



MINISTERIO DE SALUD
REGIÓN DE SALUD COMARCA NGÄBE BUGLÉ
DEPARTAMENTO DE PLANIFICACIÓN DE SALUD

ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD DE LA COMARCA NGÄBE BUGLÉ

NOVIEMBRE 2024



ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD DE LA COMARCA NGÄBE BUGLÉ

DR. JOSÉ STONESTREET V.
DIRECTOR REGIONAL DE SALUD

ELABORADO POR:
DRA. YAISET JOSEPH G.
JEFA REGIONAL DEL DEPARTAMENTO DE PLANIFICACIÓN DE SALUD

APOYO TÉCNICO:
LICDA. ARACELLY DIEZ
JEFA REGIONAL DE REGISTROS DE ESTADÍSTICAS DE SALUD

NOVIEMBRE 2024



CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	3
OBJETIVO GENERAL	4
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	4
ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD	5
1. GENERALIDADES.....	5
2. CARACTERÍSTICAS FÍSICO – GEOGRÁFICAS.....	7
FOTOGRAFÍA N° 1. CARACTERIZACIÓN DEL CONTEXTO	10
1. TENDENCIAS.....	10
2. PROYECCIONES DEL DESARROLLO ECONÓMICO	27
3. IMPACTO DEL CAMBIO CLIMATOLÓGICO.....	35
FOTOGRAFÍA N° 2. DEMANDA Y NECESIDADES DE SERVICIOS	39
1. ASPECTOS DEMOGRÁFICOS.....	39
2. ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS.....	70
3. MORBILIDAD	73
4. MORTALIDAD	75
FOTOGRAFÍA N° 3. CARACTERIZACIÓN DE LA OFERTA	17
1. VIGILANCIA SANITARIA	17
2. ACCESIBILIDAD GEOGRÁFICA	19
3. COMPLEJIDAD DE LA RED	21
4. BOLSONES DE DESPROTEGIDOS.....	38
5. RECURSOS HUMANOS.....	43
6. INSUMOS SANITARIOS	28
FOTOGRAFÍA N° 4. SATISFACCIÓN DEL USUARIO	39
1. LISTA DE ESPERA Y MORA QUIRÚRGICA.....	39
2. HORARIO DE SERVICIOS.....	43
3. MECANISMOS DE MEDICIÓN DE LA SATISFACCIÓN DEL USUARIO	44
4. CONTROL DE CALIDAD.....	46
FOTOGRAFÍA N°5. ACTORES Y RED SOCIAL	50
1. COMITES, ONGS, CLUBES CIVICOS, IGLESIAS, GRUPOS ORGANIZADOS DE TRABAJADORES DE SALUD	50
FOTOGRAFÍA N° 6. PROYECCIÓN DE LA RED	54
1. ADECUACIÓN DE LA OFERTA EN TÉRMINOS DE EQUIPOS BÁSICOS.....	54
2. ADECUACIÓN DE LA CARTERA DE SERVICIOS.....	58

3. AMPLIACIÓN DE COBERTURA	60
FOTOGRAFÍA N° 7: CARACTERIZACIÓN DEL SISTEMA NACIONAL, REGIONAL Y PROYECCIONES	65
1. ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO.....	65
FOTOGRAFÍA N°8: INSTRUMENTOS DE GESTIÓN	75
1. PLANIFICACIÓN REGIONAL Y PROGRAMACIÓN LOCAL	75
2. PRESUPUESTACION POR OBJETIVO	78
3. INCENTIVOS.....	81
4. SISTEMA DE ABASTECIMIENTO Y SUMINISTRO.....	82
5. SISTEMA DE INFORMACIÓN EN SALUD	88
6. EQUIPAMIENTO Y TECNOLOGÍA.....	90
FOTOGRAFÍA N°9. FINANCIACIÓN DE LOS SERVICIOS.....	94
1. COMPENSACIÓN DE COSTOS	94
2. FUENTES DE FINANCIACIÓN	96
FOTOGRAFÍA N°10. PROYECTOS DE INVERSIÓN	102
ANEXOS	107
ANEXO 1: RESUMEN DE AVANCES EN LOS INDICADORES DEL OBJETIVO DE DESARROLLO SOSTENIBLE 3	108
ANEXO 2: ACCESIBILIDAD A LAS COMUNIDADES.....	119
ANEXO 3: ASIGNACIÓN Y EJECUCIÓN PRESUPUESTARIA 2019- 2024.....	124
REFERENCIAS	125

INTRODUCCIÓN

El Análisis de Situación de Salud es una herramienta importante para identificar y priorizar el abordaje de los problemas de salud de las comunidades y desarrollar acciones concretas para resolver estos problemas. Este análisis nos permite implementar nuevas estrategias y redefinir las existentes para alcanzar las metas programadas de acuerdo a las situaciones priorizadas.

En el presente documento se actualiza el análisis de situación de salud de la Comarca Ngäbe Bugle incorporando parte del evento climático del pasado noviembre 2024. En esta actualización se desarrollaron tareas de organización y coordinación conjunta con otras entidades gubernamentales, autoridades tradicionales, líderes comunitarios, empresas privadas; de manera de seguir el orden de los procesos dictados por el Ministerio de Salud y consolidados en nuestro Plan Operativo Regional.

La Comarca Ngabe Bugle presenta una geografía de difícil y muy difícil acceso por lo cual se requiere de un mayor esfuerzo y recursos para alcanzar las mismas metas que en otras regiones de salud, es por ello que el ASIS actualizado apoyará en reorientar las intervenciones y gestionar fuentes de financiamiento que permitan mejorar la calidad de los servicios de salud ofertados.

OBJETIVO GENERAL

Contar con un análisis de la información actual sobre el comportamiento del proceso salud enfermedad y su impacto en la población Ngãbe Buglé, para la toma de decisiones y la evaluación de la actuación.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Brindar información actualizada y basada en evidencias científicas para la toma de decisiones de forma oportuna.
- Implementar estrategias e intervenciones para mejorar los resultados en la situación de salud encontrada.
- Reorientar la oferta de servicios de salud con enfoque integral, intercultural hacia el individuo, la familia, la comunidad y el ambiente.

ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD

1. GENERALIDADES

La Comarca Ngäbe Buglé fue creada mediante Ley N° 10 del 7 de marzo de 1997 a partir de las provincias de Chiriquí, Bocas del Toro y Veraguas; posee una extensión territorial de 6,968 km² con una población de responsabilidad de 247,990 habitantes y una densidad de población de 35.6 habitantes por km², cuya capital es Llano Tugrí o Büabiti ubicada en el distrito de Müna.

Localizada en el área Nor Oriental de la República de Panamá, limita al Norte con el Mar Caribe, al Sur con las Provincias de Chiriquí y Veraguas, al Este con la Provincia de Veraguas y al Oeste con las Provincias de Bocas del Toro y Chiriquí.

A través del Decreto Ejecutivo N° 194 de 25 de agosto de 1999 “ Por el cual se adopta la Carta Orgánica Administrativa de la Comarca Ngäbe Buglé”, se reconoce el derecho a la autonomía indígena y autogestión del pueblo Ngäbe Buglé en colaboración con las entidades gubernamentales que se instituyan en esta comarca manteniendo la forma y cosmovisión de la vida cultural y el equilibrio del ambiente, la biodiversidad en que se desarrolla este pueblo. En la misma se establece la división política interna para su función administrativa en tres grandes regiones: Ñökribo, Nedrini y Ködri.

- **Ñö Kribo:** Distritos de Kankintú, Kusapín y Bledeshia, Jirondai.
- **Nedrini:** Distritos de Besikó, Mironó y Nole Duima.
- **Ködri:** Distritos de Müna y Ñürüm.

Dentro del territorio también existen áreas anexas, islas y otros lugares. El régimen de propiedad de la tierra es la “propiedad colectiva”, es por ello que se prohíbe la apropiación privada; el modo de transmisión de uso y goce de la propiedad esta regido bajo la figura de derecho posesorio individual o familiar que

se hereda de padre a hijos, es decir, se hereda el uso y goce de la tierra más no la propiedad debido a su carácter de propiedad colectiva. Debido a este régimen de propiedad colectiva; las entidades públicas que requieran la adjudicación de terrenos para la ejecución de obras públicas o privadas de carácter social deben ser aprobados por el Congreso General, los Congresos Regionales y Locales, con esta aprobación el manejo administrativo de las tierras queda a cargo de la autoridad correspondiente.

El arrendamiento de tierras entre pobladores ngäbes y no ngäbes está prohibido, sin embargo, entre miembros de la comarca se puede efectuar el mismo.

En cuanto a las autoridades tradicionales el Congreso General es el máximo organismo normativo y de expresión étnica y cultural de este pueblo, está constituido por autoridades tradicionales, dirigentes y delegaciones con debida acreditación y se convocan cada cinco años. En el año 2013 el Tribunal Electoral convoca y organiza las primeras elecciones de autoridades tradicionales.

El Congreso General tiene quince comisiones donde abordan los temas de Educación y Cultura, Recursos Naturales, Presupuesto, Salud, Obras Públicas, Vivienda, Transporte Terrestre, Marítimo y Aéreo, Turismo, Derecho de autor, Menor y la familia, Derechos Humanos, Asuntos Laborales, Producción y Mercadeo, Asuntos Legales, Asuntos Internacionales.

La estructura organizativa la encabeza el o la Cacique General y el Congreso General Ngabe Bugle y Campesino, tres Congresos Regionales y actualmente 9 Congresos Locales que se corresponden con los distritos político administrativos vigentes. Se eligen tres caciques regionales, nueve caciques locales y 384 delegados al Congreso General cumpliendo con la paridad de género donde 50% de los delegados deben ser del sexo femenino y 50% masculino.

Se reconocen a los Sukias como agentes que prestan servicios de medicina tradicional; la Carta Orgánica los faculta para pronosticar, diagnosticar enfermedad y recetar medicina tradicional.

Mediante Ley N° 33 del 10 de mayo 2012, se crean dos distritos y 6 corregimientos estando vigentes en la actualidad un total de 9 distritos político administrativos y 70 corregimientos. Los mismos mantienen la elección de autoridades oficiales: Gobernador, Alcaldes y Representantes.

Mapa 1. División política y tradicional de la Comarca Ngäbe Buglé.

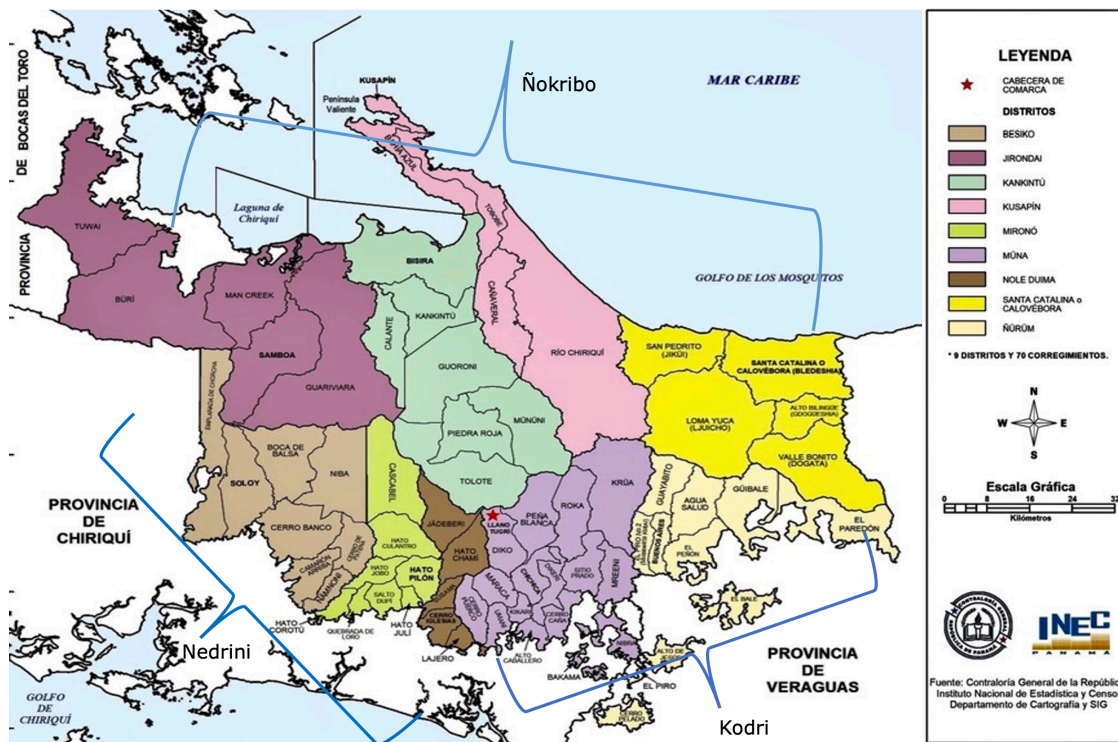


Imagen: Adaptado del INEC.

2. CARACTERÍSTICAS FÍSICO – GEOGRÁFICAS

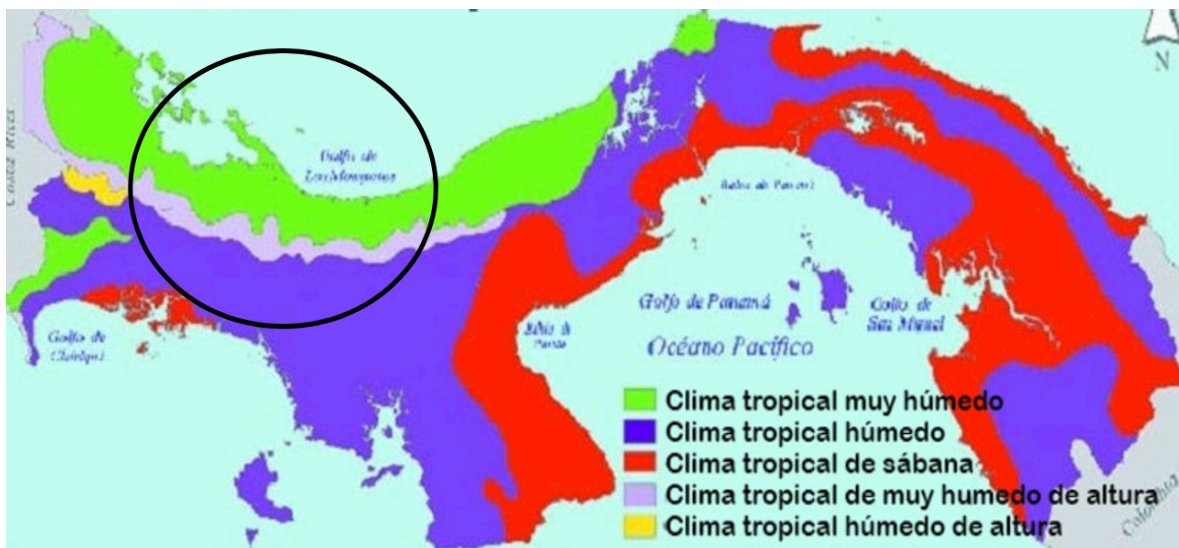
La formación morfológica y geológica de la extensión territorial de la Comarca Ngäbe Buglé corresponde a un origen volcánico en el 90 por ciento, destacándose de ella la Cordillera Central cuyo punto más alto, Cerro Santiago, supera los 1,600 metros.

Predominan tres tipos fundamentales de clima en el área: Clima Tropical muy Húmedo, Clima Tropical muy húmedo de Altura y el Tropical Húmedo. La característica principal de estos climas es su abundante precipitación que varía en un rango de 1,200 a 5,000 mm anuales.

Las cuencas hidrográficas más importantes las conforman los ríos: Calovébora, Chiriquí, Cricamola, Guariviara, Guarumo, Fonseca, San Félix, Tabasará, Viguí y Cobre.

Existen dos tipos de vegetación compuestas por un área boscosa con intervención humana, en la Vertiente del Caribe; y otra área deforestada con vegetación secundaria, sabanas antropogénicas mantenida por el fuego y pastos naturales, en la vertiente del Pacífico.

Mapa 2. Clima de Panamá por provincia y comarca, según clasificación de Köppen.



Fuente: Escuela de Mapa. URL: escuelademapa.com

Mapa 3. Hidrografía de la Comarca Ngabe Bugle.



Fuente: Google map. Escuela de Mapa. URL: escuelademapamapa.com



FOTOGRAFÍA N° 1. CARACTERIZACIÓN DEL CONTEXTO

1. TENDENCIAS

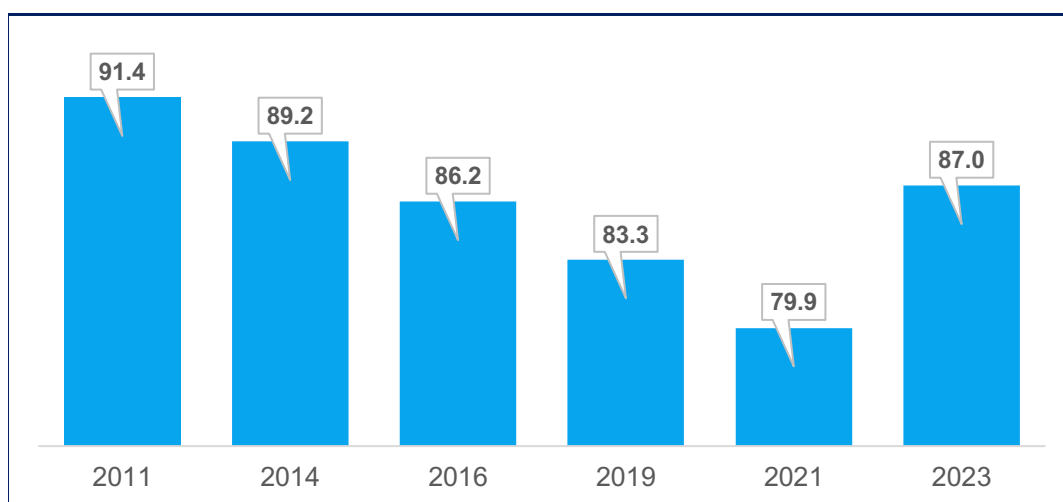
La situación de salud y el desempeño del sistema en esta región persiste con afectación debido a los altos niveles de pobreza, el desempleo, los bajos niveles de escolaridad, la inclusión y violencia de género, la escases de servicios básicos y de comunicación, las creencias y tradiciones propias de la cultura.

PRINCIPALES PROBLEMAS SOCIOECONÓMICOS

POBREZA

En esta comarca la evolución de la pobreza general marcaba tendencia a la disminución; la pandemia por la COVID-19 aceleró la disminución en 2019 debido a los apoyos económicos como el vale digital, que mejoraron para ese año los niveles de indigencia o pobreza extrema; además se continuaron entregando los subsidios económicos de la Red de Oportunidades, SENAPAN, Ángel Guardian, 120 a los 65 y PASE- U.

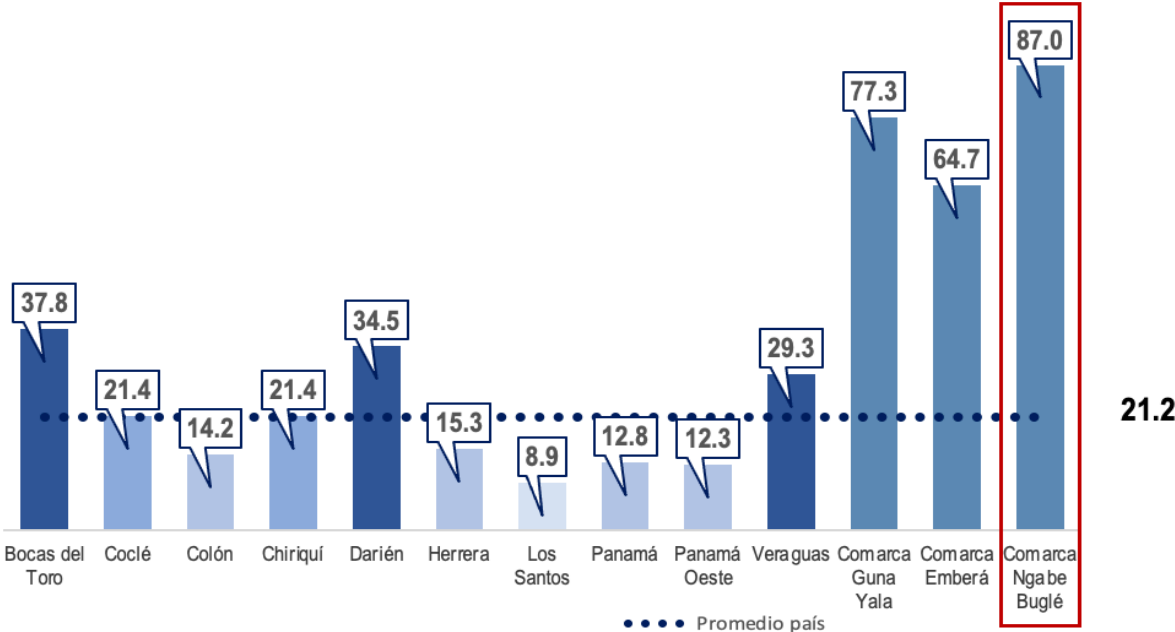
Gráfico1. Porcentaje de pobreza general en la Comarca Ngäbe Buglé, 2011- 2023.



Fuente: Elaboración propia. Datos del Informe de Gestión del MIDES 2019- 2024 y Estadísticas vitales Volúmen III INEC.

Al suspender los apoyos post pandemia, hubo un notable aumento de la pobreza general entre 2022 y 2023 (5.5 puntos porcentuales). El porcentaje real en 2021 de la pobreza general fue de 79.9%, sin programas sociales, ni bono solidario el nivel de pobreza general en esta apartada zona alcanzaría 87.4% según estimaciones. Básicamente los aportes del Estado retrasaron el aumento de los niveles de pobreza durante la pandemia, ya que posterior a la misma, para el año 2023 la tasa de pobreza general fue de 87.0%, mientras que a nivel nacional el promedio de país fue de 21.2% (Gráfico 2), presentando para la pobreza extrema también valores elevados con 63.3% (Gráfico 3); estimando a la población que vive en pobreza extrema en unas 149,933 personas y 206,721 personas en pobreza general lo que representa el 34.4% y 20.9% del total de pobres en el país respectivamente.

Gráfico 2. Niveles de pobreza general por provincia y comarca. Año 2023.



Fuente: Elaboración propia con datos de Encuesta de Hogares 2022 y 2023. Ministerio de Economía y Finanzas.

EMPLEO

En cuanto a la condición de empleo, la población en edad económicamente activa en esta región del país para el año 2024 fue de 148,918 personas de las cuales 96,043 personas (64.4 %) fue población económicamente activa, esto representa el 38.7 % del total de la población para este año. De esta población económicamente activa los hombres presentaron el mayor porcentaje con 53.3 % (51,184); Por otro lado el 97.6 % (93,730 personas) fue población ocupada y 2.4 % (2,313 personas) fue población desocupada. Con referencia al desempleo abierto este se presentó en un 1.8 % (1,752 personas) las cuales no tenían ocupación o trabajo, no estaban buscando trabajo, pero habían buscado el mes anterior; mientras que el 0.58 % (561 personas) presentó desempleo oculto lo que indica que no buscaba empleo, no realizaron gestiones concretas para conseguirlo y tampoco estaban disponibles para trabajar. Por otro lado, la población no económicamente activa representó el 32.7 % (31,416 personas) que no trabajan y no buscan empleo.

Como antecedente es clave mencionar que para el año 2023 la población en edad económicamente activa aumentó 4.2%, de este aumento el 3.2 % (4,606 personas) se encontraba ocupada en tanto el porcentaje de desocupación pasó de 1.4 % en el 2022 a 2.3 % en el 2023, mientras que a nivel nacional el país experimentó un aumento en la población económicamente activa (62.4%) y una importante disminución en el porcentaje de desocupación de 9.9% en 2022 a 7.4% en el 2023 (2.5 puntos porcentuales).

El promedio de años aprobados en la población ocupada no agrícola a nivel nacional fue de 11.8, encontrando a la Comarca Ngäbe Buglé dentro de las regiones del país con menor número de años aprobados con 7.3, los hombres presentaron un promedio de 9 años aprobados mientras que las mujeres presentaron 6.0; la principal actividad a la que se dedican las personas ocupadas es la industria manufacturera para el caso de ambos sexos. A nivel nacional la principal actividad fue la construcción.

La mediana del salario mensual a nivel nacional es de B/ 735.40, para el área

urbana del país la mediana es de B/ 769.10 mientras para las áreas rurales es de B/ 521.50; en la Comarca Ngabe Bugle en agosto 2023 la encuesta de propósitos múltiples reveló una mediana de salario mensual de B/310.80.

MIGRACIONES

Las migraciones conocidas como la ruta del café siguen presentándose en un 4.8 %, revelando una importante disminución, lo que indica entre otros aspectos, que las familias realizan menos movimientos migratorios tanto internos como externos en busca de empleo, principalmente debido a los beneficios otorgados por las Transferencias Monetarias Condicionadas del Estado que durante el período 2019- 2024 ascendieron a un monto de B/ 115,489,980.00 beneficiando a 28,461 personas en esta comarca.

EDUCACIÓN

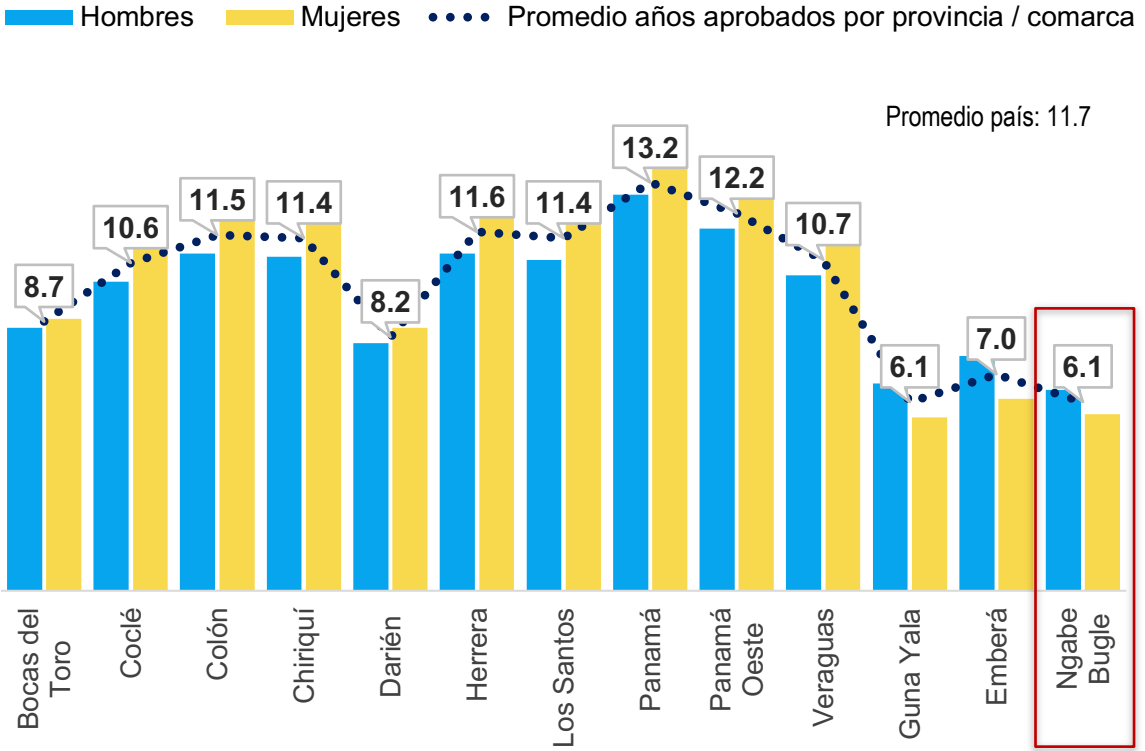
En cuanto a educación la tasa de analfabetismo para el año 2023 en Ngäbe Buglé fue de 19.4%, siendo la tasa nacional de 3.7%, lo que muestra una brecha de 15.7 puntos porcentuales. El distrito de Kankintú presenta el mayor porcentaje de analfabetismo con 31.9% seguido del distrito de Santa Catalina con 27.9% y Jirondai con 23.7%. De acuerdo al sexo las mujeres presentan el mayor porcentaje de analfabetismo con 67.5%, es decir que de cada 100 personas analfabetas 67 son mujeres.

Cabe resaltar que esta comarca ha experimentado un notable descenso en el porcentaje de analfabetismo pasando de 30.8% en el año 2010 a 19.4% en el 2023, lo que indica que en 13 años se ha disminuido 11.4 puntos porcentuales con respecto a este indicador.

El promedio de años de estudios aprobados o nivel de escolaridad es de 6.1 años, mientras que el promedio nacional es de 11.7 años, observando una brecha de 5.6 años de estudios aprobados. Dentro de la población de 4 años y más de edad de

la Comarca Ngäbe Buglé prevalece el nivel de instrucción de algún grado de primaria con 40.5% seguido de algún grado de secundaria con 29.4% y 22.7% sin grado aprobado. Se destacan los distritos de Müna, Ñürüm y Nole Duima con el mayor número de años de instrucción con 6.9, 6.9 y 6.8 años respectivamente, mientras que los distritos de Santa Catalina, Kankintú y Jirondai presentan el menor número de años de nivel de instrucción (5.3, 5.1 y 4.8 años) lo que corresponde con el mayor porcentaje de analfabetismo encontrado en estos sectores. (INEC Volumen II Características Generales y Educativas los censos)

Gráfico 3. Promedio de años aprobados por provincia y comarca en la República de Panamá según sexo. Año 2023.



Fuente: Elaboración propia. Datos del Volumen II Características Generales y Educativas. INEC.

El porcentaje de personas de 25 años y más de edad con algún grado de estudios superiores fue de 6.3% en el 2023 reflejando un aumento de 4.2 puntos porcentuales con respecto al 2018 (2.1%); A nivel nacional este porcentaje paso de 22.9% en el 2018 a 29.4% en el 2023 notando un aumento de 6.5 puntos porcentuales; a pesar de este avance, la Comarca Ngäbe Buglé se encuentra entre las áreas del país con los más bajos niveles de este tipo de estudios.

PRINCIPALES PROBLEMAS CULTURALES

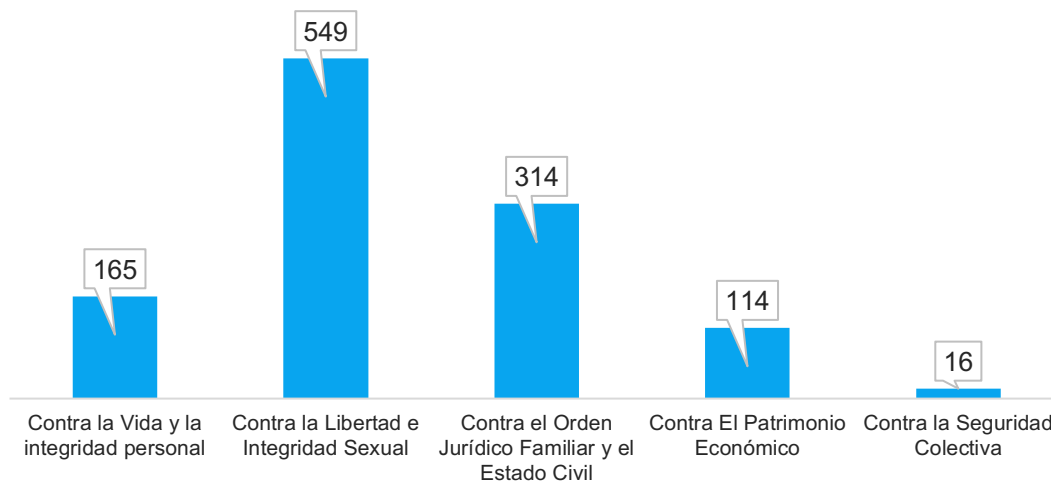
CREENCIAS Y TRADICIONES

Las creencias y tradiciones religiosas afectan la calidad de vida, siendo la religión mamatata propia del Ngabe y de predominio hacia las áreas de cordillera central, cuyos adeptos no aceptan medicina moderna incluyendo actividades preventivas como la inmunización y atención de control de salud; su ubicación esta bien definida formando parte de la población desprotegida del área de muy difícil acceso geográfico donde la vigilancia epidemiológica documenta brotes de enfermedades inmunoprevenibles.

VIOLENCIA Y SEGURIDAD

Los delitos de mayor incidencia en la Comarca Ngäbe Buglé entre los años 2019 a 2024 fueron los delitos contra la vida y la integridad personal, delitos contra la libertad e integridad sexual, delitos contra el orden jurídico familiar y el estado civil, delitos contra el Patrimonio económico y los delitos contra la seguridad colectiva en menor grado.

Gráfico 4. Delitos de mayor incidencia en la Comarca Ngäbe Buglé. Año 2022.



Fuente: Informe de Criminalidad 2022. Ministerio de Seguridad Pública.

En cuanto a los delitos contra la vida y la integridad personal para el año 2022 se presentó una tasa de 2.54 homicidios dolosos por cada 100,000 habitantes; para el año 2023 se registraron 8 homicidios dolosos de los cuales 5 se dieron en el distrito de Kusapín. (Delitos de Alto Impacto, SIEC Ministerio de Seguridad 2019-2024).

Los femicidios en el año 2021 fueron 4, mientras que en el 2022 se reportaron 2. Por otro lado en este orden de delitos para el año 2022 se presentaron 88 casos de Lesiones personales.

Los delitos contra la libertad e integridad sexual siguen siendo los de mayor predominio; La violencia de género constituye uno de los principales problemas que afectan la salud familiar y comunitaria. Según el Ministerio de Seguridad Pública del 2019 al 2024 se han presentado 1,384 casos de violaciones sexuales siendo el distrito de Besikó donde mayor número de reportes se registran con 309 casos.

Para el año 2023 el reporte de embarazos en adolescentes de 10 a 14 años fue de 101, mientras que de 15 a 19 años se reportaron 1,681 embarazadas

correspondiendo al 34.4% del total de embarazos para ese año. Cabe destacar que los reportes han mejorado y por ende las estadísticas están más cercanas a la realidad, pues sigue existiendo un importante subregistro del dato ya que la captura del dato se da al momento en que la adolescente acude a los servicios de salud. Este importante número de embarazadas en edad de la adolescencia puede deberse a prácticas culturales que consideran que al llegar a la pubertad las niñas son consideradas aptas para iniciar su vida sexual. La población Ngäbe Buglé practica la monogamia, sin embargo, es aceptada la poligamia en donde un hombre tiene la libertad de vivir con el número de mujeres que pueda sostener según lo establecido en la Carta Orgánica que regula las leyes tradicionales dentro de territorio comarcal, lo cierto es que podemos encontrar en una misma vivienda mujeres de la misma línea consanguínea (hermanas, madre e hijas) con descendencia del mismo hombre viviendo en condiciones de precariedad sobretodo en los lugares más alejados o de muy difícil acceso. Además esta misma práctica unida a la migración son factores que influyen en el aumento de enfermedades de transmisión sexual.

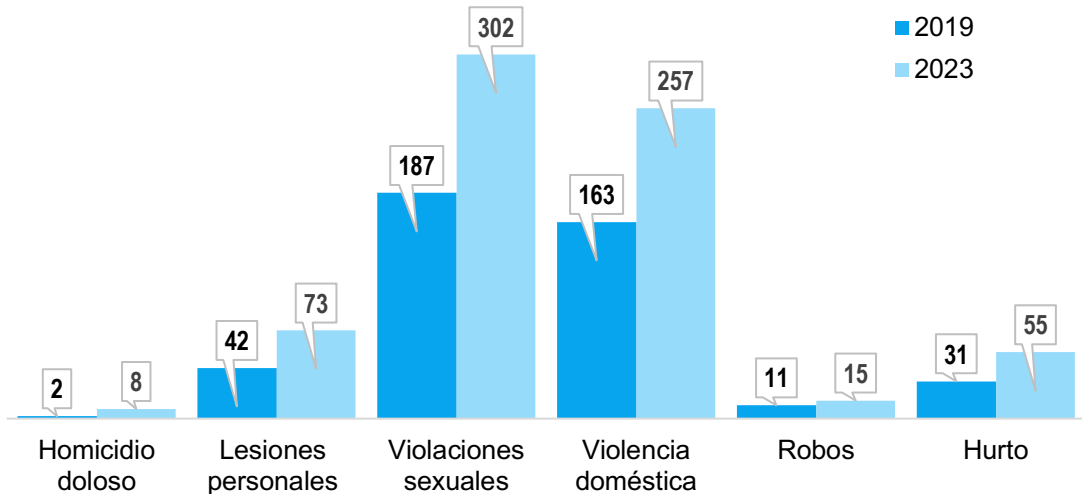
En el año 2022 se reportaron 314 casos de delitos contra el orden jurídico familiar y el estado civil, de los cuales 246 (78.3%) fueron relacionados a violencia doméstica. Para los delitos contra el Patrimonio Económico el Hurto fue el de mayor relevancia con 56 casos reportados, sin embargo, es importante señalar que se presentaron casos de robos (17casos), estafa y otros fraudes (4 casos), apropiación indebida (6 casos) y daños (21casos), delitos que anteriormente no se reportaban en esta comarca.

Existen reportes de delitos contra la seguridad colectiva aunque en menor proporción, se presentan casos de posesión simple de drogas (1 caso) y posesión de armas (13 casos). Es de total relevancia señalar que se están registrando casos de delitos contra la administración pública en donde sobresalen los casos de abuso de autoridad del servidor público (13 casos en 2022); delitos contra la fé pública en falsificación de documentos públicos y falsificación o alteración de pasaporte o cédula con un caso cada uno; Para los delitos contra la administración

de justicia el delito de quebrantamiento de sanciones es el más reportado con 10 casos. También se presentaron delitos contra el ambiente y ordenamiento territorial donde sobresalen los delitos contra los recursos naturales (2 casos) y los delitos contra animales domésticos (4 casos). Entre las incidencias comunitarias más reportadas se encuentran la agresión física, alteración de la convivencia pacífica y libar licor en la vía pública.

Podemos ver un aumento en los delitos de alto impacto, principalmente debido a que se reportan los casos en comparación con los últimos 10 años en donde no se tenían datos o registro para la Comarca Ngäbe Buglé.

Gráfico 5. Delitos de Alto Impacto en la Comarca Ngäbe Buglé. Años 2019 y 2023.



Fuente: Informe de Delitos de Alto Impacto 2019- 2024, Comarca Ngäbe Buglé. Ministerio de Seguridad Pública.

ASPECTOS QUE INTERFIEREN EN EL DESARROLLO DE LOS PROCESOS REGIONALES

A pesar de contar con un presupuesto insuficiente para las necesidades, su descentralización ha mejorado la adquisición de insumos y otros materiales en los períodos en los que se ha realizado contribuyendo a mantener los abastecimientos dentro del rango óptimo. Entre los aspectos que favorecen y/o afectan el

desarrollo de los procesos en el Ministerio de Salud a nivel regional se puede mencionar la creciente descentralización del presupuesto de funcionamiento y parte del presupuesto de inversión, nos hemos quedado rezagados en la contratación de recurso humano en general y recurso humano con las competencias para el desempeño de labores específicas principalmente las de perfil administrativo. Se mantiene la limitante para el desarrollo de las actividades programadas con énfasis en las áreas de infraestructura de salud, equipamiento, medicamento y otros insumos sanitario, que si bien es cierto, es ventajoso para el país y el sector salud realizar compras conjuntas con las que se abaratan los costos, no podemos perder de vista los tiempos de entrega de los insumos y sus fechas de vencimiento menor a 6 meses que violenta la normativa vigente y trastoca la disponibilidad asegurada de estos insumos. Esto se traduce en desabastecimiento de insumos afectando la calidad de los servicios de salud, aumentando las complicaciones de patologías crónicas cuyo resultado es el aumento del gasto en salud y banca rota en los hogares por aumento del gasto de bolsillo y gasto catastrófico en salud. La descentralización de presupuesto es limitada dependiendo de las decisiones del nivel central, en lo que respecta al tema de mantenimiento de infraestructuras de salud cuyos montos aprobados se manejan desde el nivel nacional por la correspondiente Dirección, la región no cuenta con el recurso humano para realizar las tareas a gran escala, pero existen evidencias de que personal para la sección de mantenimiento y arquitectura en el Departamento de Infraestructura de salud a contribuido a mejorar el estado físico de las instalaciones de salud y otros edificios ocupados por el Ministerio de Salud, por lo cual es vital contar con un equipo multidisciplinario para estos casos.

Para los insumos sanitarios las compras centralizadas cuyos renglones quedan desiertos, al no contar con fondos la región no puede asumir compras locales para mantener los abastecimientos mínimos, a pesar de la autogestión los abastecimientos llegar a bajar entre el 50 al 60 %. Hasta ahora nos hemos apoyado en la Estrategia de Extensión de Cobertura, sin embargo, la región debe poder asumir la responsabilidad de los fondos destinados para este fin.

CONVENIOS, ACUERDOS Y COMPROMISOS INTERNACIONALES EN DONDE NUESTRO PAÍS ES SIGNATARIO

Nuestro país es signatario en diversos convenios, acuerdo y compromisos internacionales como la Agenda 2030, y sus 17 Objetivos de Desarrollo Sostenibles. Para su cumplimiento el país ha optado por celebrar una serie de acuerdos y convenios con diversas autoridades financieras y de cooperación internacional.

Mantenemos cooperación técnica y financiera para realizar procesos de modernización, transformación y gestión para mejorar e implementar estrategias de políticas públicas de planificación para el desarrollo; tenemos vigentes Convenios con el Banco Mundial- Ministerio de Gobierno dentro del Plan de Desarrollo Integral de los Pueblos Indígenas, siendo el MINSA y MEDUCA los principales socios; Contrato/ Préstamo 4790/OC-PN denominado Programa de Acceso Universal de Energía, financiado por el Banco Interamericano de Desarrollo con el cual se lleva a cabo la construcción de líneas de distribución eléctricas a nivel nacional y que beneficia a comunidades de 15 corregimientos de la Comarca Ngabe Bugle; Se continúa desarrollado la Estrategia de Extensión de Cobertura a través del Convenio de Gestión N°011-2024 de la Comarca Ngabe Bugle y el Contrato de Préstamo N° 5299/OC-PN (PN-L1170) y N° 3615/OC-PN (PN-L1115) suscritos entre la República de Panamá y el Banco Interamericano de Desarrollo (BID). En este se desarrollan los Programas de Respuesta Inmediata de Salud Pública para controlar el coronavirus y mitigar sus efectos en los servicios (Respuesta a Covid-19) y Programa de Fortalecimiento de Redes Integradas de Servicios de Salud (FORIS) el cual tiene como uno de sus objetivos fortalecer al país con una agenda social que incluye una serie de Estrategias e intervenciones en salud poblacional y ambiental, por un monto de **B/1,155,873.52** para la Región de Salud de Comarca Ngäbe Buglé. Este convenio también incluye B/ 187,677.00 como apoyo a la supervisión y monitoreo de las Casas maternas, intervenciones que se lleva a cabo para la disminución de la mortalidad materna e

infantil y **B/ 757,823.45** para fortalecer las acciones encaminadas a la eliminación de la malaria.

Convenio individual de financiamiento no reembolsable N° GRT/MM-17240-PN y GRT/MM-17241-PN para la Eliminación de la Malaria en Panamá (IREM). Panamá adoptó el Reglamento Sanitario Internacional (RSI 2005) desde el año 2007; Se aplica el Convenio Marco para el control del Tabaco de la OMS y también se crean acciones para la aplicación de la Estrategia de Salud Universal; Panamá mantiene el Convenio de Basilea que consiste en un tratado ambiental para la regulación del movimiento de sustancias peligrosas; Convenio de Minamata Tratado para la eliminación de fuentes de mercurio. El Protocolo de Kyoto para la regulación de gases de efecto invernadero con el fin de disminuir el calentamiento global; Convenio de Rotterdam que busca la protección de la salud humana y el ambiente; Protocolo de Montreal para reducir la contaminación mundial por sustancias que dañan la capa de ozono.

Existen Acuerdos de Cooperación técnica con diferentes países y agencias; formamos parte de organismos como: Consejo de Ministros de Salud de Centroamerica y República Dominicana (COMISCA), Consejo de Instituciones de Seguridad Social de Centroamerica y República Dominicana (CISSCAD), entre algunas; y mantenemos relaciones y participación en organismos como el Fondo multilateral del Protocolo de Montreal y la Agencia Internacional de Energía Atómica (AIEA). También recibimos apoyo y cooperación técnica por parte de organismos internacionales como la Union Europea, La Agencia Española de Cooperación, Embajadas de China, Japón, Estados Unidos

LA LUCHA CONTRA LA POBREZA PRIORIDAD GUBERNAMENTAL

Según el Plan de Gobierno 2024- 2029, la pobreza continuará siendo una prioridad de Estado, así lo indica en sus propuestas de:

Economía: Plan de primer empleo, que busca generar puestos de trabajo para los más jóvenes; Creación de espacios para emprendedores; Activación de la economía naranja para el desarrollo de bienes y servicios culturales.

Infraestructura: Proyecto de desarrollo urbano integral en ciudades con vocación turística respetando el ambiente, las culturas indígenas y la cadena de valor del turismo.

Energía: Plan integral de fortalecimiento y provisión de energía eléctrica en sectores de mayor vulnerabilidad del país; Se promoverá el uso de energía limpia.

Turismo: Plan Maestro de turismo sostenible con promoción del turismo ecológico y de montaña; Se promoverá, capacitará y financiarán emprendimientos familiares y comunitarios.

Agricultura: Construcción de módulos de hidroponía, agricultura segura y vertical en 100 escuelas del país que a su vez sirvan como huertos de alimentos escolares.

La pobreza ha sido una prioridad gubernamental y para abordarla se han implementado una serie de estrategias, las cuales seguirán siendo parte de la agenda de Estado. Los Programas de Transferencias Monetarias Condicionadas o subsidios económicos liderados por el Ministerio de Desarrollo Social: Red de Oportunidades, Programa de Bonos familiares para la compra de alimentos de la Secretaría Nacional para el Plan de Seguridad Alimentaria y Nutricional (SENAPAN), Ángel Guardian, 120 a los 65 y el Programa de Asistencia Social Educativa Universal (PASE- U) llevado a cabo por el IFARHU en coordinación con el Ministerio de Educación continuarán siendo desarrollados.

Para noviembre del 2024 se destinaron B/ 83,620,380.00 monto que beneficia a 769,581 estudiantes del PASE-U, de estos el 11.2% (86,451 estudiantes) corresponden a la Comarca Ngäbe Buglé. Durante el período de julio 2021 a junio 2022 el IFARHU realizó un desembolso de B/ 26,608,170 en la Comarca Ngäbe

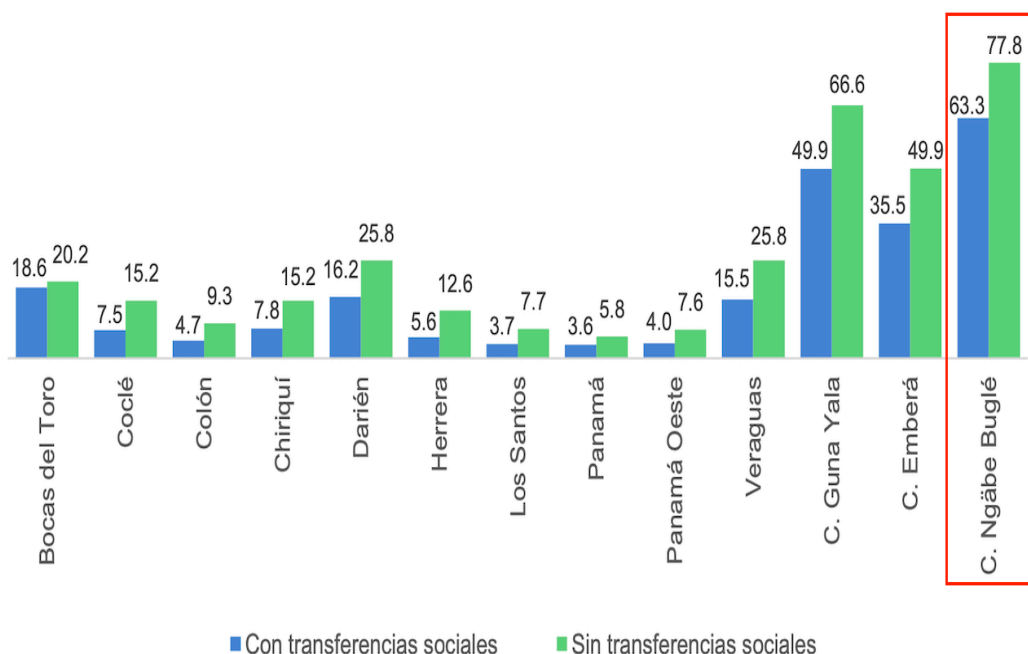
Buglé beneficiando a 162,531 estudiantes. Con respecto a becas, asistencia económica educativa y otros auxilios económicos para el 2022 se pagaron B/ 1,549,100.00 a un número de 2,518 beneficiarios en Ngäbe Buglé lo que representó el 2.7% del total nacional de beneficiarios (91,643 estudiantes) por un monto de B/ 95,540,384.00 a nivel nacional.

La Pobreza afecta de forma directa la situación de salud de la Comarca Ngäbe Buglé, es por ello que con los Programas de Transferencias Monetarias Condicionadas y los auxilios económicos se tiene como objetivo concienciar a la población sobre sus deberes y derechos a la salud y la educación; a través de estos subsidios y el monitoreo de su correcto uso la población puede adquirir alimentos de primera necesidad reforzando las acciones para mejorar la calidad y estilo de vida, disminuir la desnutrición infantil, evitar el ausentismo a las escuelas, involucrar a la población en la importancia de sus controles de salud incluyendo las inmunizaciones, toma de muestras de Papanicolau, también la asistencia a las escuelas. Los Programas de Alfabetización, Programas de granjas y proyectos sostenibles se siguen desarrollando de forma que la población cuente con herramientas de apoyo para salir del círculo de la pobreza.

En el año 2023 la Comarca Ngäbe Buglé presentó una incidencia de pobreza extrema con transferencias sociales de 63.3%, mientras que sin estas transferencias la pobreza extrema se estimó en 77.8%, exhibiendo los niveles más elevados del país. (Gráfico 3)

Se recomienda tomar en cuenta intervenciones específicas enfocadas a promover la autosostenibilidad en los niveles de pobreza de forma tal que la población económicamente activa pueda mejorar su calidad de vida familiar y comunitaria y aportar al desarrollo y crecimiento de esta comarca y del país en general.

Gráfico 6. Porcentaje de pobreza extrema con y sin programas sociales según provincias y comarcas indígenas. Año 2023.



Fuente: Informe de Pobreza y Desigualdad. Encuesta de Hogares 2022 y 2023.MEF

Es importante destacar que el Índice de Pobreza Multidimensional más elevado del país para el 2023 se sitúa en el distrito de Kankintú, corregimientos de Tolote (0.915), seguido de Piedra Roja (0.909), Mununi (0.902), Guoroni (0.798) y del distrito de Bledeshea en el corregimiento de Loma Yuca (0.775).

Tabla 1. Corregimientos con mayor Índice de Pobreza Multidimensional, Incidencia e Intensidad de la pobreza. Año 2023

Distrito	Corregimiento	IPM	Incidencia	Intensidad
Kankintú	Tolote	0.915	100.0	91
Kankintú	Piedra Roja	0.909	100.0	91
Kankintú	Mununi	0.902	100.0	90
Kankintú	Guoroni	0.798	99.9	80
Santa Catalina	Loma Yuca	0.775	100.0	77
Kusapín	Río Chiriquí	0.750	97.0	77
Kusapín	San Pedrito	0.747	99.0	75
Jirondai	Samboa	0.719	99.0	73
Kusapin	Cañaverál	0.716	99.0	72
Besiko	Cerro Patena	0.711	99.0	72

Fuente: Elaboración propia con datos del Índice de Pobreza Multidimensional por corregimiento 2023. Gabinete Social.

MECANISMOS DE CONDUCCIÓN DE LA POLÍTICA SOCIAL A NIVEL REGIONAL, GRADO DE COORDINACIÓN ENTRE INSTITUCIONES Y NIVEL DE PARTICIPACIÓN EN EL CONSEJO DE COORDINACIÓN PROVINCIAL Y EN EL CONSEJO TÉCNICO MUNICIPAL

A nivel regional los mecanismos de conducción de la política social aún no están bien definidos ni son del conocimiento de todas las autoridades, lo cual se traduce en un grado de coordinación entre las instituciones regular; en las juntas técnicas que se realizan mensualmente se llegan a consenso interinstitucional para llevar a cabo acciones en beneficio de la comarca, sin embargo, cada institución dentro del territorio solicita apoyo de diferentes tipos de recursos al Ministerio de Salud conociendo que es la única entidad con presupuesto de funcionamiento propio aunque muy limitado. Las actividades no se han logrado coordinar de manera organizada y en ocasiones se duplican esfuerzos para la misma meta de país. Cabe señalar que el Ministerio de Desarrollo Social en este período ha iniciado acercamientos creando el “ Encuentro Regional: Hacia la Construcción de una Visión Compartida para la Gestión Social Sostenible” que tiene como objetivo contar con un espacio para el diálogo y la reflexión conjunta entre los diferentes actores sociales provinciales para promover la difusión de los Objetivos de Desarrollo Sostenible y el papel de la Descentralización en los procesos de gobernanza territorial y desarrollo inclusivo.

En los espacios del Consejo de coordinación comarcal participan actores con puestos por elección popular y dependiendo del tema a abordar se cuenta con la presencia de los directores de las instituciones con presencia dentro de este territorio, a pesar de ello, hace falta trabajar en una estructura única de gobernanza solida con funciones bien definidas y amplia participación social. La Planificación para el desarrollo social y abordaje e implementación de intervenciones dirigidas a mejorar la situación actual y persistente en la salud de la población debe ser intersectorial y con participación activa, con compromisos específicos establecidos para cada uno de los actores claves.

Los distritos o Municipios no están muy alejados de esta realidad regional; los directores de distrito sanitario no participan, en la mayoría de los casos, de forma activa en los procesos de planeación conjunta e inclusive sus capacidades de gestión y competencias administrativas deben ser fortalecidas, aun así el poco recurso humano hace difícil esta interrelación.

El Consejo Técnico que coordina las acciones de todas las instituciones estatales con funciones dentro de la comarca realiza reuniones con los Directores de Instituciones Gubernamentales quienes ofrecen informes periódicos de su gestión, además deben informar también sobre sus actividades y proyectos para lograr el apoyo de las otras direcciones con algún grado de coordinación interinstitucional. El Ministerio de Salud asume su compromiso con las políticas sociales del Estado mediante el cumplimiento de las políticas y metas institucionales, derivadas de las prioridades de país y el análisis de la situación de salud.

