales para evaluar las instalaciones de manera institucional.

Los resultados se consolidan y presentan en reuniones organizadas por el Ministerio de Salud.

Satisfacción del usuario



Control de calidad

El Ministerio de Salud realiza auditorías anuales de expedientes en las 9 instalaciones principales, enfocándose en la atención a los protocolos normados. También se realizan auditorías administrativas anuales para evaluar la gestión adecuada y transparente.

Existen formularios para informar sobre fallas terapéuticas o de equipos, aunque su monitoreo no es regular.

La auditoría interna y la oficina de Fiscalización de la Contraloría proporcionan informes y recomendaciones para mejorar la gestión administrativa, así como áuditos de cajas menudas.

Manejo de reclamos y quejas

Nivel Regional: Las quejas, denuncias y recomendaciones se reciben a través del número telefónico 311 (Centro de atención ciudadana) y son gestionadas por el Director Regional o un designado.

Nivel Local: Las quejas y sugerencias se reciben mediante buzones de sugerencias o directamente a través de los gerentes locales, quienes resuelven los asuntos según su complejidad, delegándolos a funcionarios locales o derivándolos al nivel regional.

Fotografía 5



Actores y red social
Comités, grupos organizados

Actores y red social

Comités, grupos organizados, ONG'S

La población se organiza a través de diversos grupos comunitarios para apoyar la gestión de salud, tales como:

- Comités de Salud (85)
- Juntas Administradoras de Acueductos Rurales (131)

Comités de salud

	Nombre de Comité de Salud	N° de Resolución	Instalación de Salud
1	El Tirao	753	P. S.
2	Sambu	165	C.M.I.
3	Santa Fe	330	C.M.I.
4	Tucutí	557	Sub- C.S.
5	Barriales	919	P. S.
6	Tamarindo	917	P. S.
7	Platanilla		Sub-C.S.
8	Arreti	2052	P.S.
9	Bayamón	1901	P.S.
10	Bijagual	169	
11	Boca de Sábalo	551	
12	Boca de Trampa	1754	P.S.
13	Chepigana	236	Sub-C.S.
14	Garachiné	506	C.M.I.
15	Río Iglesia	166	P.S.
16	Jaqué	838	C.M.I.
17	La Chunga	1676	
18	La Palma	4043	
19	Puerto indio	1278	
20	Río de Jesús	642	P.S.
21	De Seteganti	20784	
22	Quebrada Honda	3358	
23	Pueblo nuevo	3359	
24	Arimae	3452	P.S.
25	Quebrada Tanque	835	
26	Puerto de La cantera	3400	
27	Agua Fría N° 1	608	
28	Alto del Cristo	3631	
29	Aguas Claras	3632	
30	La Moneda	3634	
31	San Vicente	3635	
32	Reserva	4915	P.S.
33	Río Congo	4921	P.S.
34	Santa Rosa	4922	
35	Boca de Lara	317	P.S.
36	Zimba	316	
37	Santa María o Quebrada	318	
38	San Miguel	332	
39	Río Román	1203	
40	Zapallal	1205	
41	Camogantí	973	P.S.
42	Pijabá	1821	
43	Agua nueva-N°2	2757	

	Nombre de Comité de Salud	N° de Resolución	Instalación de Salud
44	Quebrada Jabón	2758	
45	Palmira	5261	
46	Llano Bonito	6113	
47	Buenos Aires	6114	
48	Manene	6116	P.S.
49	San Pedrito	1872	
50	Bajo Bonito	1218	
51	Quintín	1708	P.S.
52	Vista Alegre	167	
53	Federación C.S. de Santa Fe	4344	
54	Taimati	717	P.S.
55	Playa de Muerto	5521	P.S.
56	Calle larga	6387	P.S.
57	La Lomita	674	
58	Río Sabana cabecera.	312	
59	Nuevo Paraíso	313	
60	Puerto Piña	836	P.S.
61	Boca de Cupe	1664	C.M.I.
62	Boca de Yape	4075	
63	Capeti	841	
64	El Puente	4074	
65	El Real	1562	
66	Peña Vijagual	840	
67	Punta Grande	2127	P.S.
68	Salto de Chucunaque	1902	
69	Unión Choco	4080	S.C.S.
70	Yaviza	2498	
71	Nuevo Progreso	214	
72	Santa Librada	4213	
73	Punuloso	3323	
74	Canglón	322	
75	Metetí	1661	C.M.I.
76	Quebrada Félix	2762	
77	Sansón	2763	
78	Los Pavitos	1294	
79	Altos de Buenos Aires	1781	
80	Villa Darién	1782	
81	Pinogama	2685	Sub C.S.
82	Federación del C.S. Metetí		
83	Nicanor	15	
84	Candelilla	4923	P.S.
85	Cucunati	607	Sub.C.S.

Actores y red social

Comités, grupos organizados, ONG'S

La población se organiza a través de diversos grupos comunitarios para apoyar la gestión de salud, tales como:

- Comités de Salud (85)
- Juntas Administradoras de Acueductos Rurales (131)

Juntas administradoras de acueductos rurales

AÑO DE CONSTRUCCION	DISTRITO	CORREGIMIENTO	COMUNIDAD	SISTEMA ORGANIZACIONAL (JAAR) PERSONERIA JURIDICA
1976	CHEPIGANA	LA PALMA	NUEVO PARITILLA	
1977	CHEPIGANA	RIO IGLESIAS	RIO IGLESIAS	
1978	CHEPIGANA	RIO CONGO	RIO CONGO	
1980	CHEPIGANA	LA PALMA	SETEGANTI	1
1980	CHEPIGANA	CAMOGANTI	CAMOGANTI	1
1982	CHEPIGANA	SANTA FE	SANTA FE	1
1982	CHEPIGANA	SANTA FE	LA CANTERA	
1981	CHEPIGANA	LA PALMA	QUINTIN	1
1992	CHEPIGANA	LA PALMA	CUCUNATI	1
1992	CHEPIGANA	TUCUTI	MANENE	
	CHEPIGANA	TUCUTI	GALILEA	
	CHEPIGANA	TUCUTI	LLANO BONITO	
1993	CHEPIGANA	LA PALMA	PUNTA ALEGRE	
1993	CHEPIGANA	RIO CONGO	LA RESERVA	
1994	CHEPIGANA	LA PALMA	MOGUE	
1994	CHEPIGANA	CHEPIGANA	LA MAREA	
1996	CHEPIGANA	TUCUTI	CHULETI	1
1998	CHEPIGANA	TUCUTI	PUEBLO NUEVO	1
1980	CHEPIGANA	SANTA FE	QUEBRADA HONDA	1
1982	CHEPIGANA	RIO IGLESIAS	ARRETI	1
1984	CHEPIGANA	SANTA FE	BOCA DE LARA	1
1985	CHEPIGANA	SANTA FE	ARIMAE	1
1985	CHEPIGANA	SANTA FE	PUEBLO NUEVO	1
1985	CHEPIGANA	SANTA FE	ZAPALLAL	1
1990	CHEPIGANA	SANTA FE	LA LOMITA	1
1990	CHEPIGANA	SANTA FE	GUAYABILLO	
1992	CHEPIGANA	SANTA FE	ALTO DE CRISTO	1
1992	CHEPIGANA	RIO CONGO ARRIBA	ARENA	
1993	CHEPIGANA	RIO CONGO ARRIBA	PLATANILLA	
1993	CHEPIGANA	SANTA FE	RIO ROMAN	1
1994	CHEPIGANA	SANTA FE	TAMARINDO	
	CHEPIGANA	SANTA FE	ZIMBA	
1994	CHEPIGANA	SANTA FE	QUEBRADA MUERTO	
1994	CHEPIGANA	SANTA FE	PUERTO CANTERA	
1997	CHEPIGANA	SANTA FE	AGUA FRIA 2	
	CHEPIGANA	SANTA FE	EL TIRAO	
	CHEPIGANA	SANTA FE	EL TIRAO CHOCOE	
1992	CHEPIGANA	JAQUE	BIROQUERA	
1992	CHEPIGANA	JAQUE	PUERTO PIÑA	
1993	CHEPIGANA	JAQUE	LUCAS	1
1993	SAMBU	JINGURUDO	CHURUCO	
1993	CHEPIGANA	SANTA DFE	SANTA MARTA	
1993	CHEPIGANA	RIO CONGO ARRIBA	VALLE RICO	

AÑO DE CONSTRUCCION	DISTRITO	CORREGIMIENTO	COMUNIDAD	SISTEMA ORGANIZACIONAL (JAAR) PERSONERIA JURIDICA
1994	SAMBU	SAMBU	LA CHUNGA	
1995	CHEPIGANA	JAQUE	EL COCO	
1996	CHEPIGANA	JAQUE	EL MAMEY	
1997	SAMBU	SAMBU	SAMBU	1
	SAMBU	SAMBU	RIO DE JESUS	
	SAMBU	SAMBU	LA COLONIA	
	SAMBU	SAMBU	BAYAMON	
	SAMBU	SAMBU	PUERTO INDIO	
	SAMBU	SAMBU	ATALAYA	
1997	SAMBU	SAMBU	CELODIO	1
	SAMBU	SAMBU	CELODIO	
1998	SAMBU	JINGURUDO	JINGURUDO	1
1998	SAMBU	RIO SABALO	BOCA DE TRAMPA	
	SAMBU		RIO TIGRE	
1999	SAMBU	JINGURUDO	CONDOTO	
1972	CHEPIGANA	TAIMATI	TAIMATI	1
1972	PINOAGANA	BOCA DE CUPE	BOCA DE CUPE	1
1974	PINOAGANA	PINOAGANA	PINOAGANA	1
1979	PINOAGANA	METETI	NICANOR	1
1981	PINOAGANA		SANSONCITO	1
1983	PINOAGANA		CANGLON	1
1983	PINOAGANA		LOS PAVITOS	1
1984	PINOAGANA		QUEBRADA FELU1	1
1984	PINOAGANA		SAN VICENTE	1
1986	PINOAGANA		METETI	1
1992	PINOAGANA		PINOAGANA	PIEDRA CANDELA
1992	PINOAGANA	PINOAGANA	PORTUCHADA	1
1992	PINOAGANA	PINOAGANA	VILLA DARIEN	1
1993	CHEPIGANA	GARACHINE	PLAYA MUERTO	1
1994	PINOAGANA	METETI	SANSON	1
1997	PINOAGANA	YAVIZA	SANTA LIBRADA	1
1998	PINOAGANA	PINOAGANA	NUEVO PROGRESO	1
1999	PINOAGANA	METETI	SANSON ARRIBA	
1991	CEMACO	LAJAS BLANCAS	EL SALTO	
1998	CHEPIGANA	TUCUTI	BUENOS AIRES	1
1999	CHEPIGANA	LA PALMA	P11BAE	1
	CHEPIGANA	LA PALMA	LA QUEBRADA	
2000	PINOAGANA	METETI	PUNULOSO	1
			BUENOS AIRES	
			PUNULOSITA	
2001	CEMACO	CIRILO GUAYNOIRA	UNION CHOCOE	
2001	CEMACO	CIRILO GUAYNOIRA	PUENTE	
2012	PINOAGANA	PINOAGANA	YAPE	
1999	CHEPIGANA	RIO CONGO	RIO VENAO	1
1999	CHEPIGANA	CUCUNATI	CANDELLILA	1
1999	CHEPIGANA	CHEPIGANA	SANTA ROSA	1
1999	CHEPIGANA	SANTA FE	AGUAS CLARAS 5	1

Actores y red social

Comités, grupos organizados

La población se organiza a través de diversos grupos comunitarios para apoyar la gestión de salud, tales como:

- Comités de Salud (85)
- Juntas Administradoras de Acueductos Rurales (131)