INCORPORACIÓN DE LA POLÍTICA DE SALUD A LOS PROGRAMAS SOCIALES REGIONALES

La política de salud se ha incorporado a los programas sociales como Red de Oportunidades, 120 a los 65, Angel guardian, PASE-U entre otros, a través de la coordinación interinstitucional con las diferentes entidades encargadas de dirigir estos programas sociales, principalmente el Ministerio de Desarrollo Social, a través de los compromisos y responsabilidades en salud por parte de los beneficiarios, cuyos controles o atenciones están integrados como prioridad en los diferentes programas de salud que llevamos dentro del Ministerio de Salud. El principal nudo crítico de este abordaje es la falta de seguimiento, análisis y coordinación con el Ministerio de Salud; la falta de conocimiento del objetivo principal de estos programas por parte de los diferentes agentes pagadores comunitarios hace que los mismos no muestren resultados concretos, es por ello que se hace necesario dar seguimiento, monitorear y evaluar los resultados de estos programas y su verdadero impacto de manera conjunta. En este aspecto el

liderazgo del Ministerio de Salud debe fortalecerse sobretodo a nivel regional y local, además de recibir un intercambio de datos que nos sea útil para este análisis.

2. PROYECCIONES DEL DESARROLLO ECONÓMICO

PROYECCIONES Y TENDENCIAS DEL CONTEXTO POLÍTICO-ECONÓMICO-SOCIO CULTURAL – Y DE GÉNERO, SU RELACIÓN CON LA GESTIÓN SANITARIA Y CON LOS PERFILES DE SALUD – ENFERMEDAD DE LA POBLACIÓN A DIFERENTES NIVELES

En cuanto a las proyecciones y tendencias del contexto político, económico, social y cultural existe un marcado interés por el cumplimiento de las políticas; Para tal efecto se elaboran perfiles del proceso salud- enfermedad con los cuales se priorizan acciones dirigidas a fortalecer la gestión sanitaria, tomando en cuenta los aspectos socioculturales, principalmente de las áreas más postergadas de esta región y que estan contenidos en los planes regionales estratégicos y operativos. Con la descentralización de los municipios se está implementando el plan de desarrollo estratégico en coordinación con el Ministerio de salud priorizando los proyectos según la demanda de las comunidades. A pesar de ello la situación actual de salud se mantendrá constante como ha sido en los últimos 20 años, si no se realiza la evaluación intersectorial y la medición del impacto que se ha obtenido a través de las diferentes intervenciones y estratégicas. Para ello es necesario formar profesionales con las competencias necesarias a nivel regional y local.

PARTICIPACIÓN SOCIAL EN LA LEGISLACIÓN

Se requiere el fortalecimiento del nivel regional para ejecutar la actual Política Sanitaria de participacion social. Dentro de Comarca Ngäbe Buglé la comunidad participa en la priorización de necesidades principalmente con los gobiernos locales, realizando consultas y cavildos para introducir nuevas estrategias por parte del Ministerio de Salud, otros Ministerios y Gobiernos locales. En esta línea

el Ministerio de Salud realiza la auditorias sociales para dar seguimiento al tema de la cobertura de los servicios de salud. La promoción para fomentar mayor participación comunitaria en los diferentes planes de desarrollo unificados en una sola gobernanza se hace necesario. Es importante mencionar el papel fundamental de la participación social en todas las intervenciones y/o estrategias con enfoque intercultural que se pretendan ejecutar.

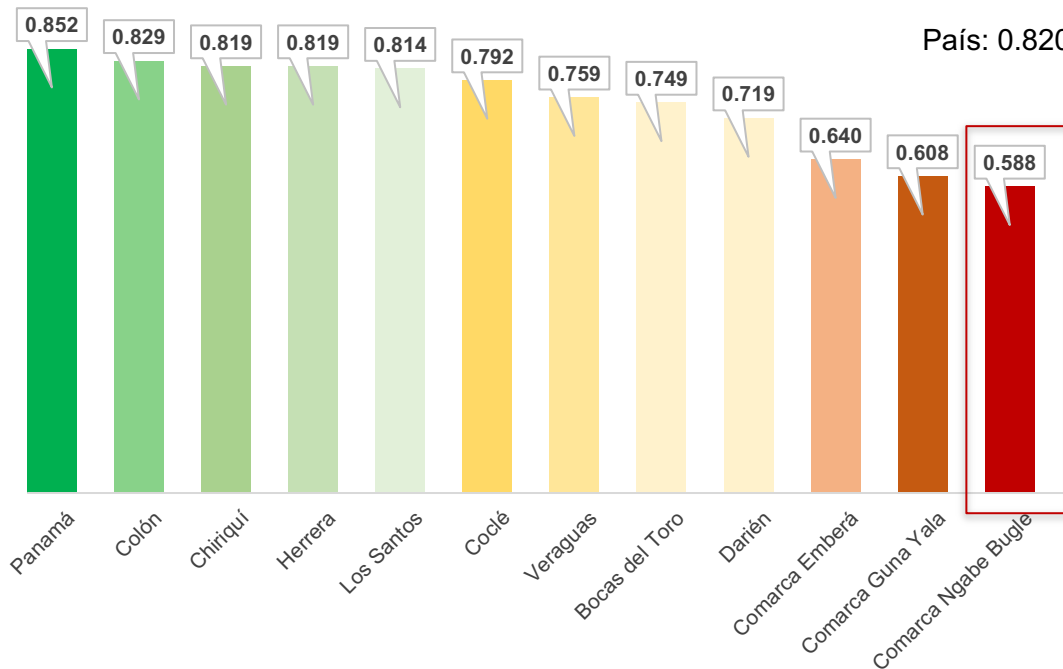
Actualmente se continúan desarrollando las elecciones del gobierno o autoridades tradicionales donde se evidencia una amplia participación, ya que es un proceso ampliamente conocido y divulgado por el Tribunal Electoral; Sobre esta base continuamos sustentando que el fortalecimiento de la participación social amplia se logrará en la medida en que la población cuente con el conocimiento adecuado y las herramientas que le permitan tomar decisiones y exponer valiosos aportes desde sus perspectivas como parte de sus responsabilidades.

En los comicios electorales de mayo de 2024 hubo una participación del 64.26% de electores para la elección de candidatos al puesto de presidente de la República (113,441 personas). La última Encuesta Barómetro de las Américas se realizó en 2014 y mostró un predominio medio de participación social, fue la tercera región del país donde se aplicó la encuesta, que marco porcentajes de alta participación social.

INDICE DE DESARROLLO HUMANO

Para el 2022 Panamá poseía un Índice de Desarrollo Humano (IDH) de 0.820 que lo califica como un país de desarrollo humano muy alto, sin embargo, al desagregar el índice la Comarca Ngäbe Buglé se situaba en un desarrollo humano medio con 0.588 siendo el más bajo índice a nivel nacional. (PNUD, 2022).

Gráfico 7. Índice de Desarrollo Humano por provincia y comarca en Panamá. Año 2022



Fuente: Elaboración propia con datos del IDH 2022 PNUD.

Esta situación evidencia claramente la desigualdad existente en nuestro país; el Informe Nacional de Desarrollo Humano Panamá 2024, menciona que América Latina posee altos niveles de desigualdad y niveles muy bajos de movilidad intergeneracional, se indica que la falta de movilidad intergeneracional tiene repercusiones importantes en los niveles de desigualdad del ingreso, crecimiento económico y la estabilidad del país, las cuales constituyen dimensiones claves para el desarrollo inclusivo y sostenible.

Las desigualdades se reproducen en las áreas de: 1) ubicación geográfica, 2) acceso a educación y salud, 3) acceso a mercado laboral, 4) posibilidad de acumular riqueza y 5) la percepción que tienen las personas sobre las condiciones de desigualdad y la influencia de estas sobre el proceso de generación de políticas.

Adicional a aumentar las capacidades y oportunidades de la población de vivir una vida digna, el desarrollo humano tiene como elemento central la participación de la

población en los procesos de desarrollo. Panamá debe poder facilitar y fomentar la sensibilización y participación de la población poniendo información a su disposición, principio que tiene como base legal el Acuerdo de Escazú sobre los derechos de acceso a la información, participación y justicia ambiental que fue ratificado por nuestro país mediante Ley N° 125 del 4 de febrero de 2020.

ESTABLECIMIENTO DE ESTRATEGIAS DE CONCERTACIÓN, POLÍTICAS Y GESTIÓN PARTICIPATIVAS.

En el año 2021 se realizó el Diálogo democrático Pacto Bicentenario en celebración de los 200 años de independencia de Panamá de España (1821–2021), en donde la Comarca Ngäbe Buglé participó dentro de la Región Occidental. Los participantes utilizaron principalmente celular y dentro de los temas y subtemas definieron las prioridades percibidas por la población.

A nivel nacional también se han establecido estrategias de concertación, de políticas y de gestión participativa, como la convocatoria amplia realizada para el desarrollo de la Política Nacional de Salud 2016- 2025; se ha permitido a diversas asociaciones la participación y representación de grupos de manera activa. Dentro de la Comarca Ngabe Bugle se realizan los acercamientos con las comunidades y se les insta a participar en las acciones de salud y en el manejo de proyectos que los benefician, a pesar de ello aún se requiere definir más espacios de participación comunitaria, para lograr empoderamiento y compromisos.

MARCO LEGAL QUE CONFIERE AL MINISTERIO DE SALUD EL EJERCICIO DE LA FUNCIÓN REGULATORIA

La función regulatoria del sector salud es parte de las dimensiones de rectoría de responsabilidad exclusiva del Ministerio de Salud, junto con las dimensiones de conducción y las Funciones Esenciales de Salud Pública ahora Renovadas. Esta función de regulación fue conferida inicialmente al entonces Ministerio de Trabajo,

Previsión Social y Salud Pública a través de Decreto Legislativo N°6 del 6 de julio de 1945; La Constitución de la República de 1946, Capítulo 52 sobre Salud Pública y asistencia social instruye a la Asamblea Nacional a expedir el Código Sanitario, el cual fue aprobado mediante Ley N° 66 del 10 de noviembre de 1947, en éste se establecen las regulaciones de los temas de salubridad e higiene pública, la política sanitaria y la medicina preventiva y curativa; No fue hasta la aprobación del Decreto de Gabinete N° 1 del 15 de enero de 1969 que crea el Ministerio de Salud, se determina su estructura y funciones y se establecen las normas de integración y coordinación de las instituciones del sector salud, donde se establece legalmente la función regulatoria bajo la responsabilidad exclusiva del Ministerio de Salud.

Por otro lado la Constitución de la República de Panamá de 1972 en su última reforma en el año 2004, establece el derecho a la salud y a la seguridad social en su Capítulo 6 y sus 9 artículos (109- 117) donde se establecen las responsabilidades y dentro de éstas la de regular todos los procesos de interés sanitario en el país.

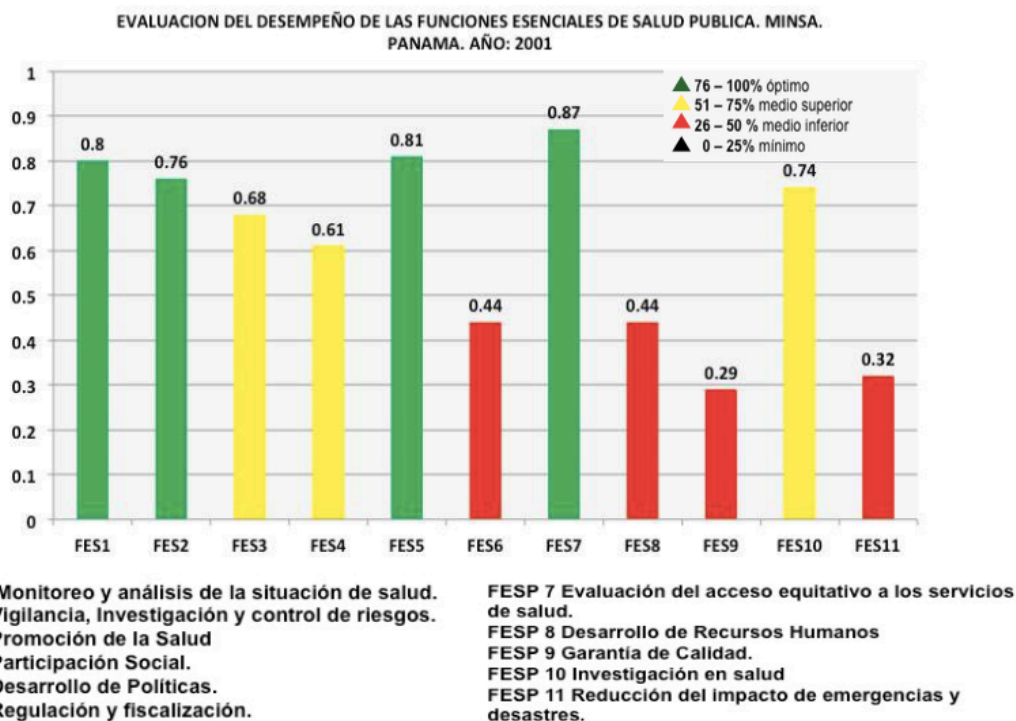
CONTRIBUCIÓN DEL EJERCICIO DE LA FUNCIÓN REGULATORIA A LA MEJORA DE LAS CONDICIONES DE SALUD DE LA POBLACIÓN

La revisión periódica, evaluación y algunas modificaciones al marco regulatorio; el hacer cumplir la normativa vigente aplicando las sanciones reglamentadas; la formación de una masa de funcionarios expertos en Salud Pública capaces de revisar, analizar y perfeccionar este marco regulatorio; el asesoramiento y apoyo técnico que se brinda a los niveles regionales para realizar una mejor fiscalización de las leyes y reglamentos sanitarios, nos muestran que el ejercicio de la función regulatoria y fiscalizadora ha resultado ser positiva en términos de su contribución a la mejora de las condiciones de la salud pública de Comarca Ngäbe Buglé y el resto del país. Desde que se iniciaron las evaluaciones de las Funciones

Esenciales de Salud Pública en el año 2001, hemos visto mejoras en varios de los ámbitos que como Autoridad Sanitaria Nacional nos toca abordar.

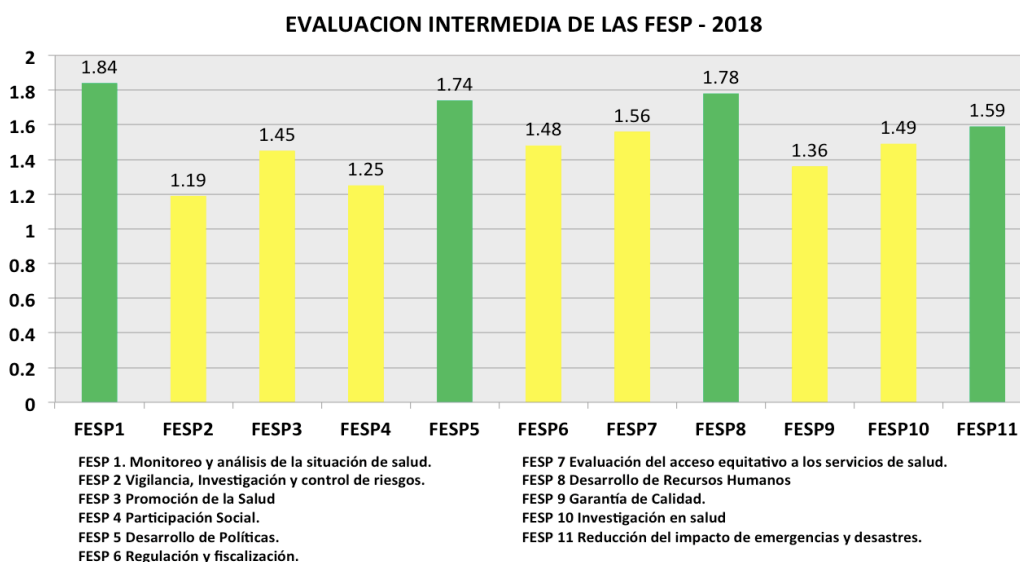
Para el año 2001 los resultados de la evaluación arrojaron grandes deficiencias en la función regulatoria y fiscalizadora (FESP 6) un 0.44, que se interpreta como un desempeño mínimo (Gráfico 8). Para el año 2014 se realizó la segunda evaluación alcanzando un desempeño de 0.76 que se traduce como desempeño medio inferior (Gráfico 9); para el año 2018 se llevó a cabo la evaluación intermedia que arrojó un resultado de 1.48, es decir, un desempeño óptimo para la FESP 6 (Gráfico 10). Estos resultados muestran claramente que se ha mejorado la función regulatoria y fiscalizadora lo que traducimos en mejora de las condiciones de salud de la población.

Gráfico 8. Resultado de Evaluación del Desempeño de las Funciones Esenciales de Salud Pública Panamá, 2001.



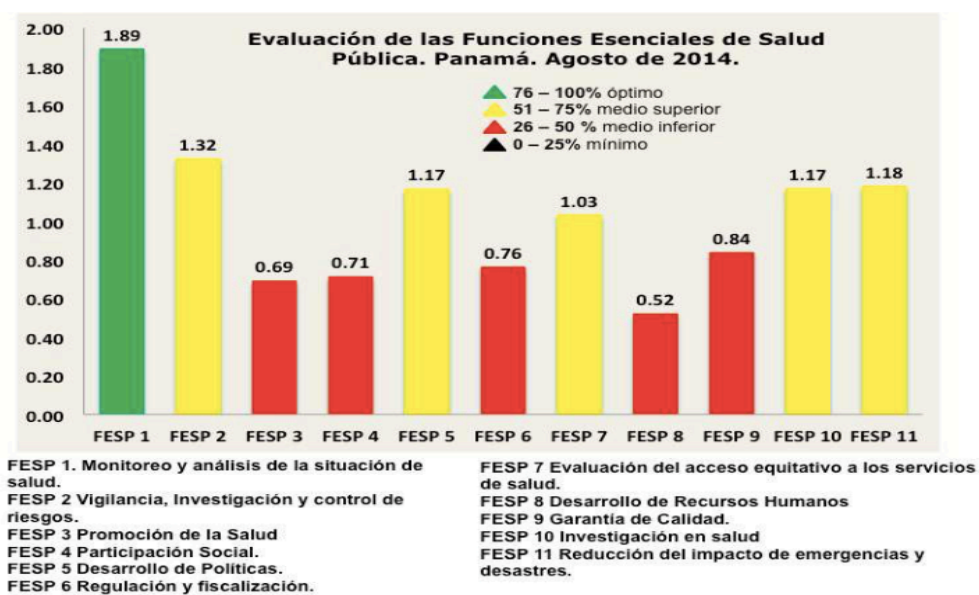
Fuente: Política Nacional de Salud 2016- 2025. MINSA

Gráfico 9. Resultado de Evaluación del Desempeño de las Funciones Esenciales de Salud Pública Panamá, 2014.



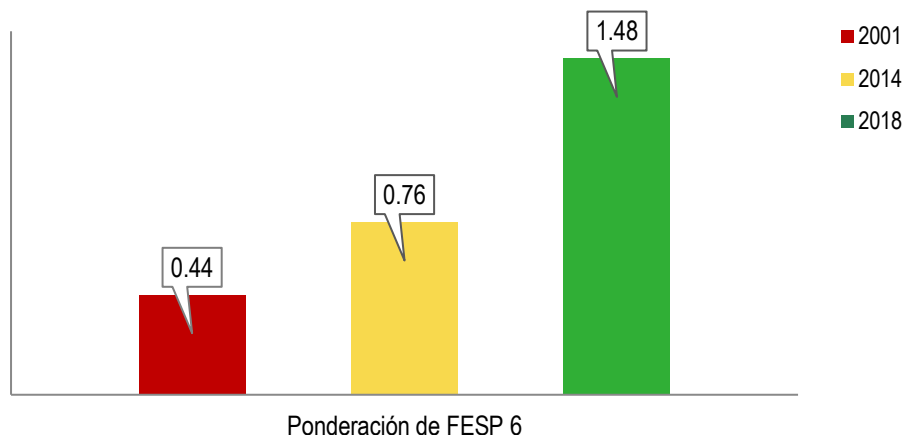
Fuente: Política Nacional de Salud 2016- 2025. MINSA

Gráfico 10. Resultado de Evaluación del Desempeño de las Funciones Esenciales de Salud Pública Panamá, 2001.



Fuente: Dirección de Planificación de Salud, Informe de resultados de evaluaciones de las FESP en Panamá 2001.

Grafico 11. Comparación de los Resultados de la Evaluación de la FESP 6. Años 2001, 2014 y 2018.



Fuente: Elaboración propia en base de Resultados de las Evaluaciones del Desempeño de la FESP 6. MINSA Panamá.

En el marco de las FESP Renovadas se podrá dar seguimiento al avance en la función regulatoria del Ministerio de salud con los resultados obtenidos de la evaluación del desempeño de la FESP Renovada 4 sobre Políticas, legislación y marcos regulatorios.

NORMAS SANITARIAS PARA EL FUNCIONAMIENTO DE ESTABLECIMIENTOS PÚBLICOS Y LA FISCALIZACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS MISMAS

Como Autoridad Sanitaria del nivel Regional fiscalizamos el cumplimiento de la normativa para el funcionamiento de establecimientos públicos. La base legal para este ejercicio se fundamenta en:

Ley N°66 del 10 de noviembre de 1947 “Que aprueba el Código Sanitario” Ley 40 del 16 de noviembre de 2006 por el cual se modifican algunos artículos relacionados a la vigilancia sanitaria y faculta las sanciones a aplicar por la autoridad según su nivel jerárquico.

Ley N° 38 de 5 de abril de 2005 que adopta el Reglamento Sanitario Internacional (RSI).

Ley N° 40 de 16 de agosto de 2004 que promulga el Decreto Ejecutivo N° 17 de 11 de marzo de 2005 referentes al marco legal sobre el control del consumo y venta de tabaco.

Para el caso de la Región de Salud los directores de Centros de Salud, Subcentros y Policentros, y Directores Regionales de Salud están facultados para poner multas, suspender actividades temporalmente, decomisar artículos y objetos que representen riesgo para la salud de la población.

Actualmente se continua realizando las actividades de vigilancia a los establecimientos de interés sanitario dentro de territorio de la Comarca Ngäbe Buglé aplicando las sanciones segun sea el caso; la limitante que tenemos es en el tramite del pago de las multas ya que se establecen jueces ejecutores quienes deberán ser profesionales del Derecho y cumplir con los requisitos que se establecen para los jueces municipales, estos son quienes deben hacer efectivo el cobro de las multas impuestas por las autoridades de la región de salud.

3. IMPACTO DEL CAMBIO CLIMATOLÓGICO

IMPACTO DEL CAMBIO CLIMÁTICO, CONTAMINACIÓN AMBIENTAL EN EL DESARROLLO ECONÓMICO Y SOCIAL DE LA POBLACIÓN. ÁREAS PRODUCTIVAS MÁS AFECTADAS Y ÁREAS GEOGRÁFICO-POBLACIONALES IMPACTADAS MAYORMENTE

IMPACTO DEL CAMBIO CLIMÁTICO

Con la Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018- 2030 la Organización Panamericana de la Salud establece la Iniciativa de Eliminación 3 + cuyo objetivo es la eliminación de las enfermedades transmisibles y riesgos ambientales; En Panamá se esta organizando esta iniciativa de manera que podamos desarrollar

acciones colectivas para alcanzar la meta 3.3 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) de poner fin a enfermedades transmisibles algunas de las cuales han sido alteradas por el cambio climático; en este sentido el impacto del cambio climático es cada vez más evidente ya que los eventos climáticos extremos como sequías e inundaciones han incrementado la frecuencia de enfermedades diarreicas, respiratorias, dermatológicas y otras; esta situación a su vez aumenta el riesgo de enfermedades reemergentes.

Durante el mes de noviembre del 2024 los eventos naturales activaron alertas rojas y amarillas en todos los distritos de la Comarca Ngäbe Buglé donde se registraron inundaciones, seguido de deslizamientos de tierra en las áreas montañosas y colapsos de vías de acceso terrestres, estos eventos cobraron la vida de 5 personas y 197 personas requirieron apoyo en albergues comunitarios transitorios; se presentó un aumento de las enfermedades diarreicas, síndromes respiratorios, afecciones de la piel.

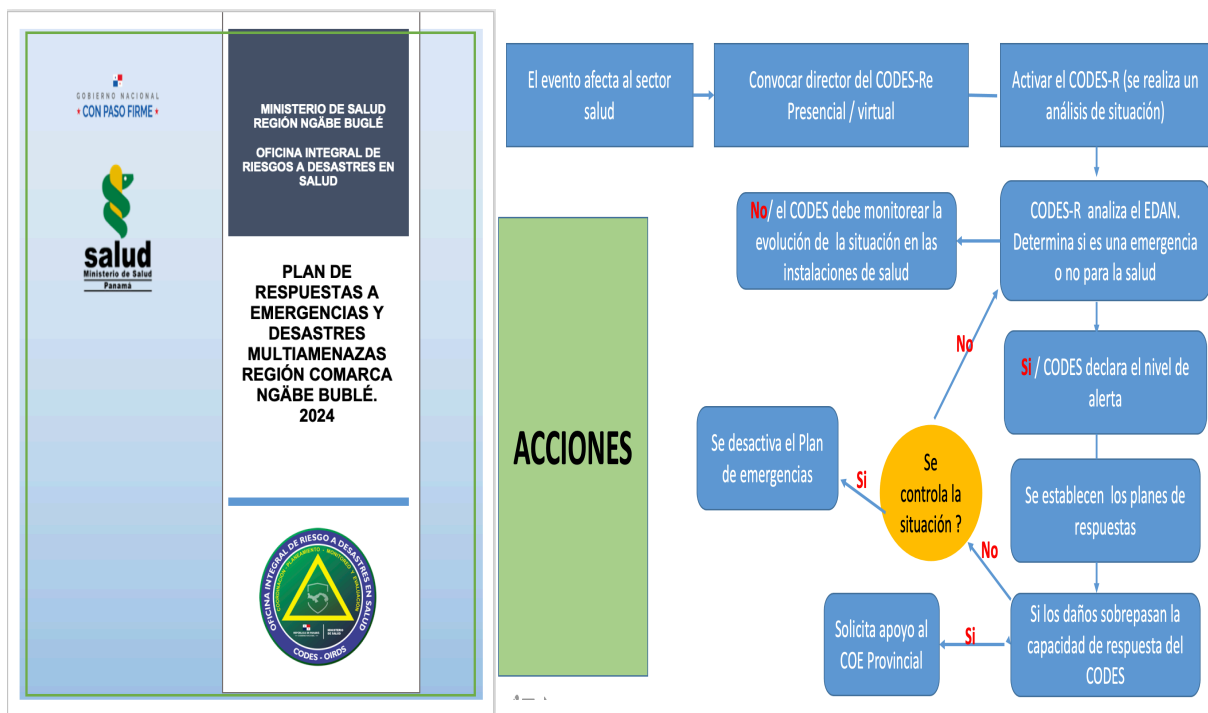
El cambio climático amenaza con aumentar la vulnerabilidad y el desarrollo económico y social de la población panameña y la Comarca Ngäbe Buglé no escapa de esta realidad.

Tabla 2. Resumen de eventos por condiciones hidrometereológicas en Comarca Ngäbe Buglé, noviembre 2024

Evento	Cantidad
Deslizamiento	19
Arbol caído	2
Atención prehospitalaria	0

Fuente: Informe de Evento climatológico noviembre 2024, OIRDS Comarca Ngäbe Buglé.

Figura 1. Plan de Respuesta a Emergencias y Desastres Multiamenazas



Fuente: Oficina Integral de Riesgo y Desastres en Salud Regional Ngäbe Buglé.

En cuanto a comunidades en riesgo de ser afectadas por desastres naturales estan las áreas del norte de la comarca en los corregimientos de Bisira y Kankintu que estan más propensos a presentar inundaciones y el área sur donde se ubican los distritos de Müna, Nürüm, Nole Duima, Mironó y Besikó donde las probabilidades de deslizamientos, deslaves, inundaciones, colapso de vías de acceso ya sea parcial y total e incendios (rastros) son más frecuentes. La Empresa de Transmisión Eléctrica S.A (ETESA) a través de su Agencia de Hidrometeorología indica que la Comarca Ngäbe Buglé pertenece a la zona Este del Pacifico Oriental y que debido al desplazamiento de huracanes hacia el oeste posee pocas probabilidades de afectación. Por otro lado, el Ministerio de Ambiente desde el año 2018 informa que los incendios forestales y de superficie afectada en esta comarca son ocasionados por la quema de rastrojo siendo el distrito de Müna donde se presenta la mayor incidencia.

Figura 2. Matriz de riesgo de desastres naturales en la Comarca Ngäbe Buglé por distrito y nivel de riesgo.

N°	IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS	PROBABILIDAD	IMPACTO	NIVEL DE RIESGO	
1	Inundaciones en Kankintú, Bisira, Kusapín, Río Chiriquí, Soloy.	5	50	250	MUY ALTO
2	Sequías en Soloy, Buenos Aires	5	40	200	ALTO
3	Deslizamiento de tierra en Nole Duima (Hato Chami, Hato Raton, Cerro Tula); Müna, Ñürüm, Besikó (Soloy), Área de Cordillera central.	4	20	80	MEDIO
4	Vientos huracanados Nole Duima, Muna (Chichica), Area de Cordillera central	3	30	90	BAJO
5	Colapso de vías de acceso terrestre en Muna (Chichica, Llano Tugrí); Besikó (Soloy).	2	30	60	MUY BAJO

Fuente: Elaboración propia con base al Plan de Respuesta a Emergencias y Desastres Multiamenazas, Comarca Ngäbe Buglé. 2024.

Mapa 4. Mapeo de riesgo y desastres naturales en la Comarca Ngäbe Buglé.



Fuente: Autor Lic. Abel Rodriguez, Comarca Ngäbe Buglé.

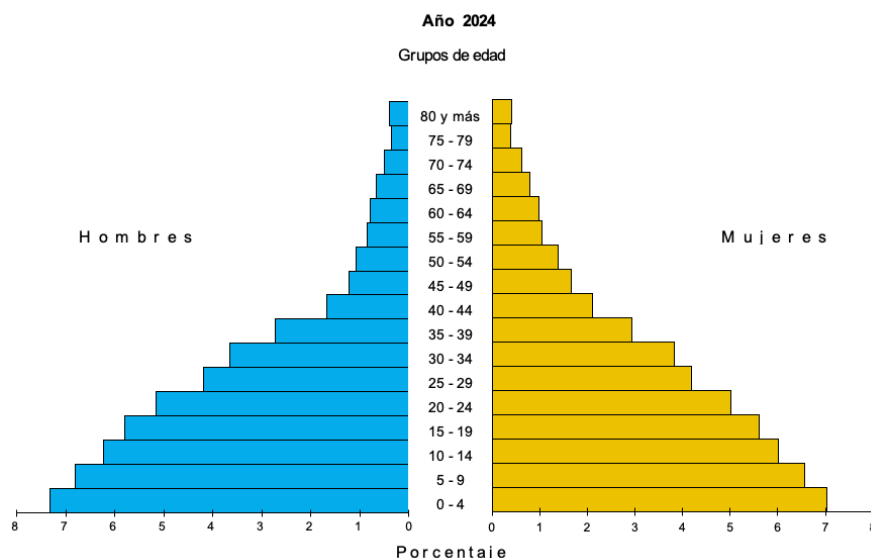


FOTOGRAFÍA N° 2. DEMANDA Y NECESIDADES DE SERVICIOS

1. ASPECTOS DEMOGRÁFICOS

La población de responsabilidad estimada al 1° de julio de 2024 es de 247,990 habitantes donde el mayor porcentaje corresponde a los grupos de edades de menores de 0 a 4 años (7.3%), 5 a 9 años (6.8%) y 10 a 14 años (6.2%), las personas en edad económicamente activa de 15 años y más representa el 60% del total de la población, mientras que la población en edad reproductiva 15 a 49 años representa el 50%. La pirámide poblacional 2024 muestra claramente esta distribución, es de tipo progresiva con base ancha que concuerda con la alta tasa de natalidad y cúspide reducida que demuestra alta mortalidad y en consecuencia una menor esperanza de vida. El tronco de la pirámide indica que a partir del grupo de edad de 45 a 49 años se presenta una disminución de la población principalmente masculina. (Gráfico 12)

Gráfico 12. Pirámide de Poblacional Comarca Ngabe Bugle. 2024



Fuente: Elaboración propia Depto. Planificación de Salud, Región Ngäbe Buglé con datos del Estimado de población al 1° de julio de 2024 de DIPLAN, MINSA.

El índice de masculinidad para el 2024 es de 97 hombres por cada 100 mujeres; mientras que la relación de dependencia se mantiene elevada con 78 personas en edad de dependencia por cada 100 personas en edad productiva, esta relación tiende a la disminución aunque de manera muy lenta, lo que muestra la necesidad potencial de soporte social a la población en edades de dependencia por parte de la población en edades productiva.

Es de importancia traer a este escenario la situación de empleo y población en edad económicamente activa que para el 2024 es de 148,918 personas de las cuales 96,043 (64.4 %) es población económicamente activa y representa el 38.7 % del total de la población de esta comarca; de las personas económicamente activas la población ocupada representa el 97.6 % y el 2.4 % es población desocupada; finalmente vemos que existe un 32.7 % de población no económicamente activa que incluye personas en edad productiva y que no trabajan ni buscan empleo, siendo estas personas principalmente amas de casa, estudiantes, jubilados, pensionados, retirados, rentistas y otros.

Cuadro No 1. Indicadores Demográficos

A. Indicadores demográficos	2020			2021			2022		
	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem
Densidad de población	32.92			38.21			34.56		
▪ Rural									
▪ Urbana									
▪ Indígena	32.92			38.21			34.56		
Tasa de crecimiento natural o anual	28.2			29.8			24.1		
Tasa bruta de natalidad	31.2			32.9			27.1		
Tasa global de fecundidad	3.7			3.8			3.1		
Tasa general de fecundidad	125.7			131.9			107.8		
Porcentaje de población urbana									
Porcentaje de población rural									
Porcentaje de población indígena									
Razón de dependencia	83.8			82.6			81.3		
% De población inmigrante									
% De población emigrante									
Saldo migratorio*	-600			-600			-600		
% De población discapacitada**							1.5 ₍₂₀₂₃₎	0.82	0.72

*Saldo migratorio neto interno

(tasa neta de migración interna 2020: -2.67; 2021: -2.60; 2022: -2.54)

**Se analizaron los datos de los censos 2010 y 2023.

Fuente institucional: Estadísticas Sociodemográficas, INEC.

Fuente documental: Informe Panamá en Cifras 2016- 2022, INEC.

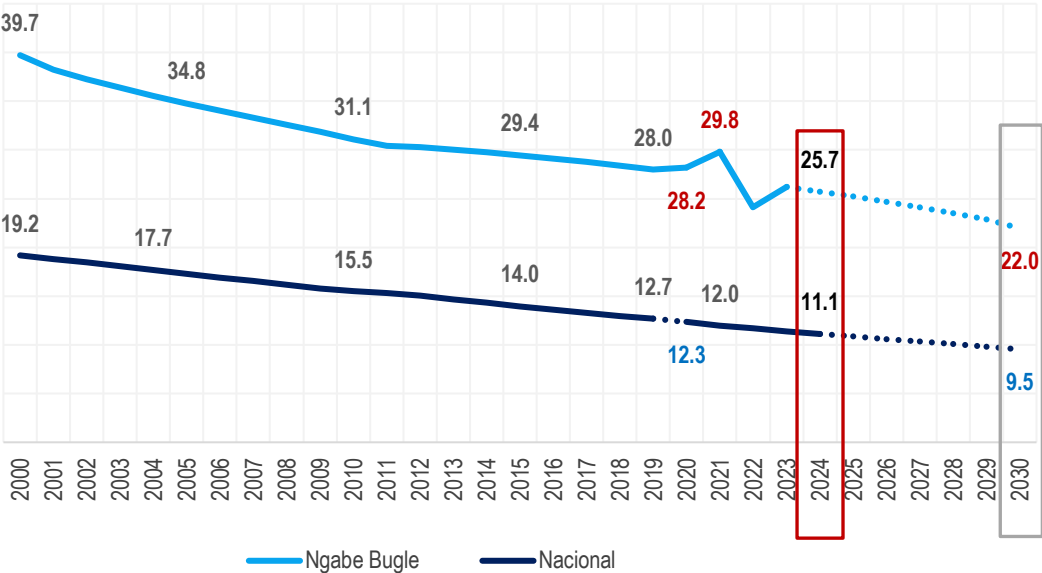
Existe una tendencia al aumento en la densidad de población con 32.9 habitantes por km² en el año 2020 y 34.5 para el 2022; Para el año 2024 la densidad de población continúa en aumento con 35.6 habitantes por km². (Cuadro No 1 Indicadores demográficos)

La tasa de crecimiento natural o anual disminuyó 4.1 puntos porcentuales pasando de 28.2 en el año 2020 a 24.1 en 2022, se evidencia un aumento para el año 2021 probablemente por efectos de la pandemia por COVID-19 que produjo disminución de empleos y más tiempo de ocio; en el 2023 nuevamente aumenta (26.2) y en el

2024 la tasa desciende 0.5 puntos porcentuales (25.7), a pesar de este comportamiento la Comarca Ngäbe Buglé exhibe la mayor tasa de crecimiento natural del país, es decir, se sigue presentando una dinámica de mayor número de nacimientos frente al número de muertes. Interpretándose para el dato oficial del 2022 la ocurrencia de 25 nacimientos por cada 1000 personas.

Actualmente la tasa de crecimiento natural de la Comarca Ngäbe Buglé duplica la media nacional, se estima el mismo comportamiento para el año 2030 según las proyecciones del INEC.

Gráfico 13. Tasa de crecimiento natural en la Comarca Ngäbe Buglé y a nivel nacional. 2000- 2024 y proyección al 2030.

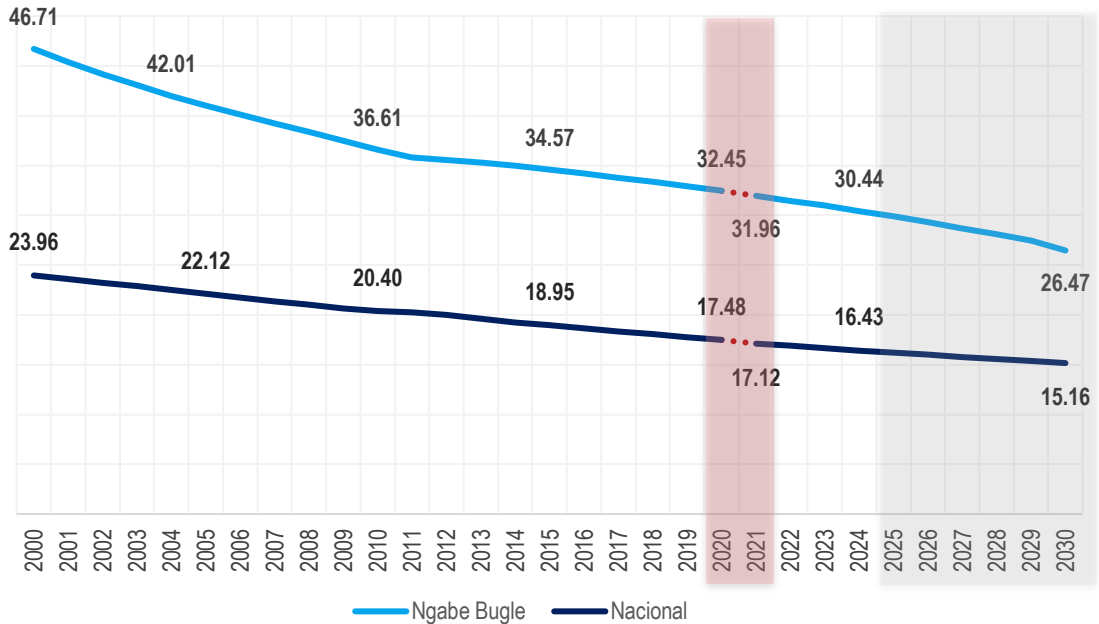


Fuente: Elaboración propia con datos de Estadísticas Sociodemográficas, INEC.

La tasa bruta de natalidad muestra una tendencia al descenso, para 2020 se estimó en 31.2 nacimientos por cada 1,000 habitantes, para el 2021 se presentó un aumento con 32.1 nacimientos y vuelve a descender para el año 2022 con 27.1, situación explicada de igual forma por los efectos del COVID-19; según las proyecciones del INEC entre los años 2023 y 2030 se estima una disminución de 4.49 nacimientos por cada 1000 personas para esta comarca. Importante destacar

que a nivel nacional para el 2022 la tasa bruta de natalidad fue de 16.4 mostrando una diferencia de 10.7 nacimientos menos que en la Comarca Ngäbe Buglé, mientras que para el 2030 se estima una diferencia de 11.31 nacimientos por cada 1000 personas más para la comarca Ngäbe Buglé con respecto al estimado nacional.

Gráfico 14. Tasa bruta de natalidad en la Comarca Ngäbe Buglé y a nivel nacional. 2000- 2024 y proyección al 2030.

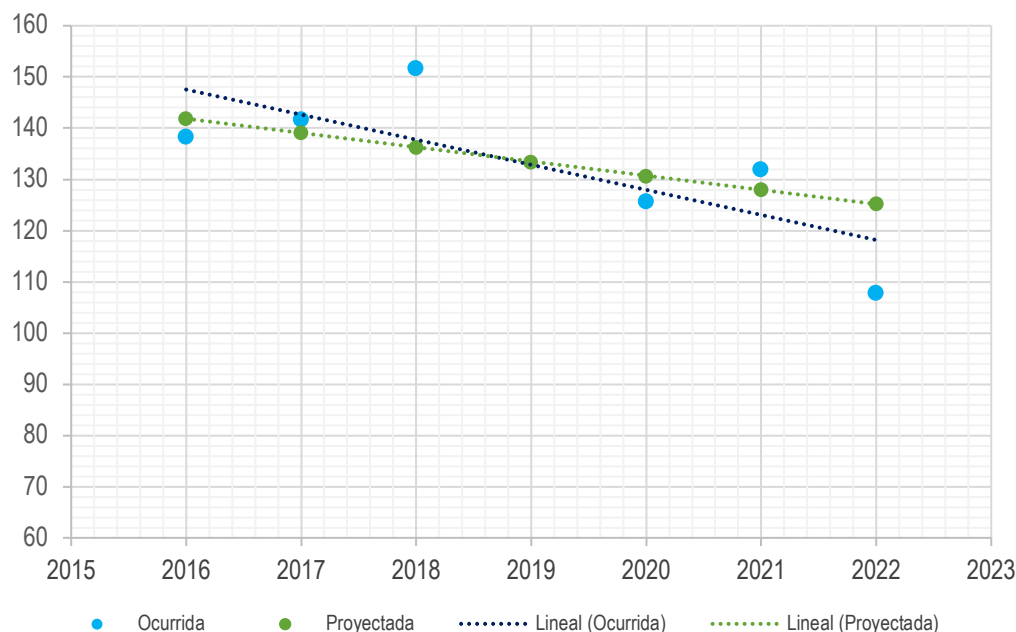


Fuente: Elaboración propia con datos de proyecciones de Estadísticas Sociodemográficas, INEC.

En cuanto a la tasa global de fecundidad para los años 2020, 2021 y 2022 la Comarca Ngäbe Buglé presenta una tendencia a la disminución con 3.7, 3.8 y 3.1 hijos que en promedio tendría una mujer en edad fértil respectivamente; para el año 2021 vemos un aumento en el número de hijos. La diferencia con el promedio nacional para el año 2022 (2.28 hijos) fue de 1.42 hijos. Según las estimaciones del INEC, se espera que para el 2030 la tasa global de fecundidad disminuya 1.12 hijos con respecto al promedio nacional.

Con respecto a la tasa general de fecundidad encontramos en el año 2020, 2021 y 2022, 125.7 , 131.9 y 107.8 nacimientos vivos por cada 1,000 mujeres de 15 a 49 años. Se experimentó un aumento transitorio para el año 2021, si embargo, al analizar la diferencia del período encontramos una disminución absoluta de 17.9 nacimientos entre 2020 y 2022. Las proyecciones del INEC muestran valores mayores para estos años, por lo que la estimación esperada para 2028 (108.5) ya fue sobrepasada lo que indica la posibilidad de encontrar una tasa general de fecundidad para el 2030 menor a 101 nacimientos vivos por cada 1,000 mujeres de 15 a 49 años de edad.

Gráfico 15. Tasa general de fecundidad en la Comarca Ngäbe Buglé
Comparación de valores reales con la proyecciones 2016- 2022.

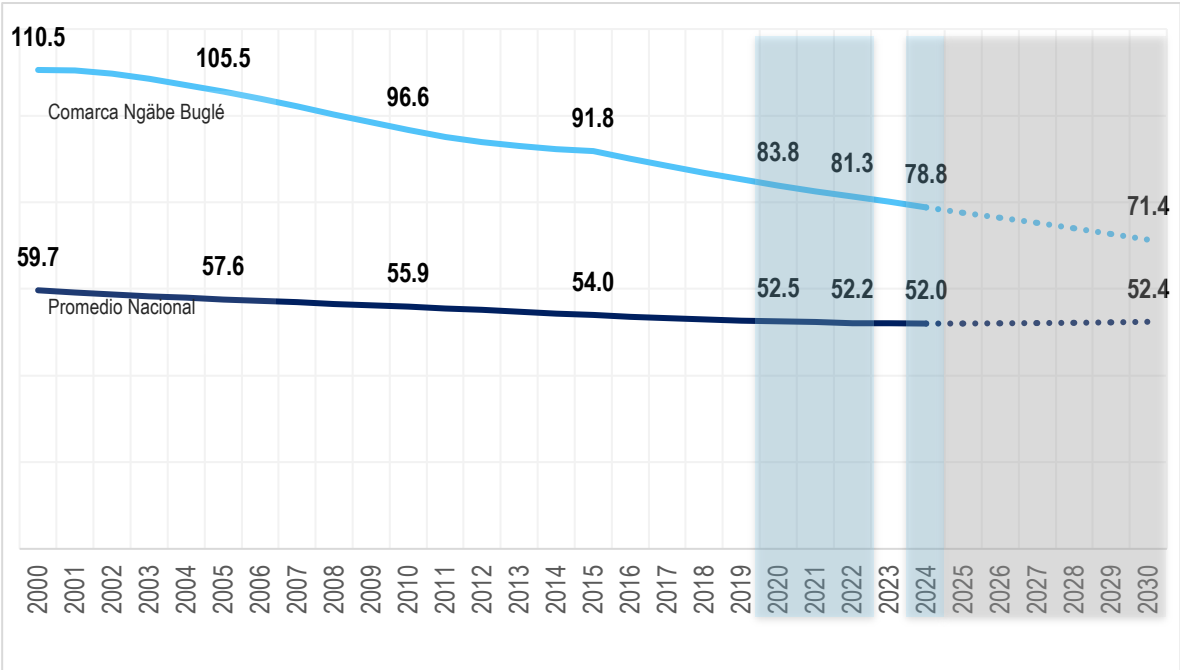


Fuente: Elaboración propia con datos de proyecciones de Estadísticas Sociodemográficas, INEC.

La razón de dependencia tiende a la disminución aunque a una velocidad muy lenta; para el 2020 se presentó una razón de dependencia de 83.8 personas

dependientes por cada 100 personas activas, disminuyendo a un ratio entre 1.2 a 1.3 por año, siendo para el 2021 y 2022 de 82.6 y 81.3 respectivamente. A nivel nacional la razón de dependencia para el 2022 fue de 52.2 mostrando una diferencia de 29.1 personas dependientes por cada 100 personas activas. Al 2030 se estima que la Comarca Ngäbe Buglé presente una razón de dependencia de 71.4 alcanzando una diferencia de 19 personas dependientes por cada 100 activas con respecto al promedio nacional esperado para ese año.

Gráfico 16. Razón de dependencia en la Comarca Ngäbe Buglé: Comparación con el promedio nacional 2000 – 2022 y proyección al 2030.



Fuente: Elaboración propia con datos de Estadísticas Sociodemográficas, INEC.

Para el 2023 la tasa de discapacidad en Ngäbe Buglé fue de 13.1 personas con discapacidad por cada 1,000 habitantes (3,173 personas), mientras que el censo 2010 reveló la existencia de 27 personas con discapacidad por cada 1,000 habitantes, lo que muestra una disminución en la tasa de discapacidad de 13.9 personas menos. A nivel nacional la tasa revelada en el censo 2010 fue de 29 personas con discapacidad por cada 1,000 habitantes, y para el 2023 se experimentó un aumento con 38.8 personas con discapacidad por cada 1,000

habitantes, es decir, que en el país existen 9.8 personas más que viven con discapacidad.

Según el censo del 2023 a nivel nacional existen 173,079 personas que viven con discapacidad representando un 3.9 % del total de la población panameña. En la Comarca Ngäbe Buglé se registró un total de 3,713 personas que viven con discapacidad, lo que representa el 2.1% del total de personas con discapacidad a nivel nacional y el 1.5 % del total de la población de la Comarca Ngäbe Buglé; Del total de personas con discapacidad en la comarca los hombres presentaron 53.3 % (1,979) mientras que las mujeres presentaron el 46.7 % (1,734) distribución similar a la que se presenta a nivel nacional (53.1 % en hombres y 46.9 % en mujeres); Los rangos de edad de 15 a 19 años y 60 a 64 años son los que presentaron el mayor número de personas con discapacidad siendo 269 personas (7.24 %) y 274 personas (7.37 %) respectivamente. Cabe resaltar que las personas en edad productiva de 15 a 64 años representaron el 53.5% (1,985 personas) del total de personas con discapacidad. La principal discapacidad presentada es la de tipo física, sin embargo, en los hombres predomina la discapacidad visual. A nivel nacional para ambos sexos la discapacidad predominante es la física.

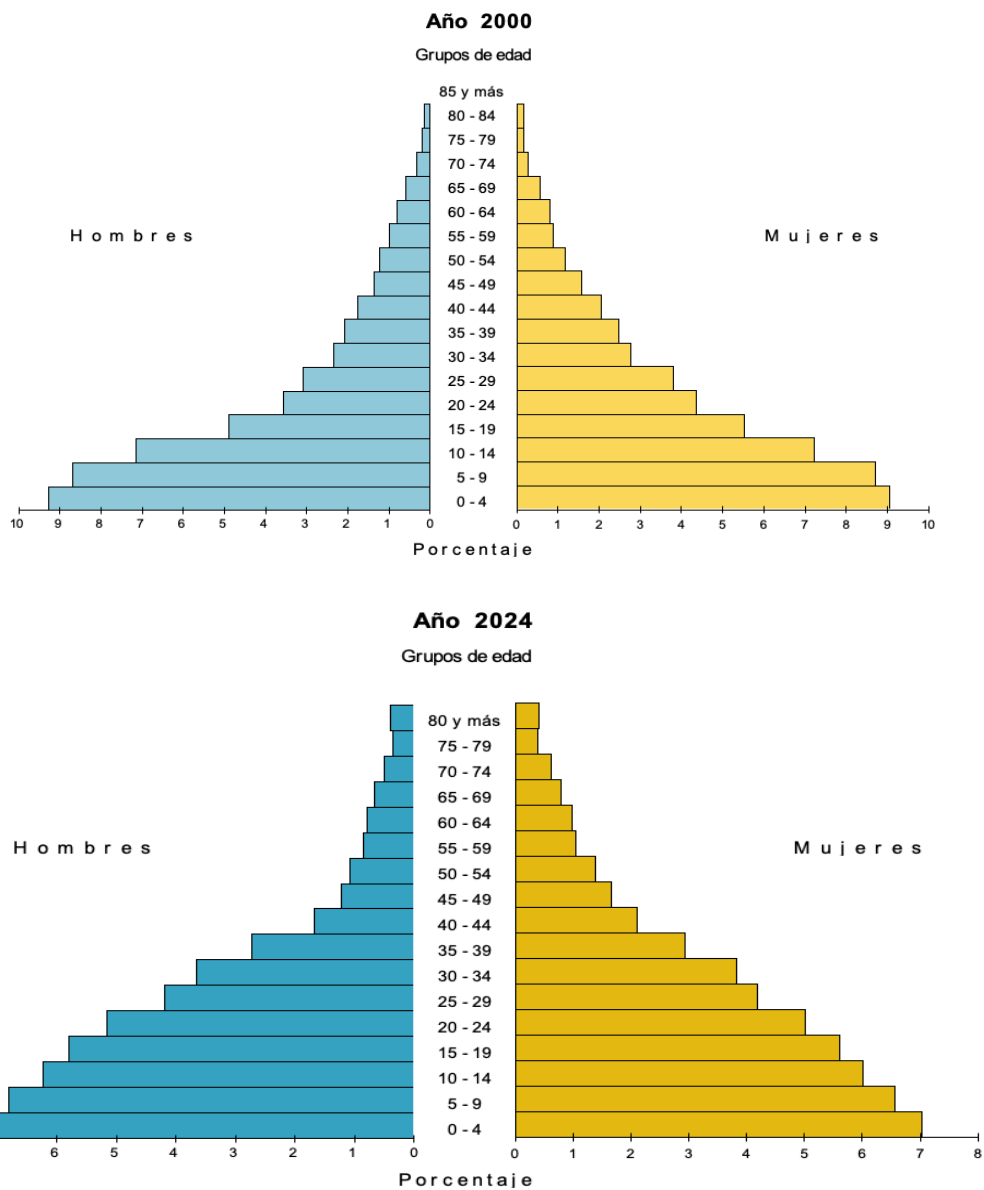
Continuación Cuadro No 1. Indicadores demográficos

Estructura de población por grupo de edad (en años)	2020			2021			2022		
	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem
Total	224.423	110.853	113.970	230.395	113.644	116.751	236.019	116.469	119.550
Menor de un año	7.030	3.533	3.497	7.602	3.748	3.584	7.580	3.683	3.897
1 a 4	26.949	13.792	13.157	26.836	13.811	13.025	27.284	14.093	13.191
5 a 9	30.981	15.767	15.214	31.491	16.028	15.463	32.067	16.321	15.746
10 a 14	28.987	14.741	14.246	29.291	14.894	14.397	29.562	15.032	14.530
15 a 19	26.829	13.656	13.173	27.152	13.812	13.340	27.493	13.980	13.513
20 a 59	91.436	43.460	47.976	94.833	45.222	49.611	98.322	47.016	51.306
60 a 64	4.027	1.830	2.197	4.219	1.898	2.321	4.332	1.939	2.393
65 y más	8.584	4.074	4.510	8.971	4.231	4.740	9.379	4.405	4.974
Otras Tasas	2020			2021			2022		
	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem
Tasa de mortalidad	3.0	3.7	2.4	3.1	3.7	2.4	3.0	3.4	2.7
Tasa de mortalidad en < de 1 año	10.1	11.7	9.4	11.1	10.1	11.9	13.1	15.5	9.5
Tasa de mortalidad perinatal	12.2			12.1			14.7		
Tasa de mortalidad neonatal	5.9	5.6	4.9	3.5	3.5	3.6	3.4	4.9	1.9
Tasa de mortalidad post neonatal	4.3	5.0	3.5	7.5	5.8	3.6	9.7	11.6	7.6
Tasa de mortalidad en menores de 5 años	3.5	4.3	2.9	4.8	4.4	3.8	4.2	5.0	3.4
Tasa de mortalidad materna	32.2			15.6			21.9		
Esperanza de vida al nacer (total)	72.00	69.77	74.14						

Fuente: Estadísticas vitales. INEC, Contraloría General de la República.