Juntas administradoras de acueductos rurales

AÑO DE CONSTRUCCION	DISTRITO	CORREGIMIENTO	COMUNIDAD	SISTEMA ORGANIZACIONAL (JAAR) PERSONERIA JURIDICA
1999	CHEPIGANA	CHEPIGANA	SAN PEDRITO	1
2001	CHEPIGANA	LA PALMA	BARRIALES	1
1999	CHEPIGANA	CHEPIGANA	ALDEA EMBERA	1
2000	CHEPIGANA	JAQUE	COCALITO	1
2000	CHEPIGANA	JAQUE	GUAYABITO	1
2000	CHEPIGANA	JAQUE	VALLE ALEGRE	1
			LLANO BONITO	
2001	SAMBU	JINGURUDO	PAVARANDO	1
2001	CHEPIGANA	RIO IGLESIAS	AGUAS CALIENTES	1
2001	CHEPIGANA	CHEPIGANA	ARUZA ARRIBA	1
2001	CHEPIGANA	SANTA FE	LA MONEDA	1
2002	CHEPIGANA	LA PALMA	LLANO BONITO	1
2002	CEMACO	LAJAS BLANCAS	PEÑA BIJAGUAL	1
2002	WARGANDI	WARGANDI	NURRA	1
2002	SAMBU	JINGURUDO	BOCA DE WINA	1
2002	SAMBU	JINGURUDO	BOROBICHI	1
2003	CHEPIGANA	RIO CONGO	BUENA VISTA	
2003	CHEPIGANA	CUCUNATI	EUSEBIO	1
2003	CHEPIGANA	GARACHINE	CERRO NAIPE	1
2003	CHEPIGANA	RIO IGLESIAS	AGUA BUENA 3	1
2004	CHEPIGANA	LA PALMA	LA INDIA	1
2004	CHEPIGANA	TUCUTI	EL BACAO	1
2005	CHEPIGANA	RIO CONGO	LA PEÑITA	
2005	CEMACO	LAJAS BLANCAS	NUEVO VIGIA	1
2005	CEMACO	LAJAS BLANCAS	VILLA CALETA	
2006	PINOAGANA	YAVIZA	CANGLON 2	1
2008	CHEPIGANA	RIO CONGO ARRIBA	RIO PAVO	1
2008	CEMACO	LAJAS BLANCAS	RIOCITO	1
2008	CEMACO	LAJAS BLANCAS	TORTUGA	1
2010	CHEPIGANA	TAIMATI	CEMACO	1
2010	PINOAGANA	PINOAGANA	VISTA ALEGRE	
2010	CEMACO	CIRILO GUAYNORA	CAPETUIRA	1
2010	CEMACO	LAJAS BLANCAS	ALTO PLAYONA	1
1999	CEMACO	LAJAS BLANCAS	CANAAN	1
2010	CEMACO	MANUEL ORTEGA	NARANJAL	
2008	CHEPIGANA	RIO IGLESIAS	BIJAGUAL	
2008	PINOAGANA	PAYA	PAYA	
2008	PINOAGANA	PUCURU	PUCURO	
2002	CEMACO	LAJAS BLANCAS	MOGOTE	1
2013	CEMACO	LAJAS BLANCAS	LAJAS BLANCAS	1
2010	CHEPIGANA	RIO CONGO ARRIBA	NUEVO PARAISO	
2013	CHEPIGANA	RIO IGLESIAS	ENTRADA DE ARRET	1



Organismos internacionales y ONG'S

Existe un trabajo conjunto con diferentes organizaciones, que apoyan directa e indirectamente al Ministerio de Salud de Panamá en su labor en el tema de migrantes

OPS (organización panamericana de la salud)

Su apoyo desde el año 2023, ha ido en aumento, en conjunto con el Ministerio de Salud, se han coordinado capacitaciones, reuniones y otras actividades que involucran a las otras organizaciones. Desde donaciones de insumos de utilería, oficina, aseo, kits de aseo para migrantes, hasta contratación de personal de registros médicos que se encargan de ingreso de atenciones migrantes.

UNICEF

El Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), es un organismo internacional que trabaja desde 1946

para que todo niño, niña o adolescente tenga acceso al conocimiento, para que vivan en entornos sanos y gocen de oportunidades para desarrollar una vida plena.

PADF, RET Y GLOBAL BRIGATES

Trabajan en conjunto con UNICEF en diferentes proyectos.

Su apoyo ha sido enorme en cuanto a algunas necesidades de medicamento y los PEP kits para casos de sospecha de violencia sexual, además que dono un contenedor al MINSA en ETRM Lajas Bancas para brindar atención médica

OIM

Forma parte de las naciones unidas y es la organización líder, que desde 1951 promueve una migración humana y ordenada.

OIM en Panamá se constituye en un centro de servicios de asesoramiento y apoyo de excelencia; y se consolida como líder que brinda apoyo a los socios estratégicos en la protección de los derechos de los migrantes y como referente en el tema migratorio en el país.



Organismos internacionales y ONG's

OIM Ha apoyado con la distribución de artículos de primera necesidad, apoyo con donaciones de medicamentos e insumos básicos medico quirúrgicos.

Además donó las adecuaciones que se mencionaran más adelante en los puestos de salud de Canaán y bajo chiquito.

HIAS

Es una ONG que cuenta con apoyo de otras organizaciones en 4 proyectos socio implementadores, brindan sesiones psico-educativas, colectivas e individuales, se rigen por mandatos de sus socios. Proporciona asistencia a los refugiados y migrantes con el apoyo de ACNUR, UNFPA, ECHO, AECID y fundación HILTON. Promueve la inclusión económica y acabar con la violencia basada en género, apoyar la salud mental comunitaria.

Organizaciones como la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID), la Federación

O Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y Media Luna Roja, en asociación con la Cruz Roja Panameña, Médicos Sin Fronteras, Médicos del Mundo, RET International, han implementado acciones humanitarias enfocadas en la resiliencia y participación comunitaria, especialmente en el apoyo a migrantes.



Fotografía 6

**Proyecciones de la red
Adecuaciones a la oferta y a
la cartera de servicios
Ampliación de la cobertura
a poblaciones
desprotegidas**



Proyección de la red Adecuaciones de la oferta

La promoción de la salud y la prevención y la vigilancia de la salud pública como parte de la concepción moderna de los modelos de atención.

La promoción de la salud y la prevención de daños son fundamentales en los modelos modernos de atención, enfocándose en mejorar el bienestar de la población a través de la educación sobre hábitos saludables y la detección de factores de riesgo. Este enfoque proactivo busca crear entornos saludables, reducir la incidencia de enfermedades y optimizar recursos del sistema de salud.

Además, se enfatiza la vigilancia de la salud pública mediante la investigación de brotes epidémicos, el desarrollo de infraestructuras adecuadas, la instalación de laboratorios y programas de vigilancia epidemiológica, así como la colaboración internacional para abordar problemas de salud.

También se promueven cambios en estilos de vida para fomentar una cultura de salud, fortalecer alianzas intersectoriales, evaluar el impacto de políticas públicas y reorientar los servicios de salud hacia modelos que favorezcan la promoción de la salud, especialmente en enfermedades no transmisibles.

Equipos básicos en el proceso de cambio en la atención de la salud enfermedad. Adecuación de la oferta de servicios en términos de los equipos básicos de salud.

Los nuevos modelos de atención se centran en fortalecer la atención primaria, donde los equipos básicos juegan un rol crucial. Este enfoque requiere un cambio organizacional significativo en las actividades de atención primaria, administradas por el Ministerio de Salud, que incluyen la prevención a través del control prenatal, seguimiento de crecimiento en niños menores de 6 años, planificación familiar y vacunación. Actualmente, estas actividades se llevan a cabo tanto en instalaciones de salud, con restricciones presupuestarias, como a través de un programa de extensión de coberturas financiado por el BID, operativo desde hace 25 años.

El modelo prioriza la supervisión y monitoreo del Ministerio, buscando evitar la dualidad en actividades e información. Se creó un sistema denominado Atención Integral, que agrupa y refuerza acciones de prevención y promoción, manteniendo la atención a la morbilidad prevalente según las necesidades de la población.

La promoción de la salud y la prevención y la vigilancia de la salud pública como parte de la concepción moderna de los modelos de atención.

Los equipos itinerante existen desde el año 1998, con el programa de salud rural, actualmente estrategia de extensión de coberturas.

Las Jornadas de Atención Primaria Ambulatoria, son actividades de cirugía a las que en el día a día la población no tiene acceso en nuestra provincia.

Proyección de la red Adecuaciones de la oferta

Decisiones para modificar la oferta de servicios de primer nivel

La introducción de modelos de red fija con la inclusión de equipos básicos de salud es la principal decisión que se ha tomado en primer nivel de atención que atiende a la evolución de un proceso en la estrategia de extensión de coberturas, y en el que existe la percepción de que no tenemos la rectoría de éste proceso.

Decisiones para modificar la oferta de servicios de segundo nivel

La región de salud no cuenta con instalaciones de segundo nivel, se esta construyendo una que es el MINSA Capsi en Santa Fe, sin embargo la obra esta en un proceso de evaluación de estructura y en 90 0% de avance. Por otro lado, el gran hito es la construcción del hospital General de Metetí, que en Julio de 2024, reinició su proceso de construcción.

Prioridades de atención en relación con cada una de las etapas del curso de la vida, niñez adolescencia, edad adulta, vejez.

El ministerio enfatiza la atención con las etapas de la vida a través de los programas de atención ya normados y bien establecidos.

Programas de atención del Ministerio de Salud

Programa Ampliado de Inmunización
Programa de Control de la Tuberculosis
Programa de Cuidados Paliativos
Programa de Mejoramiento de la Equidad y Fortalecimiento de los Servicios de Salud
Programa de Protección Social – Apoyo a la Red de Oportunidades
Programa de Salud Bucal
Programa de Salud Integral de Niñez y Adolescencia
Programa de Salud Penitenciaria
Programa Iniciativa Salud Mesoamérica
Programa ITS/VIH/SIDA
Programa Nacional de Sangre
Programa Nacional de Tamizaje Neonatal
Programa Salud Adulto Mayor
Programa Salud de Adulto
Programa Salud Mental
Programa Salud Nutricional
Programa Salud Ocupacional
Programa Salud Sexual y Reproductiva

Planificación de servicios en el nivel local y participación de los diferentes actores sociales

Los niveles locales solicitan apoyo al nivel regional para soluciones presupuestarias, pero la ausencia de planificación operativa anual dificulta el seguimiento y cumplimiento de programas. La región de salud esta constantemente abierta a compartir experiencias y diseñar estrategias con otros actores en la toma de decisiones sanitarias.

Proyección de la red Adecuaciones de la oferta

Definición y caracterización de estos espacios poblacionales en la región

Los espacios poblacionales están definidos principalmente basados en su etnia, la distribución por poder adquisitivo no esta definida la provincia es enteramente rural.

Tenemos como ya se ha mencionado a la población temporalmente protegida, que migraron a nuestro país dado los conflictos en el suyo (Colombia).

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. Conocimiento de la Ley 68 de 20 de noviembre de 2003, y su aplicación

La Declaración Universal de Derechos Humanos y el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales reconocen la salud como un derecho inalienable para todos, obligando al Estado a respetar, proteger y garantizar este derecho a través de un adecuado acceso a la atención de salud. En este contexto, se propone un modelo de atención basado en el sistema público de salud. El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la ONU señala que el derecho a la salud incluye varios elementos interrelacionados. Además, los usuarios de los servicios de salud, tanto públicos como privados, tienen derecho a recibir información sin discriminación y a que se respete su voluntad de no ser informados.

La Ley 68 del 20 de noviembre de 2003 regula los derechos y obligaciones de los pacientes en relación con la información y la decisión libre e informada, siendo conocida y aplicada en las instalaciones de salud.

Equipos de salud y la competencia suficiente para asumir nuevos enfoques en la prestación de servicios de prevención, promoción y rehabilitación

Los equipos de salud tienen la competencia técnica suficiente, sin embargo son limitados por la escases de recursos, por la sobrecarga de funciones al haber limitaciones de personal, por la poca o escasa motivación que reciben por parte de los niveles superiores.

Porcentaje de los trabajadores de salud que reside en las periferias de la instalación del primer nivel de atención donde labora

Debido a la dificultad del acceso a las instalaciones, el personal en su mayoría no es de la provincia, y el 100% vive en las periferias de las instalaciones en un radio que no supera el kilómetro en su inmensa mayoría, o en espacios que han sido adecuados dentro del perímetro de esas instalaciones de salud.

Proyección de la red

Adecuaciones de la cartera

Integralidad de las acciones biopsicosociales, y su uso como enfoque en el momento de la prestación de los servicios de salud

El abordaje de las Políticas Sociales en el país requiere una coordinación y articulación efectivas para evitar la dispersión de recursos humanos y económicos, así como fortalecer el diálogo y el trabajo interinstitucional. La gestión, coordinación, organización, información y transparencia son objetivos clave del plan de gobierno actual, que se implementa en el modelo sanitario de la Región de Salud. Ante problemáticas actuales, se necesitan respuestas rápidas e integrales que incluyan diversas perspectivas. Por ello, todos los organismos responsables de la política social —municipios, provincias y el Gobierno nacional— integran sus planes y programas para fortalecer la Red.

Evaluación de la eficacia y calidad de las acciones

La eficacia y calidad de los servicios se evalúan únicamente a través de auditorías de expedientes realizadas anualmente por la dirección de Provisión de Servicios, en coordinación con Registros Médicos y Estadísticas. Sin embargo, no se ha llevado a cabo una evaluación de calidad utilizando los formularios establecidos en los programas de atención integral en los últimos cinco años. Además, la cartera de servicios no ha sido revisada ni ajustada durante este tiempo, y no existe una norma que indique la reevaluación de dicha cartera.

Mejoras que deben efectuarse en la red de servicios para desarrollar el modelo de médico funcional antes definido

1. Definir los propósitos y objetivos generales del establecimiento.
2. Establecer el área de influencia poblacional y geográfica, indicando la ubicación y definición de la población a atender.
3. Describir la operatividad, incluyendo actividades médicas y de servicios según la clasificación del establecimiento:
 - 3.1. Horario y funcionamiento.
 - 3.2. Especialidades médicas y no médicas ofrecidas.
 - 3.3. Personal disponible, incluyendo número de médicos por especialidad y otros roles (profesionales, enfermería, técnicos y administrativos).
4. Detallar el número de consultorios y espacios para atención, así como los servicios quirúrgico, obstétrico, de hospitalización y emergencia.
5. Describir los servicios de apoyo, especificando si son propios o contratados y adjuntando convenios si es necesario.
6. Explicar la gestión de desechos sólidos, líquidos y biológicos de acuerdo con la normativa vigente.
7. Describir los servicios auxiliares de diagnóstico.
8. Listar equipos fijos y móviles por servicio y área.
9. Indicar la cantidad de camas disponibles por servicio.

La habilitación evaluará la estructura física, la dotación y ubicación de equipos, e

Proyección de la red

Adecuaciones de la cartera

el flujo médico funcional y los recursos humanos según la oferta de servicios de salud. Un modelo arquitectónico adecuado guiará la dimensión de áreas y características de las instalaciones necesarias. Es crucial definir el nivel de resolución y los servicios a ofrecer, elaborando un programa médico funcional que contemple indicadores de productividad para calcular servicios, personal y equipamiento según las actividades a desarrollar.

Capacidad del sistema de urgencias en su región, incluidos los servicios, la logística, y la coordinación intersectorial

Las instalaciones de salud presentan estructuras en condiciones deplorables, con escasez de insumos y equipamiento obsoleto, lo que dificulta el trabajo del personal. Además, el desabastecimiento de recursos financieros afecta la compra de combustible y la disponibilidad de ambulancias, cuya escasez y mal estado repercuten en el servicio de urgencias, llevando al sistema al colapso.

En cuanto al triage, se utiliza de manera parcial en algunas instalaciones, siendo su efectividad nula debido a la limitación de personal; muchas veces solo hay un médico, lo que obliga a atender todos los casos que se presentan. La dispersión de áreas dificulta el referido de pacientes para consultas posteriores, especialmente aquellos que viven en la periferia, y las condiciones de inseguridad contribuyen a la falta de un entorno propicio para la toma de decisiones.

Proyección de la red

Ampliación de la cobertura

Horarios para incrementar las coberturas de atención de la población desprotegida

Dada la dispersión las instalaciones de salud en nuestra provincia laboran 24 horas al día y 7 días a la semana donde hay un equipo básico al menos, por lo que no es opción extender los números de días. No se cuenta con el recurso humano necesario para que administrativamente laboren también en fin de semanas, lo que también se presenta como problemática si se considera extensiones de horario. Se debe hacer una evaluación y planeación adecuada en materia de recursos humanos, infraestructura e insumos antes de plantear una respuesta a éste cuestionamiento.

Programas de extensión de cobertura

La prestación de servicios de salud enfrenta dificultades de accesibilidad, por lo que se han implementado programas de tercerización, como el Programa de Fortalecimiento de las Redes Integrales de Salud (FORIS) y los servicios de Organizaciones Externas (OE), que realizan giras comunitarias para proporcionar atención. El programa Foris, en colaboración con el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), beneficia a people en Darién, logrando una cobertura del 37.5% de la población total a través de atención integral extramuros.

Cobertura del sistema de salud

El objetivo del programa es mejorar las condiciones de salud y nutrición de la población en situación de pobreza y pobreza extrema y reducir la mortalidad materna e infantil. Se busca aumentar la cobertura y consolidar redes integradas de servicios, mejorar la calidad de atención culturalmente pertinente y fortalecer la capacidad de gestión del MINSA.

Además, el programa trabaja para cerrar las brechas en el acceso a servicios de salud, especialmente en comunidades con altos índices de pobreza, y se enfoca en habilitar instalaciones de salud y superar barreras socioculturales.

Fotografía 7



**Proyecciones de la red
Adecuaciones a la oferta y a
la cartera de servicios
Ampliación de la cobertura
a poblaciones
desprotegidas**

Caracterización del sistema regional y proyecciones

Rol de rectoría de la autoridad sanitaria

El Sistema de Rectoría de la Salud tiene como misión fundamental el desarrollo humano sostenible de la población, promoviendo la salud integral y reduciendo las disparidades en el acceso a servicios de salud. Busca modernizar la gestión técnico-administrativa y financiera de los servicios, garantizando acceso y sostenibilidad financiera, especialmente para poblaciones en mayor riesgo, y reducir los riesgos de enfermedades y mortalidad. Esta rectoría se alinea con las normativas y políticas de salud vigentes, operando desde el nivel regional hasta los niveles locales. Sin embargo, su enfoque se ve más influenciado por circunstancias específicas que por una planificación rigidamente estructurada.

Conocimiento de la misión, visión organigrama y funciones de cada unidad ejecutora del MINSA, de la CSS, y del sector privado

La Dirección Regional y los niveles locales están familiarizados con la misión, visión y organigrama del Ministerio de Salud, pero desconocen el organigrama de la CSS. En la provincia, no hay sector privado que ofrezca servicios de salud, salvo algunas ONGs y en alos recientes clínicas populares con algunos servicios especialmente en Santa Fe y Metetí.. Aunque el organigrama podría satisfacer las necesidades organizativas de la institución, su implementación se ve afectada por un déficit de recursos económicos, humanos, de equipo e infraestructura.

Caracterización del sistema regional y proyecciones

Regionalización como sistema que permite el enfoque sistémico en la organización sanitaria

La provincia es un crisol de razas con distintas formas de desarrollo económico y social, dividida en una región comarcal indígena y otra no comarcal. Se considera la creación de una nueva región de salud para atender al sector indígena, pero esta decisión debe basarse en un análisis objetivo de las necesidades actuales. Sin un fundamento sólido, la nueva región podría enfrentar problemas organizativos que impidan satisfacer adecuadamente las necesidades de la comunidad.

Grado de avance en el proceso de descentralización del nivel central hacia las regiones, de las regiones hacia los niveles locales

La descentralización es necesaria desde el nivel nacional hacia el regional en la gestión de recursos humanos, pero ciertos aspectos del presupuesto, como medicamentos y equipos, permanecen centralizados. La región de salud puede no estar lista para asumir este proceso debido a la falta de personal capacitado y estructuras adecuadas, lo que requiere un enfoque gradual. Los niveles locales no cuentan con suficientes recursos humanos para manejar los procesos administrativos, y la relación jerárquica es predominantemente vertical, con asignaciones ocasionales de recursos humanos desde el nivel central.

En Darién no se maneja la figura de patronatos.



Caracterización del sistema regional y proyecciones

Estructura orgánica y su relación con los procesos sanitarios

La estructura organizacional define las funciones y relaciones entre unidades, estableciendo cómo se comunican y colaboran.

Es fundamental para implementar eficientemente los planes de la región y asegurarse de que cada miembro del equipo trabaje hacia un objetivo común. Una buena estructura mejora la integración y coordinación, optimizando el uso de recursos y aumentando la eficiencia general de la organización.

Equipo regional y la estructura de la región de salud

El equipo regional opina que la estructura planteada cumple con las necesidades de conducción, pero enfrenta un problema de falta de recursos humanos con el perfil adecuado. Esto obliga a los coordinadores a asumir múltiples funciones, generando desgaste, retrasos en el cumplimiento de metas y afectando la calidad del trabajo.

Manuales de procedimientos administrativos

Si existen manuales de procedimientos administrativos. Se aplican, según el caso, por el Jefe de departamento.

Coordinación con la CSS

Actualmente, es limitada, la colaboración se centra en la gestión de recursos humanos de la CSS en instalaciones del MINSA y en beneficios de transporte para los asegurados.



Caracterización del sistema regional y proyecciones

Fortalezas y debilidades de la organización y el funcionamiento regional

Fortalezas

Personal con experiencia y compromiso con el desempeño regional

Debilidades

Falta de presupuesto

Poca coordinación interdisciplinaria.

Falta de capacitación gerencial

Centralización de acciones que tienen notable influencia (Medicamentos, Médico quirúrgico, DIS)

Cambios en el modelo de gestión y en la relación entre los actores

Los cambios en el modelo de gestión se están implementando según los lineamientos nacionales, pero son lentos y poco efectivos debido a la falta de recursos y directrices claras. La estrategia de pago por resultados en la Extensión de Coberturas no se percibe de éxito por la falta o retraso en consecución de recursos. La centralización de decisiones genera improvisación y afecta el rendimiento regional, mientras que el

proceso de descentralización enfrenta riesgos relacionados con el presupuesto y la disponibilidad de personal calificado.

Políticas de Salud y su relación al funcionamiento regional

Las políticas de salud teóricamente abordan las necesidades regionales, destacando la atención primaria como una fortaleza. Sin embargo, las dificultades surgen de la capacidad presupuestaria que el estado asigna para implementar estas políticas, ya que las decisiones no coinciden con las realidades de las regiones.

Planificación operativa y presupuestaria y su relación con las políticas, objetivos estratégicos y líneas de acción

El uso de la herramienta SIMEPLANS ha facilitado la vinculación entre la planificación operativa y las políticas de salud actuales. Permite a los planificadores de cada región elaborar, registrar y monitorear sus Programas Operativos Anuales, realizando un seguimiento para evaluar el avance de cada ítem consignado.



Caracterización del sistema regional y proyecciones

Influencia del nivel central en el desempeño del nivel regional. Puntos críticos de la burocracia administrativa

El nivel central impacta la ejecución de directrices y decisiones en el ámbito regional, lo que crea una impresión de improvisación debido a la centralización. Esto es especialmente crítico en la descentralización, afectando presupuesto y recursos humanos. Las decisiones se toman a nivel central, y las regiones deben cumplir con normativas, mientras que estas decisiones deben alinearse con el Plan de Gobierno y responder a las necesidades locales de equipos y recursos.

Funciones de supervisión, evaluación y control de la provisión de los servicios y la planificación de salud al sector público y privado

La dirección regional y las autoridades locales tienen la rectoría de diversas funciones, pero el nivel central a menudo toma decisiones inconsultas y ejecuta acciones sin el conocimiento de los directivos regionales o locales.