La estructura poblacional que muestran las pirámides a lo largo de 24 años, a pesar del acortamiento o disminución de su base sigue mostrando una pirámide de tipo progresiva que nos indica el predominio de población joven en edades dependientes por la alta natalidad, el tronco con inicios de engrosamiento sinónimo de población en edad productiva y un muy leve ensanchamiento de la cúspide, donde persiste poca población envejecida con menor esperanza de vida, así lo muestran las pirámides poblacionales entre los años 2000 y 2024. (Gráfico 17)

Gráfico 17. Pirámides de la población de la Comarca Ngäbe Buglé:
al 1° de julio de 2000 y 2024.

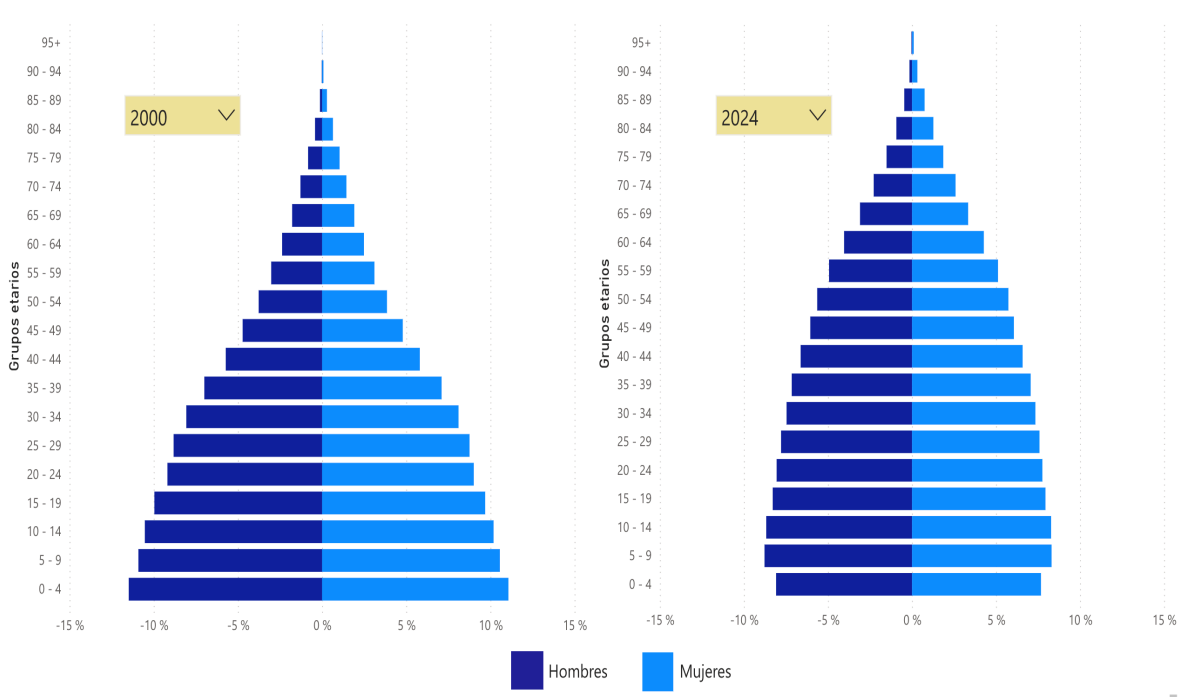


Fuente: Elaboración propia con datos de los Estimados de población al 1° de julio de los años 2000, 2015 y 2024. DIPLAN, MINSA .

Se aprecia como la base de la pirámide del 2000 disminuye de 9% a valores entre 7 a 7.3 % en 2024; La cúspide se ha ido ensanchando al igual que el tronco. A diferencia de la estructura de la población a nivel nacional, cuya pirámide del año 2000 es de tipo estancada donde la población adulta ha aumentado y su base

inicia un acortamiento moderado indicativo del descenso en la natalidad, la cima con una disminución lenta de la población debido al aumento en la esperanza de vida; mientras que la pirámide del 2024 ya se aprecia que avanza hacia el tipo progresivo con una base acortada o estrecha que indica disminución en la natalidad del país, la población continua disminuyendo de manera lenta hacia la cima por la esperanza de vida mas alta y una población envejecida mayor, lo cual se traduce en desarrollo económico y social, sin embargo, la realidad de la Comarca Ngabe Bugle aún se encuentra lejos de esta fase de transición con un bajo desarrollo cuyo perfil epidemiológico caraterístico es el que se experimenta en la actualidad.

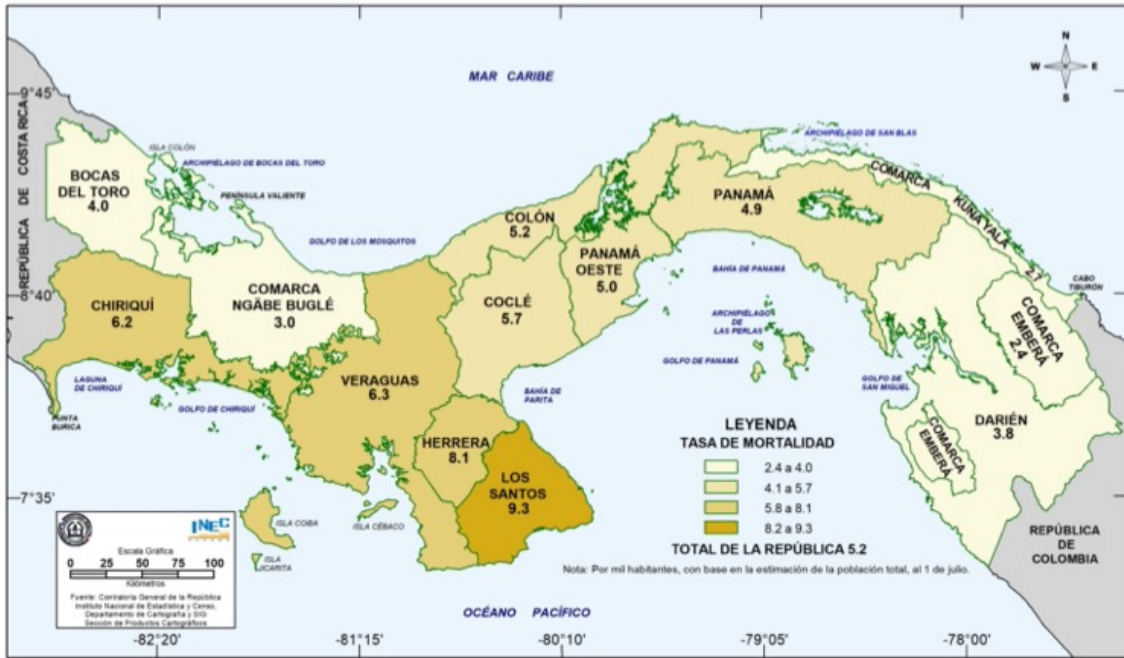
Gráfico 18. Pirámides poblacionales de la República de Panamá entre 2000 y 2024.



Fuente: Perfil de país Panamá, OPS con datos de Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, División de Población.

Disponible en: <https://population.un.org/wpp/>

Mapa 5. Tasa de Mortalidad en la República, por provincia y comarca indígena. Año 2022.

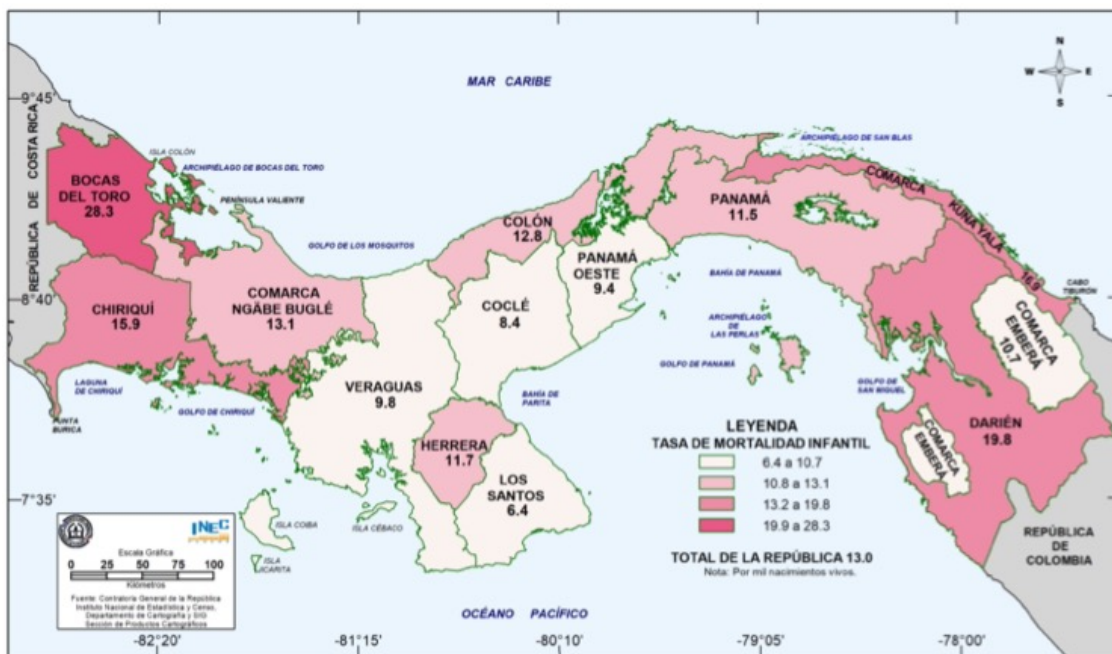


Fuente: Estadísticas vitales, Volúmen III- Defunciones: 2022. INEC

Las tasas de mortalidad general, en el período analizado, muestran una constante entre los años 2020 al 2022 de 3.0 muertes por cada 1,000 habitantes con predominio en la mortalidad masculina, 3.7 y 3.4 muertes masculinas por cada 1,000 habitantes, en cambio las mujeres presentaron 2.4 y 2.7 muertes por cada 1,000 habitantes para estos años respectivamente. No hubo mayor cambio por efectos de la pandemia por COVID-19 en este indicador, mostrando en el 2021 una tasa de 3.1 muertes por cada 1,000 habitantes. (Mapa 5)

La mortalidad infantil presenta una tendencia al aumento con 10.1 , 11.1 y 13.1 muertes de menores de 1 año por cada 1,000 nacidos vivos en el 2020, 2021 y 2022 respectivamente. En este grupo de edad predominan igualmente las muertes masculinas. (Mapa 6)

Mapa 6. Tasa de Mortalidad infantil en la República, por provincia y comarca indígena. Año 2022.

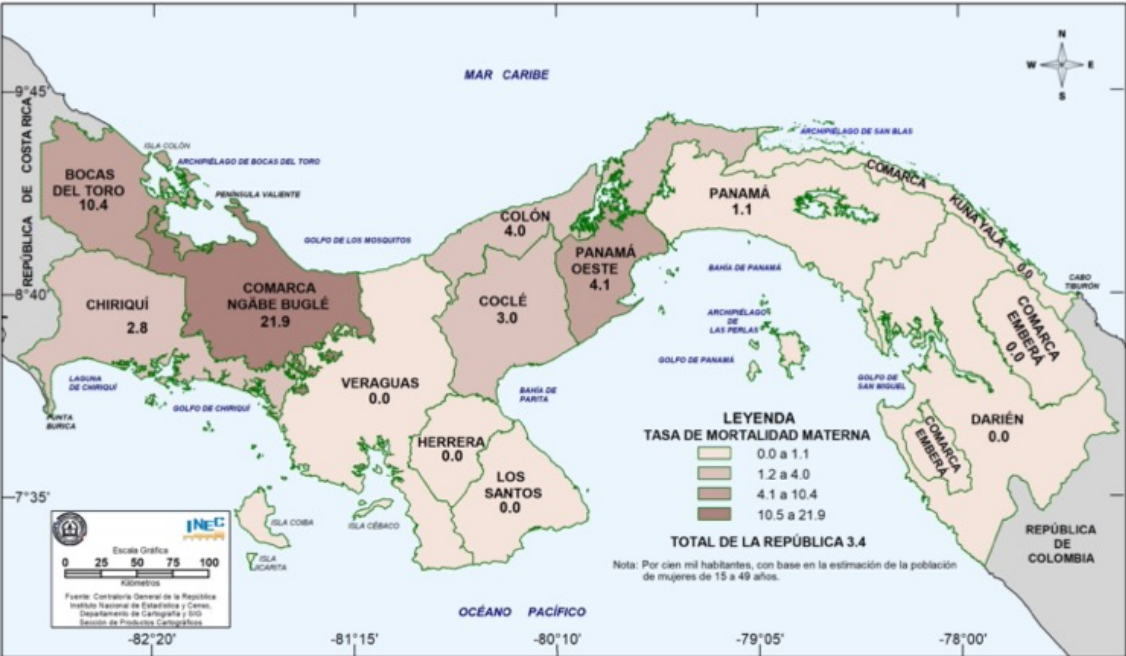


Fuente: Estadísticas vitales, Volúmen III- Defunciones: 2022. INEC.

La tasa de mortalidad perinatal presenta una tendencia al aumento con 12.2 y 14.7 muertes perinatales por cada 1,000 nacidos vivos entre los años 2020 y 2022, mostrando un aumento de 2.5 muertes perinatales por cada 1,000 nacidos vivos. Es de importancia señalar que este indicador refleja la atención prenatal, intraparto y neonatal, lo que sigue mostrando la urgente necesidad de mejorar la calidad de los servicios de salud materno infanti y el monitoreo nutricional y del entorno de las madres. La tasa de mortalidad neonatal pasa de 5.9 a 3.4 muertes de niños menores de 28 días por cada 1,000 nacidos vivos, disminuyendo 2.5 muertes por cada 1,000 nacidos vivos; mientras que la tasa de mortalidad postneonatal presenta una tendencia in crescendo de 4.3 pasa a 7.5 en 2021 y continua subiendo a 9.7 muertes postneonatales por cada 1,000 nacidos vivos en el año 2022. Toda esta dinámica nos arroja como resultado una tasa de mortalidad en menores de 5 años con tendencia al aumento que ha pasado de 3.5 en 2020 a 4.8 en 2021 y 4.2 muertes en menores de 5 años por cada 1,000 nacidos vivos en el 2022.

Con respecto a la tasa de mortalidad materna se aprecia una tendencia a la disminución aunque la misma persiste con valores elevados; para el año 2020 se reportaron 32.2 muertes maternas por cada 1,000 nacidos vivos, disminuyendo en el 2021 a 15.6 muertes maternas por cada 1,000 nacidos vivos y en 2022 se muestra una tasa de 21.9 muertes maternas por cada 1,000 nacidos vivos. (Mapa 7)

Mapa 7. Tasa de Mortalidad Materna en la República, por provincia y comarca indígena. Año 2022.



Fuente: Estadísticas vitales, Volúmen III- Defunciones: 2022. INEC

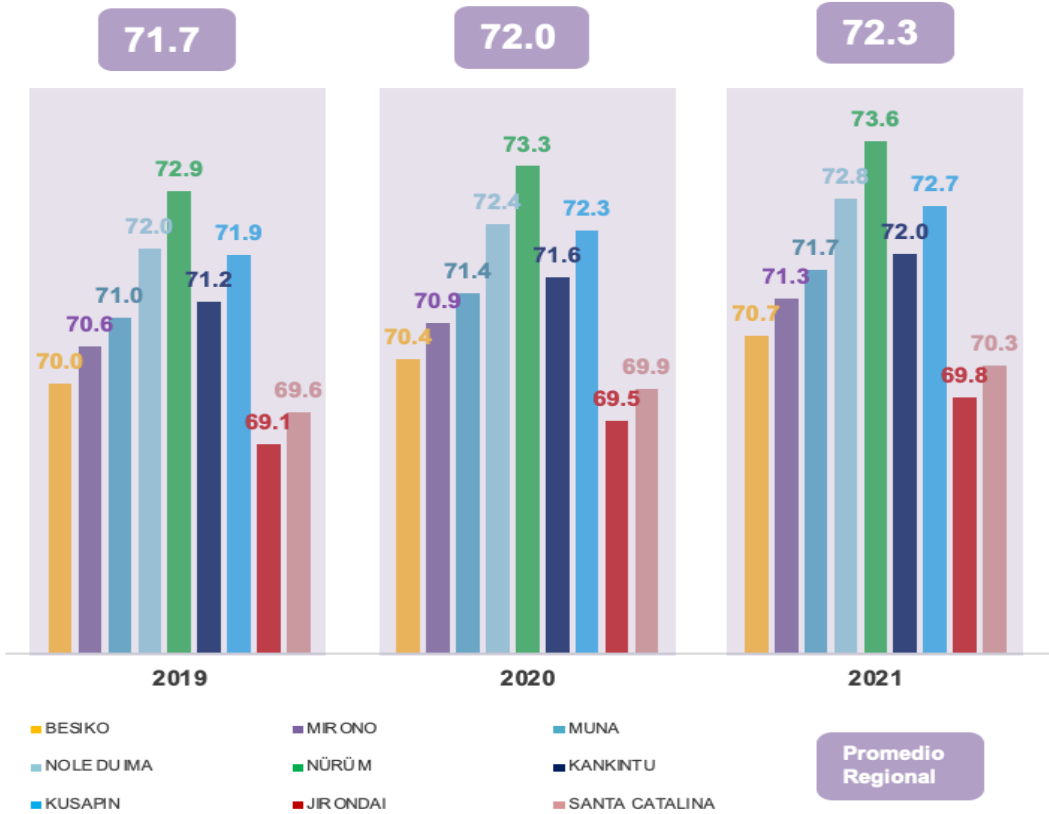
En el año 2023 de las 36 muertes maternas ocurridas en el país el 19 % correspondió a muertes ocurridas en la Comarca Ngäbe Buglé.

En cuanto a la razón de mortalidad materna, indicador a medir dentro de los objetivos de desarrollo sostenible y su meta 3.1: De aquí al año 2030 reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 muertes por 100,000 nacidos vivos. En la Comarca Ngäbe Buglé se presentan igualmente elevadas razones de mortalidad materna con 219.2 muertes maternas por cada 100,000 nacidos vivos para el año 2022.

La Esperanza de vida al nacer ha ido mejorando para toda la comarca, aumentando de 71.7 años en el año 2019 a 72.3 años en el 2021. A pesar de ello esta región de salud continúa presentando la menor esperanza de vida muy por debajo del promedio nacional de 78.9 años en el 2021 dejando a la comarca con 6.6 años de rezago.

El distrito de Ñürüm se mantiene con la mayor esperanza de vida al nacer con 73.6 años en el 2021, mientras que el distrito de Jirondai continúa siendo el más rezagado en este indicador con 69.8 años en el 2021. (Anexo1)

Gráfico 19.. Esperanza de vida la nacer según distrito en la Comarca Ngäbe Buglé, período 2019- 2021.



Fuente: Elaboración propia con datos de Indicadores Sociodemográficos, INEC.

Cuadro No. 2

Situación de Salud, Aspectos Económicos y Sociales

B. Aspectos económicos y sociales	2020			2021			2022		
	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem
Población económicamente activa				84,060	47,978	36,082	77,835	43,591	34,244
Tasa de actividad				71.4	87.0	57.7	67.1	83.6	53.7
Tasa de desempleo							1.4		
Tasa de empleo informal				22.8			24.9		
Porcentaje de población asegurada	14.2			15.7			16.1		
▪ Asegurados activos	2.4			3.0			3.3		
▪ Pensionados	6.6			7.3			7.0		
▪ Jubilados*									
▪ Beneficiarios	76.8			73.6			72.7		
Porcentaje de analfabetismo (censo 2023)	19.4	6.3	13.1						
Escolaridad de la población **							6.1 (2023)		
▪ Básica completa	2,342			2,423			2,650		
▪ Media completa	1,868			1,991			2,031		
▪ Vocacional	...			...			...
▪ Universidad completa ***	...			...			6.3%(2023)		
Déficit habitacional									

*Jubilados incluidos en el grupo de pensionados, retirados, rentistas.

**Escolaridad promedio en 2023 de 6.1 años de estudios.

***El 6.3 % de las personas con 25 años y más poseen algún grado de estudios universitarios completos.

Fuente institucional: Estadísticas Sociodemográficas, INEC.

Fuente documental: Informe Panamá en Cifras 2016- 2022, INEC; Encuestas de Propósitos Múltiples, Encuestas de Hogares, Encuestas del Mercado Laboral. INEC.

La población económicamente activa para el año 2021 correspondió al 36.5 % de la población (84,060 personas), para el año 2022 se experimenta una disminución de 3.6 puntos porcentuales con respecto al año anterior presentando un 32.9 %

(77,835 personas); en el 2023 se evidencia un ligero aumento con 33.8 % (81,770 personas) y para el 2024 se presenta un 38.7 % (96,043 personas). Podemos apreciar una tendencia al aumento en los años posteriores a la pandemia entre 2023 y 2024 de 4.9 puntos porcentuales. Para el período analizado los hombres representaron el mayor porcentaje dentro de la población económicamente activa.

Se evidencia una disminución en la tasa de actividad entre los años 2021 y 2022 pasando de 71.4 a 67.1 personas ocupadas por cada 100 personas económicamente activas, lo cual refleja los efectos de la pandemia por COVID-19 en la economía del territorio comarcal, ya que para los años 2020, 2021 y 2022 las migraciones relacionadas a la ruta de café, así como migraciones a otras provincias en busca de empleo se vieron limitadas.

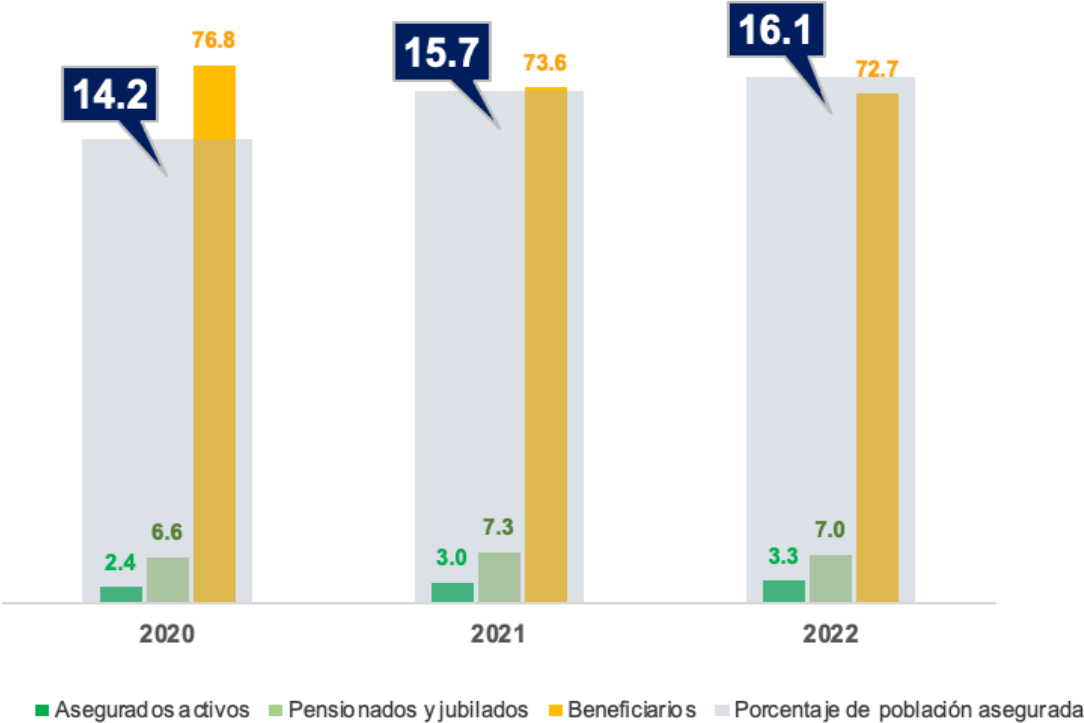
La tasa de desempleo aumentó de 1.4 % en 2022 a 2.3 % en 2023, para el año 2024 continua en aumento con 2.4 %; mientras el promedio nacional para el año 2021 fue de 11.3 %, 2022 disminuyó a 9.9 % y mantuvo tendencia a la disminución para el 2023 con 7.4 %.

El empleo informal presenta una tendencia al aumento pasando de 22.8 en el año 2021 a 24.9 personas con empleo informal por cada 100 personas económicamente activas ocupadas, al igual que en otras áreas del país, parte de la población económicamente activa de la Comarca Ngäbe Buglé que quedaron desocupadas decidieron realizar trabajos de emprendimiento, principalmente en las áreas de artesanías y el área agrícola.

Con respecto al porcentaje de población asegurada, este ha ido en aumento pasando de 14.2 % en el año 2021 a 16.1 % para el 2022, evidenciando un aumento de 1.9 puntos porcentuales. Los asegurados activos han aumentado de 2.4 % en 2021 a 3.3 % en 2022 (aumento de 0.9 puntos porcentuales); En el grupo de pensionados y jubilados se evidencia un retraso en la tendencia al aumento durante el año 2020 (6.6 %) y 2022 (7.0 %), ya que para el año 2021 se

experimentaba un 7.3 %. En cuanto a los beneficiarios de la seguridad social, el mayor porcentaje esta representado por los hijos, y se presenta una ligera tendencia a la disminución pasando de 76.8 % en 2020 a 72.7 % 2022, comportamiento que se explica por los efectos propios de la pandemia por COVID-19 que dejó a muchas familias desprotegidas. (Gráfico 20)

Gráfico 20. Porcentaje de población asegurada en la Comarca Ngäbe Buglé, período 2020- 2022.



Fuente: Elaboración propia con datos de Población protegida INEC.

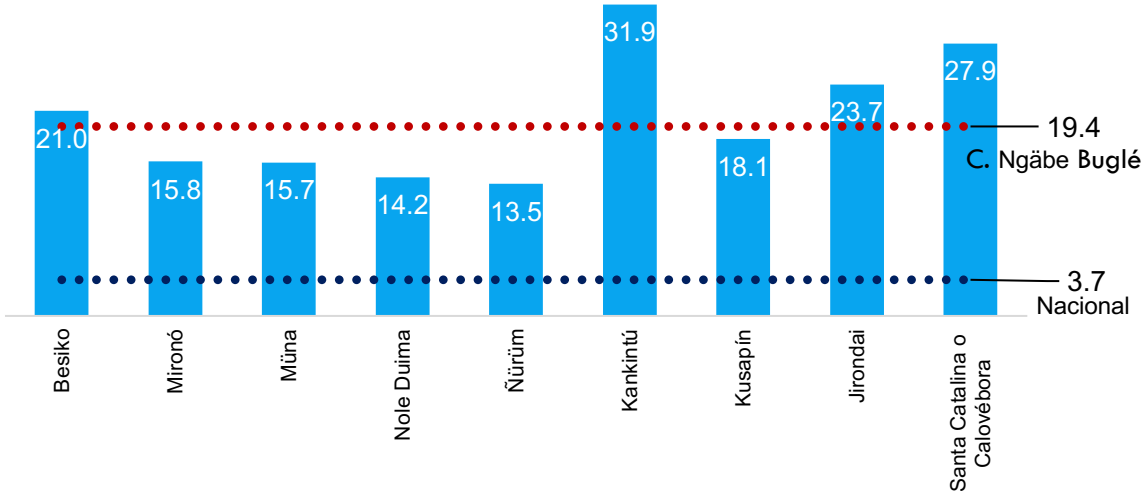
Se espera igual tendencia en la población asegurada para el año 2023, donde a junio se reporta un 5.3 %. Siendo el 2.8 % asegurados activos, 8.1 % pensionados y jubilados y 38.8 % beneficiarios. (Población protegida (P) INEC, 2023)

Los resultados del censo de población realizado en el año 2023 revelaron la existencia de un 3.7 % de analfabetismo a nivel nacional lo que corresponde a 123,674 personas, mientras que el censo de 2010 mostró un 5.5 % de

analfabetismo; Según la UNESCO un país es libre de analfabetismo cuando reporta un porcentaje menor del 5 %, sin embargo, el censo 2023 también reveló que en la Comarca Ngäbe Buglé existe un 19.4 % de población analfabeta, es decir, que existen 46,886 personas de 10 y más años de edad que no saben leer ni escribir. En contraste con el censo del 2010 que indicó un 30.8 % de analfabetismo en esta comarca que correspondía a 30,864 personas. Del total de personas que en el año 2023 declararon no saber leer ni escribir el 13.1 % fueron del sexo femenino y el 6.3 % correspondieron al sexo masculino, apreciamos claramente que las mujeres duplican a los hombres en cuanto a este importante indicador sociodemográfico. Los distritos con mayor porcentaje de analfabetismo y que se encuentran por encima del promedio comarcal son Kankintú (31.9 %), Santa Catalina (27.9 %), Jirondai (23.7 %), Besikó (21.0 %). (Grafico 21)

Cabe señalar que estos distritos exhiben los corregimientos de muy difícil acceso geográfico en el país. El número de centros educativos en esta zonas asciende a 381, de los cuales 171 se ubican en el área de Ñökribo, 173 en Nedri y 37 en Ködri.

Grafico 21. Porcentaje de analfabetismo por distrito en la Comarca Ngäbe Buglé. Año 2023.



Fuente: Elaboración propia con datos del Censo de población 2023. INEC

La escolaridad de la población Ngäbe Buglé es de 6.1 años en promedio, mientras a nivel nacional se reportan 9.6 años de estudio lo que indica una enseñanza hasta el nivel secundario o premedia. Apenas el 6.3 % de la población escolarizada a culminado estudios universitarios. Actualmente esta funcionando la UAPI, Universidad Autónoma de los Pueblos Indígenas, cuya sede esta ubicada en la Comarca Ngäbe Buglé, distrito de Müna, comunidad de Llano Tugrí; desde el año 2024 ofrece Licenciatura en Educación Intercultural Bilingüe y la Licenciatura en Etnoturismo Histórico y Territorial, posee una matricula de 500 estudiantes. Su propósito es ofrecer educación de nivel superior a siete pueblos indígenas del país (Guna, Naso Tjër Di, Ngäbe, Buglé, Bri bri, Emberá y Wounaan) donde se pretenden crear extensiones universitarias. La Ley N° 288 del 10 de marzo de 2022 crea la UAPI como centro de educación superior oficial en la Comarca Ngäbe Buglé, con autonomía, personería jurídica y patrimonio propio, con facultad para administrarlo y para organizar sus planes y programas de estudio, investigación y servicios.

En cuanto al déficit habitacional, según el Censo de población y vivienda 2023 en la Comarca Ngäbe Buglé existen 38,241 viviendas, el promedio de personas que habitan las mismas es de 5.5 personas en general para todas las comarcas del país, sin embargo, conocemos la idiosincrasia de la población Ngäbe Buglé que vive en hacinamiento, principalmente por el tipo particular y características de sus viviendas. Para el año 2024 se reportan 7,211 viviendas insalubres.

(Sección de Saneamiento ambiental, Comarca Ngäbe Buglé)

En el año 2016 se reportó un déficit habitacional de 16,016 viviendas en esta comarca, mientras que según datos del Banco Interamericano de Desarrollo para el 2019 existía un déficit habitacional de 50,760 viviendas entre todas las comarcas del país. Este déficit debe ser calculado tomando en cuenta las características habitacionales de cada cultura además de los materiales y servicios básicos.

TENDENCIAS ESPERADAS EN LOS PRÓXIMOS AÑOS, EN LOS INDICADORES DE SANEAMIENTO BÁSICO

Para los indicadores de saneamiento básico la tendencia en la disposición de agua adaptada para consumo humano aumentó a un ratio de 1 % anual del 2016 al 2018, con lo cual se esperaba pasar de 41.5 % en 2018 a un 52 % en el año 2030, sin embargo, para el período de estudio 2020 al 2023 evidenciamos un rezago y estancamiento alcanzando para el 2023 un 41.6 % lo cual nos ubica en 0.37 puntos porcentuales menos que el periodo anterior analizado. Este retroceso nos deja aún más por debajo de la meta propuesta en la Agenda 2030.

Por otro lado, la disposición adecuada de residuos sólidos, en su mayoría por enterramiento, cuya meta prevista de al menos el 25 % no ha sido alcanzada. La incineración ya no es recomendada debido a los efectos negativos que ocasiona al ambiente y a la propia población, por lo que para avanzar en este indicador se deben plantear acciones específicas y contar con apoyo de la participación comunitaria activa además de presupuestos cónsonos tanto de los gobiernos locales como de la empresa privada y organizaciones sociales dentro y fuera del territorio comarcal.

La disposición adecuada de aguas residuales venía aumentando en un 1.5 % anual aproximadamente con lo cual esperábamos alcanzar un 53 % en el año 2030, sin embargo, vemos un rezago de 2.92 puntos porcentuales menos pasando de 36.78 % en el 2020 a 33.86 % en el 2023.

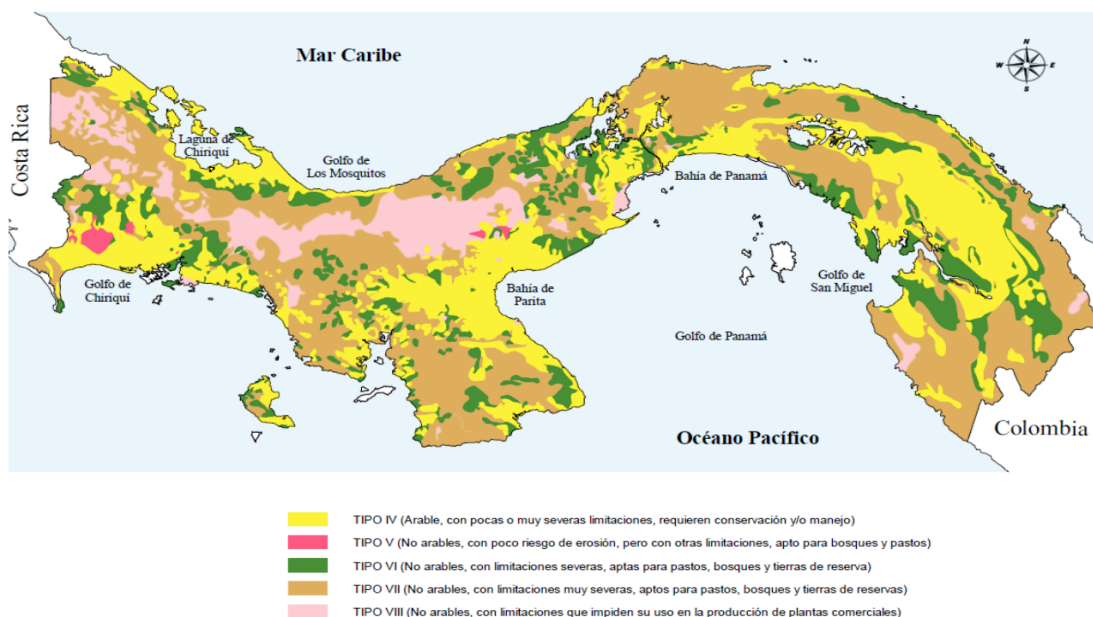
Estos resultados y tendencias actuales son el producto de la afectación debido a la pandemia por COVID-19, ya que durante los años 2020 al 2022 todas las acciones en salud fueron enfocadas a mitigar sus efectos descontinuado intervenciones claves en la salud ambiental.

PRINCIPALES RIESGOS A LA SALUD

PRINCIPALES PRODUCTOS AGRÍCOLAS Y DE ALIMENTOS PROCESADOS EN LA REGIÓN, TIERRAS DEDICADAS A LA AGRICULTURA Y PROYECTOS DE REFORESTACIÓN

Entre los principales productos agrícolas y de alimentos procesados podemos mencionar el café cultivado en tierras altas del corregimiento de Hato Chami, el arroz, maíz, yuca, frijoles y plátanos en tierras altas de Besiko, Mironó, Nole Duima y Müna. El porcentaje de tierras dedicadas a la agricultura es un muy bajo, ya que predominan los suelos con limitaciones severas que solo permiten usos forestales y pratenses (tipo VII y VIII), las zonas que mayormente están favorecidas para la producción agrológica se localizan en llanuras costeras y zonas bajas. Según datos del Ministerio de Desarrollo Agropecuario (MIDA) el 2% del suelo es dedicado a la ganadería intensiva.

Mapa 8. Aptitud agrológica de los suelos en Panamá.

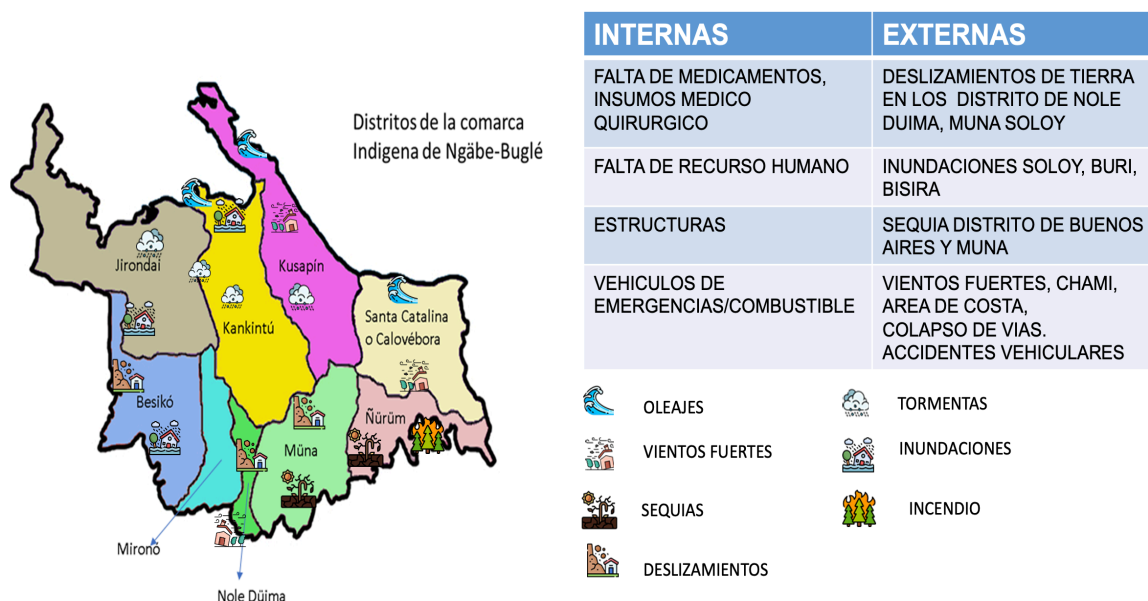


Fuente: Visión 2050 Región Occidental 2018, 2022 y 2024. CECOMRO.

En el año 2022 se firmó un acuerdo que celebra la Iniciativa de Reforestación Rohr entre el Instituto Smithsonian de Investigaciones Tropicales (STRI) y líderes indígenas de la Comarca Ngäbe Buglé y Campesinos en la comunidad de El Peñón distrito de Nürüm. Esta iniciativa tiene el propósito de inspirar proyectos de plantación de árboles en áreas deforestadas de ese corregimiento; se plantarán 19 especies de árboles en mezclas en 19 sitios de diferentes tamaños en paisajes deforestados de 400 km², el resultado será monitoreado por 20 años. El proyecto denominado Agua Salud lleva 14 años desarrollándose en el área del Canal de Panamá, ahora se trae este Plan piloto dentro de la comarca y tiene como socios además del STRI a la Autoridad del Canal de Panamá y el Ministerio de Ambiente y consiste en reforestación inteligente. Adicional a esta intervención, el Ministerio de Ambiente continúa desarrollando proyectos de reforestación en los corregimientos de Chichica y Soloy.

ÁREAS EN RIESGO DE SER AFECTADAS POR DESASTRES NATURALES

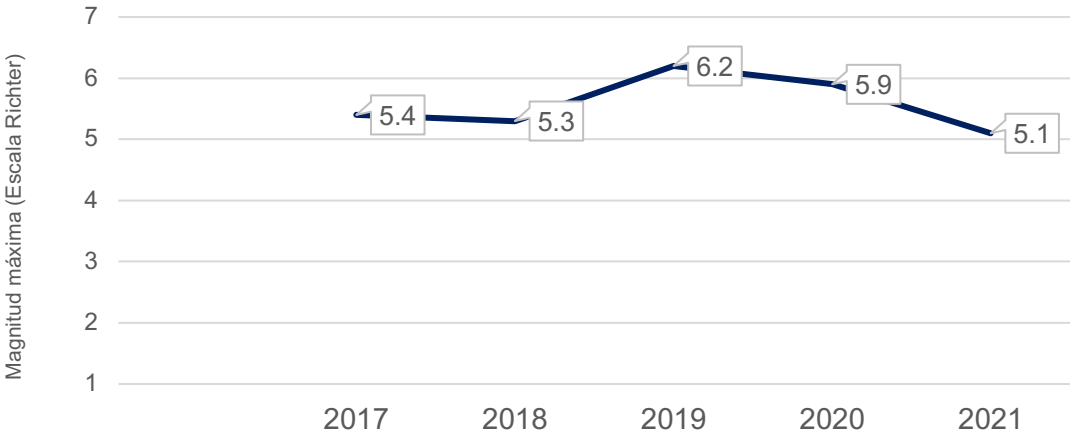
Figura 3. Amenazas según antecedente por distrito y tipo.



Fuente: Autor Licda. Erika Santamaría Jefe Regional OIRDS Comarca Ngäbe Buglé, MINSA.

Adicionalmente el territorio comarcal registra sismos con epicentro cercano a las provincias de Bocas del Toro, Chiriquí y Veraguas, presentándose del 2017 al 2021 un total de 369 sismos con magnitud máxima de 5.1 y mínima de 1.9 grados en la Escala Richter. Información de importancia para incluir en los planes de riesgos y desastres regionales. (Gráfico 22)

Gráfico 22. Magnitud de Sismos registrados en la Comarca Ngäbe Buglé durante el período 2017- 2021.



Fuente: Registros Sismológicos, Instituto de Geociencias, Universidad de Panamá.

PRINCIPALES ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE LA REGIÓN

La agricultura de subsistencia continúa siendo la principal actividad económica a la que se dedican los habitantes de la comarca, principalmente los cultivos temporales como el arroz, maíz, yuca, frijoles, ñame y otoi productos que forman parte de la principal base de su alimentación, sin embargo, la producción por hectáreas de estos rubros está por debajo de la mitad de la producción a nivel nacional. Los cultivos permanentes de mayor importancia económica dentro de este contexto siguen siendo el banano, café y cacao. Los cultivos de rentabilidad o su producción, además de servir para autoconsumo, se comercializan en los

mercados locales, regionales o nacionales, predominando en el área Ñokribo el arroz, otoi y cacao; éste último también es exportado. En las regiones Kodri y Nedrini solamente se cultiva café a modo de producción a mayor escala, se continúa estimando en más de 15 mil quintales en pergamino al año, lo cual continúa representando el 4% de la producción nacional.

Las mujeres ngäbe elaboran artesanías tradicionales, elementos que les sirven para su vestimenta y la venta. Esto incluye bolsas tejidas de fibra vegetal conocidas como "kra", coloridos trajes largos para la mujer decorados con motivos geométricos llamados "naguas"; también confeccionan pulseras, collares de cuentas y chaquiras, antes usados como adornos para la guerra. Los hombres tejen sombreros de fibra vegetal para uso cotidiano o para vender.

El aporte de los ngäbes al folclore panameño se aprecia en la "kra", llamada "chácara" en español y en los sombreros, ambos elementos han sido incorporados a la vestimenta del campesino panameño.

MECANISMOS PARA MEJORAR LAS CONDICIONES DE SANEAMIENTO BÁSICO

Cuadro N° 3

Condiciones de Saneamiento Básico

Condiciones del saneamiento básico (Coordinación Regional de Agua y Saneamiento ambiental)	2020	2021	2022	2023
% de la población con disposición de agua potable o agua mejorada para el consumo humano				
<input type="checkbox"/> Urbano	N/A	N/A	N/A	N/A
<input type="checkbox"/> Rural	45.91%	46.27%	46.27%	41.59%
<input type="checkbox"/> Indígena	0	0	0	
% de la población con disposición adecuada de residuos sólidos (relleno sanitario o enterramiento)				
<input type="checkbox"/> Urbano	N/A	N/A	N/A	
<input type="checkbox"/> Rural	0%	0%	0%	
<input type="checkbox"/> Indígena				
% de la población con disposición adecuada de aguas residuales y servidas (alcantarillado sanitario, fosa séptica o tanque séptico)				
<input type="checkbox"/> Urbano	N/A	N/A	N/A	
<input type="checkbox"/> Rural	36.78%	37.29%	36.09%	33.86%
<input type="checkbox"/> Indígena	0			
% de instalaciones con disposición adecuada de desechos hospitalarios peligrosos (incineración, relleno sanitario o enterramiento)	.020%			

Fuente: Estadísticas de la Sección Regional de Saneamiento Ambiental y Agua, Comarca Ngäbe Buglé.

AGUA POTABLE O MEJORADA PARA EL CONSUMO HUMANO

Para el año 2023 la población con disposición de agua potable o agua mejorada para el consumo humano fue de 41.5% evidenciando una disminución de 4.32 puntos porcentuales con respecto al año 2020. Esto se debe a disminución en el mantenimiento principalmente de los acueductos rurales.

El acceso al agua es a través de 2 potabilizadoras y Acueductos Rurales. Para realizar el suministro de agua a la población, la Sección de Sanamiento ambiental y agua realiza las visitas a las comunidades, verifica las posibles fuentes de agua, y aprueba la construcción de acueductos según normativa vigente. La construcción y mantenimiento de los acueductos rurales debe llevarse a cabo por las comunidades con apoyo del Ministerio de Salud. Es relevante mencionar que no existe laboratorio de calidad de agua en esta región de salud, se requiere de un tecnólogo médico o personal afin al perfil que posea idoneidad para llevar a cabo el estudio de la calidad del agua.

La Comisión de Juntas Administradoras de Acueductos Rurales adscritas a la Dirección Regional deben recibir apoyo para la conformación de su personería jurídica a través del departamento de Promoción de la Salud, quienes también deben brindar capacitación continua a las juntas. Las JAARs tienen a su vez la responsabilidad de realizar el mantenimiento de estos acueductos, reparar las tuberías, clorinación, etc., con insumos proporcionados por el Ministerio de Salud y el programa o autogestión con los Gobiernos locales.

Actualmente existen 559 acueductos rurales que benefician a 17,314 casas y 84,310 personas. Existe un total de 23,097 casas no conectadas a tuberías para acceso a agua. Se presenta un total de 1,554 comunidades sin acceso al agua las cuales utilizan ríos, quebradas, agua lluvia. La región no cuenta con presupuesto para el estudio y perforación de pozos.

DISPOSICIÓN DE RESIDUO SOLIDOS

La Comarca Ngäbe Buglé no cuenta con relleno sanitario; 9,575 viviendas realizan enterramiento o incineración de los residuos sólidos, quedando 31,131 viviendas sin utilizar alguno de estos métodos haciendo mala disposición de estos residuos.

Con respecto a desechos, dentro de la comarca no existe un control adecuado de manejo de residuos sólidos en las comunidades; por otro lado en las instalaciones de salud se presenta el nudo crítico con la disposición final de los desechos hospitalarios principalmente los de tipo peligroso. Al no existir relleno sanitario, la basura que se genera va a vertederos de cielo abierto ubicados en otras regiones de salud y en la mayoría de los casos se dispone por enterramiento e incineración, aunque estas prácticas deben ser reemplazadas por un correcto manejo de desechos hospitalarios y su disposición final que sean amigables con el ambiente y sostenibles.

AGUAS RESIDUALES Y SERVIDAS

El 33.86% de la población contó con disposición adecuada de aguas residuales y servidas para el año 2023, 2.92% menos en comparación con el año 2020 (36.78%), esto se debe a que en los últimos 3 años las fosas sépticas han sufrido afectaciones de diversas índoles principalmente por temas climáticos. Existen 16,294 letrinas que benefician a 79,974 personas, quedando 23,369 casas sin disposición adecuada de heces. No contamos con sistemas alcantarillado sanitario.

Cuadro No. 4
Incidencia de Pobreza

Incidencia de la pobreza	% de Población		
	Total	Pobres	Pobres Extremos
1. 2000		ND	91.5
2. 2019	81.9	81.9	66.4
3. 2021	79.9	79.9	64.0
4. 2023	87.0	87.0	63.3

Fuente: Índice de Pobreza, Ministerio de Economía y Finanzas.

Cuadro No.5
Principales Etnias Predominantes

Cultura, Etnia y Colonias Predominantes	Etnia			
	1	2	3	4
% de población	78	12.2	6.9	2.9
Lenguaje o idioma	Español/ Ngäbere	Español/ Similar al Patua	Español/ Buglere	Español

(1) Ngabe, (2) Mestizo (Negro con Indígena), (3) Buglé, (4) Campesino.

Fuente: Censo de población 2023, Contraloría General de la República. Sección de Registros de Estadísticas de salud Comarca Ngäbe Buglé.

Los ngäbe representan la etnia predominante con el 78 % de la población los cuales hablan el idioma español y en las áreas más apartadas usan el idioma ngäbere, aunque en la actualidad muchos habitantes en su mayoría adolescentes, no hablan este idioma; los buglés representan el 6.9 % de la población dentro del territorio comarcal y hablan el idioma español y el buglere; además existe población no indígena que representa el 15.1 % donde el 12.2 % es mestiza de las etnias negra con indígena principalmente en el distrito de Kusapín y corregimientos de San Pedrito y Santa Catalina del distrito costero de Santa Catalina o Bledeshea de y población campesina dentro del territorio comarcal principalmente en los corregimientos de los distritos de Ñurum y Santa Catalina, hablan español y son el grupo minoritario de esta comarca con un estimado de 2.9 % de la población total.

Cuadro No. 6 Principales Tasas de Mortalidad según Sexo. 2020.

C. Principales causas de mortalidad	2020		
	Total	M	F
Mortalidad general x 100,000 hab.	302.9	371.6	236.0
1. Diarreas y gastroenteritis	37.8	49.6	26.3
2. Accidentes, lesiones auto infligida, agresiones y otros	27.6	38.7	16.7
3. Enfermedad VIH	23.6	37.8	9.6
4. COVID 19	18.2	26.2	10.5
5. Tumores(neoplasia)maligna	16.5	13.5	19.3
Mortalidad en menores de un año x 1000 nacidos vivos	10.1	11.9	8.3
1. Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	4.6	5.4	3.7
2. Malformaciones congénitas deformidades y anomalía cromosómicas	2.9	3.4	2.6
3. Diarreas y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	0.71	0.8	0.6
4. Covid 19	0.42	0.56	0.28
5. Desnutrición	0.28	0.28	0.28
Mortalidad en menores de 1-4 años x 10,000	18.9	23.2	14.1
1. Diarreas y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	6.7	5.8	7.6
2. Síntomas y signos no clasificados en otra parte	2.6	2.9	2.3
3. Restos de enfermedades del sistema respiratorio	1.5	2.9	0
4. Ahogamiento y sumersión accidentales	1.1	1.4	0.76
5.Desnutricion	1.1	1.4	0.76
Mortalidad Perinatal	3.4	3.6	3.2
1. Otras afecciones respiratorias del recién nacido	0.99	1.1	0.87
2. Malformaciones congénitas del corazón	0.57	0.56	0.58
3. Hipoxia intrauterina y asfixia del nacimiento	0.57	0.56	0.58
4. Otras malformaciones congénitas	0.28	0.28	0.29
5. Sepsis bacteriana del recién nacido	0.28	0.28	0
Mortalidad Neonatal x 1000 nacidos vivos	5.8	6.69	4.95
1.Otras afecciones respiratorias del recién nacido	0.14	1.67	1.16
2. Sepsis bacteriana del recién nacido	0.99	1.39	0.58
3. Malformaciones congénitas del corazón	0.85	0.84	0.87
4. Hipoxia intrauterina y asfixia del nacimiento	0.71	0.56	0.87
5. Las demás afecciones perinatales	0.42	0.83	0
C. Principales causas de mortalidad	2020		
	Total	M	F
Mortalidad materna Razon x 100.000 nac. vivos	256.5		256.5
1.Hemorragia post parto	99.7		99.7
2. Complicaciones no especificada del trabajo de parto y del parto	56.9		56.9
3. Sepsis puerperal	28.5		28.5
4. Aborto Espontaneo	14.2		14.2
5. Preeclampsia	14.2		14.2

Continuación Cuadro No. 6 **Principales Tasas de Mortalidad General según Sexo. 2021.**

C. Principales causas de mortalidad	2021		
	Total	M	F
Mortalidad general x 100,000 hab.	305.5	367.8	244.9
1. Accidentes, lesiones auto infligida, agresiones y otros	35.1	58.1	12.8
2. Diarreas y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	29.1	38.7	19.7
3. Enfermedad VIH	28.2	48.4	8.5
4. tumores(neoplasia)maligna	16.5	15.8	17.1
5. Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías	12.6	14.1	11.1

Continuación Cuadro No. 6 **Principales Tasas de Mortalidad según Sexo. 2022.**

C. Principales causas de mortalidad	2022		
	Total	M	F
Mortalidad general x 100,000 hab.	303.8	340.9	267.7
1. Accidentes, lesiones auto infligida, agresiones y otros	30.5	44.6	16.7
2. Enfermedad VIH	21.6	32.6	10.9
3. Diarreas y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	20.8	22.3	19.3
4. Tumores(neoplasia)maligna	20.3	18.0	22.6
5. Tuberculosis	12.2	4.3	20.1
Mortalidad en menores de un año	13.1	14.7	7.7
1. Diarreas y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	1.05	1.62	0.51
2. Desnutrición	1.05	0.27	1.79
3. Neumonía	0.92	1.63	0.26
4. Malformaciones congénita del corazón	0.92	1.35	0.51
5. Covid 19	0.66	1.08	0.26
Mortalidad de 1-4 años	23.4	24.8	21.9
1. Diarreas y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	3.3	0.70	6.06
2. Otros síntomas y signos no clasificados en otra parte	2.9	2.1	3.8
3. Neumonía	2.6	3.5	1.5
4. Las demás enfermedades infecciosas y parasitarias	1.8	2.8	0.75
5. Desnutrición y otras deficiencias nutricionales	2.2	0.70	3.8
Mortalidad Perinatal	28.2	42.8	12.8
1. Otras afecciones respiratorias del recién nacido	0.63	0.92	0.32
2. Otras malformaciones congénitas	0.47	0.61	0.32
3. Otros síntomas y signos no clasificados en otra parte	0.47	0.61	0.32
4. Las demás afecciones perinatales	0.31	0.61	0

5. Malformaciones del corazón	0.31	0.61	0
Mortalidad Neonatal x 10,000 nacidos vivos (x 1,000)	37.4 (3.0)	55.1 (5.0)	19.2 (1.0)
1. Otras afecciones respiratorias del recién nacido	7.8	9.2	6.4
2. Otras malformaciones congénitas	6.3	9.2	3.2
3. Otros síntomas y signos no clasificados en otra parte	6.3	6.1	6.4
4. Las demás afecciones perinatales	4.7	9.2	0
5. Malformaciones congénitas del corazón	3.1	6.1	0

C. Principales causas de mortalidad	2022		
	Total	Masc	Fem
Mortalidad materna (tasa por 100,000)	21.9		21.9
1 .Hemorragia tercer periodo.	46.9		46.9
2. Aborto no especificado	31.3		31.3
3. Aborto retenido	31.3		31.3
4.Embarazo tubarico	15.6		15.6
5.Sepsis puerperal	15.6		15.6

Fuente: Estadísticas vitales, INEC. Contraloría General de la República de Panamá

2. ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS

Dentro de los aspectos epidemiológicos se observan y describen las enfermedades y principales factores de riesgo que afectan a la población de manera transitoria y/o crónica; se realizan las mediciones, comparación y análisis de su distribución y comportamiento utilizando la normativa y estándares de los procedimientos vigentes. En este sentido las principales causas de morbilidad y mortalidad en la población Ngäbe Buglé son debidas a las malas prácticas en el saneamiento básico del hogar y la comunidad, estilos de vida no saludables como inadecuada alimentación, higiene, uso de fuentes de agua no aptas para consumo humano, hacinamiento en las viviendas.

Tenemos importantes antecedentes de brotes epidemiológicos de enfermedades inmunoprevenibles y zoonóticas: 2007 y 2009 brote de influenza; 2019 brote de tosferina con 180 casos, 9 menores fallecidos y 3 meses para controlar el brote; entre mayo y agosto 2024 ocurrencia de 25 defunciones por gastroenteritis.

Cuadro No 7
Composición Porcentual de las Defunciones según Sexo

	2021			2022			2023		
	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem
% de sub registro de la mortalidad general				ND			ND		
% de sub registro de la mortalidad infantil				ND			ND		
% de sub registro de la mortalidad materna				ND			ND		
% de defunciones por síntomas y causas mal definidas				ND			ND		
% de muertes por enfermedades infecciosas agrupadas	36.22	26.70	9.52	40.59	21.48	19.11	41.74	18.70	23.04
% de muertes por diarrea	9.52	6.25	3.27	6.83	3.63	3.21	4.67	2.34	2.34
% de muertes por infecciones respiratorias	2.56	1.56	0.99	4.18	3.07	1.12	9.68	5.68	4.01
% de muertes por TBC	2.70	1.56	1.14	4.04	0.70	3.34	5.51	1.84	3.67
% de muertes por VIH	9.23	7.81	1.42	7.12	5.30	1.82	8.68	7.35	1.34
% de otras	ND			1.81	0.84	0.97	1.17	0.83	0.33
% de muertes por enfermedades crónicas agrupadas	3.41	1.70	1.70	5.02	2.51	2.51	4.67	1.50	3.17
% de muertes por tumores malignos	5.40	2.56	2.84	6.69	2.93	3.76	5.84	2.50	3.34
% de muertes por hipertensión arterial esencial	0.28	0.14	0.14	0.98	0.42	0.56	0.67	0.50	0.17
% de muertes por diabetes mellitus	1.85	1.14	0.71	1.81	1.26	0.55	2.00	0.50	1.50

Continuación Cuadro No . 7 **Composición Porcentual de las Defunciones según Sexo**

% de muertes por enfermedades isquémicas del corazón	0.57	0.43	0.14	1.25	0.56	0.69	0.67	0.17	0.50
% de muertes por otras enfermedades crónicas	ND			ND			ND		
% de muertes por causas circulatorias	3.41	1.70	1.70	ND	3.07	2.65	7.18	4.01	3.17
% de muertes por enfermedades respiratorias crónicas	1.28	0.43	0.85	2.23	0.84	1.39	2.00	0.50	1.50
% de muertes por insuficiencia renal crónica	ND			ND			ND		
% de muertes por causas externas	11.51	9.38	2.13	10.04	7.25	2.79	11.52	9.35	2.17
% de muertes por suicidios	1.14	0.99	0.14	0.70	0.28	0.42	1.50	1.17	0.33
% de muertes por homicidios	0.71	0.14	0.57	0.56	0.20	0.36	0.50	0.50	0.00
% de muertes por accidentes	4.69	3.84	0.85	4.46	3.07	1.39	4.17	3.51	0.67
% de muertes por accidentes de tránsito	1.56	1.28	0.28	2.51	2.23	0.28	2.67	2.34	0.33
% de muertes por violencia	ND			ND			ND		
% Muertes por violencia social e intrafamiliar	ND			ND			ND		

Fuente: Estadísticas Vitales III, INEC

3. MORBILIDAD

TRANSICIÓN DEMOGRÁFICA Y LAS CONDICIONES DE SALUD DE LA POBLACIÓN

Como hemos visto, la estructura poblacional de la Comarca Ngäbe Buglé muestra una pirámide de población de tipo progresiva que indica que aún inicia su desarrollo; no se han experimentado grandes avances en las condiciones de salud y su perfil epidemiológico es cónsono con poca o escasa mejoría en la salud, tampoco se evidencia franca mejoría en la alimentación, por lo cual encontramos tasas de morbilidad y mortalidad relacionadas de manera directa a las condiciones de higiene y alimentación de la población. (Cuadro No 6 y Cuadro No 8)

Las principales causas de morbilidad general para el 2022 continúan siendo el resfriado común con una tasa de de 686 casos por cada 10,000 habitantes, seguido de caries con 480, las gastroenteritis con 344, una nueva causa de morbilidad constituida por sospecha de infección por Coronavirus con 322.2 y obesidad con 312.5 casos por cada 10,000 habitantes, dato importante que no se reflejaba en períodos anteriores dentro de las estadísticas.

En los menores de un año las morbilidades se mantienen siendo por iguales causas: resfriado común, gastroenteritis, sospecha de infección por Coronavirus, pioderma y obesidad. De 1 a 4 años las principales causas de morbilidad son las mismas que en el grupo anterior. En cuanto a la morbilidad neonatal la principal causa es la ictericia neonatal con 5.79 casos por cada 1,000 nacidos vivos, seguida de sepsis bacteriana del recién nacido con 4.54 casos por cada 1,000 nacidos vivos, asfixia del nacimiento con 0.7, onfalitis con 0.47 y recién nacido posttermino con 0.47 casos por cada 1,000 nacidos vivos.

Referente a las principales causas de morbilidad materna se presentan el aumento pequeño de peso, aumento excesivo de peso, infección de las vías urinarias, ruptura prematura de membrana y trabajo de parto prolongado.

Cuadro No 8

Principales causas de morbilidad por sexo

D. Principales causas de Morbilidad	2020			2022		
	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem
Tasa de Morbilidad general x 10,000						
1. Resfriado Comun	356.2	305.4	404.3	686.0	592.0	442.0
2. Caries	161.3	106.6	214	480.0	369.0	338.0
3. Gastroenteritis	151.8	146.5	156.4	344.0	342.4	345.0
4. Sospecha de inf. Coronavirus	484.1	431.6	542.3	322.2	294.0	350.2
5. Obesidad	219.4	97.6	337.2	312.5	176.3	445.2
Morbilidad en menores de un año						
1. Resfriado Comun	3744.2	1492.0	1195.3	3946.0	4171.0	3734.0
2. Gatroenteritis	714.1	775.5	652.0	1967.0	2286.2	1665.4
3. Sospecha de Inf. Coronavirus	651.5	668.0	635.0	1152.0	1254.4	1055.0
4. Pioderma	457.0	464.2	449.0	822.0	853.0	793.0
5. Obesidad	360.0	396.3	323.1	639.0	671.0	608.2
Morbilidad en menores de 1-4 años						
1. Resfriado Comun	991.0	919.4	1065.6	2189.2	1995	2397.1
2. Gastroenteritis	545.8	532.2	560.1	1388.0	1354.6	1424
3. Pioderma	449.0	445.2	453.0	778.5	738.0	822.0
4. Parasitosis Intestinal	348.4	339.3	358.0	659.4	585.0	739.1
5. Sospecha de Inf. Coronavirus (1)	551.0	542.0	561.0	570.3	577.6	562.5
Morbilidad Neonatal x 1,000 NV						
1. Ictericia Neonatal	0.71	0.56	0.87	5.79	7.35	4.16
2. Sepsis Bacteriana del RN	1.14	1.67	0.58	4.54	3.98	5.12
3. Asfixia del Nacimiento				0.78	0.92	0.64
4. Onfalitis del RN				0.47	0.61	0.32
5. Recien Nacido posttermino				0.47	0	0.96
Morbilidad materna X 1.000 NV						
1. Aumento pequeño de peso	63.4		63.4	184.0		184.0
2. Aumento Excesivo de peso	40.0		40.0	43.7		43.7
3. Infeccion vias urinarias	10.1		10.1	18.4		18.4
4. Ruptura prematura de Membrana	9.5		9.5	16.3		16.3
5. Trabajo de parto ´prolongado	8.9		8.9	13.3		13.3

Fuente: Estadísticas vitales, INEC. Contraloría General de la República de Panamá.

4. MORTALIDAD

CONDICIONES DE MORTALIDAD GENERAL

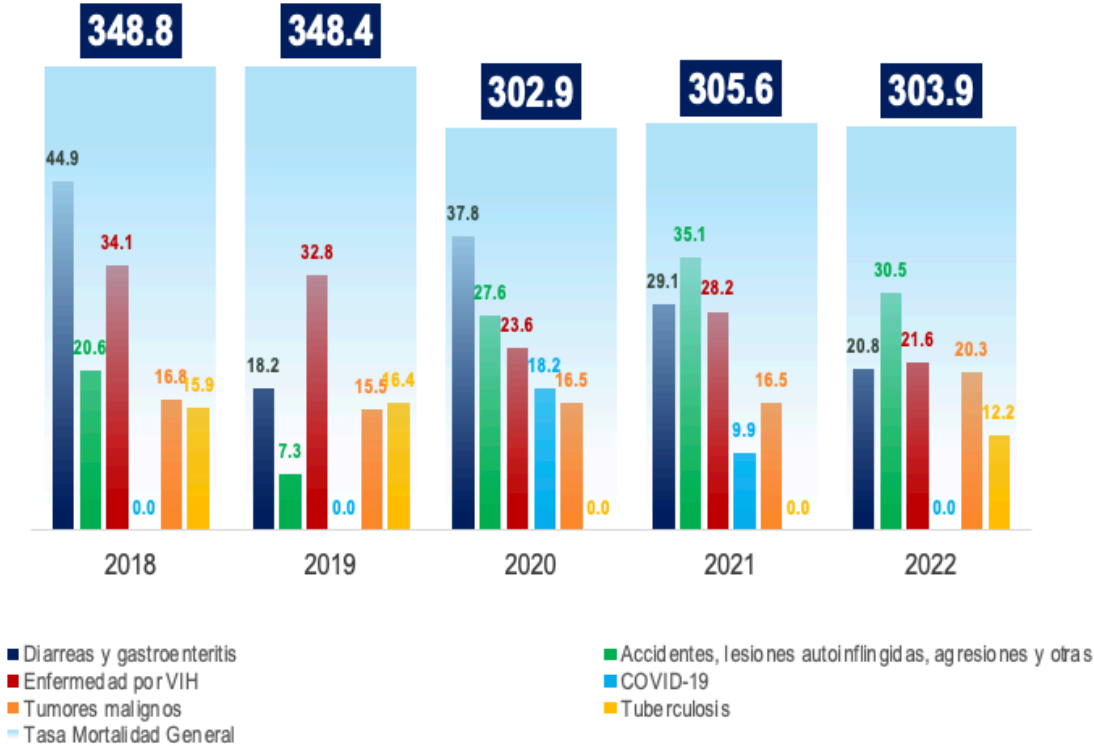
En el año 2020 la principales causas de muertes fueron las diarreas y gastroenteritis con una tasa de 37.8 muertes por 100.000 habitantes, en segundo lugar se encontraron los accidentes, lesiones auto inflingidas y agresiones con 27.6 muertes, la Enfermedad por VIH fue la tercera causa de muerte con una tasa de 23.6 y en cuarto lugar se ubicaron las muertes por COVID-19 con 18.2 muertes producto de la pandemia por esta enfermedad.

El Cuadro No 6 muestra para el año 2021 que las muertes por Enfermedad por VIH se mantuvieron en el tercer lugar con una tasa de 28.2 muertes por cada 100.000 habitantes, un aumento de 4.6 muertes; las muertes por accidentes, lesiones auto inflingidas y agresiones pasaron al primer lugar de la lista con una tasa de 35.1 muertes mostrando un aumento considerable de 7.5 muertes. Para el año 2022 la Enfermedad por VIH sube a la posición número 2 de las principales causas de muertes, sin embargo, disminuyó 6.6 muertes con respecto al 2022, a pesar de esta disminución continua representando una tasa de mortalidad elevada (21.6 muertes).

Los hombres exhiben las mayores tasas de mortalidad general con 340.9 muertes por 100,000 habitantes para el 2022.

La tendencia global de la tasa de mortalidad general es decreciente evidenciado con la disminución de 44.9 muertes por cada 100,000 habitantes pasando de una tasa de 348.8 en el 2018 a 303.9 en 2022. (Gráfico 23)

Gráfico 23. Tasa de mortalidad general según causa en la Comarca Ngäbe Buglé, período 2018- 2022.



*Tasas de Mortalidad General y específicas por 100,000 hab.
 Fuente: Elaboración propia con datos del Cuadro N°6 Principales causas de mortalidad y datos del INEC años 2018 y 2019.

CONDICIONES DE MORTALIDAD EN MENORES DE CINCO AÑOS

En cuanto a la mortalidad infantil, la Comarca Ngäbe Buglé continua exhibiendo las mayores tasas con 10.1 para el año 2020 y 11.8 en 2022; en general se mantienen las mismas causas de muerte a excepción de afecciones generadas en el período perinatal que fue la primera causa de muerte en el 2020 con una tasa de 4.6 muertes por cada 1.000 nacidos vivos. Para ambos años dentro de las principales causas de muertes se mantienen las diarreas y gastroenteritis de presunto origen infeccioso, Malformaciones congénitas, Neumonía, COVID-19 y Desnutrición. La tasa de mortalidad infantil por gastroenteritis y diarreas de

presunto origen infeccioso aumentó de 0.71 en 2020 a 1.05 en 2022, COVID-19 de 0.42 en 2020 a 0.66 en 2022. La desnutrición sigue siendo una importante causa de muerte en este grupo etario con un incremento de 0.28 muertes por cada 1.000 nacidos vivos en 2020 a 1.05 en 2022. En el 2022 hubo un aumento de mortalidad por neumonía con una tasa de 0.92.

Gráfico 24. Tasa de mortalidad infantil por distrito en la Comarca Ngäbe Buglé, período 2018- 2022.



*Tasas de mortalidad por 1,000 nacidos vivos.
 Fuente: Elaboración propia con datos del Cuadro N°6 Principales causas de mortalidad y datos del INEC años 2018 y 2019.

Referente a la mortalidad en menores de 1 a 4 años, las diarreas y gastroenteritis de presunto origen infeccioso continúan siendo la principal causa de muerte con 6.7 muertes por cada 1.000 nacidos vivos en el 2020 disminuyendo para el 2022 a 3.3 muertes por cada 1.000 nacidos vivos. Las neumonías y otras enfermedades respiratorias persisten en el tercer lugar de causa de muerte con 1.5 muertes por

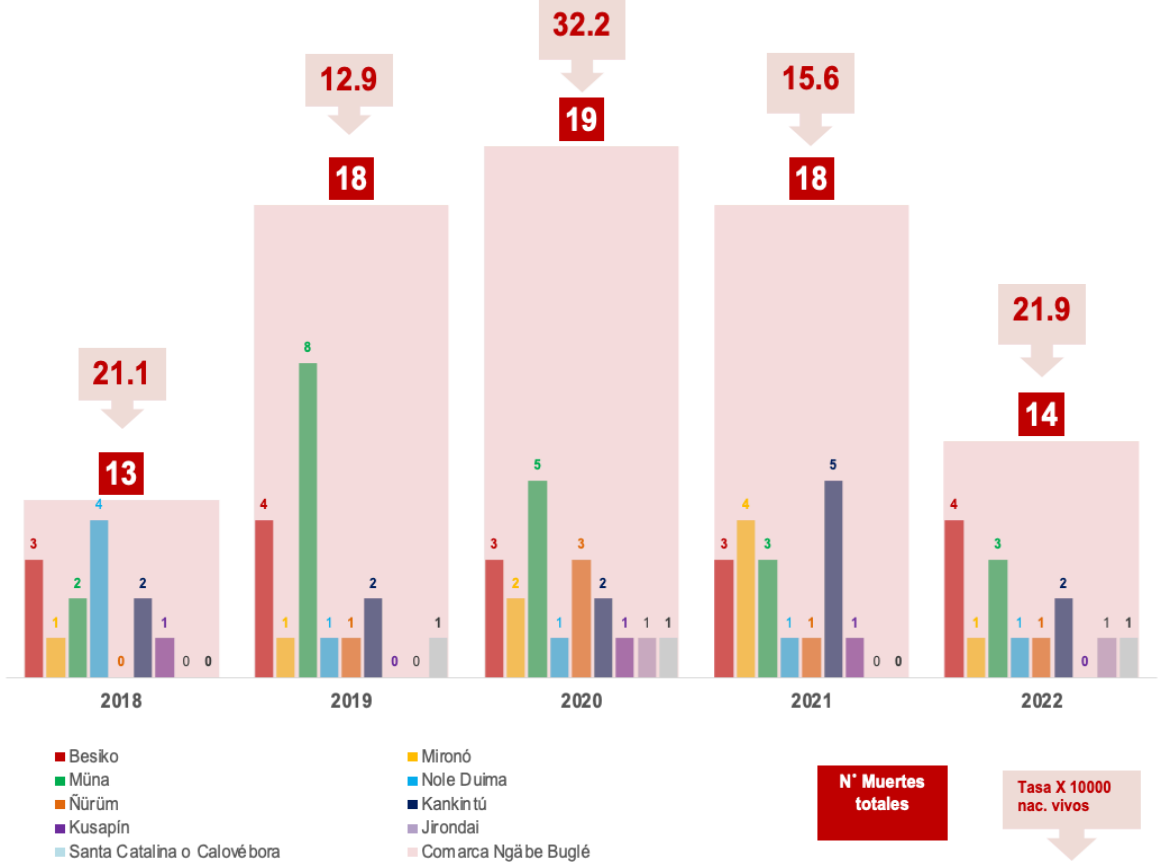
cada 1.000 nacidos vivos en el 2020 y 0.95 muertes por cada 1.000 nacidos vivos en el 2022; para ambos años la desnutrición persiste entre las principales causas de muerte en este grupo de edad con 1.1 muertes por cada 1.000 nacidos vivos en 2020 y 2.2 muertes por cada 1.000 nacidos vivos en 2022, lo que revela un aumento en las muertes por esta causa en el período analizado. Situación importante tomando en cuenta el gasto en salud que se invierte para prevenir y tratar esta enfermedad a través del programa de atención temprana materno infantil (PATMI), además de las Transferencias Monetarias Condicionadas ligadas a la adquisición y preparación de alimentos, participación comunitaria en los huertos escolares y huertos de emprendimientos entre otros. La practica de extender la lactancia materna mas alla de los 12 meses sin incluir otro alimento en la dieta de estos menores constituye un desafío a abordar.

Las tasas de mortalidad neonatal y perinatal aumentaron para el año 2022 de 3.4 y 5.8 en 2020 a 28.2 y 37.4, siendo para ambos casos las principales causas de muerte Otras afecciones respiratorias del recién nacido, Otras malformaciones congénitas, Otros síntomas y signos no clasificados en otra parte, Las demás afecciones perinatales y Malformaciones congénitas del corazón.

CONDICIONES DE MORTALIDAD MATERNA

Para el año 2020 se presento una tasa de mortalidad materna de 32.2 muertes por cada 10,000 nacidos vivos y ha experimentado un descenso a 21.9 muertes por cada 10,000 nacidos vivos para el año 2022. En el año 2023 para el mes de julio se estima una tasa de 50.4 muertes maternas por cada 10,000 nacidos vivos, lo cual indica un posible aumento en el indicador. En cuanto a la distribución geográfica el distrito de Munä persiste con las mayores tasas y números de muertes maternas con 21 muertes en el período de estudio, seguido del distrito de Besiko con 17 muertes maternas y Kankintú en tercer lugar con 13 muertes maternas en el período. Importante mencionar que estos distritos presentan las geografías con mayor dificultad para acceder servicios de salud. La hemorragia post parto es la principal causa de muerte con una tasa de 99.7 en el año 2020.

Gráfico 25. Tasa de mortalidad materna por distrito en la Comarca Ngäbe Buglé, período 2018- 2022.



*Tasa de mortalidad materna por 10,000 nacidos vivos.
 Fuente: Elaboración propia con datos del Cuadro N°6 Principales causas de mortalidad y datos del INEC años 2018 y 2022.

En cuanto a la salud materna el indicador a medir para las metas de los objetivos de desarrollo sostenible es la razón de mortalidad materna, la cual para el año 2020 fue de 256.5 muertes por 100,000 nacidos vivos,

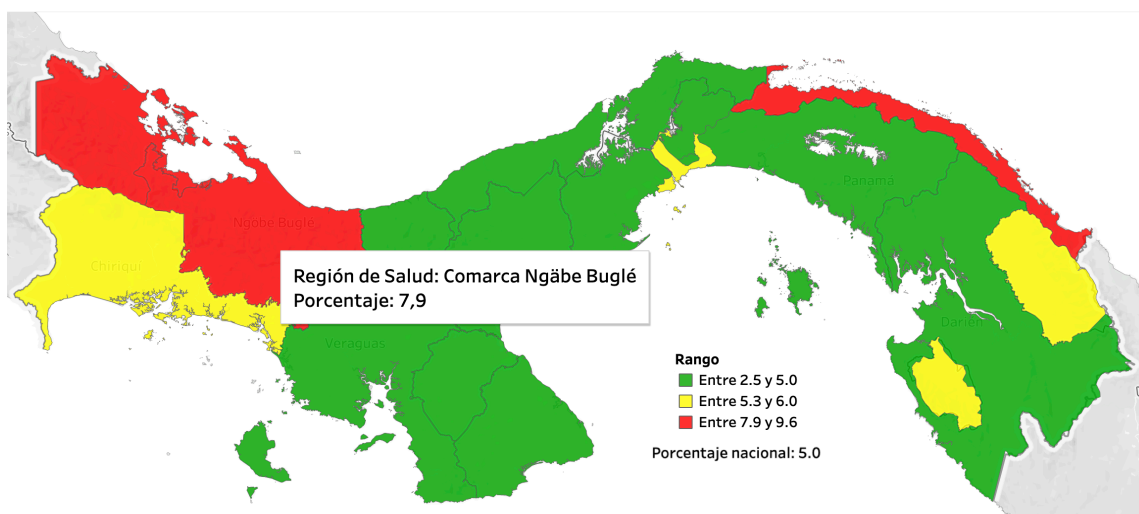
PRINCIPALES CONDUCTAS Y HABITOS DE RIESGO PARA LA SALUD

Entre las principales conductas y hábitos de riesgos de la población están el tabaquismo, los hábitos de alimentación y nutrición, conductas y prácticas sexuales, consumo de alcohol, violencias, delitos, accidentes y envenenamiento por efectos tóxicos de pesticidas.

TABAQUISMO

El tabaquismo se ha venido incrementando sobre todo en la población joven; La ENSPA 2019 reveló que por cada 100 personas de 15 años y más 7.9 personas consumen tabaco en la Comarca Ngäbe Buglé, al comparar los datos con la EMTA, Encuesta Mundial de Tabaco del 2013 cuya prevalencia de consumo de tabaco fue de 5.9 %, apreciamos un incremento para el 2019 de 2 personas de 15 años y más que consumen tabaco por cada 100 personas de ese rango de edad con respecto al 2013; mientras que a nivel nacional hubo una disminución de esta prevalencia la cual paso de 6.4 % en 2013 a 5.0 % en 2019 disminuyendo 1.4 puntos porcentuales.

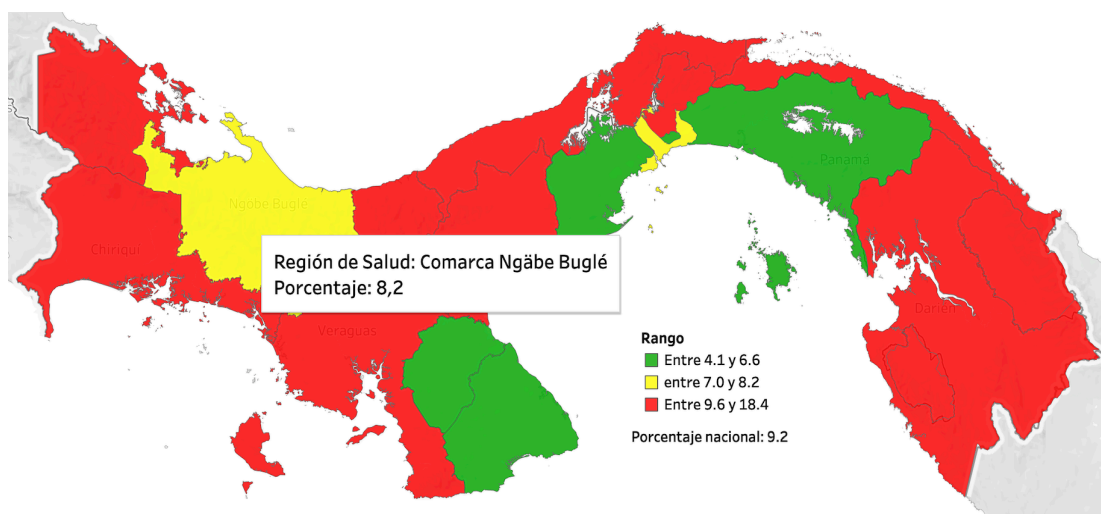
Mapa 9. Prevalencia de consumo de tabaco en personas de 15 años y más en la República de Panamá. Año 2019.



Fuente: Encuesta Nacional de Salud de Panamá (ENSPA) 2019. Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud. Disponible en: https://www.gorgas.gob.pa/wp-content/uploads/external/SIGENSPA/Mapa_tabaco_prevalencia.html

La prevalencia de vida por consumo de tabaco para la Comarca Ngabe Bugle también se elevó con 8.2 %, solo un punto porcentual menos que el promedio nacional (9.2 %). (Mapa 10)

Mapa 10. Prevalencia de vida de consumo de tabaco en personas de 15 años y más en la República de Panamá. Año 2019.



Fuente: Encuesta Nacional de Salud de Panamá (ENSPA) 2019. Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud. Disponible en: https://www.gorgas.gob.pa/wp-content/uploads/external/SIGENSPA/Mapa_tabaco_prevalencia.html

HÁBITOS DE ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN

En cuanto a los hábitos de alimentación y nutrición, la población consume alimentos ricos en carbohidratos como yuca, arroz, dachin, etc., adicionalmente existe una tendencia al consumo de bebidas gaseosas con alto contenido en azúcar desde temprana edad; a estos factores podemos añadir las condiciones ambientales, de agua no adecuada para consumo humano, disposición de excretas inadecuada y otras prácticas básicas de higiene, condiciones culturales y de educación, inseguridad alimentaria y su consumo inadecuado, siendo múltiples los factores que afectan o contribuyen a desmejorar la salud de la población. Para el año 2022 la desnutrición fue la segunda causa de mortalidad en menores de un año de edad y la quinta causa de muerte en menores de 1 a 4 años, además, se presenta la obesidad como quinta causa principal de morbilidad en menores de un

año, y también la quinta causa de morbilidad general en la población con 312.5 personas obesas por cada 10,000 habitantes; el aumento pequeño de peso en embarazadas se presenta como la primera causa de morbilidad con 184 mujeres embarazadas por cada 1,000 nacidos vivos. El acceso a los servicios básicos de salud y la dispersión de la población también constituyen factores que afectan los hábitos de alimentación y el estado nutricional.

CONDUCTAS Y PRÁCTICAS SEXUALES

El continuo cambio de pareja sexual, las relaciones de hombre con hombre, las relaciones sexuales casuales, el inicio de vida sexual a tempranas edades y el no uso de preservativos está influyendo en la creciente aparición de infecciones de transmisión sexual y Virus de Inmunodeficiencia Humana.

La Carta Orgánica, marco legal tradicional de la Comarca Ngabe Bugle, acepta la poligamia siempre y cuando el hombre pueda sostener varias parejas y salvaguardar el cuidado de los hijos, en este sentido existen conductas culturales que favorecen el incremento de enfermedades de transmisión sexual.

Para el años 2024 se reportaron 72 casos nuevos de VIH y 313 muertes por VIH/SIDA; la mayor prevalencia de VIH se presenta en el grupo de 20 a 30 años de edad; También se reportaron para el 2024, 43 casos de sífilis de las cuales el 83 % ocurrió en embarazadas, 1 caso de sífilis congénita y 5 casos de sífilis primaria.

CONSUMO DE ALCOHOL

El consumo de bebidas alcohólicas contribuye significativamente al aumento de estos problemas de violencia, delitos, accidentes de tránsito y otros. La población Ngobe Bugle tiene prácticas peligrosas para la salud como la balsería donde bajo los efectos de la llamada chicha fuerte “chichería” realizan juegos de combate donde el objetivo es hacer caer al oponente. La chicha fuerte es preparada con frutas o ciertos alimentos fermentados por lo que tienen un elevado porcentaje de

alcohol, además también utilizan en estas festividades alcohol de consumo humano de venta comercial.

VIOLENCIA

La violencia intrafamiliar o familiar es un elemento presente en la comunidad Ngobe Bugle, principalmente las de índole sexual; Para el año 2021 se presentaron 4 femicidios. Entre los años 2019 y 2024 se reportaron 1,384 casos de violaciones sexuales; para el 2023 101 embarazadas se encontraban en edades de 10 a 14 años y 1,681 tenían 15 a 19 años. El aumento en los casos de violencia puede deberse al aumento en el reporte con la responsabilidad de los profesionales de la salud ante el Sistema Penal Acusatorio. Además se reportan 2.54 homicidios dolosos por cada 100,000 habitantes, aspecto que indica que los temas relacionados con la violencia están aumentando.

DELITOS

Según datos del Ministerio de Seguridad y su Departamento de Delitos de Alto Impacto, en el 2022 se presentaron 549 delitos contra la libertad e integridad sexual, 314 delitos contra el orden jurídico familiar y el estado civil, 165 delitos contra la vida y la integridad personal, 114 delitos contra el patrimonio económico y 16 delitos contra la seguridad colectiva. En general los delitos de diferentes índoles están siendo reportados y en consecuencia se evidencia un aumento en los mismos lo cual afecta de manera directa la dinámica familiar y la salud de la población en general.

ACCIDENTES

Los accidentes, específicamente de tránsito muestran una tendencia al aumento, con el desarrollo de vías de comunicación terrestre la red vial también se presenta un aumento en los casos fatales y reportes de accidentes de tránsito. En el año 2022 se reportaron 74 muertes por accidente de tránsito, cifra que para el año 2011 era de 20; En el año 2020 se reportaron 42 accidentes de tránsito de tipo

colisión y vuelco. Esta situación requiere de intervenciones intersectoriales urgentes en educación vial y alfabetización en salud, ya que también contribuyen de manera importante en la afectación de la dinámica familiar y comunitaria.

ENVENENAMIENTO POR EFECTOS TÓXICOS DE PESTICIDAS

La práctica del manejo de agroquímicos sin el uso de equipo de protección personal adecuado aún persiste en las comunidades, adicional a ello los productores no almacenan de manera segura dichos productos, quedando al alcance de menores de edad y animales domésticos. Por otro lado es un elemento utilizado para el suicidio principalmente por parte del sexo masculino.

PROGRAMAS DIRIGIDOS A PROMOVER INCENTIVAR LOS ESTILOS DE VIDA SALUDABLES EN LA POBLACIÓN

Para los hábitos y conductas antes señalados existen programas dirigidos a promover los estilos de vida saludable como la promoción contra el vapeo entre adolescentes y los grupos caza humo, el monitoreo del cumplimiento de la normativa contra la venta de productos de tabaco a menores de edad, el empaquetado de estos productos con las indicaciones de su perjuicio para la salud entre otros relacionados con el uso de tabaco en la población; Se desarrolla el Programa de Alimentación Temprana Materna e Infantil para prevenir y tratar los desórdenes por carencia nutricionales, el monitoreo de los indicadores nutricionales en menores de 5 años y embarazadas; además de la promoción de la salud y prevención de enfermedades de transmisión sexual, así como orientación dentro de los programas escolar y del adolescente sobre los resultados e impactos a la salud individual, familiar, comunitaria y ambiental de estos hábitos. También se brinda promoción y crean grupos comunitarios enfocados a concienciar a la población sobre la importancia de mantener un ambiente y entorno comunitario y familiar saludable como los grupos caza mosquito para prevenir el dengue, los colcom o colaboradores comunitarios que monitorean y

promueven la eliminación del mosquito anopheles transmisor de malaria; la educación en el auto cuidado en general y los daños a la salud por el consumo excesivo de bebidas alcohólicas.

Se trabaja junto a la Autoridad de Tránsito y Transporte Terrestre para sensibilizar a los conductores en el uso del cinturón de seguridad, conductor designado y el respeto a las señales de tránsito.

PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS DEL PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE LA POBLACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Los resultados presentan un perfil típico de las áreas pobres y rurales con niveles bajos de educación y saneamiento básico, donde las enfermedades infecciosas ocupan los primeros lugares. Dentro de las enfermedades producidas por vectores, la Comarca Ngäbe Buglé se ve afectada principalmente por malaria, dengue y leishmaniásis las cuales continúan siendo un importante problema de Salud Pública. De las enfermedades de transmisión sexual el VIH/SIDA ocupa el segundo lugar dentro de las principales causas de muerte para el 2022 con 21.6 muertes por cada 100,000 habitantes, del 2006 al 2024 se han reportado 1856 casos de los cuales el 47.3 % se presentan en edades entre los 20 a 30 años y el 31.2 % entre 30 a 49 años (Gráfico 29), siendo la Comarca Ngäbe Buglé la que ocupa el segundo lugar con mayor prevalencia a nivel nacional; Las infecciones por sífilis, hepatitis B, herpes genital, infección gonococcica y virus del papiloma humano continúan presentándose en esta población.

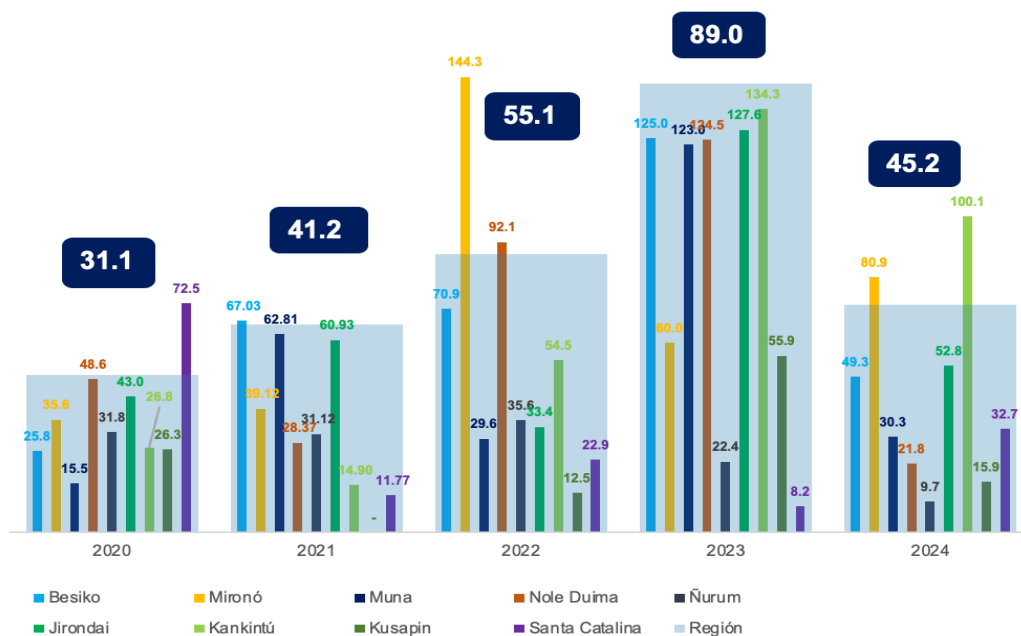
Los problemas de salud relacionados a la higiene bucal y personal también continúan afectando a la población y de manera importante a menores de un año y de 1 a 4 años.

Las enfermedades inmunoprevenibles que afectan a la población son la varicela, enfermedad diarreica en menores de 1 año, neumonía por neumococo e influenza. Las principales causas de morbilidad en la población general para el año 2022 están encabezadas por resfriado común, caries, gastroenteritis, COVID-19 y obesidad. La mortalidad por su parte tiene como principal causa las diarreas y

gastroenteritis de presunto origen infeccioso, los accidentes, lesiones autoinflingidas y agresiones en segundo lugar, enfermedad por VIH y COVID-19. La incidencia de tuberculosis no ha experimentado grandes cambios, aunque para los años 2020 y 2021 se reflejó una aparente disminución que coincide con la pandemia por COVID-19. Actualmente se presentan 45.2 casos de tuberculosis por cada 100,000 habitantes (Gráfico 26). En cuanto a la captación de sintomáticos respiratorios para el 2024 hubo una disminución de 5.4 puntos porcentuales pasando de 79 % de captados en 2023 (378) a 73.6 % (438) en el año 2024; De estos pacientes sintomáticos respiratorios captados el 93.2 % contó con examen de baciloscopia (Gráfico 27).

Es importante señalar la coexistencia de doble infección por TB/ VIH cada vez más creciente, al igual que la multidrogoresistencia para ambas infecciones. (Gráfico 28)

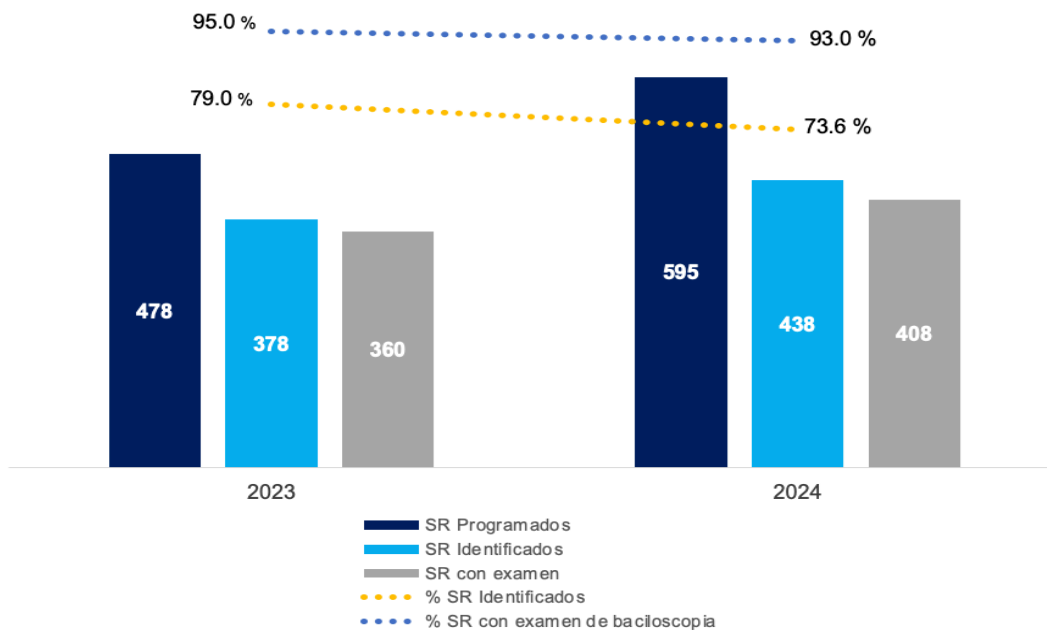
Gráfico 26. Incidencia de casos nuevos y recaídas por tuberculosis según distrito en la Comarca Ngäbe Buglé. Años 2020- 2024.



Tasa por 100,000 habitantes

Fuente: Sección de Registros de Estadísticas de Salud y Programa para el Control de la Tuberculosis, Comarca Ngäbe Buglé.

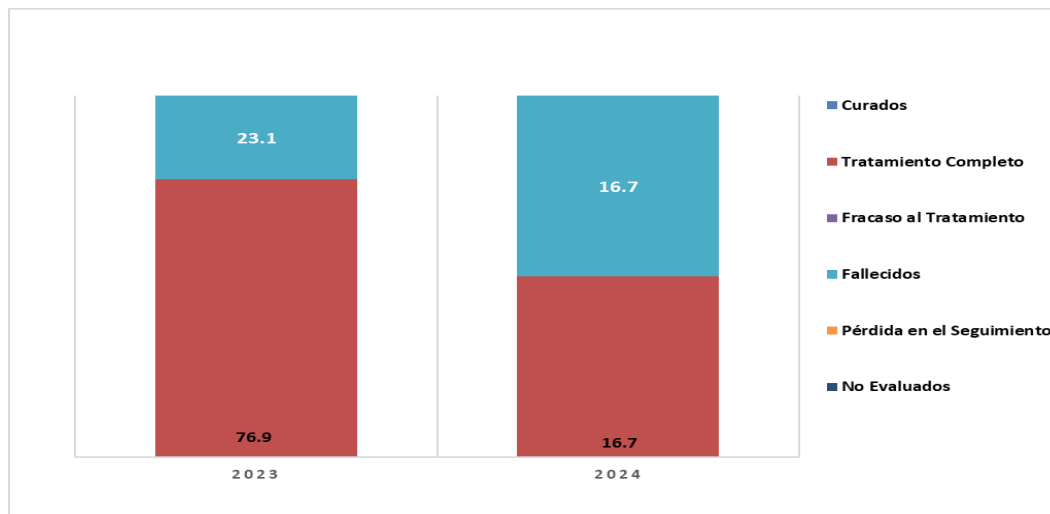
Gráfico 27. Captación de sintomáticos respiratorios según programados, identificados y con examen de baciloscopia en la Comarca Ngäbe Bugle, durante los años 2023- 2024.



SR: Sintomático Respiratorio

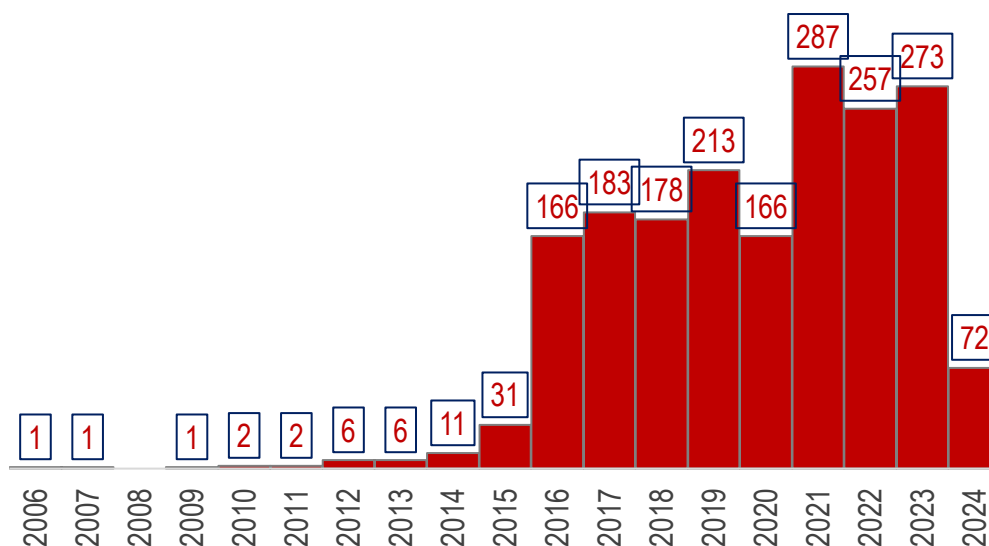
Fuente: Elaboración propia con datos del Informe 2024 del Programa para el Control de la Tuberculosis, Comarca Ngäbe Buglé.

Gráfico 28. Porcentaje de casos TB/VIH según estado en la Comarca Ngäbe Buglé. Años 2023-2024.



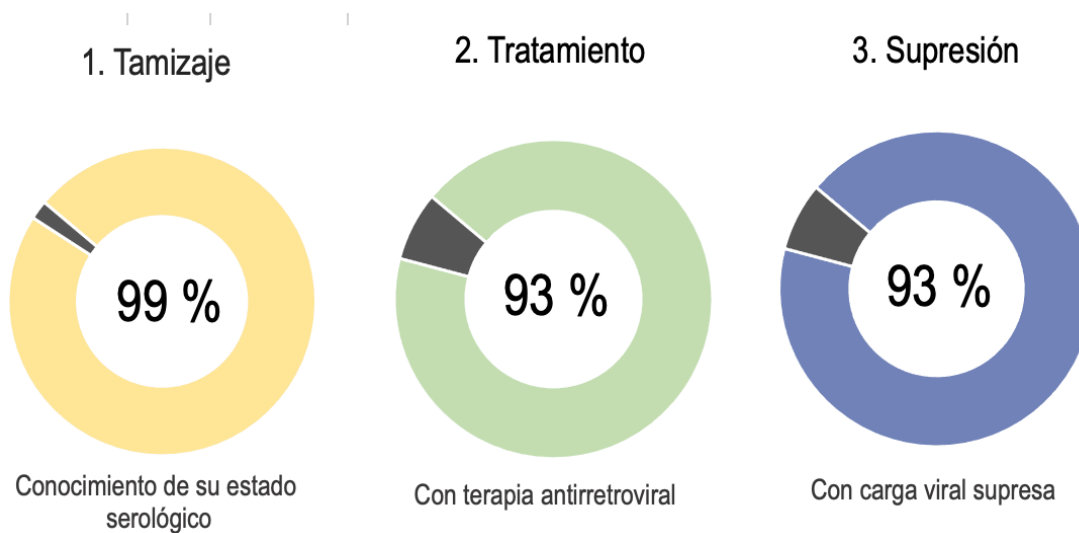
Fuente: Programa para el Control de la Tuberculosis, Comarca Ngäbe Buglé.

Gráfico 29. Casos de VIH en la Comarca Ngäbe Buglé, período 2006- 2024.



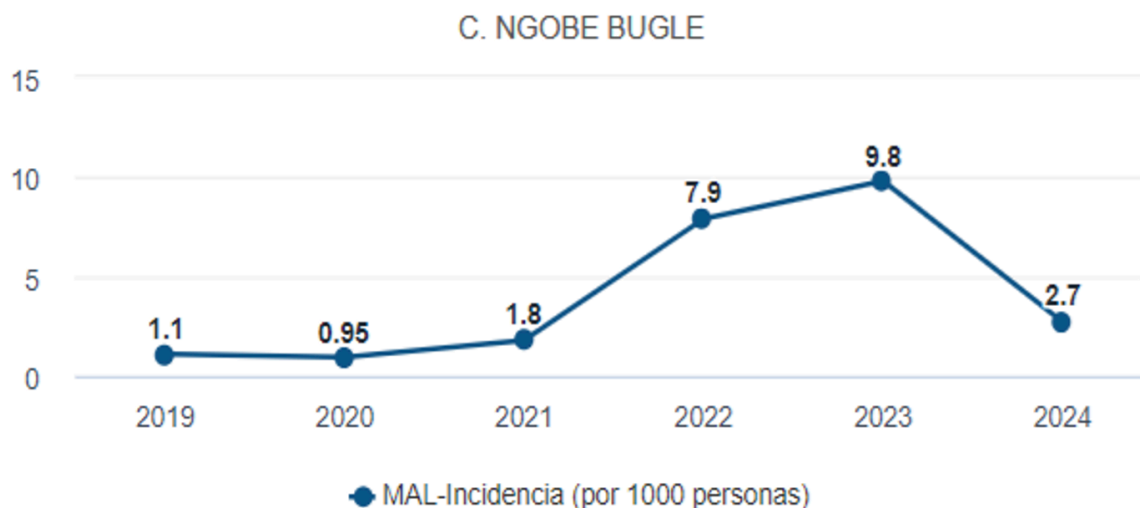
Fuente: Sección de Epidemiología Comarca Ngäbe Buglé.

Figura 4. Avance de las metas 95- 95- 95 en la Comarca Ngäbe Bugle, año 2024.



1,580 personas que viven con VIH conocen su estado serológico
 1,472 personas que viven con VIH se encuentran recibiendo terapia antirretroviral
 1,379 personas que viven con VIH con carga viral supresa (indetectables y < 1000 copias)
 Fuente: Elaboración propia con datos del Programa de VIH/ SIDA Comarca Ngäbe Bugle, 2024.

Gráfico 30. Tasa de incidencia de malaria en la Comarca Ngäbe Buglé. Período 2019- 2024.



Fuente: Sección de Epidemiología Comarca Ngäbe Buglé.

PROYECCIÓN DEL COMPORTAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES DE NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA EN LOS PRÓXIMOS 5 AÑOS

La tendencia de las enfermedades de notificación obligatoria será al aumento debido al número de profesionales de salud, médicos y enfermeros, ubicados en las instalaciones de la red primaria cuyas competencias han sido fortalecidas a través de diplomados en atención primaria en salud y vigilancia sanitaria; se fortalecieron durante el año 2024 las acciones comunitarias por medio de giras integrales y visitas a los grupos poblacionales, por lo que se espera mejorar la calidad y cantidad de las notificaciones de oportuna y según la normativa vigente.

SITUACIÓN DE LA SALUD OCUPACIONAL Y COMPORTAMIENTO DE LOS ACCIDENTES DE TRABAJO Y LAS ENFERMEDADES OCUPACIONALES

El programa de salud ocupacional debe ser fortalecido con un equipo multidisciplinario y en una estructura física donde se pueda ofrecer el servicio de manera adecuada; además del recurso humano también se requiere poder realizar

las visitas a las diferentes áreas y medir el riesgo ocupacional así como verificar la seguridad de los trabajadores.

Actualmente el riesgo en los puestos de trabajo no está siendo medido, tampoco se ha podido verificar que los trabajadores de diferentes organizaciones dentro de la Comarca Ngabe Bugle tanto estatales como privadas cuenten con la seguridad adecuada en sus puestos de trabajo.

El mecanismo ante un accidente de trabajo es la atención y reporte a la seguridad social por el propio afectado o algún familiar. El servicio a nivel regional hasta ahora ha podido brindarse un día a la semana y realiza controles de salud y atención de morbilidades, ya que no cuenta con una coordinación efectiva con otros prestadores del servicio.

PERCEPCIÓN DE LA POBLACIÓN SOBRE SUS CONDICIONES DE SALUD Y ENFERMEDAD Y SOBRE LOS RIESGOS QUE LA AFECTA

La población con estudios y con mayor accesibilidad a los servicios conoce e identifican las causas y condiciones de salud, ya que estos acuden a las instalaciones de salud y constantemente reciben alfabetización en salud y educación sobre diferentes temas según el perfil epidemiológico y la época del año. Un gran porcentaje de la población atribuye su condición de enfermedad a consecuencias mágicas religiosas (60 %).

AVANCES EN RELACIÓN A LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO SOSTENIBLE 2030 (Anexo 1)

PRINCIPALES INTERVENCIONES PARA LOS RESULTADOS ENCONTRADOS

MORTALIDAD MATERNA

En relación a la Mortalidad Materna, la Comarca Ngabe Bugle tendrá que redoblar esfuerzos para reducir las brechas existentes, las intervenciones consisten en mejorar la calidad de la atención de las mujeres durante el embarazo, parto y

puerperio; aumentar la cobertura de anticoncepción; realizar controles de calidad y asegurar la atención calificada del parto. Establecer un mecanismo de monitoreo y evaluación para fortalecer y facilitar el diseño de la intervención oportuna en especial la red de servicios de la unidad de cuidados obstétricos; realizar capacitaciones y equipamiento básico con insumos, y fomentar mayores espacios para la participación comunitaria como actores claves además de otras instituciones del Estado, asociaciones y organizaciones civiles así como de ONGs interesadas en la problemática.

MORTALIDAD INFANTIL

La salud infantil impera sobre grandes decisiones, ya que se espera no tener brechas en la atención de los niños y niñas, la falta de conocimiento, el acceso limitados y las condiciones no favorables en la atención hacen la diferencia entre la vida y la muerte de cada uno de ellos; desde antes de su nacimiento están expuestos a factores que determinan su condición de salud. En las comarcas estas condiciones son evidente por el gran número de muertes en este período de vida; fortalecer los servicios de atención infantil es una prioridad, crear acceso a los sistemas de salud, visualizar estrategias basadas en evidencias a corto, mediano y largo plazo con monitoreo continuo nos ayudará a avanzar y cambiar las acciones de forma oportuna.

Se desarrollan acciones específicas para mejorar esta situación como: Monitorear el uso de la libreta del niño y la niña, aumentar la captación temprana de la puérpera, Fomentar procesos de capacitación al personal de salud, implementar y adecuar áreas de desarrollo de cuidados cariñosos basados en el desarrollo infantil temprano, desarrollar la capacitación en lactancia materna, aprovechar y mejorar las oportunidades de vacunación, valoración del tamizaje neonatal como derecho de cada recién nacido.

INCIDENCIA DE VIH Y TUBERCULOSIS

- Programación junto a los niveles locales de jornadas de educación y promoción en salud sexual.
- Entrenamiento intensivo del recurso Humano existente en el manejo VIH SIDA y apertura de la CTARV del área ÑoKribo.
- Realización de jornadas masivas de toma de pruebas rápida por VIH.
- Mejorar las condiciones estructurales de la CTARV CNB y de la sala de aislamiento del Hospital Regional del Oriente Chiricano.
- Promoción y trabajo con actores comunitarios para la captación de sintomáticos respiratorios y sus contactos.
- Se recibe apoyo de socios en la lucha contra el VIH, con lo que se fortalece el sistema de información, se amplía el acceso a pruebas rápidas, se garantiza la lectura de las muestras para carga viral, ademeas de apoyo con fórmulas adaptadas para madres que viven con VIH. Entre los principales socios para el 2024 estan PASMO, IntraHealth, AICAP.