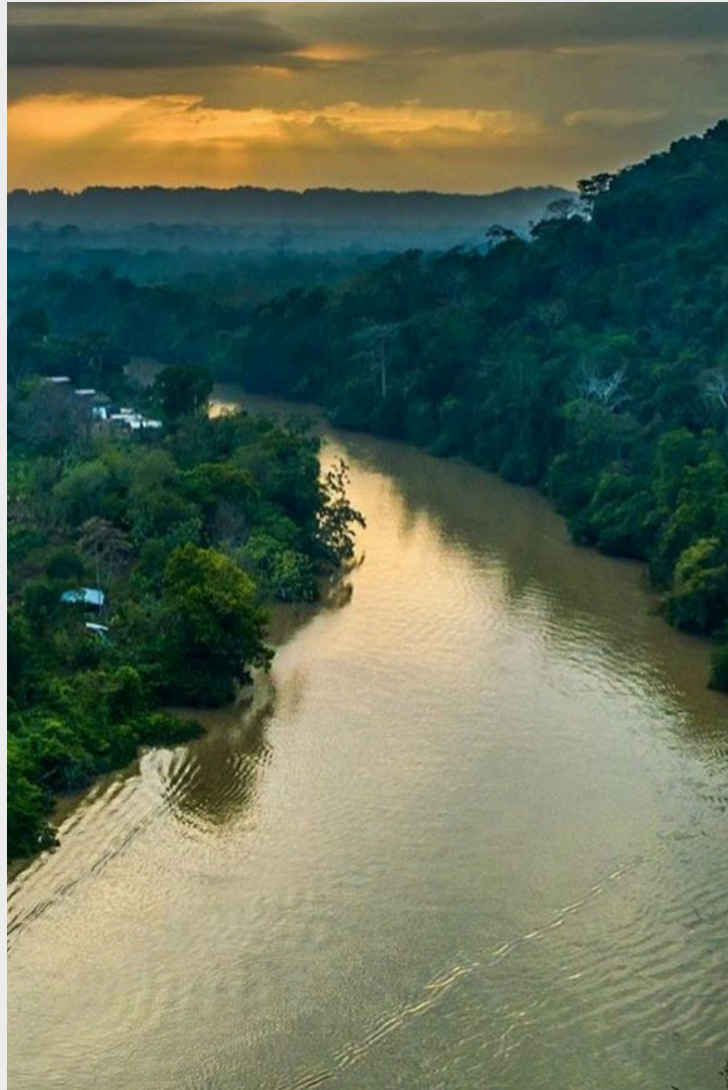
La coordinación de Planificación es responsable del análisis, ejecución y seguimiento de las políticas de salud en la región. Esto incluye el análisis de la situación de salud, condiciones sociales y económicas, gasto en servicios y la calidad de la atención. También dirige la formulación de políticas administrativas, de gestión y de provisión de servicios, estableciendo mecanismos para la revisión y adecuación de políticas a nivel sectorial, regional y local.

Centros de salud que disponen de tecnología informática de soporte al sistema de información

Desde 2016 se inició el uso del SEIS en Darién. Actualmente está implementado en: Hospitales de la Palma, El Real y Yaviza. En los CMI de Metetí, Santa Fe, Boca de Cupe (pendiente en Garachine, Jaqué y Sambú). Por la dispersión de la población se da atención médica en algunos subcentros y que cuentan con el SEIS (Canglón, Platanilla, Unión Chocoe en la Comarca Emberá). El Sistema Informático de Administración Logística de Medicamentos e Insumos (SALMI) se está implementando como piloto en el SC de Platanilla.



Fotografía 8



**Instrumento de gestión
Planificación regional
Presupuestación por objetivos,
incentivos, sistemas de
información**

Instrumento de gestión Planificación regional

Rol de la Planificación Regional

La planificación regional se realiza de manera participativa y formal, con reuniones anuales que incluyen a autoridades regionales y locales de salud, donde se utilizan metodologías como FODA para identificar situaciones actuales y trabajar en un plan adecuado. Sin embargo, no existen instalaciones de salud de la CSS, lo que limita la planificación y programación conjunta; aunque hay cierta coordinación entre gerentes regionales, la CSS carece de un proceso de planeación en conjunto.

La población no participa activamente en la planificación local, ya que se toman en cuenta sus opiniones, pero no hay una participación a largo plazo en el proceso de planificación regional de salud, igualmente se esta en comunicación constante con autoridades locales y grupos organizados. Existe un plan quinquenal y un POA Regional que se registra en SIMEPLANS, con seguimiento basado en las prioridades.

Uso del análisis de situación y las prioridades para la elaboración de los mismos.

El análisis de situación que fundamenta la elaboración de planes es poco objetiva dada la premura con la que se da éste proceso atendiendo más a urgencia de entrega que a una verdadera planeación participativa.

Los planes incluyen principalmente al sector salud, no involucran a otros sectores de la sociedad organizada o a entidades públicas o privadas. Previamente al actual documento hay registros de versiones de 2014, 2017 y 2020, disponibles en la página web del MINSA.



Instrumento de gestión Presupuestación por objetivos y resultados

Elaboración de los presupuestos de funcionamiento e inversión con base en los objetivos definidos durante el proceso de planificación

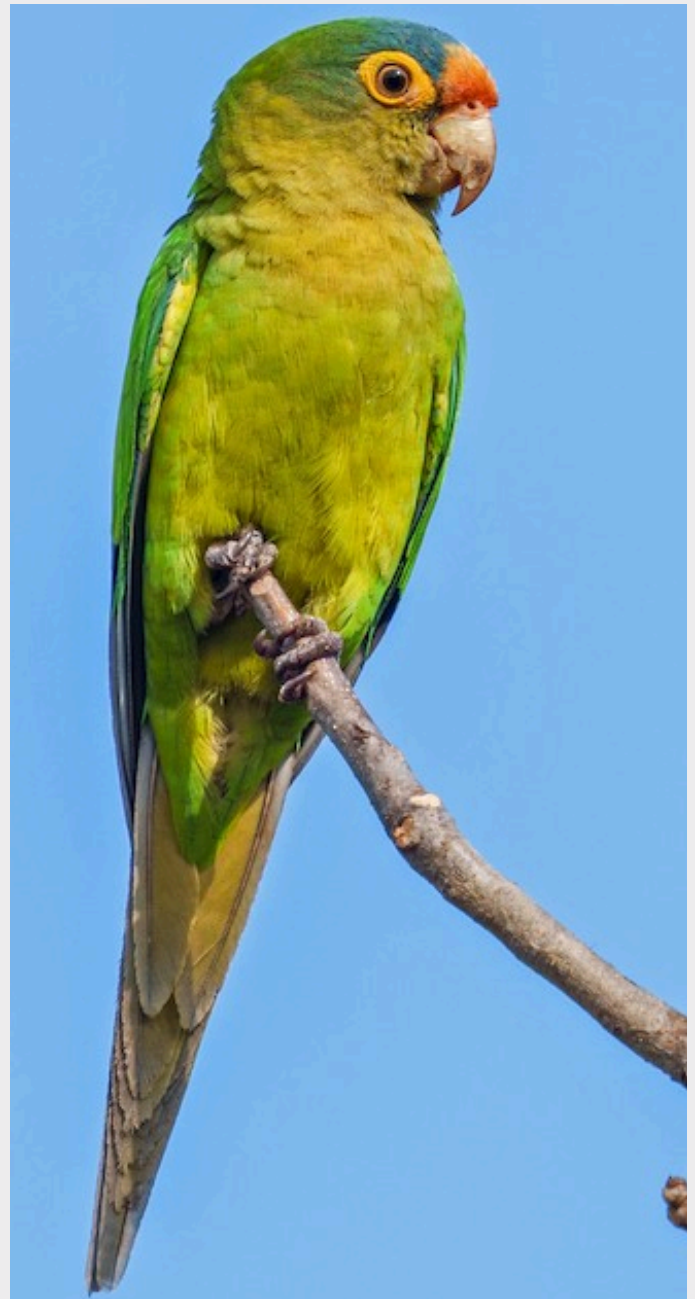
Los presupuestos que se realizan atienden a consecución de elaboraciones históricas, con un grado de objetividad que no cumple con los requisitos que permitirían la construcción de un fundamento real para el proceso de su elaboración.

Se desconoce la distribución del presupuesto asignado a la atención de salud de la población y del ambiente y de las funciones de salud pública, toda vez que no se presupuesta de esta forma. El presupuesto esta basado en inversiones y funcionamiento pero no se hace un análisis a profundidad de lo que se destina a salud pública y al ambiente.

Los directivos locales no están involucrados en la elaboración del anteproyecto de presupuesto dado que no elaboran un diagnóstico situacional, análisis del mismo ni programas operativos. Los administradores y directivos regionales elaboran todo el proceso regional. El seguimiento para la ejecución presupuestaria lo efectúan la dirección regional y la administración. Los niveles locales solicitan los recursos requeridos y son aplicados en función de las prioridades regionales, en cuyo proceso no participan los gerentes locales.

Es menester para éste año involucrar a los directivos locales en la elaboración de sus presupuestos.

Ya se menciona que el presupuesto asignado se da para funcionamiento e inversiones, pero no se ha hecho un análisis que podría darse como tarea pendiente para determinar si realmente hay algún tipo de estratificación por objeto de gasto para ésta rama, que pudiera destinarse a programas específicos como la salud pública.





Instrumento de gestión Incentivos

Evaluación para obtener el bono, y su efectividad para responder a criterios de evaluación del desempeño

De hecho no. Los incentivos se deben aplicar con base a evaluaciones que consideren productividad, eficiencia, eficacia - cumplimiento de metas y objetivos y antigüedad. Esto busca incrementar la relación eficiencia - costo - eficacia.

Incentivos al desempeño del personal sanitario

En sí, el incentivo que se da es de tipo económico y basado en función del actuar administrativo del personal, así como por la antigüedad.

Son infrecuentes las propuestas de actividades académicas que desarrollen a nuestro personal a nivel institucional local.



Bonos introducidos

Los bonos atienden a evaluación con un grado de subjetividad, más que al desempeño y productividad de un funcionario.

Todos los funcionarios en el MINSA tiene el beneficio del bono anual por desempeño, siendo escalonado por categorías y por antigüedad. La antigüedad es factor determinante en el bono, la productividad no.

Instrumento de gestión Incentivos

Impacto de un sistema de incentivos sobre la relación costo beneficio y costo efectividad en los servicios de salud

Los incentivos tiene como finalidad premiar a aquellas personas que durante su trabajo realizan acciones extraordinarias; así como coadyuvar en la motivación del recurso humano.

Un sistema de incentivos bien establecido, con criterios claramente definidos debe impactar en la relación costo-beneficio, mediante el incremento en la eficiencia, en la eficacia y mayor impacto. Consideramos importante adjuntar la medición de productividad.

Igualmente es importante mencionar que los incentivos que fomenten el desarrollo personal, como capacitaciones, son probablemente más beneficiosos que los monetarios.



Instrumento de gestión Sistemas de información

Sistemas de información sobre la situación de salud, vigilancia de la salud, financiamiento, aseguramiento, provisión de servicios, recursos humanos, promoción de la salud, estadísticas sociales y vitales confiables y oportunos.

Entre los proyectos digitales implementados se encuentran:

Sistema de Información de Estadísticas de Salud (SIES), herramienta electrónica para el control de registros de actividades.

SEIS (Sistema electrónico de información de salud). Un expediente clínico único electrónico que sea accesible en las instalaciones de salud donde esté implementado el sistema. Esto facilitará el control y seguimiento de la salud del paciente, incluyendo controles de salud y morbilidad. La implementación de esta plataforma tecnológica buscará proporcionar atención rápida, eficaz y eficiente al paciente

SIREGES. Programa estadístico de los grupos itinerantes (FORIS)

ENTERPRISE (sistema de laboratorio)

SIMEPLANS, Sistema de Monitoreo y Evaluación del Plan Nacional de Salud (Simeplans). Herramienta tecnológica, que tiene como función evidenciar los logros del trabajo que realizan, en este sentido, cada técnico desarrolla en su plan de trabajo lo que ejecuta al año, en el área de su responsabilidad

SISVIG_PLUS, Sistema WEB de vigilancia epidemiológica de Panamá Plataforma de tecnológica para vigilar universalmente todos l