PROGRAMA ADULTO Y ADULTO MAYOR

- Fortalecer las competencias de la Coordinación del Programa de Salud del Adulto.
- Actualización de las guías del manejo del Adulto y adulto mayor.
- Desarrollar actividades para la promoción de estilos de vida saludables.
- Implementación de la Estrategia HEART y sensibilización al personal de salud en la importancia del cálculo del riesgo cardiovascular.

INCIDENCIA DE MALARIA Y OTRAS ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTORES

Continuar desarrollando las actividades de las estrategia (DTIR) detección, tratamiento, investigación y respuesta del Plan Estratégico para la Eliminación de la Malaria en Panamá, que hasta ahora ha tenido buenos resultados en el territorio

comarcal; además se fortalecen las competencias del personal de salud de los niveles regional y local para acelerar el control y disminución de esta enfermedad.

En cuanto a otras enfermedades transmitidas por vectores, la Sección de Vectores junto con Epidemiología mantienen vigilancia sanitaria estrecha así como reportes diarios y semanales de estas enfermedades otras transmisibles.



FOTOGRAFÍA N° 3. CARACTERIZACIÓN DE LA OFERTA

1. VIGILANCIA SANITARIA

La vigilancia sanitaria considera aspectos fundamentales como la identificación, detección, cuantificación y monitoreo de las tendencias y patrones del proceso salud enfermedad en la población y además observa los cambios en los patrones de ocurrencia de los agentes y huéspedes en el desarrollo de enfermedades, detectando cambios en las prácticas de salud e investiga y controla estas enfermedades con acciones desde el nivel local; Ante el estado de alerta por evento climatológico ocurrido en el mes de noviembre de 2024, se activó el Plan de Respuesta Multiamenaza y se preparo el componente de comunicación y monitoreo de afectaciones a la salud durante y posteriores al evento.

Se realizaron las intervenciones de campo ante las notificaciones de diversas situaciones, principalmente debidas a afectaciones en el agua para consumo humano, enfermedades respiratorias, dermatológicas gastroenteritis y trastornos de ansiedad y otros. Se habilitaron albergues transitorios en colaboración con el SINAPROC y MIDES, realizando vigilancia estrecha para evitar hacinamiento y brotes dentro de los mismos. También se activaron 11 Equipos de Respuesta Rápidas locales y se reforzaron con Equipos conformados por personal de salud de las Coordinaciones y Departamentos de la Sede Regional.

La sección de epidemiología realiza de forma rutinaria la evaluación semanal del comportamiento de los principales problemas vigilados a nivel nacional e internacional, además brinda apoyo en epidemiología de campo específicamente en las áreas de población desprotegida debido al muy difícil acceso geográfico y falta de recurso humano en los niveles locales.

PROBLEMAS VIGILADOS

Se vigilan las 93 enfermedades de notificación obligatoria establecidas a través del Decreto Ejecutivo N° 1617 del 10 de octubre de 2014, incluyendo ahora el SARS-CoV-2 virus. En nuestra geografía se reciben reportes de enfermedades como malaria, leishmaniásis, dengue, enfermedad de Chagas, todos los tipos de sífilis, leptospirosis, tos ferina, coqueluche, todas las respiratorias y gastrointestinales, todas las infecciones de transmisión sexual y otras enfermedades no transmisibles como hipertensión arterial según estadio, diabetes mellitus, se inicia la vigilancia de la obesidad y síndrome metabólico, los problemas de salud mental, las mortalidades y otras.

Desde finales del año 2024 se desarrolla la Iniciativa de Eliminación 3 + Panamá en el territorio comarcal. Esta Iniciativa busca poner fin a la epidemia del SIDA, la tuberculosis, la malaria y enfermedades tropicales desatendidas; Combatir las hepatitis, las enfermedades transmitidas por el agua y otras enfermedades transmisibles; y Lograr el objetivo 10 de la ASSA 2030 de reducir la carga de las enfermedades transmisibles y eliminar las enfermedades desatendidas.

Figura 5. Iniciativa de Eliminación 3 + Panamá en Comarca Ngäbe Buglé.



Fuente: Departamento Nacional de Epidemiología, DIGESA. MINSA 2024.

2. ACCESIBILIDAD GEOGRÁFICA

Existen 11 corregimientos sin red fija de atención sanitaria de los cuales 7 corregimientos se ubican en los mayores niveles de pobreza extrema y muy difícil acceso geográfico, siendo estos del distrito de Kankintú los corregimientos de Guoroni, Piedra Roja, Mununi, Calante y del distrito de Santa Catalina o Calovebora (Bledeshea) los corregimientos de Loma Yuca, Alto Bilingüe y Valle Bonito.

Podemos señalar que la mayoría de los corregimientos y comunidades de la Comarca Ngobe Bugle son áreas de difícil y muy difícil acceso geográfico debido a los caminos de penetración, a pesar de que en los últimos 10 años han mejorado algunas áreas con carreteras dentro del Plan de desarrollo de los pueblos indígenas y áreas rurales del país; Además la dispersión poblacional y las condiciones naturales limitan el accesos a los servicios de salud y a la educación como principales componentes para oportunidad de desarrollo social.

Corregimientos de mayor difícil acceso geográfico. (Anexo 2)

DISTRITOS	CORREGIMIENTO
Ñurum	Guibale, Guayabito
Muna	Guayabal, Guacamaya, Alto Balsa
Kankintú	Piedra Roja, Mununi, Guoroni, Calante
Santa Catalina	Loma Yuca, Alto Bilingüe, Valle Bonito
Besiko	Shube, Cerro Patena
Jirondai	Guariviara (comunidad Mina Zorra)
Kusapín	Cañaverál

Fuente: Depto. de Planificación de Salud, Región Comarca Ngäbe Buglé.

Tiempo en horas que demora la población para tener acceso a la instalación de salud más cercana (Anexo 2)

DISTRITOS	COMUNIDADES	HORAS
Ñürüm	Guibale, Guayabito	5
Müna	Guayabal, Hato Común	4
Nole Duima	Raton	3
Mironó	Cascabel	5
Besikó	Shube	4
Jironday	Qda. Venado, Qda Zorra	9
Kankintú	Trinchera	9
Kusapín	Cañaverál	4
Bledeshea	Alto Bilingüe	8

Fuente: Depto. de Planificación de Salud, Región Comarca Ngäbe Buglé.

Costo de movilización para la población por distrito sanitario hasta el centro de salud más cercana (Anexo 2)

DISTRITOS	COMUNIDAD	COSTO	CENTRO DE SALUD	CABECERA
Ñürüm	Guibale, Guayabito	...	Buenos Aires	Buenos Aires
Müna	Guayabal, Guacamaya, Alto Balsa	...	Llano N̄opo	Llano N̄opo
Nole Duima	Raton	10.00	Hato Chami	Hato Chami
Mironó	Cascabel	15.00	Hato Chami	Hato July
Besikó	Shube	18.00	Soloy	Soloy
Jirondai	Qda. Venado, Qda Zorra	12.00	Kankintu	Guariviara
Kankintú	Trinchera	10.00	Kankintu	Kankintu
Kusapín	Cañaverál	...	Kusapin	Kusapin
Bledeshea	Alto Bilingüe	...	Santa Fe	Santa Catalina

Fuente: Depto. de Planificación de Salud, Región Comarca Ngäbe Buglé.

MECANISMO DEFINIDO PARA LA ATENCIÓN DE LA POBLACIÓN SIN RECURSOS ECONÓMICOS

No existen mecanismos definidos para la población que no cuenta con recursos económicos, ya que los servicios de salud se brindan de manera gratuita dentro del territorio comarcal. Compromiso adquirido por el Ministerio de Salud desde el año 2006. Además se utiliza la Estrategia de Extensión de Cobertura que ofrece los servicios de promoción de la salud y prevención de la enfermedad en comunidades céntricas, con lo cual se vence parte de la barrera geográfica y de gastos de bolsillo.

3. COMPLEJIDAD DE LA RED

Referente a la red integrada de servicios de salud (RISS), la Comarca Ngäbe Buglé se plantea retomar la valoración de la misma, en esta oportunidad se tomará como punto de partida los distritos pilotos trabajados en el año 2018 (Besikó y Müna). En general y para toda la Comarca Ngäbe Buglé esta pendiente la identificación de más actores claves para el tema de la Gobernanza; El puntaje obtenido en el análisis 2018 fue de 25.6 %, lo que nos muestra que estamos ante una red incipiente que requiere de mucho trabajo comunitario para lograr una participación social amplia e integrar a otros sectores que manejan agendas que incluyen temas relacionados a la salud.

Valoración de la RISS de Comarca Ngäbe Buglé

	ÁMBITOS	NIVEL DE DESARROLLO
1	MODELO ASISTENCIAL	25.0%
2	GOBERNANZA Y ESTRATEGIA	25.0%
3	ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN	28.6%
4	ASIGNACIÓN E INCENTIVOS	25.0%
	TOTAL RISS	25.6%

Fuente: Elaboración propia con datos de los resultados de la valoración de la RISS 2018.

CARACTERIZACIÓN DE LA COMPLEJIDAD DE LAS INSTALACIONES DE SALUD

Tomando como base a los niveles de atención, la complejidad de las instalaciones de salud dentro del territorio comarcal es caracterizada de acuerdo a las actividades que se realizan.

La Comarca Ngäbe Buglé cuenta solo con el Ministerio de Salud como único proveedor de servicios de salud; las instalaciones son del primer nivel de atención y se ubican entre el primer y segundo grado de complejidad. La conforman puestos de salud, subcentros de salud, centros de salud, centros de salud con camas y un Hospital Regional con especialidades médicas básicas sin servicios quirúrgicos mayores; adicionalmente se han incorporado infraestructuras como casas o albergues maternos, para desarrollar estrategias en vías de mejorar las principales situaciones de los indicadores de salud; se cuenta con una Clínica para el seguimiento y control de personas que viven con VIH y se oferta una cartera de servicios que privilegia la Estrategia de Atención Primaria de Salud. Además se cuenta con la Estrategia de Extensión de Cobertura (EEC), que nos apoya a fortalecer los Servicios básicos de salud con 13 grupos poblacionales que se encuentran bajo la coordinación del Proyecto a nivel regional.

Durante la pandemia por COVID-19, las instalaciones de mayor grado de complejidad fueron habilitadas.

CARACTERÍSTICAS DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD CON RELACIÓN A SUS RECURSOS FÍSICOS, HUMANOS, TECNOLÓGICOS Y SUS HORARIOS DE ATENCIÓN

La red de instalaciones de salud actual no cumple con las características estructurales ni de recursos humanos y tecnológicos para satisfacer la demanda de la población. Se ha realizado el análisis de la misma evidenciando que existen 13 puestos de salud que deben ser elevados a Centros de Salud Básicos. Es

importante señalar que se hace necesario incorporar los servicios de salud pública y vigilancia sanitaria dentro de las infraestructuras así como el componente de salud intercultural brindando espacios para el trabajo conjunto con los agentes de salud tradicional y parteras quienes representan actores claves en la prevención de enfermedades y la promoción de la salud de manera integral, equitativa y accesible.

En la actualidad no existe red de comunicación; se cuenta con el antecedente durante los años 2005 a 2010, de la existencia de una red de radiocomunicación en las 108 instalaciones de salud y las ambulancias, también se desarrollaron planes de telesalud y telemedicina que en la actualidad se están retomando en las mismas unidades donde se tuvieron experiencias previas. La experiencia con la Telemedicina fue buena, sin embargo, el Programa Nacional carecía de mantenimiento para los equipos; Es importante dotar a las instalaciones de salud con equipos de informática y recursos humanos para la captura de los datos estadísticos de manera de poder contar con los mismos al momento de realizar los seguimientos y tomar decisiones de manera oportuna y bajo la base de evidencias científica.

Los reportes epidemiológicos en la actualidad se realizan a través de teléfonos móviles del personal de salud en aquellos lugares con suficiente conectividad o cercanos a centros educativos dotados con el servicio, también se siguen utilizando teléfonos públicos con sistemas solares cuando estos funcionan.

En cuanto al horario de atención se mantiene la oferta de servicios en horarios 7am a 3pm y extensión de horario en nueve Centros de Salud con camas las 24/7. Los puestos de salud, subcentros y centros de salud básicos tienen un horario de 7am a 3pm de lunes a viernes sin extensión de horario. Además dentro de la Red se cuenta con un Hospital de área, el cual debe ser administrado bajo la figura de gestión pública de acuerdo al Decreto Ejecutivo N° 385 del 2012.

Instalaciones de salud con horario extendido

DISTRITO	INSTALACION	HORARIO
Ñürüm	CS de Buenos Aires	24 horas
Müna	Cs Llano Ñopo	24 horas
Nole Duima	Cs Hato Chamo	24 horas
Besikó	Cs Soloy	24 horas
Kankintú	Cs Bisira	24 horas
Kankintú	Cs kankintu	24 horas
Kusapín	Cs Kusapin	24 horas
Kusapín	Cs Rio Chiriqui	24 horas
Bledeshia	Cs Santa Catalina	24 horas
San Félix, Chiriquí	Hospital Francisco Pérez	24 horas urgencias

*Hospital bajo la responsabilidad de la Región de Salud Ngabe Bugle (apoyo en la Gestión)

Fuente: Depto. Planificación- Sección de Registros de Estadísticas de Salud, Comarca Ngäbe Buglé.

SECTORIZACIÓN DE LA RED DE SERVICIOS Y CRITERIOS APLICADOS

La Red de servicios esta sectorizada según la división político administrativa, en base a esta manejamos nueve Distritos sanitarios. Debido a la difícil geografía, se utilizan criterios de accesibilidad, es decir que sin importar la residencia de la población la misma puede acudir a la instalación más cercana. Cabe señalar que a través de la Estrategia de Extensión de Cobertura se utilizan iguales criterios y hemos asignado sectores para brindar los servicios de prevención, promoción y atención utilizando la ubicación más favorable para la población.

INTEGRACIÓN LOS EQUIPOS BÁSICOS DE CADA ESTABLECIMIENTO DE SALUD

A pesar del recurso humano limitado, cada instalación de salud tipo Centro de salud posee al menos un Equipo básico o ENA (Equipo Nuclear de Atención).

Miembros del Equipo básico de salud

N°	PROFESIONAL	CANTIDAD
1	Médico General	1
2	Enfermero (a) básico	1
3	Técnico en enfermería	1
4	Técnico saneamiento ambiental	1
5	Educador para la salud	1
6	Conductor	1

Fuente: Departamento de Planificación de Salud, Comarca Ngäbe Buglé.

Es importante señalar que para la implementación de la Estrategia de Redes, debemos analizar los perfiles que conformarán para esta región de salud los diferentes tipos de Equipos, ya sean Nucleares, de Especialidades y los de profesionales de apoyo

Población de responsabilidad de los equipos básicos de sector. (Anexo 2)

CARACTERIZACIÓN DE LA CARTERA DE SERVICIOS Y PROGRAMAS QUE SE OFERTAN A LA POBLACIÓN

La Cartera de Servicios y programas que se ofertan a la población se caracterizan en base al perfil epidemiológico de cada área, la población y su demanda.

CARTERA DE SERVICIOS DE SALUD PARA LA RED FIJA

Servicios de promoción de salud

1. Saneamiento ambiental.

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

- ◆ Identificación de factores de riesgos en las viviendas

Servicios de promoción de salud

- ◆ Promoción de estilos de vida saludables.
- ◆ La formación de jóvenes educadores de pares informan a sus compañeros escolarizados sobre el riesgo de las ITS, VIH, tabaquismo y promueven la elaboración de un plan de vida con metas claras a alcanzar tomando en cuenta las limitantes y fortalezas que poseen
- ◆ La formación de redes intersectoriales para hacerle frente a los problemas comunes que tienen nuestras comunidades, como los diferentes tipos de violencia, enfermedades transmitidas por vectores y otras.
 - El desarrollo de ferias de la salud para la promoción de estilos de vida saludable.
- ◆ La elaboración y distribución de materiales educativos y promocionales sobre estilos de vida saludable.
- ◆ La conformación de adolescentes en los centros de salud que ingresan al programa de servicios amigables para el adolescente.
- ◆ La elaboración de material didáctico, juegos de mesas y rota folios para el desarrollo de habilidades para la vida en cada centro de salud en el programa de servicios amigables (13 centros).
- ◆ Reactivación o conformación de los comités intersectoriales de Guías de Gestión.
- ◆ Implementación del programa familias fuertes.

2. Educación para la salud.

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

3. Educación sobre alimentación y nutrición.

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

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

Servicios de prevención de salud

- 5. Inmunizaciones
- 6. Control prenatal, educación y orientación a la mujer embarazada y referencia para la atención institucional del parto
- 7. Control de crecimiento y desarrollo en menores de 59 meses.
- 8. Controles a escolares y adolescente mediante la estrategia de fortaleciendo llamada servicios amigables.
- 9. Control puerperal
- 10. Atención integral para las mujeres en edad fértil.
 - ◆ Toma de muestra de Papanicolau a mujeres de 15 años y más, con vida sexual activa o a partir de los 20 años sin inicio de vida sexual activa.
 - ◆ Examen de mamas
 - ◆ Administración de anticonceptivos para mujeres de 15 a 49 años en unión.
 - ◆ Provisión preventiva de hierro y ácido fólico para mujeres de 15 a 49 años con vida sexual activa.
- 11. Monitoreo del crecimiento a nivel comunitario
 - ◆ Monitoreo de la tendencia de crecimiento en la niñez menor de 24 meses y embarazadas
 - ◆ Referencia de niños menores de 24 meses y embarazadas

Servicios de atención de salud

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

- ◆ Atención de morbilidad general
- 13. Distribución de complemento alimentario a niños menores de 6 a 59 meses en riesgo nutricional, con desnutrición moderada y severa, embarazadas y puérperas de bajo peso
- 14. Atención al déficit de micronutrientes menores de 59 meses, escolares, MEF, embarazadas y puérperas.
- 15. Captación de sintomáticos respiratorios y referencias de personas afectadas por tuberculosis.
- 16. Mejora de cobertura de atención a adolescentes por demanda espontánea y atención en los centros educativos .para la detección oportuna de adolescentes embarazadas, uso de tabaco, droga y algún tipo de violencia.
- 17. Diagnóstico y control de la Malaria y la Leishmaniasis
- 18. Captación y Atención de pacientes con enfermedad Inmunodeficientes (VIH) a través de 2 clínica organizadas (Clínica TARV).

CARTERA DE SERVICIOS DE SALUD DE LA RED ITINERANTE

Servicios de promoción de salud

1. Saneamiento ambiental.

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

1. Educación para la salud.

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

2. Educación sobre alimentación y nutrición.

- ◆ Consejería individualizada a la niñez menor de 24 meses

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

3. Organización y capacitación para la participación comunitaria.

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

Servicios de prevención de salud

1. Inmunizaciones

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

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

4. Control puerperal

5. Atención integral para las mujeres en edad fértil.

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

6. Monitoreo del crecimiento a nivel comunitario

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

Servicios de atención de salud

7. Atención a la morbilidad

- ◆ Atención de las morbilidades agudas como IRA's, EDA's, enfermedades infectocontagiosas de la piel y otras.
 - ◆ Atención de enfermedades inmunoprevenibles
 - ◆ Seguimiento y controles de salud a pacientes con enfermedades crónicas
 - ◆ Atención primaria de las urgencias
 - ◆ Atención de morbilidad general
4. Distribución de complemento alimentario a niños menores de 6 a 59 meses en riesgo nutricional, con desnutrición moderada y severa, embarazadas y puérperas de bajo peso
 5. Atención al déficit de micronutrientes menores de 59 meses, escolares, MEF, embarazadas y puérperas.
 6. Captación de sintomáticos respiratorios y referencias de personas afectadas por tuberculosis.
 7. Control de crecimiento y desarrollo en menores de 59 meses, control de escolar y adolescentes mediante una estrategia de fortalecimiento llamada servicios amigables.
8. Diagnóstico y control de la Malaria y la Leishmaniasis.

COSTO DE LOS PRODUCTOS INCLUIDOS EN LA CARTERA DE SERVICIOS

No se ha realizado la evaluación del costo en los servicios incluidos en la Cartera de servicios; actualmente se manejan los costos per capita en la Estrategia de Extensión de Cobertura. El promedio per cápita en la red fija e itinerante institucional es de B/ 40.51.

TARIFA DE LOS SERVICIOS PARA EL USUARIO ASEGURADO Y NO ASEGURADO

Los servicios son gratuitos en todas las instalaciones de salud y centros ubicadas dentro del área comarcal. En el Hospital de San Felix se recauda con exoneración según evaluación administrativa, ya que no cuenta con evaluador socio económico. Se utiliza los precios de referencia del Ministerio de Salud y en algunos servicios se hace un ajuste debido al nivel socioeconómico de

procedencia de los pacientes, se utiliza una tarifa estandarizada a precio social. Para el caso de los asegurados no se les cobra, sin embargo, no existe convenio de compensación de costos. El tema de costos no se lleva en esta Región de Salud. Se están iniciando esfuerzos para realizar un análisis que nos arroje el costo al menos aproximado de los servicios que la población demanda.

EXISTENCIA Y APLICACIÓN DE LOS PROTOCOLOS DE ATENCIÓN

Existen Normas técnicas y administrativas, Protocolos y Guías de atención nacionales para los diferentes Programas que se llevan a nivel del Ministerio de Salud. Estos Protocolos se aplican en todas las instalaciones de la red primaria dentro de la Comarca Ngäbe Buglé. Es importante mencionar que la Estrategia de Extensión de Cobertura aplica los Protocolos normados por MINSA, estipulados dentro del Reglamento Operativo que regula las actividades que desarrolla la Estrategia.

Los Protocolos de atención se revisan a nivel central en un promedio de cada 2 a 3 años, en dicha revisión participan coordinadores de las regiones de salud según programa y expertos especialistas en los temas. En la revisión se toman en cuenta evidencias científicas y recomendaciones internacionales de los Organismos que funcionan como rectores y asesores en la salud mundial.

ARTICULACIÓN DE LA RED DE SERVICIOS DEL MINSA CON LA DE LA CSS

No contamos con consenso o convenios firmados con la CSS, dentro del territorio comarcal no existen instalaciones de salud de este proveedor, sin embargo, al ser una red puramente primaria se derivan los casos a instalaciones de mayor complejidad que en su mayoría son de la Caja del Seguro Social, por ello en el desarrollo de la RISS Ngäbe Bugle debe incluirse a este prestador y con apoyo del nivel central del MINSA realizar los convenios correspondientes de compensación de costos.

ARTICULACIÓN DE LA RED FORMAL DE SERVICIOS DE SALUD CON LA RED INFORMAL

La red informal está compuesta por agentes de salud tradicionales y parteras. Contamos con una lista oficial de este personal el cual en su mayoría pertenece a la Asociación de Agentes de Salud Tradicionales y Parteras Ngabes, ASASTRAN. Aquellas parteras y agentes fuera de ASASTRAN también son identificados y capacitados. Actualmente se encuentran en reactivación con apoyo de UNFPA y el Despacho de la Primera dama de la República; se cuenta con experiencias previas del trabajo conjunto durante el periodo 2011- 2012. Los fondos proceden del Ministerio de Salud y su ejecución fue supervisada por la Región de Salud Ngabe Bugle, ya que el depósito se realizaba dentro de nuestro fondo de trabajo. Se les solicitaba un informe de actividades y posteriormente se realizó la medición del impacto en estos dos periodos. La asociación debe sustentar sus actividades, y el nivel regional en conjunto con la Dirección de Asuntos Sanitarios deberán buscar una estrategias y herramientas de monitoreo que nos permitan evaluar de manera objetiva el impacto de las actividades comunitarias.

ARTICULACIÓN DE LA RED FORMAL PÚBLICA Y LA PRIVADA

Dentro del territorio de Comarca Ngabe Bugle no existen establecimientos privados de atención a la población conocidos, sin embargo, recibimos las notificaciones obligatorias de las enfermedades estipuladas en el Decreto Ejecutivo N°1617 del 21 de octubre del 2014 por parte de todos los centros y hospitales privados fuera del territorio.

MECANISMO DE FUNCIONAMIENTO DEL SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRA REFERENCIA

Dependiendo de la necesidad del usuario y al tipo de instalación de salud a la cual tenga acceso, principalmente entre las del primer nivel de complejidad, el sistema

de referencia y contra referencia sigue un flujo en el cual el paciente se deriva a la instalación de salud donde exista la capacidad resolutoria para su condición de salud. Existe aún resistencia entre algunos funcionarios de salud quienes refieren a la instalación más cercana aunque ésta no cuente con una capacidad instalada para dar el manejo adecuado al paciente lo que atrasa la resolución del problema de salud, cuando desde el inicio pudo ser derivado al nivel de complejidad correspondiente que no necesariamente es el tercer nivel o un mayor grado de complejidad siempre que se cuenta con la capacidad tanto en personal de salud, insumo y equipo biomédico para dar el manejo adecuado y oportuno. La situación descrita obedece a los casos que son canalizados por urgencias, para los problemas que requieren de evaluación a través de consulta externa con especialidades, se realiza el trámite de la cita y se está utilizando en la práctica el formato normado del SURCO.

El mecanismo específico para el trámite de la cita se realiza con el apoyo de la Sección de Registros de Estadísticas en Salud vía telefónica y se le envía la información a la instalación solicitante quienes se encargan, a través de trabajo social, de facilitar un transporte ya sea propio del MINSA o de otro sector para pacientes que no tienen la facilidad de acudir por sus medios a dichas citas.

Las debilidades del SURCO son los retornos de la información en el formato correspondiente por parte de los especialistas, quienes usan los formatos establecidos por la unidad hospitalaria en la que laboran. La Herramienta es valiosa, pero aún no se logra dar el uso adecuado para alcanzar el objetivo principal por el cual fue creado. En los niveles locales contamos con datos de la referencia del paciente, pero el porcentaje de contrarreferencia es muy bajo o inexistente.

SISTEMA ÚNICO DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA (SURCO)

Amparado en que como Estado el ente rector de la Salud de la población panameña es el Ministerio de Salud y siendo nuestro deber garantizar ese estado

de completo bienestar, se reconoce la necesidad de que todas las instancias de salud unificaran un mismo sistema de referir y contrareferir a los pacientes de manera que se le pueda dar el seguimiento oportuno manejando información completa y detallada de los procesos de salud a los que fue sometido dicho paciente, de forma tal que el resultado final de verificación de la mejoría completa del paciente se de apropiadamente. Ante tal necesidad se crea el Sistema Único de Referencia y Contrarreferencia, SURCO.

Se sigue presentando dificultad en la contrarreferencia, puesto que un bajo porcentaje regresa al nivel que dio origen la referencia.

NECESIDADES DE MEJORAS A LA ESTRUCTURA FÍSICA Y ADECUACIONES ESPECÍFICAS PARA LA POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD

Todas las instalaciones de salud necesitan ser remodeladas, y adecuadas para el buen funcionamiento de los servicios de salud y de esta manera brindar atención de calidad y calidez, que tanto la población como el personal que allí labora se sienta satisfecho en su área de atención.

Las necesidades de mejoras es una de las graves problemáticas con las que nos encontramos en casi todas las instalaciones, no se cuenta con un presupuesto adecuado para dar mantenimiento a la infraestructura.

No todas las instalaciones de salud cuentan con adecuaciones específicas para la población con discapacidad a excepción del Centro de Salud de Soloy, Sub Centro de Salud de Alto Caballero y Puesto de Salud de El Piro N°1, los cuales cuentan con rampa para la población con discapacidad.

No contamos con Centros Reintegra dentro de la Comarca Ngäbe Buglé, los pacientes son referidos según sus residencias a Centros ubicados en Bocas del Toro, Chiriquí y Veraguas.

ACTUALIZACION DEL CENSO DE POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD

La Región de Salud de Ngäbe Buglé no tiene un censo de la población discapacitada; ya que esta población es captada y atendida a través de los

diferentes programas de salud y programas sociales dentro de la comarca y el dato no se registra tampoco en las hojas de atención diarias ni de giras; es una gran debilidad.

La primera información sobre población con discapacidad en la Comarca Ngäbe Buglé la arrojó la Primera Encuesta Nacional de Personas con Discapacidad (PENDIS 2006), que reveló de sus 2,989 segmentos censales 938 segmentos con alguna discapacidad y 2,051 sin discapacidad. En las áreas indígenas la prevalencia de personas con discapacidad fue de 13.5 %, siendo 11.3 % la prevalencia en el país. El total de población con discapacidad encuestada fue de 16,475 lo cual representó un 4.8 % del total encuestado. El censo de población y vivienda del 2010 reveló 4,147 personas con discapacidad en la Comarca Ngäbe Buglé, de este total la discapacidad físicas fue la que predominó con 1,190 personas, seguidas de las discapacidades por sordera y ceguera con 957 y 942 respectivamente. La tasa de discapacidad fue de 27 personas discapacitadas por cada 1,000 habitantes y los corregimientos donde se encontraron las mayores prevalencias fueron fueron Bakama, Guariviara, Jädeberi, Susama, Mününi.

Para el 2023, el censo de población mostró la existencia de 3,171 personas que viven con discapacidad siendo la tasa de discapacidad de 13.1 personas con discapacidad por cada 1,000 habitantes en esta comarca, representando el 1.5 % del total de la población comarcal, presentándose en los grupos de edades de 15 a 19 años y 60 a 64 años el mayor número de personas con discapacidad siendo 269 personas (7.24 %) y 274 personas (7.37 %) respectivamente. La principal discapacidad presentada es la de tipo física, sin embargo, en los hombres predomina la discapacidad visual.

Debido a que existe una relación entre la discapacidad y la longevidad, es de esperar encontrar diagnósticos de discapacidad en la población dentro del grupo de la tercera edad, es decir después de los 55 años en mujeres y después de los 60 años en hombres; además debemos poder diagnosticar las discapacidades en

otros grupos de edades, por lo cual se hace de suma importancia exigir el estricto registro e ingreso de las discapacidades y su tipo dentro de las estadísticas de salud. Con los datos del censo vemos que existe un importante número de personas entre 15 a 19 años con algún tipo de discapacidad situación que hay que darle el seguimiento apropiado, verificar las causas que provocaron la discapacidad y además ofrecer espacios en las instalaciones de salud para la comodidad y acceso de esta población.

FORTALECIMIENTO DE LOS SISTEMAS DE REFERENCIA Y CONTRA REFERENCIA DE PACIENTES ENTRE LOS NIVELES DE ATENCIÓN Y MODELO DE ATENCIÓN AL QUE RESPONDEN

Actualmente se está retomando el seguimiento de las contrareferencias, sin embargo, el problema no está en el nivel primario, sino en los segundos y terceros niveles, y grados de mayor complejidad, para fortalecer este sistema deberá realizarse una campaña de sensibilización en las áreas de las diferentes especialidades que deben contrareferir, además de que el SURCO debe responder a un modelo de atención centrado en el individuo y su manejo integral no solo la parte curativa y especializada, es por ello de la importancia de que el paciente regrese a su médico de cabecera. El SURCO responde a un modelo de atención integral siendo la herramienta articuladora entre los diferentes niveles de atención y grados de complejidad, sin embargo, al no darse como se debe el modelo se fragmenta tal como se encuentra el Sistema de Salud actualmente.

Cuadro No. 9

Capacidad instalada de establecimientos de salud, 2024

Sector Público	No. Centros x 1000 Hab.	No. Camas x 1000 Hab.
Hospitales		
Alta complejidad		
Mediana (especialidades básicas)	1 (0.13)	0.0063
Baja (medicina general)		
Total Hospitales		
Centros Ambulatorios		
Centros con especialidades		
Centros de nivel primario con medicina general	11 (0.049)	0.14
Centros de nivel primario con personal residente no profesional		
Total centros ambulatorios		
Sector Privado	No Aplica	
Hospitales		
Alta complejidad		
Mediana (especialidades básicas)		
Baja (medicina general)		
Total Hospitales		
Centros Ambulatorios		
Centros con especialidades		
Centros de nivel primario con medicina general		
Centros de nivel primario con personal residente no profesional		
Total Centros ambulatorios		
Total Centros de Salud	10	

Fuente: Depto. de Planificación de Salud, Región Ngäbe Buglé año 2024.

4. BOLSONES DE DESPROTEGIDOS

Los bolsones identificados en la comarca Ngäbe Buglé se encuentran principalmente en las áreas más distantes de los centros de salud donde la población está dispersa y el terreno es muy quebrado, sin carreteras ni caminos de penetración. Estas áreas se encuentran en comunidades ubicadas en los corregimientos de Piedra Roja, Mününi, Guoroni ubicados al norte de Kankintú, Valle Bonito, Río Grande, Río Piedra al norte de Santa Catalina, corregimientos de Peña Blanca y Krüa situados al norte del distrito de Müna; y los corregimiento de Paredón y Guibale pertenecientes al distrito de Nürüm. El distrito de Jirondai presenta comunidades muy apartadas que no cuentan con instalación de salud ni presencia permanente de equipos de salud, destacan los corregimientos de Guariviara y Mancreek.

Los principales riesgos que afectan a estas comunidades son la dispersión poblacional, su difícil geografía e irregularidad del relieve, la cultura, la religión ya que en su mayoría practican la religión Mamatata que no acepta medicina occidental. Todos estos factores forman parte importante de las barreras de acceso a los servicios de salud.

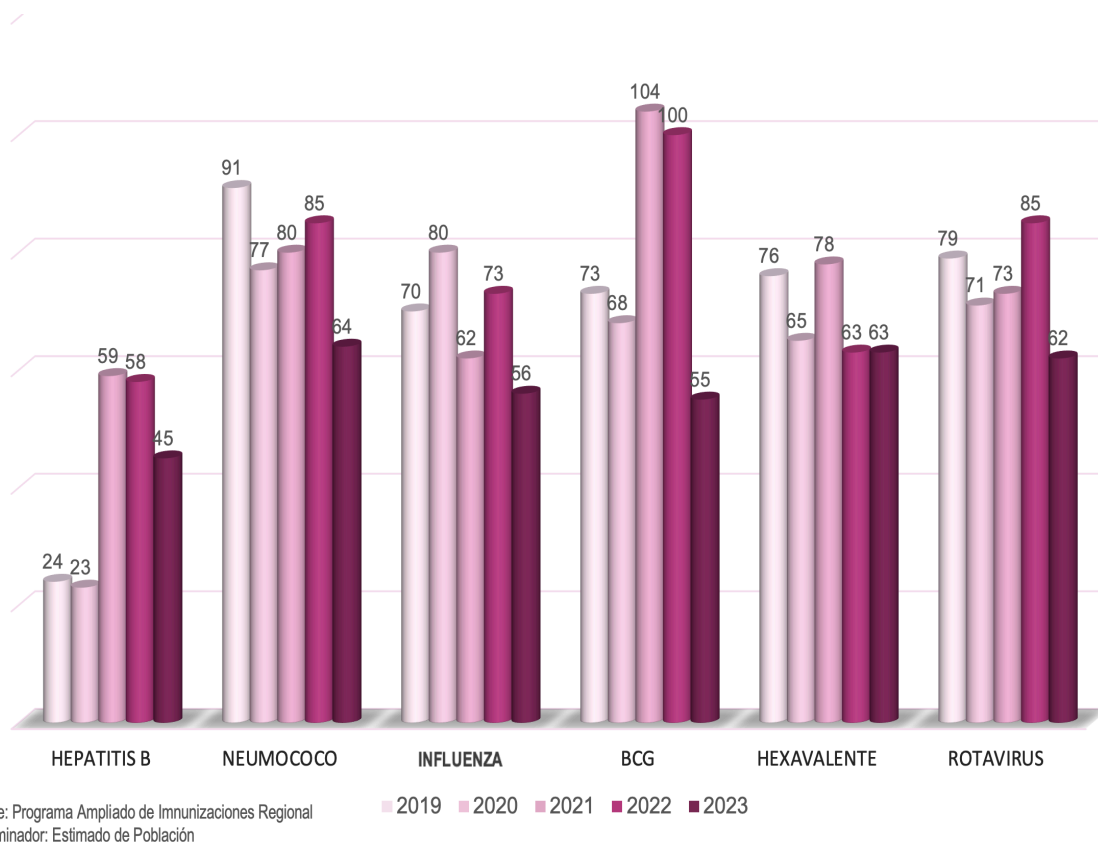
COBERTURAS DE VACUNACIÓN

COBERTURA DE VACUNACION EN MENOR DE UN AÑO

La cobertura de vacunas contra la Hepatitis B experimentó un aumento de 24 % en el año 2020 a 45 % en el 2023. La mayor cobertura de esta vacuna se presentó en el año 2021 con 59 %. Para las vacunas contra neumococo, influenza, BCG, hexavalente y rotavirus, las mismas experimentaron una disminución con respecto al 2020. Cobertura contra neumococo pasó de 91 % en el 2020 a 64 % en 2023; influenza pasó de 70 % en 2020 a 56 % en el año 2023; BCG pasó de 77 % en 2020 a 53 % en el 2023; la hexavalente alcanzó una cobertura de 76 % en el 2020

y baja a 63 % en el 2023 y la cobertura contra el rotavirus pasó de 79 % en el 2020 a 62 % en el 2023 (Gráfico 31).

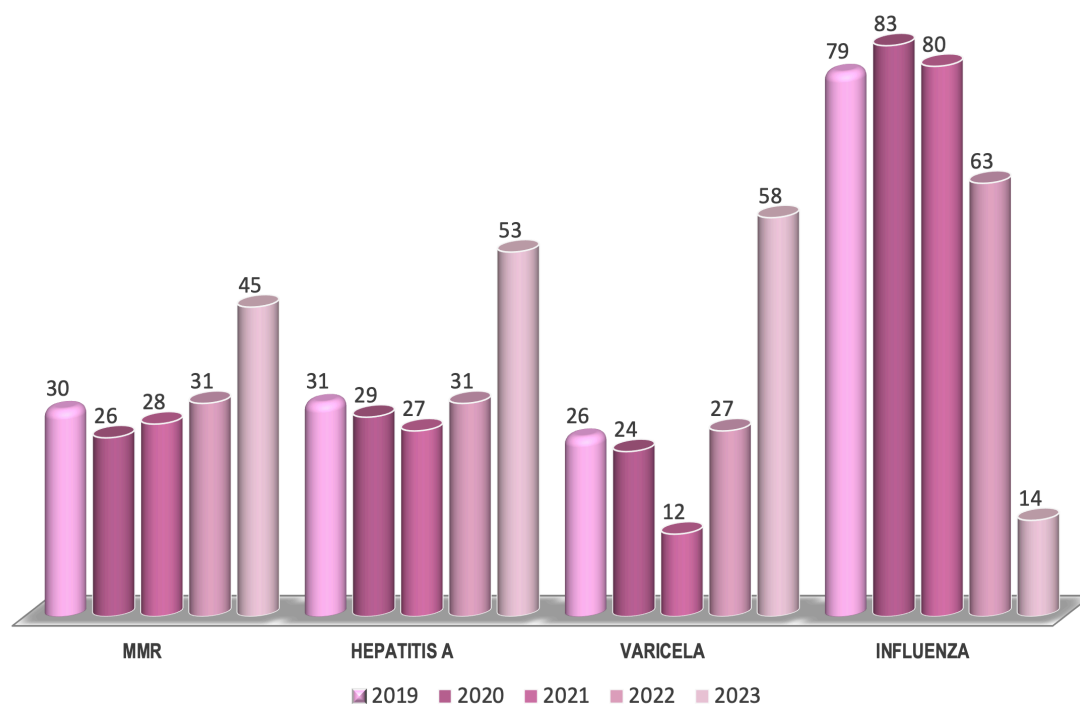
Gráfico 31. Cobertura de vacunación en menor de 1 año en la Comarca Ngäbe Buglé, 2019- 2023.



COBERTURA DE VACUNACIÓN EN 1 AÑO

La cobertura de vacunas contra sarampión, Papera y rubeola (MMR) en 1 año presenta una tendencia al aumento con 30 % en el 2020 y 45 % en 2023; La cobertura para Hepatitis A también exhibe un aumento pasando de 31 % en el 2020 a 53 % en el 2023; En el caso de la cobertura contra varicela en este grupo de edad pasa de 26 % en el 2020 a 58 % en el 2023 msotrando un importante aumento; Las coberturas contra la influenza se han visto dismunuidas entre los años 2022 y 2023 pasando de 63 % a 14 % respectivamente (Gráfico 32).

Gráfico 32. Cobertura de vacunación en 1 año en la Comarca Ngäbe Buglé, 2019-2023.

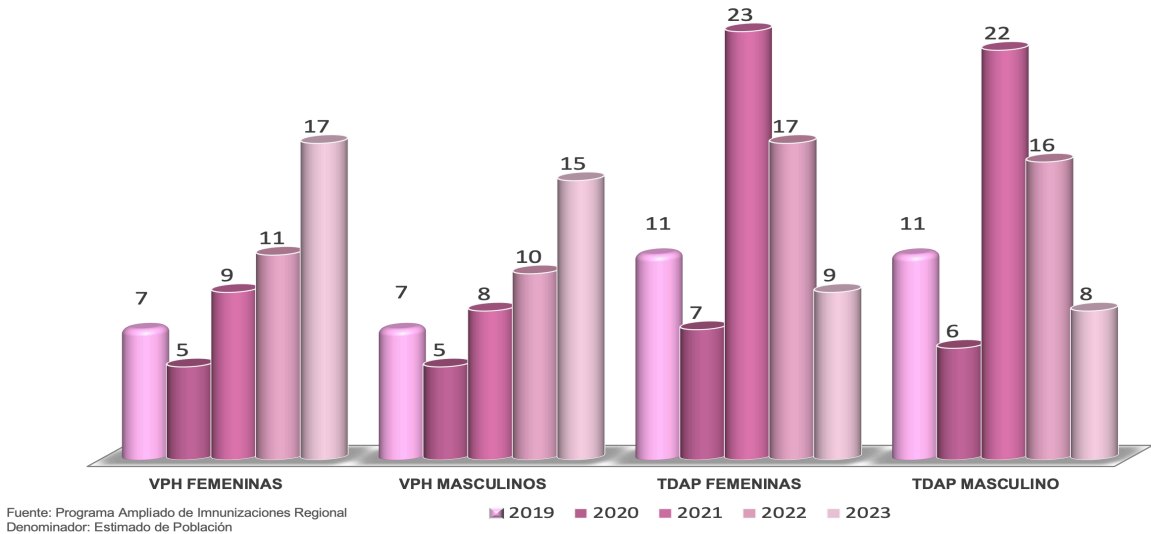


Fuente: Programa Ampliado de Inmunizaciones Regional
Denominador: Estimado de Población

COBERTURA DE VACUNACIÓN EN ADOLESCENTES DE 10 AÑOS

En cuanto a las coberturas de vacunación contra el virus de papiloma humano (VPH), en la edad de 10 años las femeninas presentan un aumento entre los años 2020 y 2023 pasando de 7 % a 17 % , mientras que los hombres pasaron de 11 % en el 2020 a 9 % en el 2023 siendo esta una importante disminución de cobertura para este sexo. La cobertura de vacuna contra el tétano (TDAP) para adolescentes de 10 años también ha experimentado un importante disminución en ambos sexos siendo para el 2020 de 11 % y para el 2023 de 9 % en femeninas, mientras que en hombres paso de 11 % en el año 2019 a 8 % en el 2023 (Gráfico 33).

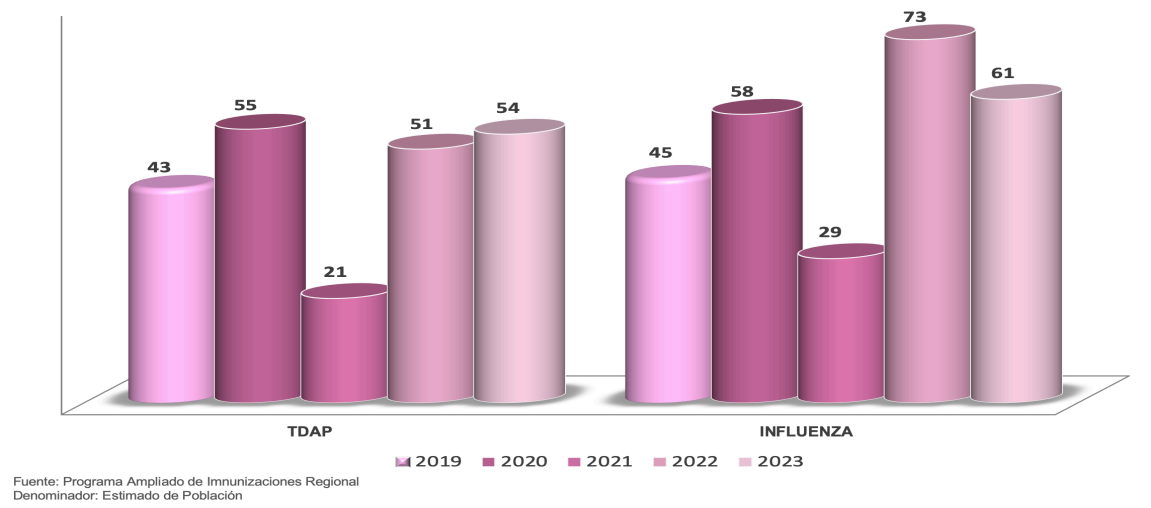
Gráfico 33. Cobertura de vacunas de VPH y TDAP en edad de 10 años por sexo, en la Comarca Ngäbe Buglé, 2019- 2023.



COBERTURA DE EMBARAZADAS

La cobertura de vacuna contra el tétano e influenza en embarazadas aumentó de 43 % en el 2020 a 54 % en el 2023; para influenza también se experimentó un importante aumento de 16 puntos porcentuales pasando de 45 % en el 2020 a 61 % en el 2023.

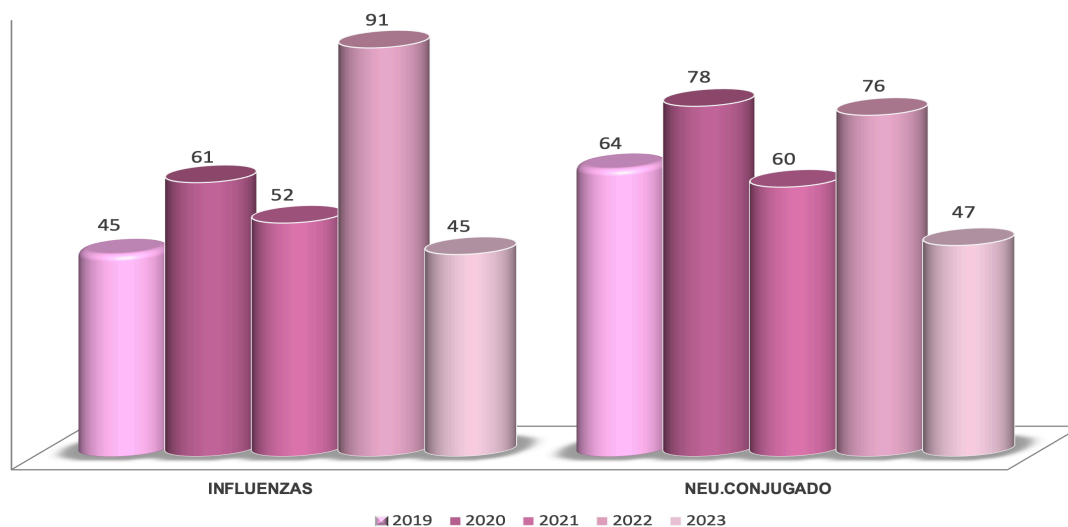
Gráfico 34. Cobertura de vacunas en embarazadas en la Comarca Ngäbe Buglé, 2019- 2023.



COBERTURA EN ADULTO MAYOR

En la población adulta mayor la cobertura contra la influenza experimentó un aumento importante en el 2022, sin embargo, la misma cae en 2023 a 45 %; en cuanto a la cobertura contra el neumoco esta pasa de 76 % en 2022 a 47 % en el 2023, mostrando igualmente una disminución importante en este grupo de edad.

Gráfico 35. Cobertura de vacunas en Adulto Mayor en la Comarca Ngabe Bugle, 2019- 2023.



Fuente: Programa Ampliado de Inmunizaciones Regional
Denominador: Estimado de Población

5. RECURSOS HUMANOS

PRINCIPALES CAMBIOS INTRODUCIDOS EN LA PLANIFICACIÓN Y LA GESTIÓN DE LOS RECURSOS HUMANOS

Ya que el reclutamiento de personal tiene como definición al conjunto de procedimientos orientado a atraer candidatos potencialmente calificados y capaces de ocupar cargos dentro de una estructura organizativa, el Ministerio de Salud no ha realizado cambios a este proceso; mientras se espera que cada día las personas sean más capaces de desempeñar sus responsabilidades.

En cuanto al número de trabajadores, la cantidad de nombramientos no presenta grandes variaciones en los últimos 10 años, se continua requiriendo con urgencia de personal calificado para su ubicación en las diferentes instalaciones de salud y áreas administrativas diversas. En cuanto a los desvinculaciones del personal, es potestad de las autoridades a nivel central del MINSA, ya sea por la aplicación de sanciones dentro de la normativa administrativa que nos rige o bien por temas de índole político de los diferentes gobiernos.

CAPACITACIÓN Y SUPERVISIÓN DEL RECURSOS QUE SIRVEN EN LA RED INFORMAL DE SALUD

En la mayoría de los casos el MINSA capacita al personal de la red informal través de los Programas de su competencia con el apoyo de la Unidad Docente Regional (UDR) principalmente en el tema de logística y fondos. Para la capacitación de parteras por ejemplo, el responsable de la organización y ejecución de la actividad es el Programa de Salud Sexual y Reproductiva. La supervisión de dicha actividad es llevada a cabo por la UDR, quien debe verificar el cumplimiento de los requisitos necesarios que avalar las horas de entrenamiento o capacitación en el tema correspondiente y expedir las certificaciones.

ACTUALIZACIÓN DE LAS COMPETENCIAS TÉCNICO-ADMINISTRATIVAS Y CLÍNICAS DEL PERSONAL DE SALUD, SUS HORAS SEMANALES ASIGNADAS EN LAS ACTIVIDADES CLÍNICO-ASISTENCIALES, ADMINISTRATIVAS, DOCENCIAS, CAPACITACIÓN, URGENCIAS, PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN, VISITAS COMUNITARIAS, GIRAS DE SALUD Y OTRAS

Para las actualizaciones de competencias técnico administrativas del personal de salud la Unidad Docente Regional apoya con el análisis periódico de las deficiencias encontradas en las diferentes áreas dentro de la estructura organizativa regional. Anteriormente, se contaba con el apoyo económico del nivel central a través de la cuenta única del tesoro con fondos provenientes de actividades contra el consumo de tabaco, sin embargo, desde hace 5 años se ha dejado de percibir dicho apoyo. Las actividades de docencia son ejecutadas por los diferentes departamentos, unidades y/ o secciones regionales quienes indican a la Unidad Docente Regional los temas que deben ser reforzados y/ o actualizados. En el tema de actualización de las normas de los diferentes programas de salud, estas son responsabilidad de los mismos programas quienes deben bajar la información hacia los niveles operativos locales, de igual forma coordinan la logística con apoyo de la UDR.

La docencia al personal de enfermería se realiza mensualmente a nivel local y a nivel regional bimensualmente a excepción de las actividades docentes alusivas a campañas y según la necesidad del momento.

No existen horas semanales asignadas para docencia y capacitación estrictas; en algunos casos, principalmente el perfil médico cumple con 40 horas de educación continua al año. Para las horas de actividades asistenciales incluyendo las visitas comunitarias, giras de salud y otras actividades técnico administrativas se utilizan 40 horas semanales según la normativa administrativa del Ministerio de Salud.

PARTICIPACIÓN DEL EQUIPO DE SALUD EN LA DECISIÓN DE PRIORIDADES DE SALUD

El equipo de salud participa en la priorización de salud a través de la realización de reuniones de consultorías, conociendo las necesidades básicas, y en conjunto con los datos estadísticos y el perfil epidemiológico realizan el análisis de situación de salud de sus áreas a nivel de distritos, con el fin de mejorar la situación encontrada; es importante señalar que se crean espacios para la participación social tomando en cuenta la opinión de la comunidad.

También deben realizar su Plan Operativo Anual con metas según su recurso humano y apoyo externo, el mismo contiene las actividades priorizadas y sustentadas al nivel regional; dicho plan es traducido en presupuesto requerido para realizar las actividades. Esta acción se retoma en el año 2018, pero se dificulta debido a los cambios de las autoridades regionales y los directores de distritos, por lo que se hace necesario abordar de manera apremiante la inducción en procesos de gestión y dirección local a los responsables.

DETERMINACIÓN DE LOS COSTOS DE LA ATENCIÓN SANITARIA POR PARTE DEL EQUIPO DE SALUD Y ACTIVIDADES CON MAYOR PESO EN LA DEFINICIÓN DE LOS COSTOS

El equipo de salud no determina los costos de la atención sanitaria. El mayor peso lo tienen las hospitalizaciones o admisiones a salas de corta estancia; Se les orienta sobre los costos promedios de los insumos, el gasto en pago de jornadas extraordinarias, combustibles para giras y/o traslados por parte del departamento de Planificación de Salud con información de las áreas de Provisión, Gestión farmacéutica, Almacén de medicamentos, Coordinaciones de insumos médico quirúrgicos, de laboratorio y odontología.

TARIFAS EXISTENTES Y CONTEMPLACIÓN DE LOS COSTOS REALES DE LOS SERVICIOS

No contamos con tarifas ni se están contemplando los costos reales de los servicios; anteriormente la población aportaba un monto simbólico en la medida de sus posibilidades, dicho aporte era utilizado para temas de mantenimiento de áreas verdes y prioridades que la instalación requiriera como parte del apoyo comunitario, aún existen distritos sanitarios que mantienen esta figura aunque no es de carácter obligatorio, ya que desde el año 2007 se eliminó el gasto de bolsillo en las instalaciones de salud ubicadas dentro del territorio comarcal a fin de disminuir las barreras de acceso a los servicios de salud.

UTILIZACIÓN DE LOS COSTOS ESTIMADOS EN EL PROCESO DE COMPENSACIÓN DE COSTO PACTADO CON LA CSS (CONVENIO O ACUERDO CON LA CSS)

Actualmente no estimamos costos de compensación, principalmente a nivel del Hospital del Oriente Chiricano Francisco Pérez ubicado en el distrito de San Félix provincia de Chiriquí, bajo la responsabilidad de apoyo en la gestión administrativa a cargo de la Comarca Ngäbe Buglé desde el año 2012, dado a la alta demanda de población del Oriente Chiricano que estamos atendiendo con apoyo del presupuesto de la Comarca Ngäbe Buglé. Nuestra meta es poder compartir la responsabilidad de los costos que genera la atención para aquellos usuarios que cuentan con seguro social. Igualmente de la población que recibe servicios especializados en las instalaciones de la Caja del Seguro Social ubicadas en otras provincias del país.

EXISTENCIA DE ENTIDADES DEDICADAS AL DESARROLLO DE LA FUERZA DE TRABAJO EN SALUD

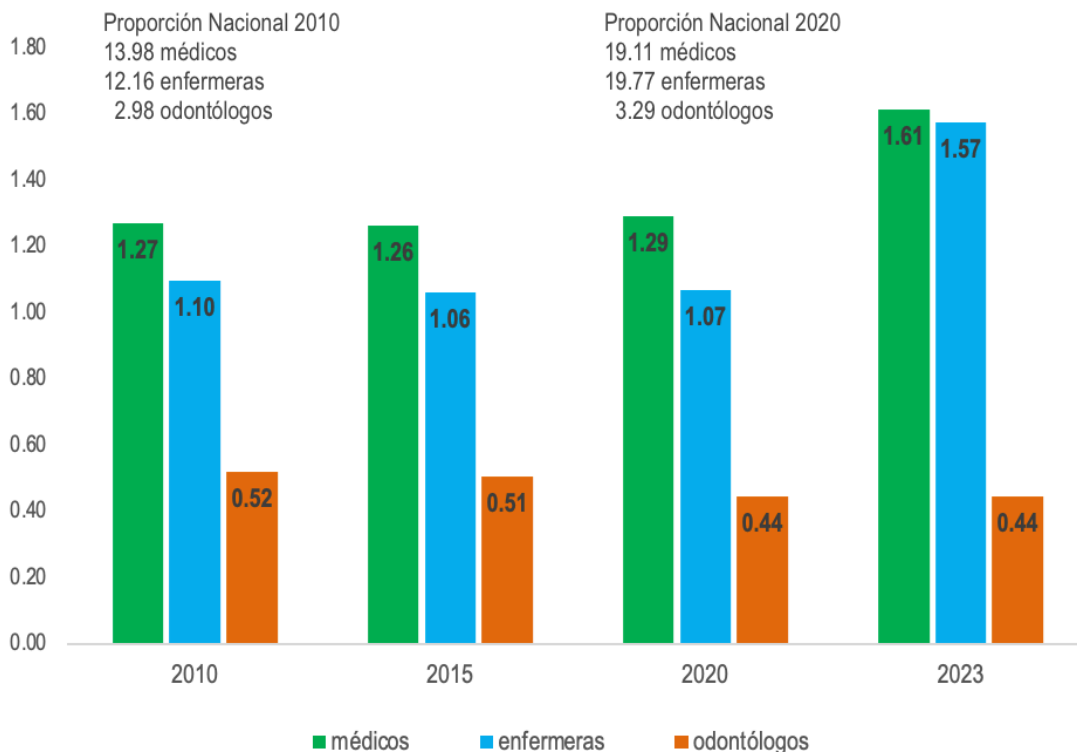
En el territorio comarcal no existen entidades dedicadas al desarrollo de la fuerza de trabajo en salud; La población accede a estudios superiores fuera de la región, ya sea en las provincias de Chiriquí, Bocas del Toro, Veraguas y según el tipo de estudios o la existencia de becas migran a la ciudad capital del país o fuera de este. Los convenios existentes con universidades, específicamente UNACHI, Universidad Autónoma de Chiriquí, se limitan a estudios de especialización o postgrados financiados por organizaciones externas. En general cada funcionario de salud debe costear sus gastos; solo en limitados casos se ofrecen becas de estudios desde el nivel central. La presencialidad que caracteriza las carreras en salud también forma parte de las barreras de acceso para asistir y culminar dichos estudios. Tal vez con las modalidades virtuales esta situación pueda mejorar en el caso de las especialidades o maestrías académicas. Desde su creación, el nivel central del MINSA a apoyado a la Región Ngäbe Buglé con 3 becas de estudios en Gerencia de servicios de salud y 4 becas para Maestría en Salud Pública en el período del 2005 al 2009.

En el período 2009- 2014 y en convenio con UNFPA y Universidad Autónoma de Chiriquí (UNACHI), se otorgaron 50 becas que cubrieron el 50% del total del costo para estudios en Salud Pública con énfasis en interculturalidad. Fuera de estos estudios se hacen pasantías organizadas para el personal médico y de enfermería.

Al comparar la densidad del recurso humano en salud dentro de las diferentes regiones del país, observamos que la Comarca Ngäbe Buglé continua presentando la menor proporción. Para el 2010 se presentó una proporción de 1.27 médicos, 1.10 enfermeras (os) y 0.52 odontólogos por cada 10,000 habitantes; En los siguientes diez años no apreciamos grandes cambios, evidenciando en 2020 un aumento de 0.01 médicos y un descenso en las proporciones de enfermeras (os) y odontólogos de -0.03 y -0.08 respectivamente.

Para el 2024 estas proporciones mantienen valores cercanos a los del 2010 con 1.61 médicos, 2.13 enfermeras (os) y 0.40 odontólogos por cada 10,000 habitantes. (Cuadro 11 y Gráfico 36)

Gráfico 36. Proporción de médicos, enfermeras y odontólogos en la Comarca Ngäbe Buglé. 2010- 2023.



Fuente: Elaboración propia con datos del Cuadro N°11 Recursos humanos básicos en la red de atención y datos del INEC años 2010- 2020.

CONDICIONES DE EMPLEO, ESTUDIOS DE TIPO DE EMPLEO EN SALUD, FLEXIBILIDAD LABORAL, PROTECCIÓN SOCIAL DE LOS TRABAJADORES, Y DISTRIBUCIÓN DEL EMPLEO ENTRE SECTORES PÚBLICOS Y PRIVADOS

No contamos con estudios de condiciones ni tipo de empleo en salud, pero cabe resaltar que la Contraloría General de la República a través de su Instituto Nacional de Estadísticas y Censo realiza encuestas anuales relacionadas a la distribución del empleo en el sector privado y según sexo, no siendo específica

para el sector salud. La Encuesta de Propósitos Múltiples de marzo del 2019 reveló que la población económicamente activa era de 82,420 personas siendo este el 37.6 % del total de la población estimada; de estas personas 42,753 fueron hombres y 39,667 fueron mujeres lo cual representa un 51.8 % y 48.1 % respectivamente. Estos empleos representaron el global de ambos sectores público y privado.

RELACIÓN ENTRE INGRESOS Y NIVEL DE CALIFICACIÓN DE LOS RECURSOS HUMANOS EN EL SECTOR PÚBLICO Y PRIVADO

No se han realizado estudios referente a la relación entre ingresos y nivel de calificación del recurso humano en los sectores público y privado dentro de la Comarca Ngäbe Buglé, pero se puede mencionar que los ingresos a nivel público, en esta región del país, no están relacionados con el nivel de calificación de los recursos humanos principalmente en el área administrativa de carrera; en el caso del Ministerio de Salud nos encontramos revisando la estructura organizativa y actualizando los aspectos de la clasificación y reclasificación del personal con puestos administrativos. Los ingresos para personal técnico básicamente se dan según perfil, el reclutamiento no es adecuado y existen evidencias de profesionales específicamente de perfil administrativo con menor nivel de calificación que perciben iguales o mayores ingresos debido a que entran con un cargo específico que está ligado a una remuneración por perfil.

INCORPORACIÓN DE LAS MODALIDADES DE TERCERIZACIÓN O EXTERNALIZACIÓN EN EL SECTOR

La modalidad de tercerización se realizaba dentro del MINSA a través de la Estrategia de Extensión de Cobertura, en la cual se contrataban proveedores externos de servicios de salud itinerantes. Actualmente no se utiliza esta modalidad, ya que la región de salud ha asumido todos sus grupos poblacionales.

Dentro de la Comarca Ngäbe Buglé se tercerizaron servicios como limpieza y desinfección, alimentación y dietética del Hospital General del Oriente Chiricano durante el período 2014- 2019, donde se contrataba a un proveedor privado para que brindara estos servicios. Posterior a este período persiste tercerizado el servicio de alimentación y dietética, fuera de este contrato no contamos con la modalidad dentro de Comarca Ngäbe Buglé.

Cuadro No. 10

MOMENTOS DE LOS PROCESOS DE CAMBIOS E INCIDENCIA EN LAS FUNCIONES DEL SISTEMA DE SALUD

Funciones Sistema de Salud	PERIODO														
	2004 (sept)-2009 (junio)			2009 (jul)-2014 (jun)			2014 (jul)- 2019 (jun)			2019 (jun)- 2024 (jun)			2024 (jun)-		
Subsectores	Público	Privado	Seg.S	Público	Privado	Seg.S.	Público	Privado	Seg.S.	Público	Privado	Seg.S.	Público	Privado	Seg.S.
Regulación	+														
Conducción	+														
Desempeño FESP				+	+	+	+	+	+	+	+	+			
Financiamiento				+		+	+			+					
Aseguramiento															
Provisión															

Nota: Los meses y años contemplados en el cuadro se refieren a los cambios en los periodos de gestión gubernamental. FESP inicia medición de desempeño en 2001.

Fuente: Ministerio de Salud.

Cuadro No.11
RECURSOS HUMANOS BÁSICOS EN LA RED DE ATENCIÓN

Total de recurso humano en salud	2010				2020				2024			
	Total	MINSA	CSS	Privado	Total	MINSA	CSS	Privado	Total	MINSA	CSS	Privado
Generales	19	19	0	0	29	29	0	0	40	40	0	0
Pediatras	0	0	0	0	0	2	0	0	2	2	0	0
Psiquiatras	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Cirujanos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Internistas	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1	0	0
Familiares	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Gineco Obstetras	0	0	0	0	1	1	0	0	2	2	0	0
Otras especialidades	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
No. Total De Enfermeras	37	37	1	0	24	24	0	0	53	53	0	0
No. de Odontólogos	8	8	0	0	10	10	0	0	10	10	0	0
Razón de Médicos Por 10,000 hab.	1.09	1.09	0	0	1.28	1.28	0	0	1.61	1.61	0	0
Razón de Enfermeras(os) Profesionales por 10,000 hab	2.14	2.14	0	0	1.06	1.06	0	0	2.13	2.13	0	0
Razón de Odontólogos (as) Profesionales por 10,000 hab	0.46	0.46	0	0	0.44	0.44	0	0	0.40	0.40	0	0
Razón de Parteras (os) por 10,000 hab	ND	ND	0	0	15.12	15.12	0	0	11.69	11.69	0	0
No. Total de Técnicos De Laboratorio	3	3	0	0	9	9	0	0	11	11	0	0
No. Total de Técnicos de Enfermería	33	30	3	0	0	98	2	0	123	123	1	0
No. Total de Asistentes Dentales	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1	0	0
No. Total de Cito tecnólogos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
No. de Farmacéuticos	4	3	1	0	8	7	1	0	7	6	1	0
No. de Asistentes de Farmacia	1	1	1	0	6	5	1	0	6	5	1	0
No. de Educadores para la Salud	2	2	0	0	3	3	0	0	4	4	0	0
No. de Promotores de Salud	90	90	0	0	55	55	0	0	53	53	0	0
No. de Asistentes de Salud	88	88	0	0	76	76	0	0	75	75	0	0
No. de Inspectores de Saneamiento	10	10	0	0	15	15	0	0	16	16	0	0
No. de Inspectores antivectoriales	18	18	0	0	25	25	0	0	37	37	0	0
No. de Veterinarios	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
No. de Ingenieros y arquitectos	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1	0	0
No. Graduandos de postgrado en salud pública	2	2	0	0	10	10	0	0	10	10	0	0
No. de escuelas de Salud Pública	0				0				0			
No. Univ. Con maestría en Salud Pública	0				0				0			

Fuente: Oficina Institucional de Recursos Humanos Y Sección de Registros de Estadísticas de Salud. Comarca Ngäbe Buglé.

Cuadro No.12
RECURSOS HUMANOS EN LAS INSTALACIONES DE SALUD 2024

INSTITUCIÓN	Cargos									
	Méd. Gen.	Méd. Esp.	Enf.	Odont.	Téc. Enf.	Farmacé.	Otros trabajadores técnicos de salud	Personal Adm.	Lab.	Nutri.
MINSA										
■ CONTRATO	4	0	15	0	29	0	7	8	5	1
■ PERMANENTE	48	6	81	13	123	6	183	168	10	8
RED FIJA	48	0	90	0	19	0	15	21	0	9
RED ITINERANTE	4	0	6	0	0	0	0	0	0	0
CSS	0	0	1	0	2	0	2	0	0	0
PRIVADO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	52	6	96	13	173	6	207	197	16	9

Fuente: Oficina Institucional de Recursos Humanos Regional, Comarca Ngäbe Buglé.

6. INSUMOS SANITARIOS

FARMACIAS FUNCIONANDO

En la región Ngäbe Buglé actualmente tenemos funcionando 90 instalaciones con área para dispensación y almacenamiento básico de medicamentos, sin embargo, contamos con nueve farmacias con personal idóneo ubicadas en el Centro de Salud de Soloy, Centro de Salud de Hato Chami, Centro de Salud de Llano Ñopo, Centro de Salud de Buenos Aires, Puesto de Salud Quebrada Hacha, Puesto de Salud Quebrada Loro, Centro de Salud de Hato Juli, Clínica TARV (Tratamiento Antiretroviral) y Hospital General del Oriente Chiricano, Francisco Pérez, de éstas solo la farmacia del Hospital cuenta con permiso de operación.

FARMACIAS COMUNITARIAS

No tenemos farmacias comunitarias

POLÍTICA DE MEDICAMENTOS DEL 2009

La Política de Nacional de Medicamentos fue adoptada a través de Resolución Nº 632 del 30 de junio de 2009; esta fundamentada en siete componentes básicos: Acceso, Calidad, eficacia y vigilancia de la seguridad, Uso racional,

Investigación, Recurso humano con competencias, Protección de la Propiedad intelectual, Monitoreo y Evaluación para el desarrollo de la misma. Además establece lineamientos y estrategias que buscan fortalecer el acceso, uso racional de medicamentos, la disponibilidad de medicamentos esenciales, racionalizar el gasto farmacéutico, fortalecer la gestión del suministro y reforzar el sistema de vigilancia y control de calidad, eficacia y seguridad de los medicamentos.

COMISIÓN NACIONAL DE MEDICAMENTOS DE PANAMÁ (CONAMEP)

La Comisión Nacional de Medicamentos de Panamá (CONAMEP) fue creada mediante Resolución N° 203 del 20 de abril de 2010 y modificada a través de Resolución N° 925 del 15 de julio de 2015. Esta se crea como estrategia para desarrollar la Política Nacional de Medicamentos adoptada el año anterior.

El **Artículo Segundo** de la resolución N° 203, especifica los integrantes que la conforman y establece que dichos profesionales de la salud deberán poseer competencias reconocidas en la gestión de medicamentos.

INTEGRANTES DE LA CONAMEP

1. Director Nacional de Farmacia y Drogas, en representación del Ministerio de Salud, éste la presidirá y coordinará.
2. Dirección de Provisión de Servicios de salud, quien funge el cargo de Secretario Ejecutivo de la Comisión.
3. Director General de Salud
4. Un representante de la Comisión de Medicamentos de la Caja del Seguro Social.
5. Un representante de la Comisión de Medicamentos del Hospital Santo Tomás.
6. Un representante de la Comisión de Medicamentos del Instituto Oncológico Nacional.
7. Un representante de la Comisión de Medicamentos del Hospital del Niño.
8. Director Médico del Instituto de Salud Mental.
9. Un representante del Colegio Nacional de Farmacéuticos.
10. Un representante del Colegio Médico de Panamá.

El **Artículo Quinto** establece sus principales funciones:

1. La elaboración de la lista nacional de medicamentos esenciales (LME) los cuales serán seleccionados según el perfil epidemiológico del país, las morbilidades más prevalentes y en base a su evidencia científica. Esta servirá de referencia para la producción farmacéutica, el desarrollo científico y tecnológico, la capacitación del recurso humano en salud. Este listado será actualizado cada dos (2) años y tendrá una amplia difusión.
2. La elaboración de la lista nacional de medicamentos especializados de alto costo y difícil adquisición en base a criterios establecidos.
3. La elaboración del Formulario Nacional de Medicamentos.
4. Elaboración y validación de guías y protocolos de tratamiento.
5. La revisión periódica de los listados de medicamentos para su inclusión y/o exclusión.
6. La revisión periódica del formulario nacional de medicamentos, guías y los protocolos de tratamiento.
7. Desarrollo, implementación y normativa de las farmacias comunitarias en los centros de atención primaria de salud, para favorecer el acceso, asequibilidad y uso racional de medicamentos por toda la población.

LISTA NACIONAL DE MEDICAMENTOS ESENCIALES Y ESPECIALIZADOS

Publicada en gaceta oficial la lista nacional de medicamentos esenciales con 712 renglones de medicamentos.

LISTADO REGIONAL DE MEDICAMENTOS, MÉDICO QUIRÚRGICOS, LABORATORIOS Y ODONTOLOGÍA

A nivel regional existe un listado de medicamentos, insumos medico quirúrgicos, de odontología y laboratorio que considera el perfil edpidemiologico y los grados de complejidad de la red de servicios de salud, los renglones del listado dependera del tipo de instalación y servicios que brinda.

NÚMERO DE RENGLONES DE MEDICAMENTOS MÉDICOS QUIRÚRGICOS, LABORATORIOS, ODONTOLOGÍA

Dependiendo de la complejidad de la instalación se maneja un número de renglones de diferentes tipos de insumos y medicamentos:

A Nivel de Región

Renglones	Cantidad
Medicamentos	290
Médico quirúrgico	220
Laboratorio	221
Odontología	160

A Nivel de Hospital General Oriente Chiricano

Renglones	Cantidad
Medicamentos	335
Médico Quirurgico	195
Laboratorio	137

Para la sistematización de los inventarios de medicamentos, insumos médico quirúrgicos, insumos de laboratorios y odontología en el almacén regional de insumos y el Hospital Regional del Oriente Chiricano, Dr. Francisco Pérez, se utiliza el SALMI, Sistema Informático de Administración Logística de Medicamentos e Insumos. Actualmente el sistema se implementa en 6 instalaciones de salud en su primera fase. La limitante es el poco recurso humano, la herramienta posee la facilidad de trabajarse en modalidad off line y se actualiza de manera automática al contar con internet.

Los informes gerenciales y transaccionales que generan el SALMI se utilizan para la toma de decisiones gerenciales oportunas, se monitorea el abastecimiento y se realizan transferencias de insumos entre las instalaciones de salud que cuentan con el mismo. También es útil en la revisión de los inventarios de auditoría interna y el kardex.

ESQUEMAS DE DISTRIBUCIÓN Y/O DE SUBVENCIÓN QUE FACILITA EL ACCESO A LOS MEDICAMENTOS, MÉDICO QUIRÚRGICOS, LABORATORIOS Y ODONTOLOGÍA POR GRUPOS POBLACIONALES Y/O PATOLOGÍAS

La distribución de los diferentes insumos sanitarios se realiza de manera periódica cada 3 meses para puestos de salud, cada 2 meses para centros de salud y mensual en el caso del Hospital; además se realizan entregas extraordinarias según los insumos que se adquieren, ya sea por compras regionales o entregas del nivel central de manera que se cumpla con un abastecimiento por encima del 87 % semanal para cada uno de los diferentes tipos de insumos.

FORMATOS PARA EL REGISTRO DE CONSUMO DE LOS GRUPOS DE INSUMOS SANITARIOS Y ESTIMACIONES DE NECESIDADES

A nivel regional y hospitalario contamos con formatos estandarizados para la solicitud formal de los diferentes tipos de insumos, los formatos incluyen columnas de existencia, consumo, fechas de vencimiento y se especifica el tipo de instalación, actualmente utilizamos el SALMI donde se podrán realizar todos los procesos de monitoreo y estimación de necesidades.

COMITÉ REGIONALES DE FÁRMACO VIGILANCIA Y FARMACOTERAPIA

Con base en la Resolución Ministerial N° 037 del 23 de julio de 2014, se conformó el Comité Regional de farmaco vigilancia y farmacoterapia. Este Comité se debe ir actualizando según vayan cambiando las asignaciones al personal de salud responsable, lo importante es que permanezca activo y rinda informes periódicos sobre los hallazgos encontrados, den seguimiento a las alertas con apoyo del nivel local.

PROTOCOLOS DE TRATAMIENTO ESTANDARIZADO PARA LAS PATOLOGÍAS PREVALENTES

El nivel central del Ministerio de Salud en conjunto con la Caja del Seguro Social, y a través de los diferentes Programas dentro de la Dirección General de Salud Pública del MINSA, se trabaja en conjunto con las regiones de salud para desarrollar y actualizar los protocolos de tratamiento para las enfermedades prevalentes. Actualmente contamos con Planes Estratégicos que incluyen revisiones del tema de manejo estandarizado de las patologías prevalentes en el país

PORCENTAJE DE FARMACIAS DE LA REGIÓN DE SALUD QUE CUENTAN CON FARMACÉUTICO

Contamos con cinco farmacias que cuentan con farmacéuticos lo que representa el 56 %. Estos profesionales se concentran en horarios de lunes a viernes de 7 am a 3 pm y aquellas instalaciones que trabajan con extensión de horario cubren de 3 pm a 11pm según cronogramas realizados en base a las demandas evidenciadas de la población. Los fines de semana se cubren de 7am a 3pm y de 3pm a 11pm solo en aquellas farmacias con demanda confirmada. Para el caso del Hospital del Oriente Chiricano se cubren horarios regulares de 8 horas de 7am a 3pm y se continúan jornadas de apoyo al cuarto de urgencia con horarios de seis horas hasta la 1am.

COBERTURA DE HORARIO DURANTE EL CUAL NO HAY DISPONIBILIDAD DE FARMACÉUTICO

En el tiempo en que no se cuenta con el servicio de farmacia dentro de la instalación, generalmente de 11:00 pm hasta las 7:00 am, la demanda de consulta por morbilidad es baja, sin embargo si el paciente que acude a consulta amerita la receta de medicamentos ambulatoriamente se utiliza un stock que el farmacéutico

deja en el cuarto de urgencias para estos casos, el cual es custodiado por la enfermera y despachado por el médico.

DONACIONES DE SANGRE

No se maneja el servicio de banco de sangre, la población accede a procedimientos quirúrgicos a través de referencias a instalaciones de mayor complejidad situadas en las provincias de Bocas del Toro, Chiriquí, Veraguas y Panamá.

SITUACIÓN DE LABORATORIOS CLÍNICOS, DE AGUA, DE ALIMENTOS

En cuanto a laboratorios clínicos contamos con cuatro ubicados en el Centro de Salud de Soloy, Centro de Salud de Kankintu, Centro de Salud de Hato Chami y el Hospital General del Oriente Chiricano, el resto de áreas de laboratorio consisten en extracción y correo de muestras como es el caso de Alto Caballero, Hato Juli, Cerro Iglesias, Quebrada Loro. Desde el año 2023 se implementa el correo de muestra en las instalaciones de Coclesito, Chichica y Cerro Puerco.

No contamos con laboratorio de agua ni de alimentos; las muestras son llevadas a laboratorios de otras Regiones de salud como apoyo.

LABORATORIO DE REFERENCIA Y CRITERIOS DE SELECCIÓN

El Hospital General del Oriente Chiricano es la instalación que cuenta con el laboratorio de referencia para las instalaciones de salud ubicadas en el área sur de la Comarca Ngabe Bugle, para el caso de las instalaciones del área norte de costa cercano a Bocas del Toro utilizamos el laboratorio clínico del Hospital de Chiriqui Grande, por otro lado cuando se trata de laboratorios especiales nos apoyamos en el laboratorio de referencia del Hospital José Domingo De Obaldia de la Región de Chiriquí. Para el tema de Tamizajes Neonatal se utiliza el Hospital del Niño José Renán Esquivel como laboratorio y para las muestras de carga viral el laboratorio del ICGES.

Los criterios utilizados para la selección de laboratorios de referencia son en base a la red ya existente a nivel del país y la ubicación geográfica de la propia región de salud, además se toma en cuenta el tipo de prueba que se requiere procesar.

Las pruebas para malaria son procesadas en sitio y por aspectos de déficit de recurso humano se apoya en el laboratorio del Hospital de San Félix cada miércoles se realizan los correos de muestras.

TARIFAS DE LOS LABORATORIOS Y MEDICAMENTOS PARA LOS USUARIOS

En todas las instalaciones comarcales el servicio de salud es gratuito, en el Hospital General del Oriente Chiricano las tarifas de laboratorio y medicamentos son uniformes para todos los usuarios. Dichas tarifas se basan en un listado de costos aproximados dados por el departamento de costos del nivel central que es acorde al grado de complejidad y situación socioeconómica del área de responsabilidad, sin embargo nos dirigimos hacia la disminución de la brecha de acceso que representa el gasto de bolsillo de manera de garantizar a la población una verdadera aplicación de la Estrategia de Salud Universal.

LABORATORIO DE REFERENCIA DEFINIDO PARA CITOLOGÍA

Para las citologías usamos como referencia los laboratorios de los Hospitales de la Región de Chiriquí (Hospital José Domingo De Obaldía), Región de Veraguas (Hospital José Luis “Chicho” Fabrega) y Bocas del Toro (Hospital de Rambala - CSS). La muestra se envía dependiendo de la ubicación y accesibilidad de las instalaciones de salud.

PRIORIZACIÓN DE LA ADQUISICIÓN DE MEDICAMENTOS, INSUMOS DE ODONTOLOGÍA, MÉDICO QUIRÚRGICO Y DE LABORATORIO

Todos los insumos se trabajan en base a un cuadernillo de insumos sanitarios priorizando en base al perfil epidemiológico, morbilidades del año anterior, consumo y demografía.

Laboratorio envía cuadernillo con estimación de necesidades a nivel central para los insumos necesarios en los laboratorios de los centros de salud, sin embargo, las distribuciones en algunas ocasiones están retrasadas por lo que con la finalidad de mantener abastecidos se realizan traslados de fondos a las partidas específicas para cada tipo de insumo sanitario. También se debe mencionar que cuando se envía estimaciones en la mayoría de las ocasiones se solicitan ajustes en las mismas ya que sobrepasan presupuestos aprobados por la Asamblea Nacional de Diputados; por tal razón la diferencia de insumos deben ser adquiridos a nivel regional a través de compras locales o por medio de autogestión. Esta misma situación ocurre con el Hospital General del Oriente Chiricano.

Cuadro No. 13
EVOLUCIÓN DEL GASTO EN MEDICAMENTOS, INSUMOS DE
ODONTOLOGÍA, MÉDICO QUIRÚRGICO, LABORATORIO E IMAGENOLOGÍA
EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS

INDICADOR	2020	2021	2022	2023	2024
Gasto total en medicamentos por la CSS	No Aplica				
Gasto total en medicamentos por MINSAs	99,620.00	270,751.00	310,100.00		185,514.00
Gasto Per cápita en medicamentos	0.44	1.18	1.31		0.75
Gasto total en laboratorio por la CSS	No Aplica				
Gasto total en laboratorio por MINSAs	88,102.00	94,418.00	222,787.00		53,905.00
Gasto Per cápita en laboratorio	0.39	0.40	0.94		0.22
Gasto total en médico quirúrgico por la CSS	No Aplica				
Gasto total en médico quirúrgico por MINSAs	13,082.00	131,282.00	138,942.00		193,564.31
Gasto Per cápita en médico quirúrgico	0.06	0.57	0.59		0.78
Gasto total en odontología por la CSS	No Aplica				
Gasto total en odontología por MINSAs	27,310.72	45,031.85	66,445.19	45,980.94	18,956.17
Gasto Per cápita en odontología	0.12	0.19	0.28	0.19	0.08
Gasto total en imagenología por la CSS	No Aplica				
Gasto total en imagenología por MINSAs	25,000.00	25,000.00	25,000.00	25,000.00	25,000.00
Gasto Per cápita en imagenología	0.11	0.11	0.11	0.10	0.10

Fuente: Sección de Presupuesto Comarca Ngäbe Bugle e Informes de recepción y distribución de insumos de odontología.

EQUIPOS Y TECNOLOGÍA

CONDICIONES DEFECTUOSAS O FUERA DE USO, PORCENTAJE DE LOS EQUIPOS AUN EN USO QUE HAYAN CUMPLIDO SU VIDA ÚTIL Y LISTADO DE EQUIPOS PARA SU REPOSICIÓN

Se desconoce el porcentaje de equipos en condiciones defectuosas o fuera de uso, tampoco se cuenta con el porcentaje de equipos que ya han cumplido su vida útil. Es importante mencionar que actualmente existe un listado de equipo biomédico según necesidades y solicitudes de los directores médicos de distritos, sin embargo, no se cuenta con un Plan de reposición, adquisición y mantenimiento Regional del mismo. Los equipos que más se reponen son equipos básicos como esfigmomanómetros de adulto y pediátricos, termómetros digitales, oxímetros de pulso, estetoscopios, aparatos de nebulización, dopplers fetales, set de diagnósticos, set de intubación. El mantenimiento de todos los equipos se realiza a través de solicitud a nivel central a la Dirección de Provisión de Servicios de Salud y su Departamento de Biomédica, ya que no contamos con esta unidad en la región de salud.



FOTOGRAFÍA N° 4. SATISFACCIÓN DEL USUARIO

1. LISTA DE ESPERA Y MORA QUIRÚRGICA

En cuanto a mora quirúrgica no contamos con salón de operaciones, por lo que no tenemos lista de espera de mora quirúrgica como tal dentro de las instalaciones de salud bajo responsabilidad, sin embargo, mantenemos listas de espera de pacientes que requieren de algún tipo de cirugía, principalmente oftalmológicas y de malformaciones congénitas; para estos servicios dependemos de la disponibilidad de recursos y quirófanos de los hospitales ubicados en provincias aledañas e inclusive dentro de programas especiales para estos tipos específicos de cirugías.

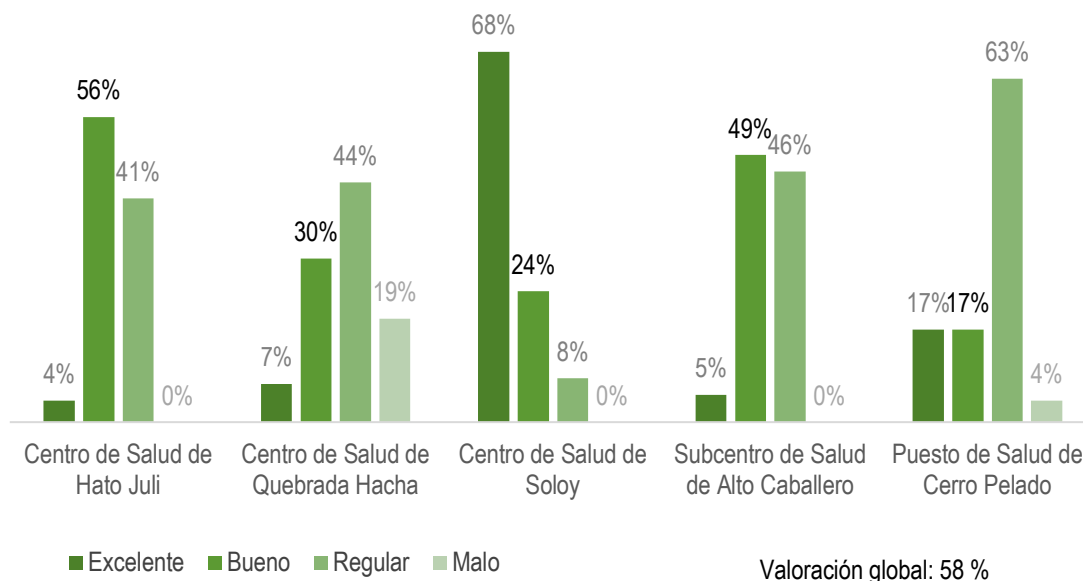
En cuanto a las cirugías de malformaciones congénitas se coordina con ONGs tales como Operación Sonrisa y Servicio Voluntario Internacional entre algunas.

SERVICIOS, PROGRAMAS O ACTIVIDADES QUE CONCENTRAN EL MAYOR NÚMERO DE USUARIOS QUE ESPERA POR LA ATENCIÓN DEMANDADA

En los centros de salud la atención con el médico general es la más demandada, por lo tanto el servicio que más usuarios en espera posee, ya que el recurso humano es poco. Principalmente se concentra la atención ya sea para control o por morbilidad. En el hospital la espera se concentra en el cuarto de urgencias, ya que la población acude por trastornos de salud crónicos de seguimiento o control que debe ser realizado por un médico de cabecera, lo cual congestiona el servicio y aumenta el tiempo de espera.

Según los resultados de la Encuesta de Satisfacción del Usuario Externo del 2023, la Comarca Ngäbe Buglé, en el Criterio de Disponibilidad de la Cartera de Servicios, el porcentaje de distribución de los encuestados según el tiempo de espera para ser atendido obtuvo una valoración global de 58% clasificado como satisfactorio entre excelente y bueno. (Gráfico 37)

Gráfico 37. Porcentaje de distribución de encuestados según el tiempo de espera para ser atendido en la Región de Salud Comarca Ngäbe Buglé. 2023.



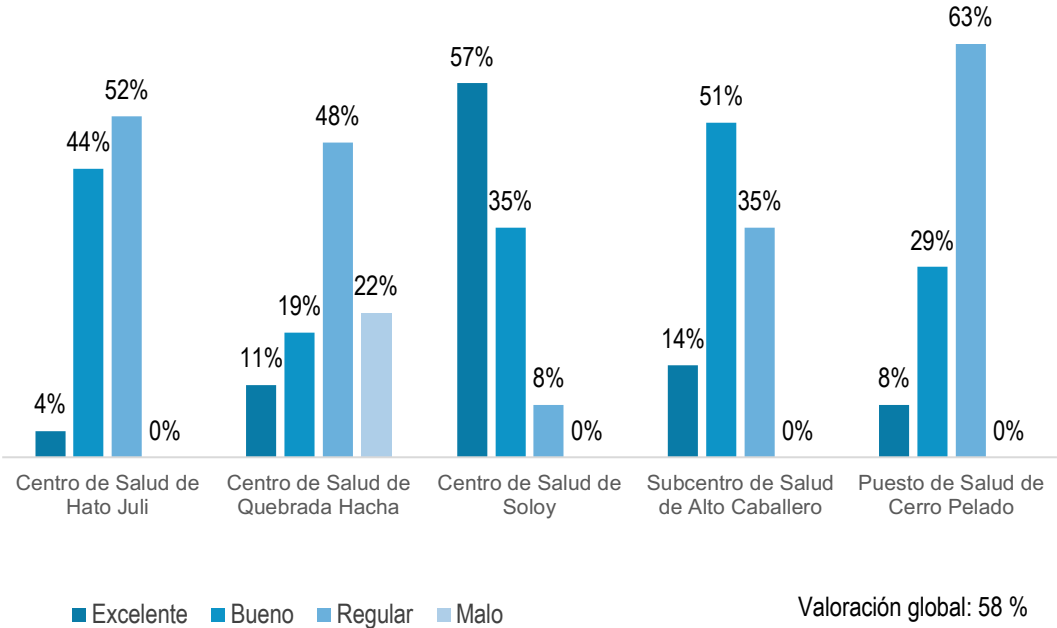
Fuente: Encuesta de Satisfacción del Usuario externo, Comarca Ngäbe Buglé 2023.

REGISTRO DEL RECHAZO DE PACIENTE

El rechazo del paciente no es registrado, sin embargo, se espera que no exista rechazo debido a la naturaleza del área geográfica y condición de la población; además las actividades se siguen realizando aunque en menor proporción debido a las extensiones de horario en las nueve instalaciones de salud habilitadas para el continuo de la atención 24/7.

La encuesta de satisfacción del usuario arrojó un 58 % en la valoración global del tiempo de espera para conseguir un cupo, cuya ponderación global es considerada como satisfactorio. (Gráfico 38)

Grafico 38. Porcentaje de distribución de encuestados según el tiempo de espera para conseguir un cupo en la Región de Salud Comarca Ngäbe Buglé, 2023.

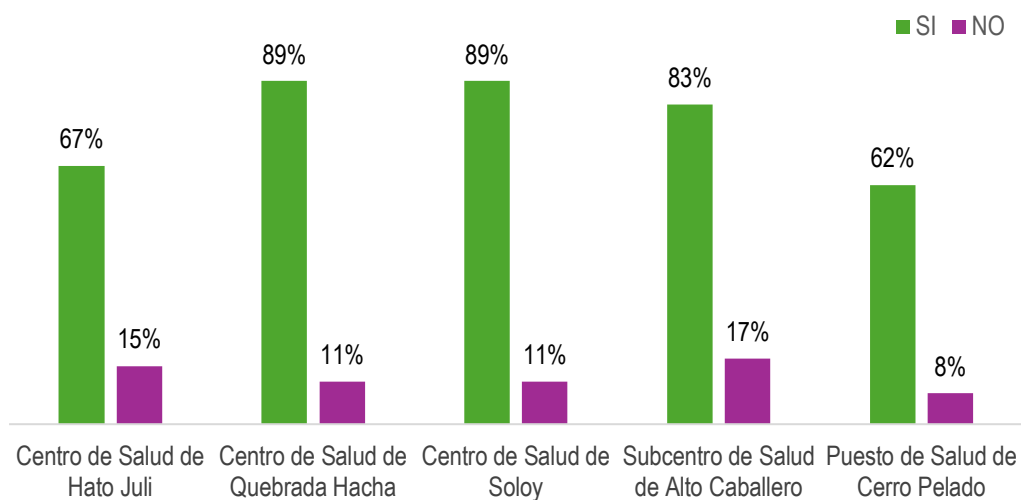


Fuente: Encuesta de Satisfacción del Usuario externo, Comarca Ngäbe Buglé 2023.

DEMANDA NO SATISFECHA, EN TÉRMINOS DE DISPONIBILIDAD DE RECURSOS PARA LA ATENCIÓN

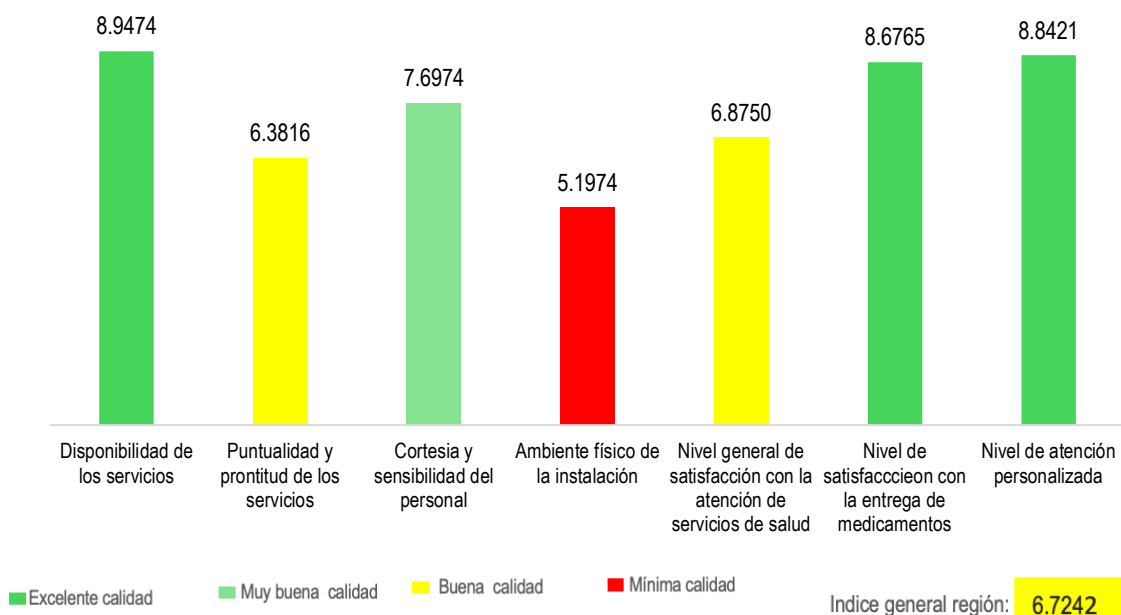
En cuanto al nivel de satisfacción con la entrega de medicamentos, el 78 % indicó haber recibido todos los medicamentos que le fueron recetados, mientras un 12 % no le fueron entregados y el 10 % no aplicaba. Las instalaciones de salud de Alto Caballero y Quebrada Hacha obtuvieron los mayores porcentajes de haber recibido los medicamentos recetados con 89 % cada una, mientras la instalación de Cerro Pelado obtuvo el mayor porcentaje de no haber recibido los medicamentos recetados con un 17 %. (Gráfico 39)

Gráfico 39. Porcentaje de distribución de encuestados según entrega de medicamentos recetados en la Región de Salud Comarca Ngäbe Buglé. 2023



Fuente: Encuesta de Satisfacción del Usuario externo, Comarca Ngabe Buglé, 2023.

Gráfico 40. Índice de satisfacción de calidad del usuario externo en instalaciones de salud de la Comarca Ngäbe Buglé, 2023.



Fuente: Elaboración propia con datos del Informe de Encuesta de satisfacción del usuario externo en instalaciones del primer nivel de atención, 2023- Depto. Monitoreo y Evaluación de la Dirección de Provisión de Servicios de Salud.

El índice de calidad general de satisfacción del usuario externo para el año 2023 arrojó un 6.7242, que ubican a esta región con una buena calidad, mostrando para el criterio de disponibilidad de servicios de salud con una excelente calidad (8.9474), al igual que los criterios de nivel de satisfacción con la entrega de medicamentos (8.6765) y nivel de atención personalizada (8.8421); mientras que el criterio de cortesía y sensibilidad del personal arrojó una buena calidad con un índice de 7.6974, los criterios de puntualidad y prontitud de los servicios así como el nivel general de satisfacción con la atención de servicios de salud muestran una buena calidad con índices de 6.3816 y 6.8750 respectivamente; El criterio de ambiente físico de la instalación fue el peor valorado con un índice de 5.1974 que muestra una mínima calidad. (Gráfico 40)

MECANISMOS PARA OTORGAR CITAS DE MEDICINA GENERAL Y ESPECIALIZADA

Para el trámite y coordinación de citas médicas a otros grados de complejidad, el médico llena un formulario con datos del paciente y lo envía a la sección de registros de estadísticas de salud a nivel regional, quien nos apoya en el trámite de las citas en cualquier parte del país, posteriormente se le comunica al médico para que éste le informe al paciente o familiar a través de los promotores comunitarios o en su defecto se cita al paciente para seguimiento y entrega de la información y generales referente a su cita.

2. HORARIO DE SERVICIOS

Los Centros de Salud ofrecen sus Servicios en horarios regulares de 7.00 am a 3.00 pm, y aquellos Centros con extensión de horario poseen servicios las 24 horas los 7 días de la semana. El resto de las instalaciones de salud trabajan en horarios de 7am a 3pm de lunes a viernes.

En el caso del Hospital General Oriente Chiricano la consulta externa se da en horario regular de 7am a 3pm. Los servicios de Apoyo al Diagnóstico apoyan su jornada regular de 7am a 3pm y posteriormente realizan jornadas extras de apoyo al Cuarto de Urgencias hasta las 1am.

SERVICIOS QUE SE BRINDAN EN LOS HORARIOS AMPLIADOS Y SUS LIMITANTES

En los Centros de Salud se da consultas de todo tipo desde controles de salud, morbilidades comunes y urgencias. Además en algunas instalaciones se ha habilitados servicios de apoyo al diagnóstico como Laboratorio y Farmacia. Tambien se realizan procedimientos menores por citas previas, Charlas tipo talleres de los diferentes programas de salud incluyendo temas de nutrición y manipuladores de alimentos.

La principal limitante en la implementación de los servicios en horario ampliado es la falta de Recurso Humano asignados a cada una de estas áreas, ya que toda vez el mismo funcionario que realiza sus respectivas jornadas ordinarias es el mismo que debe quedarse y cubrir el este horario ampliado, lo que conduce a un desgaste físico y mental, pudiendo llevar al personal de salud a un Síndrome de Burnout que ademas puede repercutir en el trato y manejo del paciente.

3. MECANISMOS DE MEDICIÓN DE LA SATISFACCIÓN DEL USUARIO

La instalacion como tal no desarrolla encuestas de satisfacción del usuario, aplican la Encuesta de satisfacción normada por la sección de calidad del Departamento de Monitoreo y Evaluación de la Dirección Nacional de Provisión de Servicios de Salud; sin embargo existen los buzones de sugerencias que deben ser retomados para tener una estimación más real de las demandas no satisfechas de la población.

Los resultados de estas encuestas primero deben ser divulgados, lo cual no se está realizando, de esta manera las instalaciones podrán usar este análisis para la toma de decisiones y aplicar estrategias que mejoren en su conjunto los indicadores de calidad medidos y algunos adicionales que según el área geográfica pudiera cobrar importancia.

AUDITORIAS SOCIALES

Se estuvieron realizando auditorias sociales en la Estrategia de Extensión de Cobertura; que para los grupos institucionales itinerantes en el año 2018 obtuvo un resultado 4.5 de 5 lo cual es una buena evaluación; mientras que en 2019 los resultados para la red fija fueron en promedio de 4.3.

Los resultados de esta auditoria se divulgan al Equipo de Gestión quien a su vez debe brindar la información a los niveles distritales para la toma de decisiones.

PROGRAMA DE HUMANIZACIÓN

El Programa de humanización y acompañamiento espiritual fue creado a través del Decreto Ejecutivo N° 4 del 2 de febrero de 2010; Su coordinación a nivel nacional esta bajo el Departamento de Monitoreo y Evaluación de la Dirección de Provisión de Servicios de Salud por lo cual en la región de salud esta bajo la responsabilidad del departamento de Provisión de Servicios de Salud.

Hasta ahora no se aplica formalmente ya que se ha iniciado con Hospitales de mayor demanda, sin embargo.

DEMANDA INSATISFECHA POR INSTALACIÓN Y POR TIPO DE SERVICIO

Actualmente no se conoce en su totalidad la demanda insatisfecha, ya que no esta siendo medida; la Encuesta de satisfacción mide muy pocos indicadores relacionados con la satisfacción del usuario; en servicios como Farmacia contamos con formatos para medir la demanda insatisfecha en cuanto al

despacho de medicamento prescrito lo que nos ha servido para mejorar el abastecimiento de insumos específicos. Fuera de esta información no se están realizando análisis de las principales causas de traslados y si estas se relacionan a falta de capacidad resolutive propia del primer nivel o si en efecto es una situación de salud que deriva de la no disponibilidad de recursos.

4. CONTROL DE CALIDAD

AUDITORIAS DE EXPEDIENTES

Cada año se deben realizar auditorias de expedientes clínicos, la última auditoria realizada fue la del año 2018 realizada durante el 2019, la misma arrojó resultados entre deficientes y limitada calidad. Estas auditorias se continúan realizando en los expedientes físicos, siendo el Hospital de San Félix la única instalación que ha realizado auditorias de expedientes en el SEIS, Sistema Electrónico de Información de Salud.

Las Auditorias de Expedientes clínicos en las instalaciones de salud de la Comarca Ngabe Bugle llevan realizandose hace más de 10 años, a pesar de ello año tras año vemos los mismos resultados, lo cual indica que no se están tomando en cuenta dichos resultados para mejorar la calidad de la atención sobretodo porque lo que se audita es la prevención realizada a través de los controles de salud de los diferentes programas y cuyos indicadores básicos de salud permanecen sin cambios significativos; esta situación guarda una estrecha relación con los resultados de las auditorias y las estrategias planteadas en los planes de acción.

Figura 6. Índices de Calidad de Auditoría de expedientes 2018.

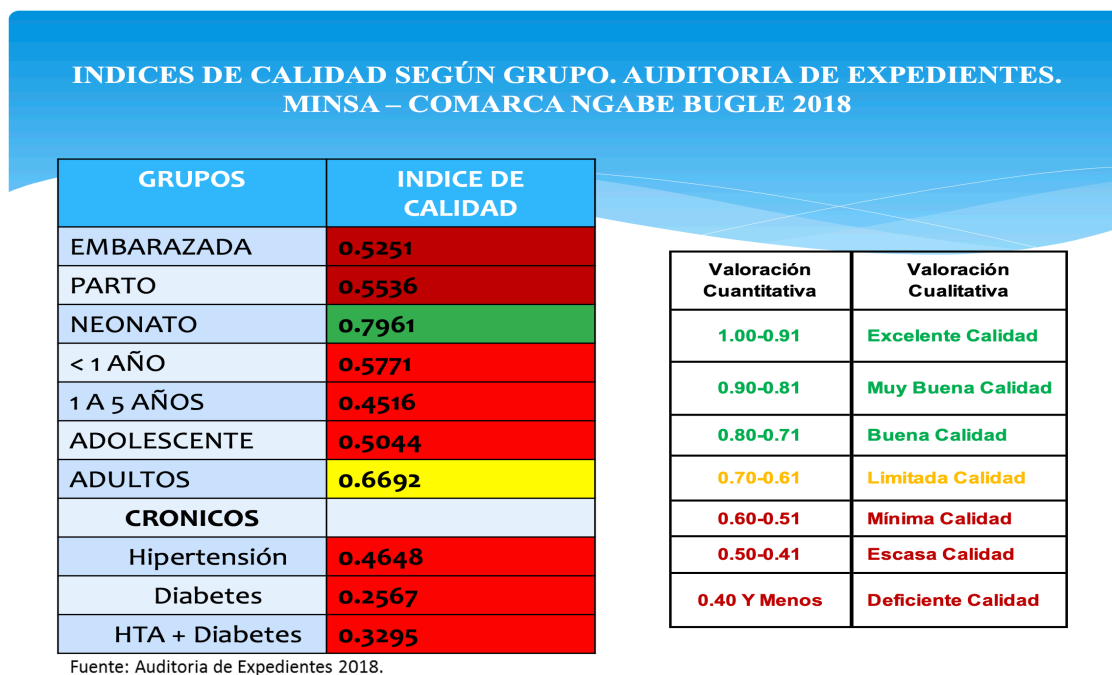
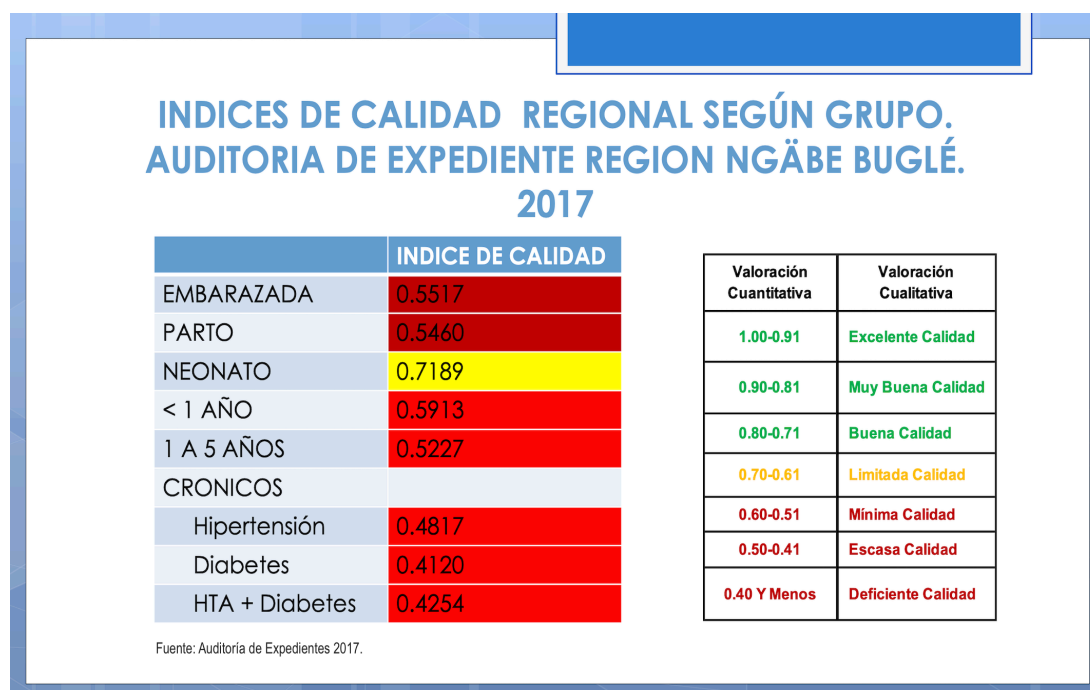


Figura 7. Índices de Calidad de Auditoría de expedientes 2017.



PROGRAMAS DE CALIDAD Y SU IMPACTO EN EL FUNCIONAMIENTO REGIONAL

Los controles de calidad existentes solo a nivel de laboratorio, siendo evaluadas las competencias del personal, además de apoyo a nivel del Gorgas con la evaluación en la calidad de las lecturas de las pruebas de baciloscopia, VIH, dengue y otros estudios.

El Observatorio de Calidad de la Atención de Salud (OCAS), bajo la responsabilidad de la Dirección General de Salud del Ministerio de Salud, Subdirección General de la población, se ha venido trabajando por un equipo multidisciplinario a nivel nacional y en octubre del 2019 se actualizaron y publicaron los lineamientos para la conformación e implementación del mismo. Se presentan los indicadores a medir según el nivel de complejidad de la instalación de salud así como los cuadros de mando; A la fecha la Región de Salud Ngabe Bugle no ha utilizado los indicadores ni los cuadros de mando sugeridos, en el tema de calidad solo se tiene la ya mencionada aplicación de Encuesta de satisfacción de las instalaciones de salud que están publicadas dentro de este Observatorio.

PROGRAMAS DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS

No existe un Plan de Mejoramiento de la calidad como tal, pero se realizan de manera semestral la evaluación de los logros en los diferentes distritos, la verificación de cumplimiento de metas basados en los recursos disponibles y se realizan supervisiones de Abastecimientos.

INSTRUMENTOS PARA MEDIR EL DESEMPEÑO DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN RELACIÓN AL CUMPLIMIENTO DE LOS ESTÁNDARES DE CALIDAD ESTABLECIDOS

Se realizan las Auditoria de Expedientes, Registros e informes de abastecimientos de diferentes tipos de insumos sanitarios, requisito de entrenamiento en soporte vital básico como mínimo para el personal de salud.