Instrumento de gestión Sistemas de información

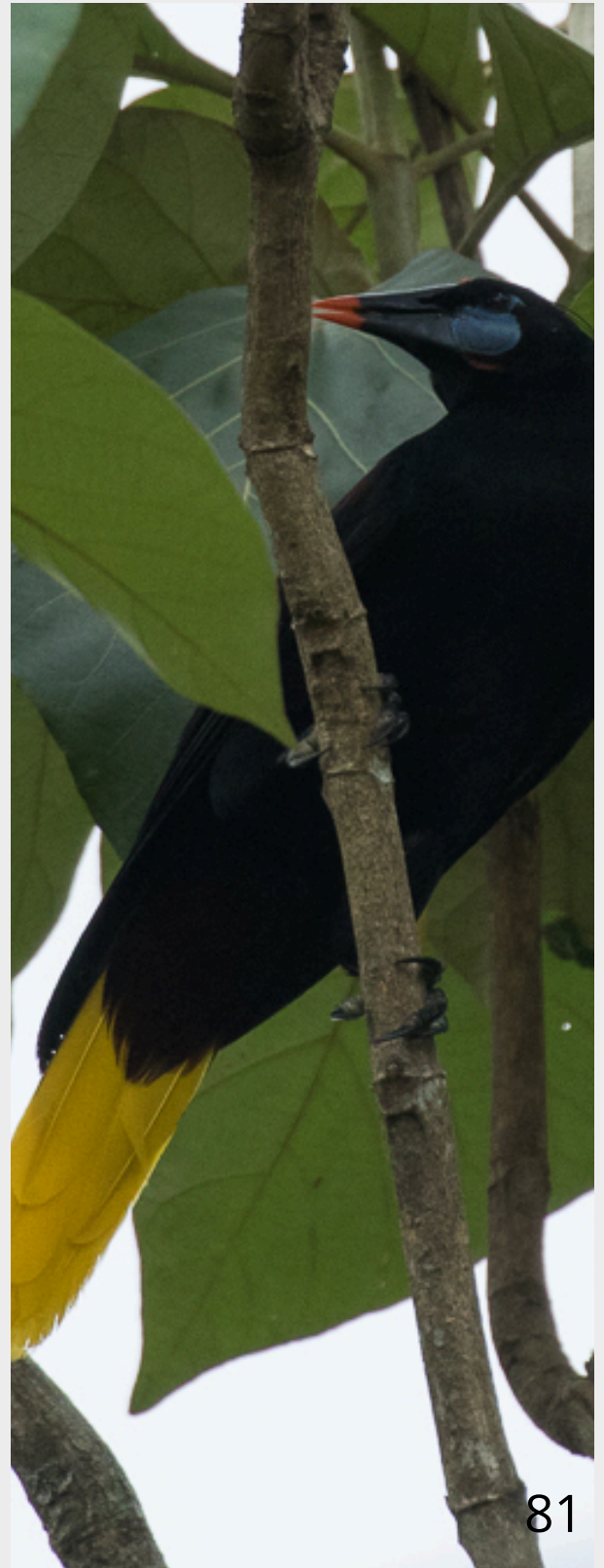
Sistemas de información sobre la situación de salud, vigilancia de la salud, financiamiento, aseguramiento, provisión de servicios, recursos humanos, promoción de la salud, estadísticas sociales y vitales confiables y oportunos.

los eventos contenidos en el artículo 19 del Decreto Ejecutivo No. 1617, según las normas y procedimientos de vigilancia e investigación del Ministerio de Salud.

Software de vacunas del Programa Ampliado de Inmunizaciones.

SALMI, el Sistema para la Administración Logística de Medicamentos e Insumos (SALMI) con apoyo técnico y financiero de Oficina de Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA).

ISTMO. soportada con tecnología de un Sistemas, Aplicaciones y Productos para Procesamiento de Datos (SAP), centraliza en una sola fuente el registro e integra y estandariza los procesos que involucren la gestión financiera; los controles integrados al sistema permiten la evolución de las transacciones dentro de un proceso, de inicio a fin; la automatización de la contabilidad eliminando la discrecionalidad del registro y minimiza la probabilidad de errores mejorando la eficacia en la gestión contable.



Instrumento de gestión Equipamiento y tecnología



Según la información suministrada la Provincia cuenta con 2.08 camas por cada 1000 habitantes, lo que demuestra es una cantidad acorde para la realidad de la provincia.

Esto no cuenta las camas que serán adicionadas (150 para el nuevo hospital regional y 30 para el MINSA CAPSi).

Instalación	Institución/N° de camas		
	Total	MINSA	CSS
N° Total de Camas	156	156	
Hospital San José de La Palma	25	25	
Hospital Manuel Nieto	25	25	
Hospital El Real	18	18	
CMI Santa Fe	23	23	
CMI Metetí	18	18	
CMI Boca de Cupe	13	13	
CMI Garachiné	11	11	
CMI Sambú	14	14	
CMI Jaqué	9	9	
N° de servicios de Imagenología	2	2	
N° de Ultrasonidos	4	4	
N° de Rayos X	1	1	
N° de Periapical			
N° de CAT			
N° de Mamógrafos			
N° de Equipos de RMI			
N° de Laboratorios Clínicos	5	5	
N° de Bancos de Sangre			
N° de Farmacias	14	14	
N° de Instalaciones con sillones odontológicos	11	11	

Resume eporte de los estudios de imágenes

Se da por dos licenciados en radiología (La Palma y Santa Fe), y/o el personal médico, de manera informal. De manera formal se refieren las imagenes de ultrasonido a un especialista en Radiología, con costos adicionales al paciente.



Instrumento de gestión Equipamiento y tecnología



Mecanismos que se utilizan para la entrega efectiva de los resultados a los pacientes

Las solicitudes son por demanda espontánea por lo que se entregan reportes informales de manera inmediata.

Mecanismos que se utilizan para la entrega efectiva de los resultados a los pacientes

No hay presupuesto consignado para este apartado. Las reparaciones y mantenimiento son por el nivel central a través de Biomédica o en casos específicos (Odontología por ejemplo) se puede dar por autogestión.

Porcentaje del personal de mantenimiento cuya formación es meramente empírica.

No se cuenta con personal de mantenimiento en el nivel Regional y desconocemos los perfiles del nivel Central.

Montos del presupuesto destinados a la adquisición de nuevos equipos

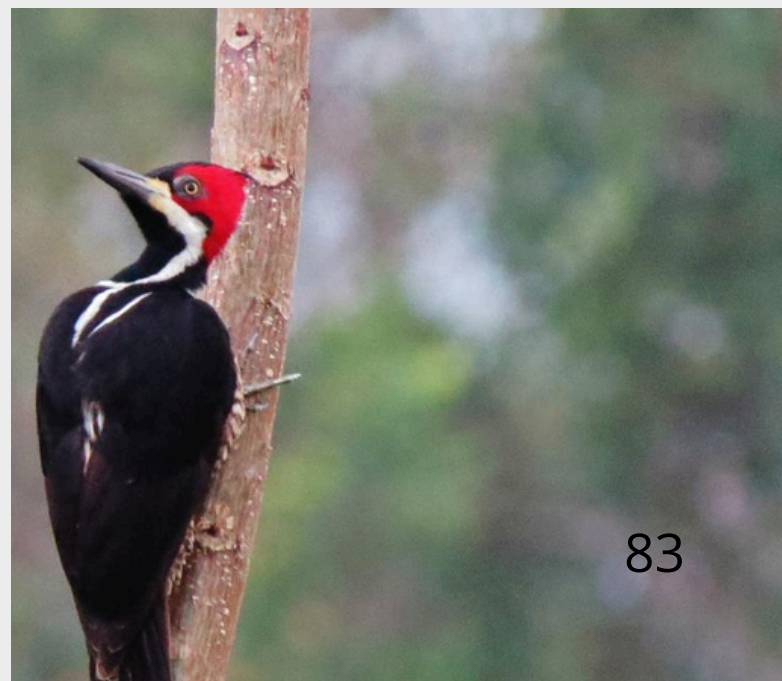
Los montos para la adquisición de equipos están principalmente en la parte Odontológica y de Medico Quirúrgico, y se maneja desde el nivel central.

Criterios con que se prioriza la adquisición de equipos y de nuevas tecnologías.

Básicamente es determinado por la solicitud de necesidades de las instalaciones locales. Las mismas solicitan principalmente a razón de desuso, antigüedad y falta definitiva de funcionamiento de un equipo en particular.

También. se obtienen por disposición del nivel nacional, al enfatizar en algún programa de interés, así como donaciones de organizaciones nacionales e internacionales.

Otro método es la compra a través de los fondos generados por FORIS.



Fotografía 9



**Financiación de los servicios
Compensación de costos,
fuente de financiación,
autogestión, aportes,
presupuesto del Estado**



Financiación de los servicios Compensación de costos

Convenios de compensación de costos de la CSS en la región y en los hospitales

Anteriormente (más de 15 años) para la evaluación de los costos se estuvo utilizando el sistema de compensación Costo 20. Sin embargo el mismo no se llevaba adecuadamente, toda vez que no se realizan los análisis en relación con la producción, rendimiento, recursos y costo.

Como no se hace análisis no se toman decisiones considerando esta información, y no se tiene conocimiento de una compensación real por parte de la Caja de Seguro Social.

Mecanismos que se aplican para el análisis de costos y como se relacionan con la producción y el rendimiento

A nivel local se lleva a cabo facturación del sistema y los informes estadísticos, sin embargo existen fallas en el manejo debido al conocimiento del personal para llevar a cabo los procesos.

El uso de la producción estadística era utilizado como producto para la elaboración del presupuesto pero ha sido principalmente como cumplimiento

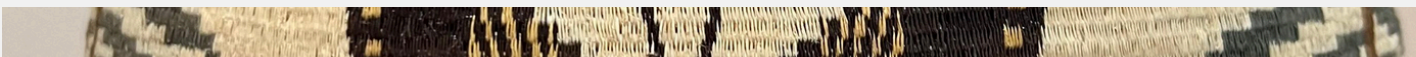
de un requisito con falta de un análisis debido. Actualmente la solicitud de presupuesto se ingresa a una herramienta del Ministerio de Economía y Finanzas (SIPRES web), donde se plasma la justificación para cada objeto de gasto.

Aspectos de la atención sanitaria que determinan sus costos y como influyen la tecnología de punta, las decisiones de diagnóstico y tratamiento de los profesionales en la complejidad de los servicios de salud y duplicidad de los servicios.

Los costos de la atención médica se ven afectados por:

- Infraestructura
- Personal
- Equipamiento
- Medicamentos

En la región de Darién, la falta de tecnología avanzada y la baja complejidad del sistema limitan los servicios. No hay duplicación entre MINSA y CSS. Sin embargo, los costos aumentan debido a la limitada capacidad





Financiación de los servicios Compensación de costos

Tarifas establecidas y su relación a costos reales

Las tarifas no reflejan los costos reales; fueron definidas a nivel central y deben ajustarse según el nivel socioeconómico de las poblaciones en cada una de sus áreas.

Duplicidad de servicios y la compensación de costos

No hay duplicidad de servicios MINSA-CSS, ni MINSA-MINSA, la provincia solo cuenta con una oficina de enlace administrativo de a CSS.





Financiación de los servicios Fuentes, autogestión, aportes

Brechas en gasto total en salud per cápita y gasto público per cápita

Año	Gasto público (Millones de dólares)	Gasto público per cápita (dólares)	Gasto público en Salud (Millones de dólares)	Gasto público en Salud (%)	Gasto público en Salud per cápita (dólares)	Gasto en salud, % del PIB	Brecha entre Gasto público y de Salud per cápita
2023	17,576	3,945					
2022	16,506	3,756					
2021	16,134	3,720	3,484.9	21.6	786	5.38	2,934
2020	15,751	3,681	3,225.8	20.48	737	5.86	2,944
2015	12,105	3,045	2,390.7	19.75	597	4.37	2,448
2010	7,904	2,158	1,532.5	19.39	392	4.86	1,766
2005	4,103	1,224	675.7	16.47	192	3.82	1,032
2000	2,947	969	553.4	18.78	195	4.67	774

Se presentan los datos proporcionados por el Banco Mundial, de lo que se concluye que la brecha ha ido en aumento entre el gasto total en salud en el país y el gasto público per cápita, aunque prácticamente sin diferencias entre 2020 a 2021. En este momento no hay disponibilidad de datos oficiales para 2022 y 2023.

Porcentaje del producto interno destinado al sector salud

El Banco Mundial destaca que Panamá es una de las economías más globalizadas de la región, con un alto gasto en salud como porcentaje del PIB,

sirviendo de modelo para otros países que buscan mejorar la calidad de vida y la productividad. En 2000, el gasto en salud fue del 4.67% del PIB, aumentando al 5.38% en 2021.

La atención sanitaria para funcionamiento e inversiones es dada casi en su totalidad por el presupuesto público, no se puede decir con certeza que grado de influencia tiene la autogestión o las cooperaciones pues no se ha hecho una evaluación de éste tipo

Aportes de la autogestión en la financiación de los servicios sanitarios

La autogestión contribuye a financiar las reparaciones en general, mantenimiento general, el pago deservicios profesionales y la compra de útiles (lanchas, equipo de oficina, piraguas, construcción y otros tipos).

Aportes de los Patronatos y Consejos de Gestión

La estructura sanitaria administrativa de la Región de Darién no tiene este tipo de figura

Financiación de los servicios

Fuentes, autogestión, aportes

Aporte de la atención de salud en función de la capacidad de pago de los usuarios

El copago se recibe en función de la capacidad de las personas, y se acepta el aporte que estas puedan dar.

Sistema de evaluación socioeconómica. Recuperación de costos de acuerdo a los recursos de los usuarios

Se registran los aportes y las deudas, pero no hay una evaluación socioeconómica objetiva, ya que los funcionarios la realizan basándose en sus conocimientos, sin contar con personal capacitado. Además, la administración no analiza el sistema de copago ni su efectividad en la recuperación de costos. Se sugiere modificar este sistema e integrar personal especializado en cada instalación para llevar a cabo las evaluaciones necesarias.

Impacto de las resoluciones y decretos de gratuidad en su presupuesto

El servicio de atención a la salud nunca es gratuito; siempre requiere financiamiento. La noción de "gratuidad" se ha utilizado de manera demagógica, ignorando que la salud pública abarca el bienestar de la población en su totalidad. La atención médica "gratuita" debe brindar condiciones óptimas, incluyendo insumos, medicamentos y diagnósticos adecuados, y es solo un aspecto de la accesibilidad a la salud. También son cruciales otros factores como la educación, vivienda, transporte, barreras lingüísticas y acceso a agua potable.

La salud debe abordarse de manera integral. La gratuidad, tal como la implementan las autoridades, sin planificación y financiamiento adecuados, no garantiza un acceso real y tiende a ser un enfoque limitado. Aunque se eliminó la barrera económica para las consultas, persistieron otros obstáculos, como la falta de personal de salud, infraestructura deficiente y financiamiento insuficiente para insumos y equipos necesarios para diversas pruebas diagnósticas.



Financiación de los servicios Fuentes, autogestión, aportes

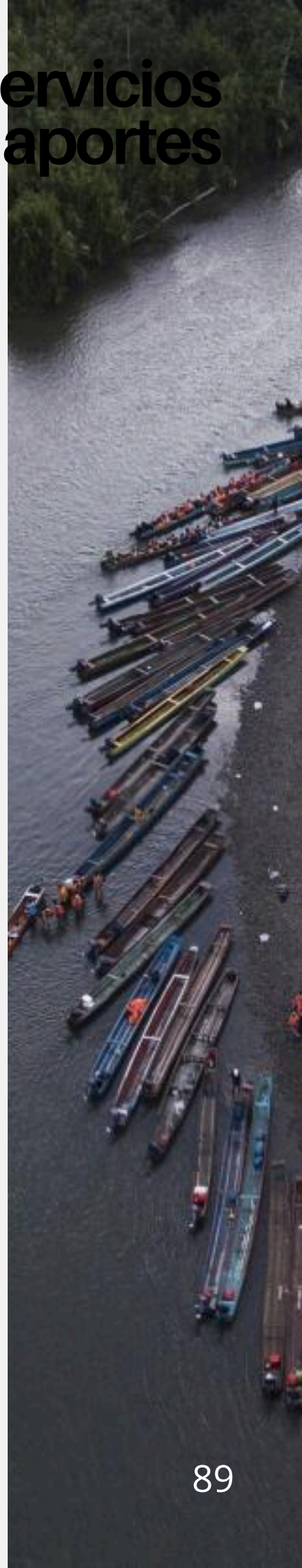
Población subsidiada por el Presupuesto del Estado

Los subsidios del Estado se duplicaron en los últimos 5 años, se invirtió en la Red de Oportunidades, en el programa Ángel Guardián, en 100 a los 70, la Beca Universal y el peso del subsidio eléctrico fue mucho mayor que cualquiera de los anteriores. Los subsidios otorgados el año pasado “representan el 14,5% del total del gasto corriente del Sector Público No Financiero”, reveló el Ministerio de Economía y Finanzas (MEF).

Subsidio como garante de la equidad sanitaria

Los subsidios para la atención de salud son transferencias económicas del Estado a las personas para facilitar su acceso a bienes o servicios de salud que no pueden costear por sí solas. Estos subsidios pueden dirigirse a la demanda o a la oferta de servicios. El subsidio a la demanda permite al consumidor recibir un aporte para elegir libremente la institución de salud, lo que mantiene su poder de negociación. Sin embargo, esto puede generar problemas, ya que los médicos, al ser proveedores, pueden incentivar el sobreconsumo, elevando los costos de salud.

Una desventaja importante es que el paciente no siempre puede elegir el establecimiento que satisfaga sus necesidades, lo que puede llevar a la insatisfacción y a la ineficiencia del sistema. Además, los beneficios son iguales para todos, sin relacionarse con los aportes realizados, lo que fomenta irregularidades como la evasión de cotizaciones de salud. Así, muchos trabajadores independientes con buenos ingresos solo pagan el mínimo legal. Esta situación se complica en la atención institucional, donde los que contribuyen más reciben bonificaciones menores en sus prestaciones médicas.



Financiación de los servicios Fuentes, autogestión, aportes

Subsidio como garante de la equidad sanitaria

Las donaciones en la región suelen ser insignificantes y pueden generar problemas al incluir equipos dañados o medicamentos vencidos. No hay un mecanismo regulatorio para su adquisición. Es esencial establecer normas que regulen las donaciones y se sugiere que MINSA y la entidad donante realicen una evaluación previa de cada donación.

Subsidio como garante de la equidad sanitaria

Actualmente en la provincia se están dando aportes:

Técnico, Consultoría para La Mejora de la Calidad en la Atención Hospitalaria. SIGIL BID MINSA

Financiero, Estrategia de Extensión de Cobertura, BID MINSA

Financiero, Programa de Iniciativa de Salud Mesoamérica 2015. Fundación Carlos Slim - Bill y Belinda Gates. BID.

Técnico, Giras Integrales con el apoyo de la Cruz Roja.

Consideraciones sobre las tarifas actuales del sistema que facilitan la sobreutilización de los servicios de salud y limitan la eficiencia del sistema

Los costos facilitan la sobreutilización de los servicios, ya que las personas que viven en las áreas periféricas a la instalación acuden a buscar servicios fuera de los horarios regulares de atención, provocando sobrecarga igualmente del sistema y sobre desgaste del recurso incluido el humano.

Existencia de información confiable y oportuna sobre gasto público en salud privado y de bolsillo

A nivel macro se puede conocer el flujo de gastos en salud. Sin embargo, no se cuenta con un sistema de medición de cuentas en salud con un grado de especificidad que permita análisis más detalles.



Financiación de los servicios Fuentes, autogestión, aportes

Recursos para la adquisición, contratación y mejoras de las tecnologías de punta

La provincia de Darién no escapa del desarrollo tecnológico, probablemente con más lentitud, sin embargo el presupuesto permite por las dificultades de accesibilidad. La red de internet se ha extendido y se cuenta con la misma en la mayor parte de las instalaciones principales (Hospitales y CMI).

Toma de decisiones en el proceso de gestionar, negociar y modular recursos técnicos financieros de diversas fuentes

Actualmente, el nivel regional elabora un anteproyecto de presupuesto que se envía al nivel central para su consolidación y posterior envío al Ministerio de Economía y Finanzas (MEF). Una vez aprobado por la Asamblea Legislativa y el MEF, regresa al MINSA central y, de allí, se distribuye a la región y al nivel local, que solicita recursos según sus necesidades.

La autonomía regional permite hacer traslados de partidas según lo requerido, aunque hay limitaciones debido a partidas centralizadas, como las de medicamentos y servicios médico-quirúrgicos. La asignación de fondos en la administración se basa en las necesidades detectadas.

Conocimiento de los marcos legales e institucionales y los procedimientos para obtener recursos de la cooperación externa para el sector salud.

La Región de Salud no tiene personal capacitado para este tipo de procedimientos, la cooperación externa viene más enmarcada en directrices del nivel central o motivados por los propios objetivos de estas organizaciones externas.

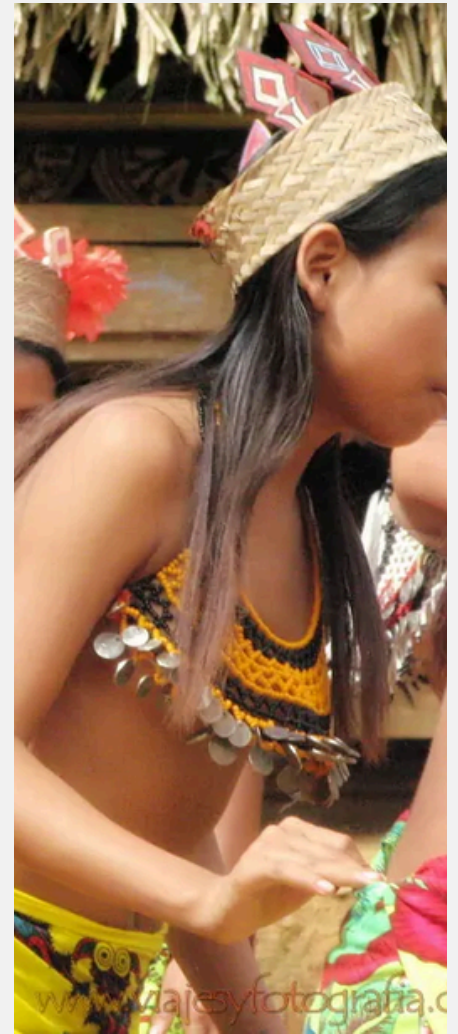


Fotografía 10



Proyectos de inversión
Instalaciones de salud

Proyectos de inversión



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

El sistema de salud panameño está fragmentado, lo que se debe a la segmentación institucional, la segregación poblacional, la debilidad del Ministerio de Salud como autoridad, y a barreras administrativas que limitan los procesos. Existen muchas entidades no integradas que compiten en lugar de colaborar, lo que dificulta la estandarización y genera ineficiencias en el uso de recursos.

Además, hay inequidades significativas en el acceso a servicios de salud entre diferentes grupos poblacionales. Aunque se promueve la atención primaria, el enfoque sigue siendo en el tratamiento de enfermedades agudas. La solución requiere inversión en la integración interinstitucional y operativa, fortaleciendo la rectoría de políticas, fomentando el diálogo social, armonizando financiamientos y alineando la cooperación internacional hacia un sistema centrado en la Atención Primaria de Salud.

Proyectos de inversión



Criterios que deben cumplirse para presentar proyectos de inversión. Criterios presentados por el MEF que presentan dificultad

A continuación, se presentan los proyectos de la Región de Salud de Darién y la Comarca Emberá Wounnan.

La Región de Salud de Darién ha superado las limitaciones que hace 10 años le impedían acceder al banco de proyectos del SISTEMA NACIONAL DE INVERSIONES PÚBLICAS. Esto ha permitido formular y avanzar en proyectos de inversión para 2024 y 2025, con el objetivo de mejorar la red de servicios de salud de manera cualitativa y cuantitativa, logrando así una red integrada e integral de servicios y fortaleciendo la estrategia renovada de atención primaria de salud.