MECANISMOS PARA CANALIZAR LOS RECLAMOS Y QUEJAS

Se tiene establecido que los reclamos o quejas del usuario deben hacerse a través del buzón de sugerencias o de manera escrita o verbal con testigos de la comunidad en las instalaciones de salud, de aquí los directores de salud o a quien estos deleguen la responsabilidad, coordina a través del comité de calidad en sus áreas el abordaje de la situación, si la resolución escapa de sus competencias deben bajar la queja a nivel de provision de servicios de salud y dependiendo de cual sea la queja se realiza la coordinación con el departamento involucrado para dar las recomendaciones o acciones a desarrollar.



GOBIERNO NACIONAL
CON PAGO FORTALE
MINISTERIO DE ECONOMÍA
CNDIPI
COMITÉ NACIONAL DE DESARROLLO INTEGRAL
DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS

COMITÉ NACIONAL DE DESARROLLO INTEGRAL DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS
CNDIPI

SALIDA

FOTOGRAFÍA N°5. ACTORES Y RED SOCIAL

1. COMITES, ONGS, CLUBES CIVICOS, IGLESIAS, GRUPOS ORGANIZADOS DE TRABAJADORES DE SALUD

ORGANIZACIÓN DE LA POBLACIÓN PARA APOYO A LA GESTIÓN Y OFERTA DE SERVICIOS DE SALUD

Hasta ahora la población más que apoyar la gestión, se organiza para solicitar al nivel regional lo que ellos consideran son sus prioridades. Lo hacen a través de autoridades de elección popular como portavoces , o líderes de la comunidad, en ocasiones son asociaciones quienes se acercan a la región en busca de nuestro apoyo para desarrollar sus acciones.

La organización comunitaria nace principalmente de los niveles locales o regionales a las comunidades, con jornadas de capacitación para el empoderamiento de las acciones en salud, responsabilidad compartida, actividad en la que se debe hacer énfasis y fortalecer al nivel local para mejorar la participación social y aclarar las responsabilidades de apoyo a la gestión.

Inventario de organizaciones comunitarias

DISTRITO	LISTA DE JAAR	COMITÉ DE SALUD	ASOCIACIONES
Kusapin	33	13	ASMUNG
Kankintu	30	8	Curanderos botanicos y parteras: ASASTRAN
Besiko	66	20	PARTERAS
Mironó	49	40	COOPERATIVAS
Nole Duima	39	17	ASOCIACION PADRES DE FAMILIA
Muna	151	3	
Ñurum	39	14	
	407	125	

Fuente: Departamento de Promoción de la Salud, Comarca Ngabe Bugle.

Las organizaciones contribuyen a la mejora de la salud desarrollando actividades a nivel de las instalaciones y la comunidad en acciones de ornato, gestionan

recursos, son vigilantes de una buena salud en la población, se reúnen periódicamente para buscar soluciones a los problemas de salud.

ANÁLISIS DE ACTORES SOCIALES

Cuando se realizó la valoración de la RISS, Red Integrada de Servicios de Salud, para la Comarca Ngabe Bugle , en el Ambito de Gobernanza se identificaron una serie de actores claves para el desarrollo de la red, algunos muy ligados a temas de salud y ambiente cuyas metas consideran aspectos similares a los que tenemos en nuestros Planes estratégicos.

CARACTERIZACIÓN DEL SECTOR INFORMAL DE ATENCIÓN EN SALUD

El sector informal esta compuesto por agentes de salud tradicionales y parteras empíricas y capacitadas, ubicados en los diferentes distritos de la región; la población acude a sus casas por atención, en otros casos atienden en las instalaciones de salud por acuerdo entre ambas partes.

Agentes de Salud Tradicional y Parteras por distrito, 2020.

DISTRITO	AGENTES DE SALUD TRADICIONAL	PARTERAS
Besiko	9	65 (9)*
Mirono	10	54 (10)*
Muna	17	91 (40)*
Nole Duima	5	13 (11)*
Ñurum	12	69 (15)*
Kankintu	5	6 (20)*
Kusapin	10	70 (15)*
Total	68	368

*Parteras capacitadas.

Fuente: Programa de Salud Sexual y Reproductiva Regional. Año 2020

FORTALEZAS Y DEBILIDADES DEL EQUIPO DE SALUD PARA POTENCIAR LA RED SOCIAL DE SALUD

FORTALEZAS: Recurso humano con deseos de mejorar las condiciones de salud de la población, se conoce la cultura de la región en la cual laboramos, contamos con apoyo interinstitucional.

DEBILIDADES: Poco recurso humano y múltiples funciones, lo que limita el tiempo para llevar a cabo actividades. No se realizan consensos en equipo, por lo que no todos manejamos la misma información.

PERCEPCIÓN DE LA ESTRATEGIA DE EXTENSIÓN DE COBERTURA Y LA ATENCIÓN DE LA POBLACIÓN QUE PERTENECE A LA RED DE OPORTUNIDADES Y A LA POBLACIÓN QUE ESTÁ EN LOS 120/65.

En general la Estrategia de Extensión de Cobertura es percibida positivamente por la comunidad, ya que es lo que se revela en las auditorias sociales como se mostro anteriormente, la mayoría de las quejas van ligadas más bien a la calidad y el trato en el servicio de salud y la falta de insumos; La percepción de la Red de Oportunidades en general es buena , sin embargo las quejas han sido la falta de seguimiento en el cumplimiento de los criterios para ingresar o salir de dicho Programa, además las comunidades son deben ser más orientadas por MEDUCA en asociación con el MINSA en cuanto a la importancia de las solicitudes que deben cumplir para obtener sus correspondientes transferencias monetarias condicionadas y no solo buscar una firma y un sello en la instalación de salud. La percepción de 120 a los 65 también es buena, todo subsidio es bien visto por quien lo percibe.

PERCEPCIÓN Y APLICACIÓN DE RESOLUCIONES Y DECRETOS QUE ESTABLECEN LA GRATUIDAD DE ALGUNOS SERVICIOS DE SALUD

Los Decreto Ejecutivo 329 de 14 de julio de 2009, Decreto Ejecutivo 428 de 15 de diciembre de 2004, Resolución 321 de 18 de agosto de 2005 y Decreto Ejecutivo 546 de 21 de noviembre de 2005, son bien vistos sobre todo dentro del área

comarcal, y desde su promulgación se han cumplido en todas las instalaciones de salud. Podemos mencionar que desde el 2007 aumentaron los controles prenatales y los partos en centros de salud con camas, también aumentaron los controles de salud en menores de 5 años, sin embargo, debemos hacer más promoción en el autocuidado y responsabilidad de todos en la mejora de las condiciones de salud. Es importante que la población tenga claro que a pesar de que los servicios son gratuitos para ellos representan un costo que es asumido por el Estado y todos los contribuyentes, por ello debe realizarse más promoción sobre las responsabilidades de cada individuo, su familia y su ambiente así como el cuidado de las instalaciones de salud y apoyo en las actividades sociales de estas como limpiezas generales de áreas verdes y otras en las cuales tanto los comités de salud como la comunidad deben participar.



FOTOGRAFÍA N° 6. PROYECCIÓN DE LA RED

1. ADECUACIÓN DE LA OFERTA EN TÉRMINOS DE EQUIPOS BÁSICOS

Se requiere conformar más equipos básicos en el proceso de cambio en el abordaje de la atención de la salud y enfermedad; la oferta se encuentra establecida en la Cartera de Servicios que brindamos a la población (Promoción, Prevención y Atención), esta situación se debe a la geografía de difícil y muy difícil acceso y además a la dispersión de la población.

NUEVAS MODALIDADES DE ATENCIÓN DE SALUD

En la actualidad continuamos realizando giras integrales tanto con grupos itinerantes externos e internos, se apoya a la red fija a través de la Estrategia de extensión de cobertura; las visitas domiciliarias se dan principalmente dentro del Programa de Cuidados Paliativos Se continúan realizando la coordinación de las cirugías oftalmológicas y de malformaciones congénitas.

USO DE REDES SOCIALES (INTERNET, TWITTER, FACEBOOK, INSTAGRAM, CORREO ELECTRÓNICO U OTROS) COMO HERRAMIENTAS DE DIVULGACIÓN DE TEMAS PRIORITARIOS EN SALUD

Se realizan Programas radiales en las emisoras Bajai de Veraguas, Faro de David, Resumen 20 en Bocas del Toro; además se postean actividades y comunicados en twitter, facebook y la prensa local. La publicidad no es gratuita por lo cual esta condicionada al presupuesto de funcionamiento regional o la cuenta de fondos de tabaco.

MODIFICACIÓN DE LA OFERTA DE SERVICIOS DE PRIMER NIVEL

Debido al crecimiento de la población y las principales causas de morbimortalidad se ha realizado un plan para la elevación de la capacidad resolutoria en las diferentes instalaciones de salud; en el caso de los servicios ya ofertados se está trabajando para fortalecer la calidad de dichos servicios, en ciertas instalaciones

se tiene planificado abrir servicios que antes no se habían ofertado como odontología y laboratorio. (Plan quinquenal de proyectos de inversión regional)

MODIFICACIÓN DE LA OFERTA DE SERVICIOS DE SEGUNDO NIVEL

Se ha contemplado al Hospital General del Oriente Chiricano para que cumpla con la oferta de segundo nivel de atención y tercer a cuarto grado de complejidad; Hemos trabajado en la red CONE (Cuidados Obstetricos y Neonatales Esenciales) para que dicho Hospital llegue a ser un CONE completo capaz de resolver las complicaciones Materno infantiles más frecuentes, a la vez la habilitación de equipo biomedico para resolver mayor tipo de urgencias de otras especialidades básicas. Mejorando el espacio actual a traves de proyectos de inversion de mejoras a corto y mediano plazo y la reposición total de la infraestructura. Es la unica instalación bajo la responsabilidad de la región de salud de la Comarca Ngabe Bugle con un perfil epidemiológico, accesibilidad y recurso humano para modificar su oferta actual, adicionalmente la Ley N° 9 del 15 de marzo de 2012 constituye al Hospital Regional del Oriente Chiricano como una entidad de Gestión Pública

PRIORIDADES DE ATENCIÓN EN RELACIÓN CON LAS ETAPAS DEL CURSO DE VIDA

Cada Programa de salud ha establecido estrategias para mejorar el abordaje de la población según curso de vida, tomando además como base el Modelo de atención actual adoptado como país en el año 2018.

PLANIFICACIÓN DE SERVICIOS EN EL NIVEL LOCAL Y PARTICIPACIÓN DE ACTORES SOCIALES

La Planificación de los servicios se ha realizado a nivel local con apoyo regional, se ha involucrado a la comunidad a través de visitas a las áreas y tomando en cuenta las opiniones o el sentir de las mismas. Finalmente se realiza un estudio

con base en estadísticas de población, áreas geográficas y distancias, para el caso de anexar un servicio de salud nuevo e incluirlo como ampliación de una instalación de salud determinada. La planificación a nivel local se ha retomado desde el año 2018 con capacitaciones a los directores médicos de distritos en el área de gestión, en donde deben realizar su análisis de situación de salud para luego priorizar actividades tomando en cuenta los recursos disponibles, luego formular el presupuesto para realizar las actividades priorizadas tomando en cuenta también compromisos internacionales como la agenda 2030 y plasmarlo en su planes operativos anuales.

ORGANIZACIÓN CON BASE A SECTORES Y LA DEFINICIÓN DE ESPACIOS POBLACIONALES ESPECÍFICOS

La organización con base a sectores que se esta llevando a cabo define espacios poblacionales específicos, no podemos aplicar las mismas estrategias para abordar iguales problemas de salud en toda la Comarca, lo que nos hace pensar en espacios específicos para determinado grupo poblacional de manera que podamos satisfacer su demanda sin afectar otros aspectos sociales, finalmente siempre tenemos el diálogo y la orientación con evidencias para educar a la población sobre lo más conveniente para ellos en materia de salud.

DERECHOS Y DEBERES DE LOS CIUDADANOS, DE LA FAMILIA Y DE LA COMUNIDAD EN TORNO A SU PROPIA SALUD, EN EL NUEVO MODELO DE ATENCIÓN

La ley N° 68 del 20 de noviembre de 2003, no se aplica rutinariamente, depende de los actores involucrados y la divulgación de la ley ha sido limitada para el cliente externo. Se ha tratado de sensibilizar a todos los profesionales de la salud y sólo se han obtenido cambios en el sector técnico especialmente de registros médicos.

COMPETENCIA TÉCNICA DE EQUIPOS DE SALUD PARA ASUMIR EL NUEVO ENFOQUE EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE PREVENCIÓN, PROMOCIÓN Y REHABILITACIÓN

Los equipos de salud tienen la competencia técnica, sin embargo debe ser actualizados continuamente. Aspectos a fortalecer en el tema de incentivos son los ambientes laborales saludables, facilidades de movilización a sus áreas de trabajo, mejoras y/ o habilitación de áreas de descanso adecuadas, Evaluación de la escala salarial real para las áreas de difícil acceso, ya que el 40% actual es usado para compensar lo que el funcionario deberá invertir para llegar a su puesto de trabajo. Espacios formales para las actualizaciones y educación médica en congresos, seminarios, diplomados y pasantías anuales como mínimo dentro y fuera del país.

INTEGRALIDAD DE LAS ACCIONES BIOPSICOSOCIALES: USO DEL ENFOQUE EN EL MOMENTO DE LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD Y EN SU ANÁLISIS

Actualmente no se usa un enfoque biopsicosocial en todas las instalaciones de salud, se esta en el proceso de orientacion al personal de salud, ya que en su mayoría los servicios prestados ven al paciente solo por su control de salud o morbilidad, se involucran en la parte social, más no en la psicológica o mental. Y a esto debemos añadirle la parte espiritual, la cual también se debe introducir en las prestaciones de servicios y garantizar un abordaje integral del individuo, familia, la comunidad y el ambiente según nuestro modelo de atención.

2. ADECUACIÓN DE LA CARTERA DE SERVICIOS

EVALUACIÓN DE LA EFICACIA Y CALIDAD DE LAS ACCIONES, BASE DE CRITERIOS UTILIZADOS Y RESPONSABLES DE LA ACTIVIDAD

La eficacia y calidad de las acciones se evalúan periódicamente por el Departamento Regional de Provisión de Servicios de Salud a través del Formato de Auditoría de expedientes ya que involucra todos los aspectos normados por el MINSA con aspectos de cada uno de los programas que se ejecutan en todas nuestras instalaciones periféricas; Se deben retomar las supervisiones capacitantes de manera regular e involucrar a todo el equipo de salud y no servicios aislados.

REVISIÓN Y ADECUACIÓN DE LA CARTERA DE SERVICIOS A LAS NECESIDADES DE SALUD DE LA POBLACIÓN

Se revisa cada 5 años tomando en cuenta infraestructura del área, equipamiento, recurso humano existente, necesidades de acuerdo al perfil epidemiológico existente en las áreas. Planificación recomienda que se revise cada 2 años en conjunto con el Plan Quinquenal de Inversiones.

MODELO DE ATENCIÓN INDIVIDUAL, FAMILIAR, COMUNITARIO Y AMBIENTAL

El Modelo de Atención adoptado por el país no ha sido ampliamente divulgado, sin embargo, se está implementando en las instalaciones tipo Centros de Salud que cuentan más personal para el abordaje multidisciplinario y del ambiente.

CONSIDERACIONES DE MEJORAS A LA RED DE SERVICIOS PARA DESARROLLO DEL MODELO DE MÉDICO FUNCIONAL

Debe fortalecerse la red de servicios actual para poder satisfacer las demandas existentes en nuestra región sanitaria ya que integra la atención de las personas

de manera individual, con el abordaje de necesidades y problemas de salud a través de programas y protocolos de atención; La atención a la familia con la vigilancia de la salud familiar, atención a factores de riesgo familiares y estilos de vida saludables; y la atención comunitaria con acciones que garantizan espacios saludables con participación comunitaria y social.

MEJORAS A LA CAPACIDAD DEL SISTEMA DE URGENCIAS: INCLUYENDO LOS SERVICIOS, LA LOGÍSTICA Y LA COORDINACIÓN INTERSECTORIAL

La capacidad del sistema de urgencia ha mejorado en los últimos 5 años en nuestra Región Sanitaria ya que se han logrado equipar a algunas instalaciones con equipos biomédicos mejorando la capacidad resolutive de los mismos; sin embargo, hay que seguir fortaleciendo las competencias del recurso humano y sensibilizarlo de manera continua que garanticen el flujo adecuado para las derivación de pacientes a otros niveles de mayor complejidad, dotar de vehiculos de emergencias para los traslados según protocolos ya estandarizados a nivel de país, mejorar la red comunicación, fortalecer el uso de telesalud y telemedicina entre los aspectos que deben ser mejorados.

USO DEL TRIAGE

Debido a que las actividades que deben predominar en la red de servicios dentro de nuestras instalaciones periféricas son de promoción de la salud y prevención de enfermedades no era un proceso rutinario, a raíz de la pandemia por Covid- 19 el personal de salud ha visto la importancia de su realización. Durante los ultimos 6 meses se han podido brindar atención oportuna a verdaderas urgencias que de otra manera hubieran tenido que esperar por una atención de morbilidad común o conyrol de salud, sobretodo cuando el paciente no presenta síntomas evidentes de gravedad y termina complicándose mientras aguarda en la sala de espera.

CONJUNTO DE BENEFICIOS PRESTADOS POR LOS PROVEEDORES PÚBLICOS Y PRIVADOS

Los proveedores de salud privados dentro de la Comarca Ngäbe Buglé fueron las organizaciones extrainstitucionales de la Estrategia de Extensión de Cobertura, y prestaban el conjunto de beneficios estipulados en los convenios de gestión; En la actualidad no contamos con OEs y el Ministerio de Salud a través de la propia región de salud Ngäbe Buglé tiene como responsabilidad supervisar a sus propios equipos el cumplimiento de dichos beneficios.

3. AMPLIACIÓN DE COBERTURA

ORGANIZACIÓN DE LA RED POR NIVELES DE ATENCIÓN Y COMPLEJIDAD COMO ACCIÓN PARA LOGRAR UNA MAYOR COBERTURA DE ATENCIÓN

La red de servicios actual debe ser reorganizada por nivel de atención y grado de complejidad para lograr una mayor cobertura de la atención; actualmente la población acude a las instalaciones de salud de mayor grado de complejidad para temas que deben y pueden ser resueltos en instalaciones de primer y segundo grado de complejidad independientemente de que ambas se encuentren en el primer nivel de atención. Por lo antes señalado, además de la promoción debemos buscar estrategias de atención tales como giras periódicas en aquellas áreas donde no se cuenta con una instalación de salud; mantener actualizado el Plan quinquenal de inversiones para priorizar las instalaciones de salud que deben ser elevadas según los análisis ya existentes. El flujo que debe seguir el paciente también es de suma importancia, debe quedar establecido para evitar demoras en la resolución de la situación de salud del paciente y aumentar sus probabilidades de vida en el caso de las urgencias mayores.

AMPLIACIÓN DE HORARIOS PARA INCREMENTAR LAS COBERTURAS DE ATENCIÓN

En términos de mayor número de horas de apertura al día o mayor número de días semanales para la provisión de servicios, en nuestro caso se deben considerar ambas premisas ya que evidentemente contamos con una población de responsabilidad sectorizada en áreas de muy difícil acceso que constituyen una de las principales barreras para acceder al sistema de salud público. El factor económico también limita el acceso, ya que deben movilizarse en algunos casos vía terrestre o acuática lo que representa costos de transporte.

NORMAS PARA REALIZAR LAS GIRAS MÉDICAS INTEGRALES Y LAS JORNADAS DE ATENCIÓN AMBULATORIA

Toda actividad extramuros se rige mediante la misma normativa establecida por el Ministerio de Salud, participan el equipo básico de salud completos conformados por médico, enfermero/a, técnico en enfermería, saneamiento ambiental, conductor de vehículo o motorista, y además al ser integrales se requiere la participación de odontología, algunas especialidades como ginecobstetricia, especialistas en salud mental, nutricionistas, educadores para la salud, inspectores de saneamiento ambiental y control de vectores, farmacéuticos, tecnólogos médicos y otros perfiles de personal de salud según el área a desarrollar la actividad y la realidad de la demanda.

SERVICIOS BÁSICOS INTEGRALES A INCORPORAR PARA AMPLIAR LA COBERTURA DE SERVICIOS

Los servicios básicos Integrales que se debería incorporar para ampliar la cobertura de servicios deben ser a través de disciplinas de nutricionista, tecnólogo médico, baciloscopistas, considerar la incorporación de participación periódica de médicos especialistas tipo ginecólogobstetras y pediátras en intervención directa en la reducción de la morbimortalidad materna e infantil.

ESTRATEGIA DE DISMINUCIÓN DE OPORTUNIDADES PERDIDAS COMO OPCIÓN PARA AMPLIAR COBERTURAS

La estrategia de disminución de oportunidades perdidas como opción de ampliar coberturas, en realidad en nuestra área de responsabilidad la aplican todo los integrantes del equipo básico de salud, ya que reconocemos en todo momento la inaccesibilidad geográfica y cultura existentes en nuestra área de responsabilidad. Hemos aprendido a trabajar en equipo no solamente para sacar un trabajo rutinario sino pensando siempre en el bienestar de nuestros pacientes dejando atrás todas las limitantes existentes.

INTEGRACIÓN DE LOS DATOS DE COBERTURA PROVENIENTES DE INSTALACIONES DE LA CSS Y DEL SECTOR PRIVADO

La integración se da pero dentro de los datos oficiales que maneja la Contraloría General de la República , para realizar la solicitud de la información preliminar a la Caja del Seguro Social se debe tramitar siguiendo un protocolo que solo se puede realizar a través del Despacho Superior para tener acceso a dicha información.

SISTEMA DE INFORMACIÓN ÚNICO

No contamos con un Sistema de información único aún en la Comarca Ngabe Bugle, dentro del propio MINSA contamos con diversos sistemas de información cada programa de salud ha manejado practicamente su propio sistema, sin embargo, seguimos utilizando el SIES, Sistema de Información de Estadísticas en Salud en todas las instalaciones del MINSA; con la implementación del SEIS el país avanza hacia ese sistema de información único nacional. Estudios de interoperabilidad recientes muestran que es posible la integración de los sistemas de información de ambos proveedores de servicios de salud del Estado.

Cuadro No.14

COBERTURA DEL SISTEMA DE SALUD

	Porcentaje de personas cubierto por el Sistema de Salud (total)	Porcentaje de personas cubierto por el Estado (Ministerio de Salud)	Porcentaje de personas cubierto por el seguro de Salud	Porcentaje de personas cubierto por el sector privado	Porcentaje de personas sin cobertura
Periodos					
2020	24.3	24.3	ND	ND	75.5
2022	43.5	43.5	ND	ND	56.5
2023		ND	ND	ND	ND
Género					
Hombre	ND	ND	ND	ND	ND
Mujeres	ND	ND	ND	ND	ND
Base Poblacional (2020)					
Niños (menores de 1 años)	65.7	65.7	ND	ND	34.3
Niños de 1 a 4 años	62.3	62.3	ND	ND	37.7
Personas de 5 a 9 años	19.3	19.3	ND	ND	80.7
Personas de 10 a 14 años	36.2	36.2	ND	ND	63.8
Personas de 15 a 19 años	8.9	8.9	ND	ND	91.1
Personas de 20 a 59 años	12.3	12.3	ND	ND	87.7
personas de 60 a 64 años	25.1	25.1 ^(60 y más)	ND	ND	74.9
Adultos mayores (65 años y más)					
Zonas Geográficas					
Urbana					
Rural					
Indígena	43.5	43.5	ND	ND	56.5
Pertenencia Étnica (2023)					
Blanco		ND	ND	ND	ND
Indígenas	42.4	42.4	ND	ND	42.5
Afro-descendientes					
Mestizo		ND	ND	ND	ND
No Indígena	1.1	1.1			14.0

ND información no disponible

Fuente: Sección de Registros de Estadísticas de Salud, SIES, Comarca Ngäbe Buglé.

Para el año 2022 el porcentaje de cobertura en las instalaciones del MINSA Comarca Ngäbe Bugle fue de 43.5 %, siendo la población de 15- 19 años la que presentó menor cobertura con 8.9 %; El 44.2 % de la población indígena estaba cubierta mientras el 1.1 % de población no indígena que incluye campesinos y mestizos estuvo cubierta por el sistema de salud lo que refleja un amplio porcentaje de población no cubierta dentro de esta comarca. (Cuadro No. 14)

FOTOGRAFÍA N° 7: CARACTERIZACIÓN DEL SISTEMA NACIONAL, REGIONAL Y PROYECCIONES

1. ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO

**Cuadro No. 15
MAPEO INSTITUCIONAL DEL SISTEMA DE SALUD**

Funciones Organizaciones	Rectoría		Funcionamiento	Aseguramiento	Provisión
	Conducción	Regulación y Fiscalización			
Gobierno Central					
Min. Salud	+	+			
Min. Justicia					
Fuerzas Armadas					
Otros					
Instituciones de Seguro Social			+	+	+
Gobierno regional (provincial)		+	+		
Gobierno local (Distrito, Corregimiento)			+		
Aseguradoras privadas				+	
Sin Lucro				+	
Con lucro				+	
Proveedores privados					+
Sin lucro					+
Con lucro					+

FUENTE(S):

ND información no disponible

ROL DE RECTORÍA, CUMPLIMIENTO Y VIGILANCIA LAS DE LAS FUNCIONES ESENCIALES DE SALUD PÚBLICA, LAS DE REGULACIÓN, LAS DE CONDUCCIÓN Y LAS DE ARMONIZACIÓN DE LA PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

El rol de rectoría se ejerce básicamente en las supervisiones a establecimientos de interés sanitario y en la vigilancia del consumo de tabaco, además la entrega de datos de interés sanitario por parte de otras instituciones de salud privadas y públicas fuera del territorio comarcal. Las Funciones Esenciales de Salud Pública se vigilan y cumplen de forma indirecta ya que se envían circulares de la Dirección General de Salud para realizar tareas específicas relacionadas en su mayoría con las FESP, pero no se realizan la vigilancia de estas Funciones de manera regular por iniciativa regional. En las supervisiones a establecimientos de interés sanitarios participan personal de saneamiento ambiental y salubristas, de no estar disponibles se realiza por el médico responsable del distrito.

ESTRUCTURA ORGANIZATIVA REGIONAL Y RESPUESTA A LAS NECESIDADES PARA EL FUNCIONAMIENTO EFECTIVO

Actualmente se está trabajando en la homologación de la estructura organizativa regional ya que se han creado nuevas unidades y direcciones nacionales que no están bien definidas a nivel regional ni local. La misión y visión de la institución se conocen para el caso de ambos prestadores de servicios de salud. En el organigrama que se está trabajando con apoyo de la Oficina de Organización y Desarrollo Institucional (OODI), se están ajustando las funciones de acuerdo a los niveles y al recurso humano existente.

El organigrama actual no responde a las necesidades para el funcionamiento efectivo de la organización a nivel regional, por lo antes señalado que se han creado nuevas direcciones nacionales y unidades lo que nos lleva a trabajar en la reorganización regional de la estructura organizativa. El último organigrama

regional fue evaluado, revisado y homologado en el 2014, con la Resolución N° 012 de enero del 2014; En 10 años se han dado muchos cambios a nivel nacional y por ello se debe realizar las adecuaciones correspondientes.

REGIONALIZACIÓN Y EL ENFOQUE SISTÉMICO EN LA ORGANIZACIÓN SANITARIA, CAMBIO EN EL ORDENAMIENTO POLÍTICO ADMINISTRATIVO EXISTENTE

En cuanto al ordenamiento político administrativo existente en este momento y de acuerdo a los resultados del censo de población 2023, consideramos que no es necesario crear nuevas regiones, lo que debe ser mejorado es la cantidad de recurso humano y contar en las regiones con el presupuesto adecuado para ejecutar las actividades de responsabilidad.

AVANCE EN EL PROCESO DE DESCENTRALIZACIÓN EN CASCADA DESDE EL NIVEL CENTRAL

No existen muchos avances en el tema de la descentralización, a pesar de que en el presupuesto Ley contamos con fondos en los diferentes objetos de gastos, estos se centralizan de acuerdo a las decisiones que se toman con cada cambio o período de gobierno. En este período estamos a la espera de conocer las nuevas directrices en torno al tema. Con respecto a los niveles locales esta región no posee la estructura administrativa en las instalaciones de salud incluyendo el Hospital del Oriente Chiricano para el manejo de fondos, por lo que aún los trámites están centralizados a nivel regional. Aún si al nivel regional le descentralizaran la mayor parte del presupuesto, no se cuentan con suficiente recurso humano ni con las competencias para ejecutar de forma óptima y adecuada dichos trámites.

ROL DE LOS PATRONATOS Y DE LOS CONSEJOS DE GESTIÓN EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD Y SU VINCULACIÓN CON LAS AUTORIDADES REGIONALES Y NACIONALES

En el rol de estos en la prestación de los servicios de salud es contribuir a mejorar la calidad de vida de la población ofertando servicios de salud requeridos por la comunidad, su vinculación con el nivel regional y nacional es de apoyo mutuo sobre todo en el tema de los fondos presupuestarios además de aquellos fondos obtenidos por autogestión, el Ministerio de Salud a nivel central y regional, según sea el caso, debe brindar apoyo financiero de ser necesario, para que se logre cumplir con la prestación del servicio de salud.

LA ESTRUCTURA ORGÁNICA Y SU RELACIÓN CON LOS PROCESOS SANITARIOS

La estructura orgánica debe guardar relación directa con los procesos sanitarios en consecuencia se puede establecer que la estructura organizativa de la institución es el esquema de jerarquización y división de las funciones y componentes de ella, esto es un punto clave a la hora de tomar decisiones.

La estructura de la región como esta definida debe contar con el recurso humano suficiente para cumplir con cada una de las funciones sin sobrecargar al personal ya existente. Contar con nuevas y más flexibles formas de trabajo administrativo, ya sea remoto o por tareas cumplidas. Formación de equipos inteligentes para abordar tareas bajo sus responsabilidades. Horarios que puedan adaptarse a las circunstancias de los colaboradores, es decir se requiere de un análisis de reingeniería en la forma de realizar las tareas.

PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS

Existe un manual de procedimientos administrativos, creado a través de Resolución administrativa del 19 de marzo de 2001 que es conocido aplicado como reglamento interno.

Entre sus principales aplicaciones esta la de dejar establecidos los deberes y derechos que tienen el funcionario dentro de la institución. Además dicta pautas en cuanto a tipificación de faltas.

INTRODUCCIÓN DE CAMBIOS EN EL MODELO DE GESTIÓN Y EN LAS RELACIONES ENTRE LOS ACTORES

El modelo de gestión por resultados debe ser introducido, sin embargo, nos hace falta personal capacitado en el modelo; por otro lado y dentro del modelo de gestión tenemos la gestión descentralizada de los recursos hacia las regiones de salud cuya implementación hará posible que se dé el ejercicio de las competencias y funciones del Ministerio de Salud como entidad rectora en los niveles regional y local.

POLÍTICAS DE SALUD Y SU RESPUESTA A LAS NECESIDADES REGIONALES

Las políticas de salud corresponden en gran medida a las necesidades de la región, sin embargo, en la práctica se requiere el recurso humano en cantidad y con las competencias necesarias para el desarrollo y seguimiento de los planes operativos locales que alimentan al plan estratégico regional.

PLANIFICACIÓN OPERATIVA Y PRESUPUESTARIA Y SU RELACIÓN CON LAS POLÍTICAS, OBJETIVOS ESTRATÉGICOS Y LÍNEAS DE ACCIÓN

La planificación operativa y presupuestaria guarda relación directa con las políticas, objetivos y líneas de acción, aunque debe reforzarse las competencias del recurso humano, de manera que ante cualquier cambio de actores no se sufra pérdida de las capacidades.

Es difícil mantener la aplicación, ya que una vez formulado el presupuesto y aprobado los fondos sufren recortes por lo que se deben ajustar los planes y priorizar actividades, en consecuencia la aplicación de las políticas se limitan a la parte de la oferta de servicios dejando de atender el rol rector y de conducción.

PLANES OPERATIVOS ANUALES Y SU REGISTRO EN EL SIMEPLANS COMO HERRAMIENTA DE SU MONITOREO Y EVALUACIÓN

Los Planes Operativos se realizan actualmente a nivel de la Región de Salud a través de los Departamentos y Coordinaciones Regionales; estos planes son subidos por cada responsable de la Unidad Ejecutora al SIMEPLANS. El Departamento de Planificación Regional debe realizar la revisión previa al registro de los Planes para verificar que estén alineados con la Política Nacional de Salud y el Plan Estratégico de Gobierno. Una vez en la plataforma del Sistema de Monitoreo y Evaluación del Plan Nacional de Salud (SIMEPLANS), el seguimiento lo hace el Planificador, realizando cortes de monitoreo según programación, cuya finalidad es revisar la dinámica del comportamiento del cumplimiento de las actividades y la ejecución presupuestaria, de forma que las autoridades regionales puedan tomar decisiones oportunamente. Para realizar este monitoreo y evaluar los resultados obtenidos de la aplicación de actividades e intervenciones la plataforma debe ser alimentada con los datos de cada Unidad Ejecutora lo cual es bastante difícil en nuestra región dada la multiplicidad de funciones del personal. El proceso de capacitación a los niveles locales debe retomarse.

Con la nueva Gobernanza del SIMEPLANS V 3.0 , dentro de la plataforma se han asignado responsables y supervisores lo que ha mejorado la calidad de la información que se sube como evidencia al igual que se tendrá un avance general con ejecución presupuestaria mas cercana a la real.

INCIDENCIA DEL NIVEL CENTRAL EN EL DESEMPEÑO DEL NIVEL REGIONAL, PUNTOS CRÍTICOS DE LA BUROCRACIA ADMINISTRATIVA Y SU TRANSFORMACIÓN

Los principales aspectos en donde el nivel central incide en el desempeño del nivel regional es la centralización de las compras de ciertos insumos médicos y medicamentos así como de algunos activos como equipos biomédicos, además de la contratación inmediata del recurso humano.

TOMA DE DECISIONES Y CRITERIOS SE PRIORIZADOS

La toma de decisiones se hace basada en la disponibilidad presupuestaria, la cual al tener que ser ajustada cada año obliga a las Unidades Ejecutoras a priorizar actividades.

EJERCICIO DE LAS FUNCIONES DE SUPERVISIÓN, EVALUACIÓN Y CONTROL DE LA PROVISIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD AL SECTOR PÚBLICO Y PRIVADO

La función de supervisión, evaluación y control de la provisión de servicios de salud en el sector público y privado se realiza multidisciplinariamente bajo el liderazgo del Departamento de Provisión de Servicios de Salud Regional y el Departamento de salud Pública Regional. Es responsabilidad de estos departamentos la supervisión, pero se fortalece con el apoyo de las coordinaciones relacionadas a servicios de apoyo al diagnóstico y otras coordinaciones relacionadas con la demanda y oferta de los servicios.

RESPONSABILIDAD DEL ANÁLISIS, EJECUCIÓN Y SEGUIMIENTO DE LAS POLÍTICAS DE SALUD, PLANIFICACIÓN Y COORDINACIÓN A NIVEL REGIONAL

El análisis, ejecución y seguimiento de las políticas de salud, la planificación y coordinación se iniciaron por el Departamento de Planificación de Salud Regional hacia el año 2016, sin embargo, esta es una acción multidisciplinaria en la cual cada responsable dependiendo el tema específico debe participar y aportar recomendaciones para la mejora. Una vez se logre realizar este seguimiento dentro de la región de salud propia podrán participar otros sectores que están ligados a temas de salud puntuales y cuyos objetivos y metas coinciden con los del Ministerio de Salud por lo que debemos hacer sinergia y no dividir el esfuerzo.

TECNOLOGÍA INFORMÁTICA DE SOPORTE, USO PARA LA GESTIÓN DE RECURSOS Y ACCESO A SERVICIOS DE INTERNET

Cumpliendo con lineamientos de la Autoridad de Innovación Gubernamental (AIG), la Comarca Ngäbe Buglé cuenta con conectividad y tecnología informática en algunas instalaciones de salud donde se recibe soporte técnico principalmente del nivel central a través de mesas de ayuda o soporte gestionado por la Oficina de Informática del MINSA a través de los Consorcios o empresas responsables del manejo de estas tecnologías para el MINSA.

Algunos de estos soportes son las mesas de ayuda del Sistema Electrónico de Información de Salud (SEIS) que funcionan 24/7 y cuyo soporte es brindado por el Consorcio Cable & Wireless; el soporte del Sistema de Monitoreo y Evaluación del Plan Nacional de Salud (SIMEPLANS) se desarrolla a través de consultas por correo electrónico (solicitudesimeplans@minsa.gob.pa) que responden los técnicos de la Dirección de Planificación de Salud y del Consorcio que apoya al sistema; Telemedicina y sus mesas de consulta con la Empresa Equamedical Soluciones, Mesa de ayuda del software para el Sistema de Administración Logística de Medicamentos e Insumos (SALMI) con apoyo del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y sus expertos. Para todas las tecnologías de la información se tuvo que gestionar la red de conectividad a internet de nuestras áreas beneficiadas.

INSTALACIONES AMBULATORIAS QUE DISPONEN DE TECNOLOGÍA INFORMÁTICA DE SOPORTE

El expediente electrónico oficial se lleva en el Hospital General Oriente Chiricano y centros de salud de Hato Juli y Hato Chami, estos últimos desde septiembre de 2024; la Clínica TARV lleva un expediente electrónico que aún no ha sido unificado con el SEIS, por otro lado el SALMI se lleva a nivel de las seis instalaciones de salud a través de la Coordinación de Farmacia y otras coordinaciones relacionadas con el manejo de insumos médicos.

USO DE LA INFORMACIÓN PARA LA GESTIÓN CLÍNICA

La información suministrada a través de la tecnología informática, para el caso del Hospital es de gran ayuda para la gestión administrativa ya que se optimiza el rendimiento de las salas de hospitalización, los informes revelan la producción de la consulta externa. Fortalece el análisis y las recomendaciones pertinentes de acuerdo a la situación encontrada; sobre esta base se puede decir que el uso de la información es de gran utilidad para la gestión administrativa y clínica. En el caso del SALMI, las seis instalaciones que utilizan el sistema han mejorado la gestión de insumos y sus porcentajes de abastecimientos, el intercambio de los mismos se realiza de manera efectiva.

USO DE LA TELE RADIOLOGÍA, TELEMEDICINA, CLÍNICAS VIRTUALES, ESPIROMETRÍA Y ELECTROCARDIOGRAFÍA DIGITAL, HOSPITAL VIRTUAL, EXPEDIENTE ELECTRÓNICO; BENEFICIOS QUE BRINDAN A LA POBLACIÓN Y SUS PRINCIPALES DEBILIDADES

El Hospital General del Oriente Chiricano cuenta con teleradiología, expediente electrónico y forma parte de las instalaciones que se apoyan a través del hospital virtual; La telesalud y telemedicina han sido utilizadas en diez centros de salud y el Hospital General del Oriente Chiricano durante el período 2007- 2010 y posteriormente en el año 2015; la experiencia fue positiva, la deficiencia del programa fue la falta de planificación del mantenimiento por parte del propio Proyecto a nivel nacional esto ocasionó el deterioro de los equipos. Actualmente se desarrolla nuevamente un cuarto intento de implementación dentro del territorio comarcal; el 12 de noviembre 2024 se lanzó oficialmente el Programa de telemedicina en dos instalaciones de salud dentro de la Comarca Ngäbe Buglé: Centro de Salud de Hato Juli y Centro de Salud de Hato Chami. En el Hospital General del Oriente Chiricano se instauró la teleconsulta para la subespecialidad de Cardiología con el Hospital Santo Tomás.

La gran debilidad a tomar en cuenta al momento de retomar las estrategias, es la del mantenimiento de los equipos y la capacitación continua del personal de salud y administrativo.



FOTOGRAFÍA N°8: INSTRUMENTOS DE GESTIÓN

1. PLANIFICACIÓN REGIONAL Y PROGRAMACIÓN LOCAL

ACTUALIZACIÓN DEL ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD

La actualización del análisis de situación de salud formalmente se realiza cada 3 años desde su inicio en el año 2016, sin embargo, cada año se realiza la elaboración de planes estratégicos, planes operativos, proyecciones y se evalúan y miden resultados de indicadores en base a las metas establecidas, en donde se convocan a los diferentes coordinadores y jefes de departamento regionales quienes deben participar de manera activa en la actualización del ASIS. A pesar de ello actualmente a nivel regional el análisis lo realiza planificación con apoyo de la sección de estadísticas de salud.

PLANIFICACIÓN REGIONAL PARTICIPATIVA

La planificación regional es dinámica y participativa, ya que todos los programas y departamentos funcionan en base a una planeación elaborada desde el año anterior. Analizan y comparan resultados en base a los indicadores anuales, y fortalecen o cambian estrategias dependiendo de los resultados. La debilidad es que la participación no se da en los espacios programados para este fin.

Desde el año 2018 se inició la participación activa de las diferentes unidades ejecutoras a nivel regional y se retomó la participación local. El espacio se dejó de utilizar y para el 2024 se está retomando.

PLANIFICACIÓN CONJUNTA MINSA-CSS

Actualmente no existe planificación conjunta, pero a pesar de que no contamos con instalaciones de la CSS dentro del territorio de Comarca Ngäbe Buglé debemos tomarla en cuenta puesto que forman parte de nuestras instalaciones

de referencia con mayor grado de complejidad. Se cumple con lo dictado en la Constitución de que la salud es un derecho universal y no se niega la atención, sin embargo es de importancia conocer los procedimientos y costos de estos servicios, además dentro de las instalaciones de salud de esta Comarca se atienden pacientes fuera de área que son asegurados (3.09 %). Más que para una compensación de costos la planificación e información debe servir para un análisis exhaustivo que nos ayude a mejorar la oferta y sobretodo la aplicación de la Estrategia de Atención Primaria de Salud.

Se contempla para este período 2025- 2029, efectuar la programación local conjunta MINSA-CSS con el desarrollo de la valoración de las RISS

PARTICIPACIÓN Y APORTES DE LA POBLACIÓN EN EL PROCESO DE PLANIFICACIÓN SANITARIA

Se han creado espacios de participación para la población para la planificación sanitaria a nivel local donde la comunidad da sus aportes referentes a cambios o mejoras sobretodo en los servicios de salud ofertados.

Las convocatorias se realizan con apoyo de los comités de salud, promotores de salud comunitarios y líderes comunitarios quienes convocan a la comunidad quienes expresan a los equipos locales sus prioridades o aspectos a mejorar.

EVALUACIÓN DE METAS ESTABLECIDAS

Las metas establecidas se evalúan a través de indicadores de salud con la información de registros de estadísticas en salud regional; Los indicadores de evaluación de insumos se miden en base al abastecimientos y demandas no satisfechas de renglones agotados de diferentes tipos de insumos, indicadores de procesos y resultados medidos con actividades propuestas para alcanzar metas dentro de los planes anuales o semestrales; Las evaluaciones son realizadas por coordinaciones encargadas de los diferentes suministros, los programas también miden sus indicadores; estas actividades se realizan dos veces al año por la

limitante del recursos financieros y la multiplicidad de funciones del personal de salud.

PLANES ESTRATÉGICOS QUINQUENALES, PLANES OPERATIVOS ANUALES Y DEFINICIÓN DE ESTRATEGIAS Y RUTA CRÍTICA

Se trabaja en un Plan Quinquenal de Inversiones y de recursos humanos por parte del Departamento de Planificación de Salud quien lo realiza de manera consultiva revisando las prioridades de los niveles locales y luego la priorización de la Dirección Regional. Los planes operativos se realizan cada año tanto por las coordinaciones regionales como por los niveles locales. Aún encontramos muchas deficiencias en la Planeación operativa local y regional, sobretodo en la alineación de actividades con la política nacional de salud y el plan estratégico de gobierno, la construcción de nuevos indicadores para medir metas específicas dentro de esta comarca. Se ha orientado al personal para que utilicen como base los planes estratégicos de sus programas y los indicadores de compromisos nacionales e internacionales, sin embargo, los niveles locales también deben priorizar en sus planes las realidades según áreas de responsabilidad.

Los análisis de situación se utilizan y se priorizan para elaboración de planes y estrategias.

PLANEACIÓN CONJUNTA CON OTROS SECTORES

Hasta ahora no se realiza planeación conjunta, durante el análisis y valoración de la Red Integrada de Servicios de salud, RISS, se concluyo que debe existir una sola Gobernanza y que la planeación debe ser conjunta e intersectorial con una amplia participación social para lograr mejores resultados.

2. PRESUPUESTACION POR OBJETIVO

Los presupuestos de funcionamiento e inversión aún se programan en base a objetivos definidos durante el proceso de planificación, pero somos conscientes de la necesidad de planificar presupuestos en base a resultados, pues es la forma de garantizar la utilización de manera óptima y eficiente de los recursos.

El presupuestos de la EEC se programa de acuerdo a los resultados obtenidos en los indicadores de las actividades priorizadas.

PROPORCIÓN DEL PRESUPUESTO ASIGNADO A LA ATENCIÓN DE LA POBLACIÓN VERSUS LAS FUNCIONES DE SALUD PÚBLICA Y DEL AMBIENTE

El presupuesto es asignado históricamente, las variaciones en los montos dependen de situaciones inesperadas dentro de la región de salud como desastres naturales, implementación de intervenciones no planificadas generalmente dadas por directrices nacionales las cuales se ejecutan con presupuesto regional, dejando de alcanzar las metas priorizadas para el período específico. La mayor parte de el presupuesto asignado regularmente obedece a fondos para funcionamiento en la atención de la población, para los temas de funciones de salud pública y del ambiente generalmente los fondos son escasos y ademas estan centralizados.

NIVEL DE RESPONSABILIDAD DE LOS DIRECTIVOS DE INSTALACIONES EN EL PROCESO DE ELABORACIÓN Y SEGUIMIENTO DE PRESUPUESTOS, RENDICIÓN DE CUENTAS POR RESULTADOS DE SERVICIOS, SEGÚN INDICADORES CUALITATIVOS Y CUANTITATIVOS DE ACTIVIDADES Y DE CALIDAD

El nivel de responsabilidad de los directores distritales en el proceso de elaboración de presupuesto se desarrollaba durante los años 2005- 2007, luego hubo una interrupción en la cual solo el nivel regional programaba para los niveles

locales. El seguimiento de la ejecución presupuestaria y la rendición de cuentas solo se realiza a nivel regional. Cabe señalar que los distritos no poseen unidades administrativas ejecutoras de presupuesto.

Para el 2025 se plantea retomar las responsabilidades de los niveles locales de distritos en la elaboración de sus planes operativos y con este la formulación de sus presupuestos.

CONVENIOS DE GESTIÓN COMO ALTERNATIVA PARA LA ELABORACIÓN DEL PRESUPUESTO POR RESULTADOS Y EVALUACIÓN

Los Convenios de gestión son una herramienta de apoyo para el monitoreo y evaluación de las metas y la ejecución del presupuesto cónsono con las actividades planeadas, no así para compras fuera de las prioridades por decisión unilateral; Su reactivación ayudaría a mejorar la toma de decisiones a nivel estratégico que es lo que finalmente buscamos con esta herramienta de gestión. Conociendo que los Convenios de gestión nacen como parte de las herramientas para desarrollar una Gestión por Resultados de forma de encontrar soluciones a problemas públicos basados en análisis económicos, con ellos deberíamos poder priorizar la financiación de los resultados y no solo la de los insumos como se realiza actualmente. El personal de salud deberá ser motivado a través de un incentivo atractivo para que se logre concentrar en las metas propuestas dentro del Convenio y además mantener el control de los recursos gastados para realizar las actividades que nos llevarán al logro de las metas.

Un Convenio de Gestión con enfoque no integrado nos ayudaría a avanzar de manera transversal en nuestro sector y no dependeríamos del apoyo político cuando se presenten temas de reformas claves durante la implementación.

El Ministerio de Salud tiene experiencia en Convenios de gestión y esta experiencia junto a la de otros países de la Región nos indican que mejoraríamos la eficiencia y calidad del gasto en salud sobretodo cuando queremos caminar hacia una Salud Universal. El enfoque no integrado nos permitirá que el Convenio

sea suscrito de manera voluntaria a nivel de las Regiones de Salud y los distritos sanitario y / o las instalaciones de salud, mientras el nivel central tendrá que crear incentivos lo suficientemente llamativos como para aumentar la demanda de Convenios de gestión a nivel nacional.

INTRODUCCIÓN DE COMPROMISOS DE GESTIÓN ENTRE LOS DIFERENTES NIVELES DEL SISTEMA DE ATENCIÓN DE SALUD

Actualmente se llevan a cabo Convenios de Gestión dentro de la Región de Salud a través de la Estrategia de Extensión de Cobertura, también existen Convenios de gestión firmados cada 2 o 3 años para el uso del SEIS (Sistema Electrónico de Información de Salud) es decir para el uso del Expediente electrónico. De allí algunos acuerdos puntuales entre sectores.

A nivel de región de salud se debe poder introducir compromisos con los niveles distritales que incluyan las metas que hasta ahora no se han podido alcanzar y que son parte de compromisos o adendas internacionales. Serían convenios con componentes de servicios y de gestión de manera de avanzar hasta lograr evaluar el impacto en los resultados obtenidos.

PORCENTAJE DEL PRESUPUESTO DE SALUD PARA LA SALUD PÚBLICA

Hasta ahora el porcentaje del presupuesto de salud para la salud pública se ha aumentado, pero es centralizado y se da solo en situaciones específicas de emergencia nacional, como los cierres de la Vía Interamericana entre octubre y noviembre de año 2023 o el pasado evento climatológico. La propia Región de Salud ha tenido que utilizar fondos de la Estrategia de Extensión de Cobertura para tema de contratación de personal de salud equipos biomédicos e insumos sanitarios.

3. INCENTIVOS

PROPUESTA INCENTIVOS AL DESEMPEÑO DEL PERSONAL SANITARIO DE LOS ESTABLECIMIENTOS PÚBLICOS DE SALUD

Solamente se ha establecido a nivel nacional un bono de desempeño que en la actualidad no satisface la realidad de las competencias del personal, no hace ninguna diferencia entre quien realiza su trabajo con esmero y sobrepasa el rendimiento, de quienes simplemente se limitan a cumplir una función sin analizar los resultados. Se debe poder introducir un incentivo real, al merito del personal de salud sea cual sea su cargo y función de manera que se reconozca el esfuerzo y el colaborador este motivado a realizar su trabajo con eficiencia y calidad. Hacer esta diferenciación puede apoyar en la mejora de los resultados tanto de metas como de evaluación del personal.

De manera indirecta se premia a las instalaciones de salud que hacen un esfuerzo por mejorar su infraestructura ya sea con apoyo regional o de autogestión que es lo que realmente se busca, así existen dentro de la Comarca Ngabe Bugle Centros de Salud que han ganado primer y segundo lugar en mejoras y han obtenido vehículos 4x4 para realizar sus labores locales, televisores para promoción de salud, computadoras para realizar sus informes administrativos entre otros. Este evento es liderado por la Dirección de Promoción de la Salud, sin embargo, en estas áreas se requieren de incentivos reales y ligados al mérito y que incluyan más allá de un bono económico incentivos de acuerdo a la necesidad real que percibe el colaborador (educación continua, ambientes de descanso, días libres o convivios, seminarios y congresos nacionales e internacionales con gastos pagos, etc.)

BONO DE DESEMPEÑO: RESPONDE REALMENTE A CRITERIOS DE EVALUACIÓN PARA TODOS LOS PROFESIONALES DE SALUD

Como se mencionó este bono no satisface la realidad de las competencias y esfuerzo de los funcionarios, el mismo obedece practicamente a un aguinaldo navideño del cual todos son merecedores sin importar el desempeño.

APLICACIÓN DE INCENTIVOS CON BASE A LA PRODUCTIVIDAD O EN FUNCIÓN DE LA ANTIGÜEDAD DEL PERSONAL DE SALUD

En base a la productividad se han aplicado incentivos dentro de la Estrategia de Extensión de Cobertura, fuera de este realmente no se aplica ningun incentivo al personal de salud. Para la usabilidad del SEIS, Sistema Electrónico de informacion de Salud (Expediente electrónico), se trata de entregar certificados al merito a aquellos funcionarios sobresalientes en el uso del mismo y se complementa con artículos promocionales, estos articulos deberían poder ser individualizados y no entregarse de manera rutinaria. Esto podría hacer una diferencia en la usabilidad, por otro lado debería realizarse una encuesta para conocer que tipo de incentivos que realmente motivaría al personal y no asumir el mismo.

SISTEMA DE INCENTIVOS Y SU IMPACTO SOBRE LA RELACIÓN COSTO-BENEFICIO Y COSTO-EFECTIVIDAD EN LOS SERVICIOS DE SALUD

Se piensa que un sistema de incentivos bien aplicado podría impactar la relación costo- beneficio y costo efectividad en los servicios de salud, ya que según estudios en países desarrollados el personal motivado realiza mejor sus labores y expresa su creatividad logrando un mejor desempeño de sus funciones lo cual se reflejaría en el beneficio y la efectividad que debe tener el servicio de salud.

4. SISTEMA DE ABASTECIMIENTO Y SUMINISTRO

DETERMINACIÓN DE LAS ESPECIFICACIONES TÉCNICAS POR INSUMO SANITARIO PARA LOS DIFERENTES SERVICIOS

En la actualidad las especificaciones técnicas de los insumos sanitarios para los diferentes servicios las determina la Dirección de Medicamentos y otros insumos médicos del Ministerio de Salud creada en el período 2014- 2019. Se reúnen con expertos de otras Direcciones nacionales e instituciones para revisar los insumos y verificar las especificaciones técnicas acorde a las necesidades de la demanda en el país.

SISTEMA DE INVENTARIO PARA LOS INSUMOS SANITARIOS

Actualmente se implementa el SALMI, Sistema de Administración Logística de Medicamentos e Insumos a nivel nacional, la región Ngabe Bugle posee 6 instalaciones que implementarean el sistema en el corto plazo. Este sistema permite tener un inventario al día de los insumos sanitarios.

PROCESO DE COMPRAS, EN TÉRMINOS DE LA COMPETENCIA

Las compras son centralizada en base a un cuadernillo anual. Cuando en el presupuesto del año vigente contamos con asignaciones presupuestarias se realizan las compras a nivel regional. La entrega de estas compras centralizadas llegan con 6 meses de atraso, en consecuencia el insumo no esta de manera oportuna a la disposición del usuario para el cual fue programado, en términos de demanda no satisfecha este proceso nos afecta, sin embargo, se conoce que las compras a gran escala e internacionales abaratan los costos de insumos sanitarios con mejor calidad.

PROCESO DE COMPRAS CONJUNTAS Y COMPRAS A TRAVÉS DE LOS ORGANISMOS INTERNACIONALES

Se conoce la existencia de compras a través de organismos internacionales como COMISCA (Consejo de Ministros de Salud de Centroamerica y Rep. Dominicana),

OPS y UNFPA; el mecanismo internacional de la compra y el detalle del mismo se manejan a nivel central.