Proyectos de inversión

INSTALACION DE SALUD	NOMBRE DEL PROYECTO	COSTO	FINANCIAMIENTO	OBSERVACIONES SOBRE EL STATUS ACTUAL
Hospital de Yaviza	Mejora a Quirófano del Hospital Manuel A Nieto de Yaviza en el corregimiento de Yaviza, Distrito de Pinogana en la provincia de Darién	B/.198,651.39	UGSAF/MINSA	El proyecto en principio era para la construcción de un área quirúrgica mayor, sin embargo se reevaluó por el nivel nacional y no hay condiciones para la construcción. Se programa para construcción de espacio de cirugías menores
Centro de Salud de Sambú	Estudio, diseño, anteproyecto arquitectónico, desarrollo de planos, especificaciones técnicas, desarrollo de planos, especificaciones técnicas, demolición de las instalaciones de salud existente. Construcción de los centros de salud de Darién - Embera Wounaan Lote 3 Sambú	B/.3,973,609.26	BID	El proyecto terminó en enero sin embargo esta pendiente el equipamiento. Las situaciones menores eléctricas ya fueron resueltas. El BID no financiará la terminación. Se realizó solicitud de fondos a través del SINIP al MEF para tener los recursos para concluir la obra (equipamiento). Pendiente visita de supervisión.
Centro de Salud de Boca de Cupe	Estudio, diseño, anteproyecto arquitectónico, desarrollo de planos, especificaciones técnicas, desarrollo de planos, especificaciones técnicas, demolición de las instalaciones de salud existente. Construcción de los centros de salud de Darién - Embera Wounaan Lote 4 Boca de Cupe	B/.1,260,000.00	BID	El BID no continuará el financiamiento. Obra no iniciada por la empresa en principio asignada
Centro de Salud de Boca de Unión Chocoe	Estudio, diseño, anteproyecto arquitectónico, desarrollo de planos, especificaciones técnicas, desarrollo de planos, especificaciones técnicas, demolición de las instalaciones de salud existente. Construcción de los centros de salud de Darién - Embera Wounaan Lote 2 Unión Chocoe	B/.950,000.00	BID	El BID no continuará el financiamiento. Obra no iniciada por la empresa en principio asignada
Centro de Salud de Lajas Blancas	Estudio, diseño, anteproyecto arquitectónico, desarrollo de planos, especificaciones técnicas, desarrollo de planos, especificaciones técnicas, demolición de las instalaciones de salud existente. Construcción de los centros de salud de Darién - Embera Wounaan Lote 3 Sambú	B/.3,166,814.81	BID	El proyecto esta pendiente en construcción de espacios y equipamiento, el BID no financiará la terminación. Se realizó solicitud de fondos a través del SINIP al MEF para tener los recursos para concluir la obra
Centro de Salud de Arimae en tierras colectivas	Diseño, construcción y equipamiento de los Centros de Salud de Ipetí Emberá, Puerto Lara y Arimae	B/.1,737,283.30	Banco Mundial	Tiene orden de proceder y esta en construcción en avance de más del 40%. Recientemente en preparación de documentación para la licitación del equipamiento
Centro de Salud de Mortí	Diseño, construcción y equipamiento de los Centros de Salud de Mortí	B/.2,226,513.00	Banco Mundial	Proyecto adjudicado. En tareas de organización lideradas por DASI para licitar equipamiento.
Centro de Salud de Puerto Lara	Diseño, construcción y equipamiento de los Centros de Salud de Puerto Lara	B/.2,502,695.50	Banco Mundial	Proyecto adjudicado. En tareas de organización lideradas por DASI para licitar equipamiento.
Centro de Salud de Púcuru	Diseño, construcción y equipamiento de los Centros de Salud de Púcuru	B/.2,903,836.46	Banco Mundial	Proyecto no será financiado
Centro de Salud de Wala	Diseño, construcción y equipamiento de los Centros de Salud de Wala	B/.2,502,695.50	Banco Mundial	Proyecto no será financiado

INSTALACION DE SALUD	NOMBRE DEL PROYECTO	COSTO	FINANCIAMIENTO	OBSERVACIONES SOBRE EL STATUS ACTUAL
Control de Vectores	Estudio diseño desarrollo de planos y construcción del centro de vectores de Metetí	B/.249,495.64	BID/MINSA	Esta pendiente la titulación formal por ANATI del terreno. Este proceso tiene detenido los avances del proyecto
Centro Materno Infantil de Metetí y Hospital Manuel Nieto de Yaviza	Mejoras a Centro Materno Infantil de Metetí y Hospital Manuel Nieto de Yaviza	B/.282,636.75	MINSA (Mejoramiento regional)	En principio adjudicado, luego empresa desistió. Proyecto no va
Hospital de Metetí	Estudio, diseño construcción equipamiento y financiamiento del Hospital de Metetí en la provincia de Darién	B/.163,110,624.00	MINSA	Comenzaron trabajos. ASOCSA es la empresa. Actualmente en limpieza e instalación de modulares de oficina para empresa, contraloría, MINSA
Hospital de El Real de Santamaría	Ampliación del Hospital de El Real de Santamaría	B/.2,368,553.89	MINSA	Empresa con adjudicación RJ Constructor, desistió, está en situación legal para finalizar este contrato. Se debe solicitar nuevamente financiamiento, con elaboración de un proyecto nuevo
MINSA Capsi Santa Fe	Mantenimiento y reparación de la instalación, que incluye sistemas de climatización, limpieza, descontaminación, mantenimiento y reparación de las instalaciones, con reemplazo de techo gypsum, mantenimiento de áreas verdes, reparación de planta de tratamiento y generador eléctrico, limpieza y pintura de tanques de agua.	B/.940,945.66	MINSA	Empresa con adjudicación desistió, está en situación legal para finalizar este contrato. Se debe solicitar nuevamente financiamiento.
Sub centro de Salud de Boca de Trampa	Construcción de Sub Centro de Boca de Trampa	B/.2,921,765.52	Banco Mundial	Alcance técnico entregado a la EGP. Se completó documentación ambiental y social para licitar, sin embargo, en este momento no será financiado por Manco Mundial
Sub Centro de Salud El Coco	Construcción de Sub Centro de El Coco	B/.2,999,015.80	Banco Mundial	Alcance técnico entregado a la EGP. Se completó documentación ambiental y social para licitar, sin embargo, en este momento no será financiado por Manco Mundial
Sub Centro de Salud Alto Playona	Construcción de Sub Centro de Alto Playona	B/.2,999,015.80	Banco Mundial	Alcance técnico entregado a la EGP. Se completó documentación ambiental y social para licitar, sin embargo, en este momento no será financiado por Manco Mundial
Sub Centro de Salud Marragantí	Construcción de Sub Centro de Marragantí	B/.2,999,015.80	Banco Mundial	Alcance técnico entregado a la EGP. Se completó documentación ambiental y social para licitar, sin embargo, en este momento no será financiado por Manco Mundial

Instalaciones de salud

Región de Salud de Darién

LISTADO DE LAS INSTALACIONES DE SALUD DE LA REGION DE DARIEN
65 INSTALACIONES DEL MINISTERIO DE SALUD // 0 INSTALACIONES CSS

ITEM	INSTALACION DE SALUD	DISTRITO	ENTIDAD	STATUS A LA FECHA/POBLACION RESPONSABLE	OBSERVACIONES
SEDE REGIONAL - 1					
1	OFICINA REGIONAL DE DARIEN	CHEPIGANA	MINSA	FUNCIONANDO	
HOSPITALES - 3					
2	HOSPITAL SAN JOSE DE LA PALMA	CHEPIGANA	MINSA	FUNCIONANDO	
3	HOSPITAL EL REAL	PINOGANAN	MINSA	FUNCIONANDO	
4	HOSPITAL YAVIZA (MANUEL NIETO)	PINOGANAN	MINSA	FUNCIONANDO	
CENTRO DE SALUD CON CAMA - 6					
5	C. DE S. GARACHINE	CHEPIGANA	MINSA	FUNCIONANDO	
6	C. DE S. JAQUE	CHEPIGANA	MINSA	FUNCIONANDO	
7	C. DE S. SAMBU	CHEPIGANA	MINSA	FUNCIONANDO	
8	C. DE S. SANTA FE	CHEPIGANA	MINSA	FUNCIONANDO	
9	C. DE S. BOCA DE CUPE	PINOGANAN	MINSA	FUNCIONANDO	
10	C. DE S. METETI	PINOGANAN	MINSA	FUNCIONANDO	
ITEM	INSTALACION DE SALUD	DISTRITO	ENTIDAD	STATUS A LA FECHA/POBLACION RESPONSABLE	OBSERVACIONES
LISTADO DE LAS INSTALACIONES DE SALUD					
CENTRO DE REHABILITACIÓN INTEGRAL - 1					
11	REINTEGRA DARIEN	PINOGANAN	MINSA	FUNCIONANDO	EN USO COMO SALA COVID
SUB CENTROS DE SALUD - 6					
12	S. C. DE S. CHEPIGANA 1/	CHEPIGANA	MINSA	NO ESTA FUNCIONANDO	ESTRUCTURA EN CONDICIONES ACEPTABLES
13	S. C. DE S. TUCUTI	CHEPIGANA	MINSA	FUNCIONANDO	
14	S. C. DE S. CUCUNATI	CHEPIGANA	MINSA	FUNCIONANDO	
15	S. C. DE S. PLATANILLA	CHEPIGANA	MINSA	FUNCIONANDO	
16	S. C. DE S. PINOGANA	PINOGANAN	MINSA	NO FUNCIONANDO	ESTRUCTURAS EN MUY MALAS CONDICIONES
17	S. C. DE S. CANGLON	PINOGANAN	MINSA	FUNCIONANDO	
PUESTO DE SALUD - 29					
18	P. DE S. MOGUE	CHEPIGANA	MINSA	FUNCIONANDO	CON ASISTENTE DE SALUD, ESTRUCTURAS EN MUY MALAS CONDICIONES
19	P. DE S. PUNTA ALEGRE	CHEPIGANA	MINSA	FUNCIONANDO	CON ASISTENTE DE SALUD, ESTRUCTURAS EN MUY MALAS CONDICIONES
20	P. DE S. CAMOGANTI	CHEPIGANA	MINSA	FUNCIONANDO	CON ASISTENTE DE SALUD, ESTRUCTURAS EN MUY MALAS CONDICIONES
21	P. DE S. MAREA	CHEPIGANA	MINSA	FUNCIONANDO	ESTRUCTURA EN BUENAS CONDICIONES
22	P. DE S. CALLE LARGA	CHEPIGANA	MINSA	NO FUNCIONANDO	SIN PERSONAL, ESTRUCTURA DE MADERA
23	P. DE S. RIO DE JESUS	CHEPIGANA	MINSA	FUNCIONANDO	CON ASISTENTE DE SALUD, ESTRUCTURA DE MADERA EN MALAS CONDICIONES
24	P. DE S. BIROQUERA	CHEPIGANA	MINSA	FUNCIONANDO	CON PROMOTOR DE SALUD, ESTRUCTURA EN BUENAS CONDICIONES (REMODELADO POR LA CRUZ ROJA)
25	P. DE S. PLAYA MUERTO	CHEPIGANA	MINSA	FUNCIONANDO	CON ASISTENTE DE SALUD, ESTRUCTURA EN CONDICIONES ACEPTABLES (PROBLEMA EN TECHO POR MURCIELAGOS)
26	P. DE S. PUERTO PIÑA	CHEPIGANA	MINSA	FUNCIONANDO	CON PERSONAL MEDICO, EN MALAS CONDICIONES
27	P. DE S. BARRIALES	CHEPIGANA	MINSA	FUNCIONANDO	CON ASISTENTE DE SALUD, ESTRUCTURA DE CONDICIONES ACEPTABLES
28	P. DE S. RESERVA	CHEPIGANA	MINSA	NO FUNCIONANDO	NO EXISTE

Instalaciones de salud

Región de Salud de Darién

ITEM	INSTALACION DE SALUD	DISTRITO	ENTIDAD	STATUS A LA FECHA/POBLACION RESPONSABLE	
PUESTO DE SALUD					
29	P. DE S. RIO CONGO	CHEPIGANA	MINSA	FUNCIONANDO	CON ASISTENTE DE SALUD, ESTRUCTURA EN MUY MALAS CONDICIONES
30	P. DE S. ARRETI	CHEPIGANA	MINSA	NO FUNCIONANDO	ESTRUCTURA EN BUENAS CONDICIONES
31	P. DE S. RIO IGLESIAS	CHEPIGANA	MINSA	FUNCIONANDO	CON PERSONAL MEDICO, EN BUENAS CONDICIONES
32	P. DE S. QUINTIN	CHEPIGANA	MINSA	FUNCIONANDO	CON ASISTENTE DE SALUD, ESTRUCTURA EN MUY MALAS CONDICIONES
33	P. DE S. SETENGANTI	CHEPIGANA	MINSA	NO FUNCIONANDO	NO EXISTE
34	P. DE S. TAIMATI	CHEPIGANA	MINSA	FUNCIONANDO	CON ASISTENTE DE SALUD, ESTRUCTURA EN MUY MALAS CONDICIONES
35	P. DE S. MANENE	CHEPIGANA	MINSA	FUNCIONANDO	CON ASISTENTE DE SALUD, ESTRUCTURA EN MUY MALAS CONDICIONES
36	P. DE S. TIRAO	CHEPIGANA	MINSA	NO FUNCIONANDO	ESTRUCTURA EN MUY MALAS CONDICIONES
37	P. DE S. BUENA VISTA 1/	CHEPIGANA	MINSA	NO FUNCIONANDO	NO EXISTE
38	P. DE S. TAMARINDO	CHEPIGANA	MINSA	FUNCIONANDO	CON ASISTENTE DE SALUD, ESTRUCTURA DE MADERA EN MALAS CONDICIONES
39	P. DE S. BOCA LARA	CHEPIGANA	MINSA	FUNCIONANDO	CON ASISTENTE DE SALUD, ESTRUCTURA DE MADERA EN MALAS CONDICIONES
40	P. DE S. ARIMAE	CHEPIGANA	MINSA	NO FUNCIONANDO	ESTRUCTURAS EN MUY MALAS CONDICIONES
41	P. DE S. EL BALSAL	PINOGENA	MINSA	FUNCIONANDO	CON ASISTENTE DE SALUD, ESTRUCTURA EN CONDICIONES ACEPTABLES (MEJORADAS POR CRUZ ROJA)
42	P. DE S. PAYA	PINOGENA	MINSA	FUNCIONANDO	CON ASISTENTE DE SALUD, ESTRUCTURA EN CONDICIONES ACEPTABLES
43	P. DE S. PUCURO	PINOGENA	MINSA	NO ESTA FUNCIONANDO	ASISTENTE DE SALUD EN LICENCIA POR PUESTO DE LIBRE ELECCION, ESTRUCTURA EN MUY MALAS CONDICIONES
44	P. DE S. MORTI	PINOGENA	MINSA	FUNCIONANDO	CON ASISTENTE DE SALUD, ESTRUCTURA DE MADERA TIPO TAMBO EN MUY MALAS CONDICIONES
45	P. DE S. WALA	PINOGENA	MINSA	FUNCIONANDO	CON ASISTENTE DE SALUD, ESTRUCTURA DE MADERA TIPO TAMBO EN MUY MALAS CONDICIONES
46	P. DE S. NURRA	PINOGENA	MINSA	FUNCIONANDO	CON ASISTENTE DE SALUD, ESTRUCTURA DE MADERA TIPO TAMBO EN MUY MALAS CONDICIONES



Instalaciones de salud

Comarca Emberá Wounaan

ITEM	INSTALACION DE SALUD	DISTRITO	ENTIDAD	STATUS A LA FECHA/POBLACION RESPONSABLE	
COMARCA EMBERA - 18					
47	S. C. DE S. UNION CHOCOE	CEMACO 3/	MINSA	FUNCIONANDO	CON PERSONAL MEDICO, EN BUENAS CONDICIONES
48	P. DE S. CAPETUIRA	CEMACO 3/	MINSA	FUNCIONANDO	CON ASISTENTE DE SALUD, ESTRUCTURA EN MUY MALAS CONDICIONES
49	P. DE S. VISTA ALEGRE	CEMACO 3/	MINSA	FUNCIONANDO	CON ASISTENTE DE SALUD, ESTRUCTURA EN MUY MALAS CONDICIONES
50	S. C. DE S. LAJAS BLANCA	CEMACO 3/	MINSA	FUNCIONANDO	CON PERSONAL MEDICO, EN PROYECTO PARA CONSTRUCCION NUEVA
51	P. DE S. BAJO CHIQUITO	CEMACO 3/	MINSA	FUNCIONANDO	CON ASISTENTE DE SALUD, ESTRUCTURA EN MUY MALAS CONDICIONES
52	P. DE S. EL SALTO	CEMACO 3/	MINSA	FUNCIONANDO	CON PERSONAL MEDICO, OBRA EN BUEN ESTADO, POR ENTREGAR OFICIALMENTE
53	P. DE S. MARRAGANTI	CEMACO 3/	MINSA	NO FUNCIONANDO	CON ASISTENTE DE SALUD, ESTRUCTURA NO ES APTA
54	P. DE S. CANAAN	CEMACO 3/	MINSA	FUNCIONANDO	CON PERSONAL MEDICO, ES COMUNIDAD DE ASENTAMIENTO DE MIGRANTES, ESTRUCTURA EN MUY MALAS CONDICIONES
55	P. DE S. PEÑA DE BIJAGUAL	CEMACO 3/	MINSA	FUNCIONANDO	CON ASISTENTE DE SALUD, ESTRUCTURA EN MUY MALAS CONDICIONES
56	P. DE S. BELLA AMOR Y CALETA	CEMACO 3/	MINSA	FUNCIONANDO	CON ASISTENTE DE SALUD, ESTRUCTURA EN CONDICIONES ACEPTABLES
57	P. DE S. COMUN	CEMACO 3/	MINSA	FUNCIONANDO	CON ASISTENTE DE SALUD, ESTRUCTURA EN MUY MALAS CONDICIONES
58	P. DE S. COROZAL	CEMACO 3/	MINSA	FUNCIONANDO	CON ASISTENTE DE SALUD, ESTRUCTURA EN MUY MALAS CONDICIONES
59	P. DE S. EL TIGRE	CEMACO 3/	MINSA	FUNCIONANDO	CON ASISTENTE DE SALUD, ESTRUCTURA EN MUY MALAS CONDICIONES
60	P. DE S. PUNTA GRANDE	CEMACO 3/	MINSA	FUNCIONANDO	CON ASISTENTE DE SALUD, ESTRUCTURA EN MUY MALAS CONDICIONES
61	P. DE S. BAYAMON	SAMBU 4/	MINSA	FUNCIONANDO	CON ASISTENTE DE SALUD, ESTRUCTURA EN MUY MALAS CONDICIONES
62	P. DE S. BOCA DE TRAMPA	SAMBU 4/	MINSA	FUNCIONANDO	CON ASISTENTE DE SALUD, ESTRUCTURA EN MUY MALAS CONDICIONES
63	P. DE S. JUNGURUDO	SAMBU 4/	MINSA	FUNCIONANDO	CON ASISTENTE DE SALUD, ESTRUCTURA EN MUY MALAS CONDICIONES
64	P. DE S. PAVARANDO 1/	SAMBU 4/	MINSA	NO FUNCIONANDO	NO EXISTE
65	P. DE S. DE CONDOTO	SAMBU 4/	MINSA	NO FUNCIONANDO	TIENE ESTRUCTURA, NO TIENE PERSONAL



Conclusiones



Conclusiones

La situación de salud en la provincia de Darién y la comarca Emberá-Wounaan es multifacética y presenta una serie de desafíos que requieren atención urgente y enfoques integrales. Entre las causas principales de mortalidad en estas regiones se encuentran las enfermedades del sistema circulatorio, el cáncer y la diabetes. Sin embargo, en la comarca Emberá-Wounaan, las enfermedades infecciosas, particularmente la tuberculosis, siguen siendo una causa significativa de muerte, lo que resalta la necesidad de mantener una vigilancia sanitaria continua y programas robustos de salud pública.

Darién, con su ecosistema tropical y abundante vegetación, es especialmente susceptible a enfermedades vectoriales como el dengue, la malaria y la leishmaniasis. La vigilancia epidemiológica en esta región debe ser fortalecida con recursos adicionales y personal capacitado para prevenir brotes y controlar la propagación de estas enfermedades.

La llegada de migrantes, tanto externos como internos, incluyendo grupos indígenas como los Ngäbe-Buglé que buscan mejores oportunidades laborales, ejerce una presión considerable sobre las infraestructuras y los servicios de salud existentes. Es crucial implementar políticas que aseguren un acceso equitativo a la salud para todos los migrantes, y que los integren efectivamente en los programas de salud comunitaria para afrontar este desafío.

Una de las limitaciones críticas en ambas regiones es la falta de recursos humanos en salud. La carencia de médicos, enfermeras y personal especializado afecta gravemente la capacidad de los servicios de salud para responder adecuadamente a las necesidades de la población y manejar emergencias de salud pública. Es imperativo invertir en la formación y contratación de más personal sanitario.

Las condiciones de la infraestructura de salud también son deficientes. Clínicas y hospitales en mal estado limitan la calidad y el alcance de los servicios de salud. Se requiere una inversión significativa para mejorar estas instalaciones, asegurando que sean adecuadas y estén bien equipadas para proporcionar atención médica de calidad a las comunidades.

Conclusiones

Para abordar eficazmente los problemas de salud en Darién y la comarca Emberá-Wounaan, es esencial adoptar enfoques integrales que consideren tanto las enfermedades crónicas como las infecciosas, con un fuerte énfasis en la prevención y la educación sanitaria. Además, mejorar las infraestructuras y aumentar los recursos humanos en salud es fundamental para proporcionar atención adecuada y reducir las desigualdades en salud.

Las condiciones de vida también deben ser mejoradas, asegurando el acceso a servicios esenciales como educación, agua potable, saneamiento y vivienda adecuada. Estas mejoras son cruciales para reducir la incidencia de enfermedades y mejorar la salud en general. Las estrategias de salud pública deben estar alineadas con estos determinantes sociales para ser efectivas.

Un desafío adicional significativo es la elevada prevalencia de tabaquismo, especialmente en la comarca Emberá-Wounaan, donde los factores culturales y sociales específicos desempeñan un papel crucial. Este alto consumo de tabaco incrementa el riesgo de enfermedades respiratorias, cardiovasculares y diversos tipos de cáncer. Entender y abordar estos factores es fundamental para desarrollar intervenciones efectivas. Es necesario implementar programas educativos y estrategias de prevención culturalmente sensitivas, además de ofrecer programas de apoyo que ayuden a los fumadores a dejar el tabaco.





Recomendaciones

Recomendaciones

Para enfrentar eficazmente la compleja situación de salud en la provincia de Darién y la comarca Emberá-Wounaan, es crucial realizar una planificación estratégica adecuada, junto con una correcta asignación de recursos económicos y presupuestarios.

Primero, es esencial aumentar el presupuesto dedicado a la salud en estas áreas, priorizando las inversiones en la mejora de infraestructuras sanitarias, adquisición de equipos médicos modernos y suministro de medicamentos. Además, crear un fondo de emergencia permitiría responder de manera ágil y efectiva frente a brotes de enfermedades infecciosas y vectoriales.

Debido a su ecosistema tropical, Darién es particularmente vulnerable a enfermedades como el dengue, la malaria y la leishmaniasis. Es crucial fortalecer la vigilancia epidemiológica mediante la asignación de recursos adicionales y la capacitación de personal especializado, para prevenir brotes y controlar la propagación de estas enfermedades.

La llegada de migrantes, extranjeros e internos, incluida la migración de grupos indígenas como los Ngäbe-Buglé en busca de oportunidades laborales, añade presión a las infraestructuras y servicios de salud ya existentes. Es imperativo implementar políticas que aseguren un acceso equitativo a los servicios de salud para todos los migrantes, integrándolos de manera efectiva en los programas comunitarios de salud.

La escasez de recursos humanos en salud en estas regiones es un problema crítico. Es necesaria una inversión considerable en la formación y contratación de médicos, enfermeras y personal especializado para mejorar los servicios de salud.



Recomendaciones

Ofrecer incentivos financieros y beneficios adicionales puede atraer y retener al personal de salud en áreas rurales y desatendidas. Mejorar las condiciones laborales, incluyendo viviendas dignas y medidas de seguridad, es esencial para el bienestar del personal sanitario.

Las deficientes infraestructuras de salud también limitan la calidad y el alcance de los servicios disponibles. Es urgente invertir en la renovación de clínicas y hospitales existentes y construir nuevas instalaciones donde sea necesario, asegurando que estén bien equipadas para proporcionar atención médica de calidad.

Abordar los problemas de salud requiere un enfoque integral que contemple tanto enfermedades crónicas como infecciosas, enfatizando la prevención y la educación sanitaria. Mejorar las infraestructuras y aumentar los recursos humanos en salud son fundamentales para reducir las desigualdades. Las estrategias de salud pública deben estar alineadas con los determinantes sociales, como el acceso a agua potable, saneamiento y vivienda adecuada, para ser efectivas.

Además de estos desafíos, la elevada prevalencia de tabaquismo, especialmente en la comarca Emberá-Wounaan, requiere atención urgente. Es fundamental entender y abordar los factores culturales y sociales que influyen en el alto consumo de tabaco para desarrollar intervenciones efectivas. Implementar programas educativos y estrategias de prevención culturalmente sensibles, además de ofrecer programas de apoyo para ayudar a los fumadores a dejar de fumar, es crucial. También es necesario desarrollar políticas estrictas de control de tabaco, como la prohibición de fumar en lugares públicos, regulación de la publicidad y venta de productos de tabaco, y el incremento de impuestos sobre estos productos.



ANALISIS DE SITUACION DE SALUD



Darién 2024

"El único modo de hacer un gran trabajo es amar lo que haces"

Steve Jobs