EVALUACIÓN DE PROVEEDORES Y MECANISMOS APLICADOS PARA SU RECHAZO

Para las compras regionales los proveedores que cumplen con los requisitos establecidos en los pliegos de cargos son considerados para evaluar su producto, según el tipo de compra, generalmente de Contratación menor (B/ 3,000.00 a 30,000.00), se adjudica la misma. Participa la Unidad Ejecutora que realizó la solicitud.

COMISIONES EVALUADORAS PARA CADA UNO DE LOS 5 GRUPOS DE SUMINISTROS SANITARIOS

Las Comisiones evaluadoras se conforman cuando las compras sobrepasan de los B/ 50,000.00, las mismas deben estar conformadas a través de Resuelto Ministerial y los integrantes deben ser expertos en el tipo de insumo, ser objetivos e imparciales a la hora de la evaluación, y redactar un informe de la evaluación o verificación realizada.

ESTABLECIMIENTO DE LOS ACUERDOS DE PAGO A PROVEEDORES, PARA LAS DIFERENTES FUENTES DE FINANCIAMIENTO

Actualmente los pagos se realizan al contado, aunque en los documentos de orden de compra se indica que la compra es a crédito, en realidad son compras para las cuales se tienen fondos dentro de la cuenta presupuestaria regional.

MECANISMOS PARA CONTROLAR LAS PÉRDIDAS Y FRAUDES, SU COORDINACIÓN CON LA DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD Y DIRECCIÓN NACIONAL DE FARMACIAS Y DROGAS. PROCEDIMIENTO DE DESCARTE

El control de las pérdidas y fraudes esta a cargo de la Dirección de Farmacias y Drogas, quienes envían información a las regiones de salud en alerta a proveedores inhabilitados, productos sin registros sanitarios, o productos con fallas terapéuticas, etc. Los descartes hasta ahora no han sido efectivos, los requisitos se cumplen sin embargo solo existe en el país un proveedor para el procedimiento, la región de salud acumula productos vencidos que no pueden ser descartados en el año de vencimiento; por otro lado se ha mejorado la dinámica de los insumos y el vencimiento es menor.

ARTICULACIÓN DEL SISTEMA DE ABASTECIMIENTO Y SUMINISTRO ENTRE LOS DIFERENTES NIVELES DE LA ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL

Cada año se debe llenar un cuadernillo de insumos sanitarios, en este llenado participan los niveles locales, expertos en programas y coordinadores de los insumos. Una vez revisado el producto final del cuadernillo , este es enviado al nivel central, es importante mencionar que el cuadernillo sufre ajustes en los costos y se deben priorizar los insumos al monto que el nivel central indica según disponibilidad financiera. Esta lista de insumos será la que el nivel central comprara para la región de salud los procesos (licitación pública, homologación, revisión de precios, adjudicación ,órdenes de compra y entrega en el almacén nacional y es este el que entrega a los almacenes regionales, según cronograma), se realizan en el nivel central y se envía el insumo 6 meses después siguiendo un cronograma de entregas nacional. Una vez el insumo llega al Almacén de medicamentos e insumos médicos cada coordinador organiza la entrega a las diferentes instalaciones de salud.

Las principales limitantes son que el Almacén actual no posee las condiciones de almacenamiento adecuadas, el recurso humano es insuficiente y apenas se cuenta con un pick up de una cabina y un vehiculo tipo camión pequeño para el transporte de los insumos a las 108 instalaciones de salud de la Comarca Ngäbe Buglé.

COORDINACIÓN DEL ABASTECIMIENTO Y SUMINISTROS ENTRE LA CSS Y EL MINSA, SITUACIONES DETECTADAS Y ACUERDOS EXISTENTES

No existen convenios con la CSS, todas las instalaciones que tenemos dentro del territorio comarcal están bajo la responsabilidad del MINSA; tampoco se celebran convenios con las instalaciones de la CSS de referencia.

La priorización de la adquisición de insumos esta basada en el perfil epidemiológico y la demanda de la población, para el trámite de las compras se elabora un cuadernillo normado por el MINSA.

Para la elaboración del cuadernillo de los diferentes insumos médicos que se compraran participan miembros del Comité de Farmacoterapia y Farmacovigilancia, Coordinadores de Programas Regionales, Medicos de los Distritos; se verifica el comportamiento de la dinámica de morbimortalidad con las estadísticas del año en curso y al menos 3 años anteriores para analizar la cronología de los eventos y el comportamiento, basados en los protocolos ya existentes se confecciona el listado de los insumos en los diferentes cuadernillos para tal efecto.

ESTIMACIÓN DE NECESIDADES DE INSUMOS SANITARIOS

La estimación de necesidades se realiza en base a la Logística de Consumo , perfil epidemiológico, la dinámica demográfica y las evidencias de las morbilidades regionales.

La información de consumo se registra en el SALMI.

MODALIDADES DE COMPRA

Las modalidades que más se utilizan a nivel de la región de salud son las Compras de contratación menor (B/ 3,000.00 a 30,000.00), la Licitación Pública (compras de más de B/ 50,000.00) donde siempre se elige la de menor valor,

Licitación por mejor valor (compras mayores de B/100,000.00) estas generalmente se realizan a nivel central y son compras de infraestructuras o servicios, Licitación para convenio marco que depende del tipo de insumo que se requiere adquirir.

MANUAL DE BUENAS PRÁCTICAS DE ALMACENAMIENTO, AVANCES EN SU IMPLEMENTACIÓN

Este manual es con el cual se nos supervisa cada año el Almacén de medicamentos y otros insumos médicos, en el se describen las especificaciones que debe tener cada tipo de insumo para su almacenamiento, requisitos del ambiente de trabajo como áreas funcionales y prevención de riesgos.

PERFILES DE PROYECTOS PARA MEJORAR SU ALMACÉN REGIONAL DE INSUMOS SANITARIOS

Para subir un Perfil de Proyecto se debe cumplir con el requisito de la tenencia del terreno de ubicación de la obra. Para el caso de la Comarca Ngäbe Buglé cuyas tierras son colectivas, se debe contar con el permiso de administración de las tierras comarcales bajo responsabilidad del Ministerio de Salud expedido por el Congreso General. Se cuenta con un borrador del perfil de proyecto de Construcción del Almacén Regional de Medicamentos e insumos sanitarios de la Región de Comarca Ngäbe Buglé, cuyo desarrollo toma en cuenta las áreas funcionales y dimensiones basados en las recomendaciones realizadas por Farmacias y Drogas Nacional, además del manual de buenas prácticas de almacenamiento. Se encuentra pendiente definir una ubicación estratégica para culminar con el desglose de costos estimados de la inversión.

5. SISTEMA DE INFORMACIÓN EN SALUD

DISPONIBILIDAD DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN SOBRE LA SITUACIÓN DE LA SALUD, VIGILANCIA DE LA SALUD, FINANCIAMIENTO, ASEGURAMIENTO, PROVISIÓN DE SERVICIOS, RECURSOS HUMANOS, PROMOCIÓN DE LA SALUD, ESTADÍSTICAS SOCIALES Y VITALES, CONFIABLES Y OPORTUNOS

Disponemos de Sistema de Estadísticas Médicas (SIES: Sistema de Información y Estadísticas de Salud), Sistema de Vigilancia Sanitaria para temas de Salud Pública (SISVIG), Sistema de Monitoreo de pacientes que viven con VIH (MoniTARV), Sistema Electrónico de Información de Salud (SEIS), SIREGES que es el sistema de registros de estadísticas de salud de la Estrategia de Extensión de Cobertura, SIMEPLANS (Sistema de Monitoreo y Evaluación de la Política Nacional de Salud para el seguimiento de los Planes Operativos y la Ejecución presupuestaria), todos estos deben ser alimentados para tener información real y tomar decisiones oportunamente.

USO DE LA INFORMACIÓN DISPONIBLE PARA LA TOMA DE DECISIONES REGIONALES Y LOCALES, CALIDAD Y MECANISMO DE ANÁLISIS

En general estos sistemas nos ayudan a tomar decisiones, sin embargo, se requiere de más recurso humano para tenerlos actualizados.

La calidad de la información no es evaluada periódicamente para todos los sistemas de información; Los sistemas de vigilancia y el sistema electrónico de información en salud (SEIS) son evaluados mensualmente y su seguimiento ocurre mayormente a través de incidencias reportadas para casos específicos; en cuanto al Sistema de Información de Estadísticas de Salud (SIES), la herramienta usada aún posee fallas que no permiten obtener ciertos cruces de datos, pero en general no existe evaluación de la calidad de la información para este último sistema.

ASPECTOS DEL MECANISMOS Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

En los últimos 5 años el análisis se realiza a nivel regional, los equipos de salud en la mayoría de los casos no tienen idea de cómo van sus estadísticas. Desde el 2018 año en que se retomó la elaboración de Planes Operativos por los niveles locales, se les solicitó la realización de sus análisis de resultados en los períodos evaluados (2017) y 3 años atrás para evaluar el comportamiento de indicadores; Se realizaron, por parte del Departamento de Planificación de Salud Regional, talleres de capacitación en planificación estratégica y operativa, análisis de situación de salud, alineamiento de actividades con la Política Nacional de Salud 2016- 2025 y el Plan de Gobierno, Medición y contribución de cada distrito en el logro de los Indicadores de los Objetivos de Desarrollo Sostenible 2030 y priorización de actividades así como la formulación de sus presupuestos en base a los insumos requeridos para realizar las actividades de sus planes operativos; Cada director de distrito presentó su plan operativo, debido a la pandemia por COVID-19 muchas actividades se vieron afectadas incluyendo las de gestión para establecer mecanismos de evaluación de la información, por lo que se descontinuaron los talleres previstos, a pesar de ello, se considera que en los 3 talleres realizados los responsables de distritos e instalaciones de salud obtuvieron las herramientas básicas para que a nivel local pudieran utilizar la información estadística el análisis y replanteamiento de intervenciones.

El uso de la información está definido por el nivel central a través de la Oficina de Organización y Desarrollo Institucional (OODI), basado en la Ley 6 del 22 de enero del 2002, que adopta las normas para la transparencia en la gestión pública y la acción de habeas data.

En cuanto a la necesidad de información los usuarios hacen notas de solicitud formal de copias de sus expedientes y se les tramita a través de la sección de Registros de estadísticas de salud, el flujo se desarrolla de esta forma debido a la inestabilidad en la presencia de Asesor legal a nivel regional. Generalmente los

juzgados son quienes piden información de manera formal; en el caso de los distritos los responsables hacen la solicitud directamente a reges.

SISTEMA DE INFORMACIÓN GERENCIAL QUE CONTEMPLE CENTROS DE PRODUCCIÓN CLARAMENTE ESTABLECIDOS, QUE RESPONDAN A LAS NECESIDADES Y COMPLEJIDAD DE LA INSTALACIÓN DE SALUD

Actualmente no tenemos centros de producción establecidos, pero se inicia por parte de la Dirección de Provisión de Servicios de Salud el desarrollo de la implementación de la Metodología de la Gestión Productiva de los Servicios de Salud (MGPSS), cuyo plan piloto fue iniciado en 2019 por la Dirección de Planificación de Salud. Su propósito es desarrollar o mejorar un sistema de información gerencial para la toma de decisiones en la gestión de instituciones o redes de servicios de salud aplicando las herramientas de esta metodología. Con la misma el nivel central busca fortalecer las capacidades gerenciales de los servicios de salud. El contenido temático del curso es el fortalecimiento de las capacidades gerenciales, la construcción de indicadores de gerenciales, el análisis de la información, y la toma de decisiones.

En la actualidad contamos con sistemas de información paralelos, se está tratando de realizar la unificación de los mismos.

6. EQUIPAMIENTO Y TECNOLOGÍA

En los talleres de Planificación de salud se solicitó a los directores de distrito entregaran la situación y necesidad de equipo biomédico, con el objetivo de enviar la información al Departamento de Provisión de Servicios de Salud y este en conjunto con los niveles locales desarrolle un Plan de adquisición, reposición y mantenimiento de los equipos biomédicos de las instalaciones de salud de la Comarca Ngäbe Buglé. Contar con un Programa de Continuidad dentro del Banco de Proyectos del Ministerio de Economía y Finanzas es vital para contar con presupuesto que apoye a mejorar la calidad de la atención.

EQUIPAMIENTO Y TECNOLOGÍA DISPONIBLE A NIVEL REGIONAL 2024

Cuadro No. 16

CAMAS POR HABITANTE SEGÚN INSTALACIÓN DE SALUD

NOMBRE DE LA INSTALACIÓN	INSTITUCIÓN/NO. DE CAMAS			
	TOTAL	MINSA	CSS	PRIVADO
No. Total de camas	87	87	...	...
Hospital General del Oriente Chiricano	56	56		
Centro de Salud de Hato Chamo	7	7		
Centro de Salud de Soloy	6	6		
Centro de Salud de Llano Ñopo	4	4		
Centro de Salud de Buenos Aires	3	3		
Centro de Salud de Kankintu	4	4		
Centro de Salud de Río Chiriquí	2	2		
Centro de Salud de Santa Catalina	2	2		
Centro de Salud de Bisira	2	2		
No. de servicios de imagenología	1	1		
• No. De Ultrasonidos	3	3		
• No. De Rayos X	1	1		
• No. De Panorex	0	0		
• No. De Periapical	1	1		
• No. De CAT	0	0		
• No. De Mamógrafos	1	1		
• No. De Equipos de resonancias magnéticas	0	0		
No. de Laboratorios Clínicos	3	3		
No. de Bancos de Sangre	0	0		
No. de Farmacias	14	14		
No. de Sillones Dentales	12	12	...	...
Completos				
Incompletos				

Cocientes de disponibilidad de camas:

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

Población de responsabilidad del Hospital General del Oriente Chiricano para el 2024 es de 162,832 habitantes lo cual nos arroja un resultado de 3,4 camas por

10,000 hab. Mientras que en el nivel primario contamos con un total de 31 camas y una población de responsabilidad de 247,990 habitantes lo cual arroja 1.25 camas por 10,000 hab.

La recomendación de la OMS es de 3 camas por 1,000 habitantes, lo cual nos deja una capacidad instalada muy por debajo de la requerida.

MECANISMOS ESTABLECIDOS PARA EL REPORTE DE ESTUDIOS DE IMÁGENES

El mecanismo utilizados dentro de la unidad hospitalaria para el reporte de estudios por imágenes realizados es a través del sistema de tele radiología en la cual las imágenes son captadas y procesadas a nivel local e interpretadas en el nivel central cuyo reporte es remitido nuevamente hacia la instalación en periodo aproximado de 10 días. Actualmente existe una especialista en radiología quien lee los reportes semanales por lo que se hace mas expedito los resultados, aun asi nos seguimos valiendo del Hospital virtual.

MECANISMOS UTILIZADOS PARA LA ENTREGA EFECTIVA DE LOS RESULTADOS A LOS PACIENTES

Del total de estudios realizados un 2 % de resultados no es retirado, todos los estudios se leen ya sea a través del Hospital virtual o por el médico radiólogo en el caso del Hospital. Las imágenes de urgencias son evaluadas por el médico que la solicita y/ o el médico que recibe al paciente en una instalación de mayor complejidad que tenga acceso a la plataforma virtual. El 80 % de los casos son pacientes que utilizan el servicio de urgencias mientras que Eel 20 % son estudios de imágenes solicitadas ambulatoriamente en los centros de salud o consulta externa del hospital.

PRESUPUESTO DE OPERACIÓN DESTINADO A MANTENIMIENTO Y REPARACIÓN

A nivel de la region de salud no contamos con presupuesto para reparación y/ o mantenimiento de equipos biomédicos, se realiza el análisis y cálculo del mismo, sin embargo, no se reciben fondos en los presupuestos de funcionamiento. El hospital recibe B/ 23,490.00 anuales que se utilizan para algunas piezas, baterias de sus equipos, mientras la región envía los equipos para su revisión en el Departamento de Biomédica de la Dirección de Provisión de Servicios de Salud o solicita giras para evaluación de los mismos en sitio.

PERSONAL DE MANTENIMIENTO CON FORMACIÓN EMPÍRICA

No contamos con personal de mantenimiento de equipos biomedicos, nos apoya el nivel central o la región de Chiriquí cuando es estrictamente requerido.

PRESUPUESTO DESTINADO A LA ADQUISICIÓN DE NUEVOS EQUIPOS

A nivel regional se estimó para el 2024 un monto de B/ 875,000.00 para adquirir nuevos equipos, información proveniente de la solicitud realizada a los directores de distritos por el Departamento de Planificación de salud y cuya entrega se realizó al Departamento de Provisión de Servicios de Salud quien debe verificar dicha información y remitirla a Provisión Nacional además del Departamwento de Planificacion de Salud regional quien apoya con el aáalisis, sustento y solicitud de los fondos al Ministerio de Economía y Finanzas; esta situación puede estar afectando las decisiones de la no descentralización de presupuesto con este fin.

CRITERIOS DE PRIORIZACIÓN PARA LA ADQUISICIÓN DE EQUIPOS Y NUEVAS TECNOLOGÍAS

Criterio de equipamiento básico se debe realizar según tipo de instalación y servicio ofertado, sin embargo, en la actualidad no se cuenta con datos de este procedimiento.



FOTOGRAFÍA N°9. FINANCIACIÓN DE LOS SERVICIOS

1. COMPENSACIÓN DE COSTOS

CONVENIOS DE COMPENSACIÓN DE COSTOS CON LA CSS EN LA REGIÓN Y EN LOS HOSPITALES

El sistema de compensación existe, sin embargo, este no se está llevando a cabo. Actualmente estamos segregando los pacientes asegurados atendidos en el Hospital, para consolidarlos al total regional que es un 5.3 % a junio 2023 (7% en el 2022). La mayor carga se percibe en el área del Oriente Chiricano, ya que la farmacia del hospital abastece a la población que no encuentra los insumos en los Centros de Salud de la Región de Chiriqui ubicados en el área del Oriente de la provincia, aún así se brinda el servicio, sin embargo, existe población que no es contemplada en nuestra planeación de insumos y otros suministros sanitarios, por ser del Oriente de la Región de Chiriqui y población cuyas instalaciones de menor complejidad son Centros de salud básicos que poseen una lista con renglones de medicamentos principalmente de la red primaria; por ello se considera como una prioridad el establecimiento de algún acuerdo o convenio y acercamiento con la Región de Salud de Chiriqui y con la CSS para que los recursos principalmente de insumos sanitarios que la población bajo su responsabilidad requiere se ubiquen estratégicamente en la farmacia de la instalación donde acceden por cercanía, Hospital Francisco Pérez o del Oriente Chiricano, de manera que se pueda asegurar la disponibilidad de estos insumos a la población oportunamente. La atención siempre y cuando este bien dirigida principalmente en el cuarto de urgencias, se desarrolla sin inconvenientes, pero es importante educar a la población para que acuda a su instalación de I y II grado de complejidad más cercana para evitar la congestión del cuarto de urgencias, mientras que la farmacia podría despachar los medicamentos que a pesar de ser del listado de centro de salud, de haber sido concensuados entre las partes, se les pueda brindar a los usuarios externos sin perjuicio de la población para la cual fueron estimados. Esto nos ayudará a no desproteger a la población que se contempla

en nuestro presupuesto y además a funcionar como una red integrada que beneficie a la población indistintamente del tipo que sea.

MECANISMOS APLICADOS PARA EL ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN DE COSTOS Y SU RELACIÓN CON LA PRODUCCIÓN, RENDIMIENTO, RECURSOS Y RESULTADOS. DECISIONES TOMADAS A PARTIR DE ESTE ANÁLISIS

Regionalmente no se hacen análisis de costos. Se inicia el análisis de las instalaciones 24 horas, la demanda, los resultados obtenidos y el costo que conlleva el mantener estos servicios abiertos durante todo el año. Se hace hincapié en que las jornadas extraordinarias deben ser utilizadas para realizar citas de control, procedimientos menores, capacitaciones y otras actividades programadas evitando el desgaste del personal de salud. Actualmente se trabaja en el costo promedio de una consulta de control según programa de salud por parte del Departamento de Planificación de Salud Regional, así como los costos de las atenciones de urgencias y las admisiones a salas de corta estancia dentro de los centros de salud habilitados para este fin.

ASPECTOS DE LA ATENCIÓN SANITARIA QUE DETERMINAN SUS COSTOS, INFLUENCIA DE LA TECNOLOGÍA, DECISIONES DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LOS PROFESIONALES EN LA COMPLEJIDAD Y DUPLICIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Referente al costo de la atención sanitaria los aspectos del enfoque que se le otorga a la Estrategia de Atención Primaria en Salud la cual hace énfasis en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, es determinante. Además el presupuesto limitado, conlleva a la realización de traslados por falta de insumos o ausencia de equipo biomédico básico, enfermedad avanzada o complicada, personal de salud disponible para brindar la atención, personal no calificado o ausencia del personal con mayor capacidad resolutive.

TARIFAS ESTABLECIDAS Y SU REPRESENTACIÓN A LOS COSTOS REALES, BASES SOBRE LAS QUE SE ESTIMAN Y NECESIDAD DE AJUSES

Regionalmente no tenemos tarifas establecidas, por lo que desconocemos si estas son representativas de los costos reales que estamos analizando en estos momentos. El Hospital posee tarifas adecuadas a la población y su nivel socioeconómico basado en recomendaciones de tablas de tarifas del Ministerio de Salud en otras provincias, a pesar de ello, no se han realizado estudios de costos dentro del hospital con los que se puedan comparar y extraer la representatividad con respecto al valor real gastado por los usuarios externos.

La compensación de costos debe estar siendo afectada por la duplicidad, sin embargo, al no llevar los costos no tenemos una idea clara de la magnitud de la afectación.

2. FUENTES DE FINANCIACIÓN

AUTOGESTION, APORTES, PRESUPUESTO DEL ESTADO, DONACIONES, SEGURO SOLIDARIO

Actualmente recibimos fondos a través de autogestión para los programas de VIH/ITS y programa para el control de la tuberculosis; fondos o aportes provenientes de los impuestos de los productos de tabaco y presupuesto del Estado.

REDUCCIÓN DE LAS BRECHAS EN GASTO TOTAL EN SALUD PER CÁPITA Y GASTO PÚBLICO PER CÁPITA

Las brechas en gasto total en salud per cápita y gasto público per cápita no se han reducido; Para la Región Ngäbe Buglé han aumentado, pese a la existencia de programas destinados a disminuir el índice de pobreza mediante el acceso a salud y educación, estos programas han perdido su enfoque y hacen que la población

no le de importancia al goce de buena salud, mucho menos si no tiene costo alguno; La población invierte las transferencias monetarias condicionadas en celulares, maquillajes, sustancias no nutritivas como sodas y chucherías con colorantes artificiales, alcohol por mencionar algunos artículos. Hace falta un adecuado seguimiento y orientación a la población por parte de los promotores del Ministerio de Desarrollo Social en conjunto o con apoyo del Ministerio de Educación y el Ministerio de Salud.

En esta comarca el gasto en salud per capita es cada vez mayor y vemos la tendencia al aumento en el gasto público per capita.

PORCENTAJE DEL PRODUCTO INTERNO QUE SE DESTINA AL SECTOR SALUD

Para el año 2020 el gasto público destinado a salud fue el 5.86 % del producto interno bruto y para el 2021 se reportó un 5.38 % siendo para ese año el gasto en salud per capita de B/ 692.00. Estos porcentajes excluyen al sector privado, sin embargo, para el año 2019 se reportó un gasto total en el sector salud del 7.6 % y un gasto per capita de B/ 1,193.00. Lo cual muestra una disminución en el gasto público en el sector salud a pesar de que la tendencia entre los años 2000 y 2020 muestran un aumento de 1.19 %. Este gasto no se ve reflejado en la Comarca Ngäbe Buglé puesto que sus indicadores de salud permanecen sin grandes avances, tampoco se desconcentra presupuesto acorde a la realidad de esta región de salud desde su creación en 1997.

FUNCIONAMIENTO DEL SISTEMA DE EVALUACIÓN SOCIO-ECONÓMICA, RECUPERACIÓN DE COSTOS DE ACUERDO A LOS RECURSOS DE LOS USUARIOS, MODIFICACIONES QUE DEBEN REALIZARSE Y DIFERENCIA ENTRE COSTOS Y TARIFAS

No existe una real evaluación socioeconómica, dentro del territorio comarcal la atención es gratuita; en el Hospital General del Oriente Chiricano se recauda usando las tarifas estándar del Ministerio de Salud, si el paciente no puede pagar

se le pone un sello de exonerado. No se lleva un control del costo real de la atención.

IMPACTO DE LAS RESOLUCIONES Y DECRETOS DE GRATUIDAD EN EL PRESUPUESTO Y POBLACION SUBSIDIADA POR EL ESTADO

Las Resoluciones de gratuidad han aumentado las atenciones de control y morbilidad en las instalaciones de salud sobretodo aquellas de tipo Centro de Salud. Dentro del territorio comarcal toda la población es subsidiada.

SUBSIDIO ESTATAL COMO GARANTE DE LA EQUIDAD SANITARIA

Este subsidio en realidad no garantiza la equidad sanitaria, ya que la población esta dispersa y el recurso humano no es suficiente, de manera que para lograr las mismas metas que en otras regiones del pais el esfuerzo es mayor.

PAPEL DE LAS DONACIONES COMO FUENTE FINANCIERA VERSUS GENERACIÓN DE DIFICULTADES PARA LA ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA

Las donaciones no son una fuente importante de financiamiento, en ocasiones lo que es donado no es lo que se requiere; durante la pandemia por COVID-19 se recibieron donaciones de insumos de desinfección y cabinas para realizar los hisopados, oxímetros de pulso y termómetros. Aun no tenemos una cifra para estas donaciones ya que llegan sin precios, inclusive los insumos del nivel central se enviaron en cantidad sin costos.

APORTES TÉCNICOS-FINANCIEROS DE LOS ORGANISMOS INTERNACIONALES, EMPRESAS PRIVADAS Y OTROS

Se han recibido principalmente de organismos internacionales fondos destinados a compra de ambulancias y construcciones de instalaciones de salud. En su mayoría el donante entrega el insumo.

SOBRE UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD Y LIMITACIÓN DE LA EFICIENCIA DEL SISTEMA DEBIDO A LAS TARIFAS ACTUALES

Se desconocen las tarifas reales, prácticamente no se recauda en esta región de salud, pero no se piensa que exista una sobreutilización del sistema mas bien una duplicidad de la red fija con los proveedores externos.

INFORMACIÓN CONFIABLE Y OPORTUNA SOBRE GASTO PÚBLICO EN SALUD, PRIVADO Y DE BOLSILLO

No recaudamos, por lo que no contamos con información sobre gasto de bolsillo actual, pero según la Encuesta de Gasto de Bolsillo realizada por el Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud, ICGES del 2014, el gasto de bolsillo al menos en el distrito de Besiko fue de B/ 19.79 en promedio llegando a gastar desde B/ 2.00 en malestares de gastritis hasta B/ 60.00 en dolor de cabeza y migrañas; comparado con otros distritos encuestados donde la Comarca Madugandi gastó B/ 15.00 en dolor de cabeza y migraña y los distritos de las provincias de David y Colón gastaron hasta B/ 200.00 anuales en medicamentos para la Diabetes.

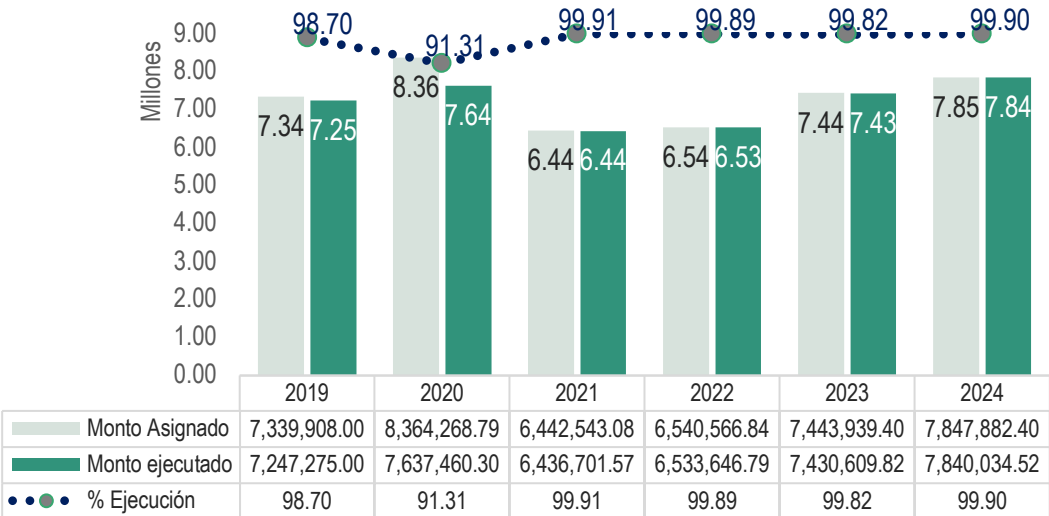
RECURSOS PARA LA ADQUISICIÓN, CONTRATACIÓN Y MEJORAS DE LAS TECNOLOGÍAS DE PUNTA (ANCHO DE BANDA, SERVIDORES, CONTRATACIÓN DE SERVICIOS DE INTERNET).

Actualmente las contrataciones para la instalación o mejoras de tecnologías de punta se realizan a nivel central, como por ejemplo el Proyecto del Sistema Electrónico de Información de Salud cuya conectividad y almacenamiento de información se realiza a través de un Proveedor externo, también los mantenimientos de equipos biomedicos de teleradiología.

TOMA DE DECISIONES, NEGOCIACIÓN Y MODULACIÓN DE RECURSOS TÉCNICOS FINANCIEROS DE DIVERSAS FUENTES

La toma de decisiones y la base utilizada para la gestión, negociación y modulación de los recursos financieros principalmente de fuentes del Estado se realiza a nivel central. Algunos objetos de gasto como medicamentos, insumos médico quirúrgicos, equipamientos e infraestructuras son centralizados y ejecutados a nivel nacional. El presupuesto de funcionamiento e inversión son asignados para cada vigencia fiscal. Para el 2023 se solicitaron a través del SIPRES Web del Ministerio de Economía y Finanzas un monto de B/ 4,168,070.00 sin incluir el recurso humano y sobretiempo, recibiendo B/ 559,191.00; mientras que para el 2024 se solicitaron B/ 3,932,023.00 de los cuales se nos asignaron B/ 721,910.00. El 30 % de estos presupuesto se utiliza para alquileres de las oficinas administrativas y las 107 instalaciones de salud. La asignación completa del presupuesto entre los años 2019 y 2024 se estima en B/ 7.33 millones anuales en promedio, de los cuales el 7.5% es desconcentrado a la región y utilizado para funcionamiento sin incluir los servicios personales. (Gráfico 41)

Gráfico 41. Asignación y Ejecucion presupuestaria en la Comarca Ngäbe Bugle, 2019- 2024.



Fuente: Sección de presupuesto Región de Salud Comarca Ngäbe Buglé.

MARCOS LEGALES E INSTITUCIONALES Y PROCEDIMIENTOS PARA OBTENER RECURSOS DE LA COOPERACIÓN EXTERNA PARA EL SECTOR SALUD

Se tiene el conocimiento y las bases legales para obtener recursos a través de la cooperación internacional, lo que se requiere son donantes que respondan a las demandas reales solicitadas por estas vías. Es importante mencionar que cada país tiene un protocolo que debemos cumplir al solicitar algún tipo de apoyo, generalmente la Embajada de Japón apoya con la compra de ambulancias para las comunidades, posteriormente esta ambulancia debe ser traspasada al ministerio de Salud para poder darle el mantenimiento en el caso en que la comunidad no se organice y asuma estos costos; también se reciben donaciones de infraestructura como por ejemplo a través de la Embajada de los Estados Unidos de América, quienes también poseen sus requisitos.



FOTOGRAFÍA N°10. PROYECTOS DE INVERSIÓN

PRINCIPALES ÁREAS DE INVERSIÓN REQUERIDAS PARA EL DESARROLLO DE UNA RED INTEGRADA E INTEGRAL DE SERVICIOS DE SALUD (RIISS)

Con base a los análisis prospectivos de la red de servicios de salud las principales áreas de inversión para el desarrollo de las RIISS son las mejoras y mantenimiento de las infraestructuras ya existentes así como su equipamiento. La elevación de instalaciones de salud a un mayor grado de complejidad dentro del primer nivel de atención. En la Comarca Ngäbe Buglé contamos con análisis de algunas instalaciones de salud tipo Puesto de Salud cuya demanda real obedece a un grado de complejidad de Centro de Salud Básico, aunque para completar los criterios de elevación de un grado de complejidad a otro hace falta presupuesto para la operación de los mismos específicamente complementar el recurso humano, no solo médico, enfermera y técnico de enfermería, con los que ya se cuenta, sino el equipo de salud completo para ofrecer servicios de salud integrales a la población y al ambiente.

CRITERIOS PARA PRESENTAR PROYECTOS DE INVERSIÓN ESTABLECIDOS POR EL MEF Y DIFICULTAD PARA SU CUMPLIMIENTO

Los criterios principales establecidos por el MEF para presentar proyectos de inversión pública son la viabilidad del proyecto, básicamente al ser proyectos de interés social deben estar alineados con el Plan Estratégico de Gobierno para ser considerados. Antes de subir cualquier proyecto este debe pasar por la revisión de la Comisión Evaluadora de la Dirección de Planificación de Salud; para el caso de Proyectos nuevos, una vez se realiza la aprobación de la viabilidad se puede subir como perfil dentro del Banco de Proyectos del MEF. Este debe cumplir con requisitos mínimos según el monto total de la inversión como por ejemplo estudios

de factibilidad que se exigen cuando el proyecto tiene un costo mayor a 5 millones de dolares.

Para todo proyecto de inversión el MEF exige a partir del año 2024, un informe de ejecución de la vigencia fiscal anterior vigente, además el estudio a nivel de perfil debe incluir la evaluación del riesgo, evaluaciones económica y social; además todas las solicitudes de continuidad deben contar con los desgloses de actividades y montos específicos para cada instalación a intervenir así como la descripción completa de los trabajos a realizar.

PRINCIPALES LIMITANTES PARA EL CUMPLIMIENTO DE LOS CRITERIOS

La principal dificultad es el poco recurso humano destinado a elaborar los perfiles; Los criterios son trabajados durante el año anterior a la solicitud del financiamiento en conjunto con el Departamento de Infraestructura de salud regional, con el que contamos desde el año 2016. Ingresar el perfil dentro del Banco de proyectos del MEF y realizar la solicitud de fondos, siempre que se cuente con internet, no es una dificultad. Los Proyectos de mayor complejidad o aquellos que se realizan en fases se suben a nivel regional y se monitorean con apoyo del nivel central, los planos en ocasiones también los desarrolla el nivel central tomando en cuenta las áreas médico funcionales previo visto bueno de la Dirección de Provisión de Servicios de Salud.

PROYECTOS DE INVERSIÓN PROYECTADOS ALINEADOS CON LOS OBJETIVOS DE MEJORAR CUALITATIVA Y CUANTITATIVAMENTE LA RED DE SERVICIOS A FIN DE LOGRAR UNA RED INTEGRADA E INTEGRAL DE SERVICIOS DE SALUD (RIISS) Y SU APORTE AL FORTALECIMIENTO DE LA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD RENOVADA

En cuanto a la alineación hacia la construcción de las RIISS, todos los proyectos apuntan a mejorar la red de servicios y buscan fortalecer la atención primaria; en los últimos 10 años los proyectos de inversión solicitados al MEF han sido aprobados, pero los fondos finalmente siempre sufren los llamados recortes

presupuestarios o contención del gasto, por lo cual no son desconcentrados en su totalidad a la region de salud , en otras ocasiones y debido a los montos, los trámites los realiza el nivel central y la mayoría de las licitaciones han quedado desiertas. Los proyectos que se han logrado realizar son los que se priorizan bajo el Programa de Mejoramiento de las instalaciones de salud de la Región Ngäbe Buglé, el cual también es objeto de recorte presupuestario asignándose una menor cantidad de fondos por parte de Infraestructura Nacional.

PROYECTOS DE INVERSIÓN PÚBLICA Y COOPERACIÓN TÉCNICA INTERNACIONAL

Existen por parte de la Embajada de Los Estados Unidos de Norteamérica los Centros de Salud de Quebrada Hacha de Besiko (2019) y el Centro de Salud de Hacha de Kankintu (2019), ambos fueron reposiciones de infraestructuras existentes y con la reposición se elevaron de complejidad de acuerdo al análisis de la red.

En el 2013 se inauguro el Centro de Salud de Alto Caballero financiado también por la Embajada de los Estados Unidos de Norteamérica y a través de los diferentes períodos se recibe cooperación técnica internacional a través de la Embajada de Japón que principalmente apoya a las comunidades con ambulancias.

En el año 2023 se construyó el Almacén de Depósito de Biológico con apoyo de la OPS. Además se llevan a cabo proyectos con financiamiento del Banco Mundial cuya primera fase incluyó la Construcción del Centro de Salud con camas de Llano Ñopo por un monto de B/ 3,560,024.14 y Construcción del Centro de Salud Básico de Cerro Banco por B/ 2,011,916.40.

ACTUALIZACIÓN DEL PLAN QUINQUENAL DE INVERSIONES

Se cuenta con el Plan Quinquenal de Inversiones, el cual se revisa y actualiza cada año. Este Plan incluye proyectos de continuidad como el Programa de Mejoramiento de las Instalaciones de Salud de la Región Ngabe Bugle con código

SINIP 12112.999, y proyectos nuevos que consisten en ampliaciones y reposiciones. El programa de equipamiento no ha solicitado fondos a pesar de su creación en el año 2018, no se cuenta con información actualizada de la necesidad y costos de los equipos biomédicos.

Figura 8. Montos programados en el Plan Quinquenal de Inversiones, Comarca Ngäbe Buglé. 2024- 2029.

MINISTERIO DE ECONOMIA Y FINANZAS
DIRECCION DE PROGRAMACIÓN DE INVERSIONES PUBLICAS
PLAN QUINQUENAL INDICATIVO DE INVERSIONES NO FINANCIERAS

SINIP	Partida	Objeto de Gasto	Descripción	Quinquenal	2,024	2025	2026	2027	2028	2029	Estatus
012112.999	012.1.1.14.01	514	Mejoramiento de las instalaciones de salud de la Comarca Ngäbe Buglé	B/. 2,325,176.00	69,179.00	311,180.00	469,417.00	562,200.00	561,000.00	352,200	Continuidad
			Mejoras integrales al Puesto de Salud de Camaron arriba, Hato Raton, Hato Rincon								

Fuente: Depto. Planificación de Salud Comarca Ngäbe Buglé. 2024

ADECUACIÓN DEL PLAN QUINQUENAL DE INVERSIONES A LAS NECESIDADES Y DEMANDAS REGIONALES

El Plan quinquenal de inversiones se actualiza anualmente y se analizan y realizan priorizaciones de manera rutinaria, adicional dentro del mismo se incluyen todos los proyectos de inversión pública relacionados a infraestructuras de salud con aportes de los gobiernos locales, ONGs, empresas privadas, embajadas internacionales y otros. En el año 2023 se solicitaron y aprobaron B/ 400,180.00 dentro del Programa de Mejoramiento de Instalaciones de salud de la Región Ngäbe Buglé vigencia 2024 que es un proyecto de continuidad dentro del Banco

de Proyectos del Ministerio de Economía y Finanzas; de este total solicitado la Dirección de Infraestructuras de Salud aprobó la desconcentración de B/ 69,179.00 que fueron ejecutados en un 98 %.

Para la vigencia 2025 se solicitaron y aprobaron B/ 311,180.00, de este monto no se nos ha desconcentrado fondos al momento de la actualización de este análisis. Cabe señalar que la Comarca Ngäbe Buglé estimó la necesidad de mejoras de infraestructuras por un valor que asceinde a los B/ 1,017,573.46 a finales del 2024.

ANEXOS

**ANEXO 1: RESUMEN DE AVANCES EN LOS INDICADORES DEL OBJETIVO
DE DESARROLLO SOSTENIBLE 3**

MINISTERIO DE SALUD
REGIÓN DE SALUD COMARCA NGÄBE BUGLÉ



**OBJETIVOS
DE DESARROLLO
SOSTENIBLE**

**RESUMEN DE AVANCES DE LOS INDICADORES DEL
OBJETIVO DE DESARROLLO SOSTENIBLE 3 DE LA
AGENDA 2030**

Enero 2024

ANTECEDENTES

Para septiembre de 2015, los países que integran las Naciones Unidas no lograron alcanzar las Metas de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), es por ello que en Asamblea General establecieron una visión hacia la sostenibilidad económica, social y ambiental. Durante esta asamblea los 193 Estados Miembros suscribieron la Agenda 2030, la cual se traduce en 17 objetivos y 169 metas cada una de ellas interrelacionada con la otra de manera que al abordarlas en su conjunto se garantice el cumplimiento de estos nuevos objetivos y las países mejoren las condiciones globales de la población.

Los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) son herramientas de planificación y seguimiento para los países y sus niveles de organización, es por ello que nuestro país como parte del compromiso con la población los adopta mediante Decreto Ejecutivo N° 393 de 17 de septiembre de 2015.

Figura 1. Decreto Ejecutivo N° 393 de 17 de septiembre de 2015.

No. 27870-B

Gaceta Oficial Digital, jueves 17 de septiembre de 2015

1|

REPÚBLICA DE PANAMÁ
MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES

DECRETO EJECUTIVO N.º 393

Que adopta los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) y dicta otras disposiciones

EL PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA,
en uso de sus facultades constitucionales y legales, y



Fuente: Gaceta Oficial No. 27870-B.

Con base en este marco legal, el Ministerio de Salud inicia una serie de talleres destinados a dar seguimiento y monitoreo a la situación y avance de las metas de los indicadores del objetivo 3 “ Salud y Bienestar “ y otros objetivos que estan vinculados a este. Para el ordenamiento de los procesos y actividades destinadas

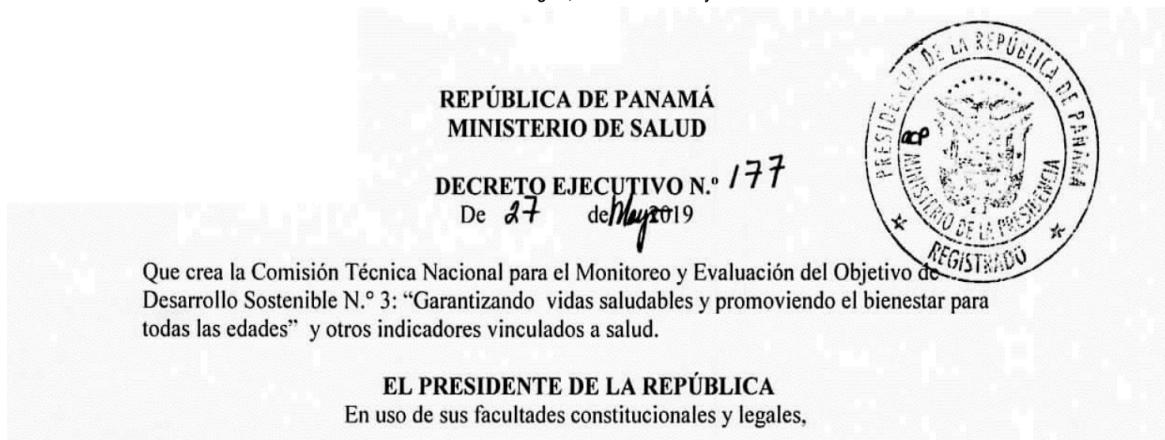
a este fin se reglamenta una Comisión Técnica Nacional a través del Decreto Ejecutivo N° 177 de 27 de mayo de 2019.

Figura 2. Decreto Ejecutivo N° 177 de 27 de mayo de 2019.

No. 28783-B

Gaceta Oficial Digital, martes 28 de mayo de 2019

1



Fuente: Gaceta Oficial No. 28783-B.

Metas e indicadores



36 Indicadores

SITUACIÓN ACTUAL

Desde el año 2018 la Región de Salud de Comarca Ngäbe Buglé ha venido trabajando en el seguimiento de los 36 indicadores dentro del objetivo de desarrollo sostenible 3, además de hacer énfasis en alianzas para alcanzar los 17 objetivos dentro de territorio comarcal.



Objetivo 3: Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades

CRONOLOGÍA REGIONAL DE INDICADORES

INDICADOR / REGIÓN	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
3.1.1 Razon de mortalidad materna	130.2	162.5	83.6	113.3	84.5	242.0	105.4	*
3.1.2 Proporción de partos con asistencia profesional	62.6	60.4	61.6	58.	65.5	56.1	59.3	*
3.2.1 Tasa de mortalidad de menores de 5 años X 1000 (nacidos vivos)	6.4	33.8	25.9	27.	34.8	17.4	18.4	*
3.2.1 Tasa de mortalidad de menores de 5 años X 1000 (Poblacion < 5 años	*	*	5.7	6.5	7.4	3.6	5.2	*
3.2.1.a Tasa de mortalidad infantil X 1000 NV	20.7	21.4	16.6	16.1	21.5	10.1	11.1	*
3.2.1.b Tasa de mortalidad infantil X 1000 Po	19.3	21.7	17.5	18.6	21.9	10.1	11.1	*
3.2.2 Tasa de mortalidad neonatal X 1000	9.4	7.8	4.7	5.3	7.6	5.8	3.6	*
3.2.2.a Tasa de mortalidad perinatal X 1000	15.5	13.2	11.8	10.3	14.1	12.1	13.8	*
3.3.1 Numero de nuevas infecciones por el V.I.H	..	..	..	..	140.0	67.6	114.1	108.0
3.3.2 Incidencia de Tuberculosis	..	..	..	73.4	49.2	31.1	41.2	55.1
3.3.3 Incidencia de Malaria x 1000	..	..	..	..	*	78.3	127.6	536.8
3.3.3.a Incidencia de malaria x 100,000 poblacion malarica)	..	..	..	..	*	127.6	127.6	3859.5
3.3.4 Incidencia de Hepatitis B	2.0	..	..	12.6	13.2	6.2	*	*

INDICADOR / REGIÓN	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
3.4.2. Tasa de mortalidad por suicidio X 10,000	8.6	3.9	2.9	0.94	1.4	0	3.0	..
3.4.2.a. Tasa de intento de suicidio	...	...	...	..	..	3.2	3.5	*
3.4.2.b Porcentaje de consultas por depresión en las instalaciones de salud del MINSA	...	...	..	..	..	0.89	..	..
3.5.2 Consumo de riesgo o perjudicial de alcohol en población de 12 años y más	...	...	..	..	..	..	..	..

3.a.1 Prevalencia de consumo actual de tabaco entre personas de 15 o más años de edad	...	...	...	...	7.9			
3.b.1 Proporción de la población inmunizada por todas las vacunas incluidas en su programa nacional *								
3.c.1 Densidad y distribución de los trabajadores sanitarios **								

.. No hay datos disponibles.

*Pendiente datos.

**Proporción de población inmunizada por todas las vacunas incluidas en el Programa Ampliado de Inmunizaciones. Adjuntado en Tablas 1, 2, 3, 4 y 5.

***Densidad de población de los médicos, enfermeras y odontólogos adjunto en Tabla 6.

Fuente: Informe del Programa Ampliado de Inmunización Regional Comarca Ngäbe Buglé.

CRONOLOGIA DE VACUNACIÓN POR TIPO DE VACUNA Y SEGÚN GRUPO ETARIO DE ACUERDO A NORMATIVA VIGENTE NACIONAL

Tabla 1. Cobertura de vacunas en menor de 1 año. 2015, 2020 y 2023.

VACUNA	2015	2020	2023	CRONOLOGIA
Hep B	60.0	24.0	45.0	
Neumococo	80.2	92.0	64.0	
Influenza	61.9	70.0	56.0	
BCG	100.0	77.0	53.0	
Hexavalente	78.2	76.0	63.0	
Rotavirus	73.9	79.0	62.0	

Fuente: Elaboración propia con datos del Informe del Programa Ampliado de Inmunización Comarca Ngäbe Buglé.

Tabla 2. Cobertura de vacunas en 1 año. 2015, 2020 y 2023.

VACUNA	2015	2020	2023	CRONOLOGÍA
Hep A	27.5	31	53	
MMR	28.4	30	45	
Influenza	..	..	14	
Varicela	12.3	26	58	

Fuente: Elaboración propia con datos del Informe del Programa Ampliado de Inmunización Comarca Ngäbe Buglé.

Tabla 3. Cobertura de vacunas de VPH y TDAP en edad de 10 años por sexo, años 2015, 2020 y 2023.

VACUNA	2015	2020	2023	CRONOLOGÍA
VPH (masc)	18	11	9	
VPH (fem)	28.6	7	17	
TDAP (masc)	22.9	11	8	
TDAP (fem)	..	11	9	

Fuente: Elaboración propia con datos del Informe del Programa Ampliado de Inmunización Comarca Ngäbe Buglé.

Tabla 4. Cobertura de vacunas en Embarazadas, años 2015, 2020 y 2023.

VACUNA	2015	2020	2023	CRONOLOGÍA
TDAP	29.5	43	54	
Influenza	..	45	61	

Fuente: Elaboración propia con datos del Informe del Programa Ampliado de Inmunización Comarca Ngäbe Buglé.

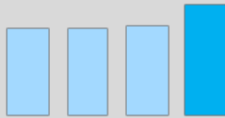


Tabla 5. Cobertura de vacunas en Adulto Mayor, años 2015, 2020 y 2023.

VACUNA	2015	2020	2023	CRONOLOGÍA
Influenza	52.4	61	45	
Neumococo	6.8	78	48	

Fuente: Elaboración propia con datos del Informe del Programa Ampliado de Inmunización Comarca Ngäbe Buglé.

CRONOLOGÍA DE LA DENSIDAD DE TRABAJADORES DE SALUD

Tabla 6. Densidad de médicos, enfermeras y odontólogos, años 2010, 2015, 2020 y 2023.

TIPO DE PROFESIONAL	2010	2015	2020	2023	CRONOLOGÍA
médicos	1.27	1.26	1.29	1.61	
enfermeras	1.1	1.06	1.07	1.57	
odontólogos	0.52	0.51	0.44	0.44	

Fuente: Elaboración propia con datos del Informe de la Oficina Institucional de Recursos Humanos, Comarca Ngäbe Buglé.



CUMPLIMIENTO DE LOS INDICADORES DE MORTALIDAD MATERNA E INFANTIL

Avances en el cumplimiento de metas según indicador						
Meta	Indicador	Línea basal (2015)	Meta alcanzada 2018	Meta 2020	Diferencia porcentual	Avance en el cumplimiento Meta 2020
3.2. Para el año 2030, finalizar las muertes evitables en niños menores de cinco años.	3.2.1. Tasa de mortalidad de niños menores de 5 años	16.2	17.7	16.0	1.7 (+)	0%
3.2.a. Para el año 2030, finalizar las muertes evitables en los menores de 1 año.	3.2.1.a. Tasa de mortalidad infantil	12.3	14.2	12.0	2.2(+)	0%
3.2.3. Para el año 2030, finalizar las muertes evitables en menores de 28 días de nacidos.	3.2. Tasa de mortalidad neonatal	7.2	8.6	7.0	1.6 (+)	0%
3.2.3.a. Para el año 2030, finalizar las muertes evitables entre las 28 semanas y los siete primeros días de vida.	3.2.3.a Tasa de mortalidad perinatal	11.2	11.3	11.0	0.3 (+)	0%

Fuente: Elaboración propia con datos de la Sección de Registros de Estadísticas de Salud, Comarca Ngäbe Buglé.



Imagen: UNFPA 2020, Mujeres embarazadas en el albergue de San Félix.

ANEXO 2: ACCESIBILIDAD A LAS COMUNIDADES

MINISTERIO DE SALUD
REGIÓN DE SALUD NGABE BUGLE
ACCESIBILIDAD DE COMUNIDADES

DISTRITO	CORREGIMIENTO	COMUNIDAD	POBLACIÓN TOTAL 2020	CENTRO DE SALUD DE REFERENCIA	Medio de transporte 1	Tiempo en horas y minutos	Distancia en Km	Costo U\$	Medio de transporte 2	Tiempo en horas y minutos	Distancia en Km	Costo U\$	Medio de transporte 3	Tiempo en horas y minutos	Distancia en Km	Costo U\$	Costo total (id y regreso)	Total de Tiempo
BESIKO	BOCA DE BALSAS	PELEJO DE AGUA	299	SOLOY	CABALLO	30 MIN		\$ 10.00	CARRO	30 MIN		\$ 1.50					\$ 23.00	1 HORA
BESIKO	BOCA DE BALSAS	SABANA DE HUSO	291	SOLOY	CABALLO	1 HORA		\$ 10.00									\$ 20.00	1 HORA
MUNA	NIBA	CERRO PLATA	128	SOLOY	CABALLO	2 HORAS		\$ 10.00	CARRO	30 MIN		\$ 1.50					\$ 23.00	2:30 HORA
BESIKO	NIBA	QUEBRADA NIGUA O CHUVE	212	SOLOY	CABALLO	2 HORAS		\$ 10.00	CARRO	30 MIN		\$ 1.50					\$ 23.00	2:30 HORA
MIRONO	HATO PILON (CABECERA)	BOCA DEL MONTE O CERRO VACA (P)	88	HATO JULI	CABALLO	45 MIN		\$ 10.00	CARRO	30 MIN		\$ 1.50					\$ 23.00	1:15 HORA
MIRONO	HATO PILON (CABECERA)	GUARANI	131	HATO JULI	CABALLO	45 MIN		\$ 10.00	CARRO	30 MIN		\$ 1.50					\$ 23.00	1:15 HORA
MIRONO	HATO PILON (CABECERA)	HATO PILON (P)	583	HATO JULI	CARRO	30 MIN		\$ 1.50									\$ 3.00	30 MIN
MIRONO	CASCABEL	PLAN CHEGUI O CASCABEL	220	HATO JULI	CABALLO	3 HORAS		\$ 10.00	CARRO			\$ 3.50					\$ 27.00	3 HORAS
MIRONO	CASCABEL	CERRO PITA	88	HATO JULI	CABALLO	4 HORAS		\$ 10.00	CARRO			\$ 3.50					\$ 27.00	4 HORAS
MIRONO	HATO COROTU	ALTO REY	345	SAN FELIX	CABALLO	30 MIN		\$ 10.00	CARRO	1 1/2 HORA		\$ 3.00					\$ 26.00	2 HORAS
MIRONO	HATO COROTU	HATO COROTU	456	SAN FELIX	CARRO	1 1/2 H		\$ 3.00									\$ 6.00	1:30 HORA
MIRONO	HATO COROTU	POTRERO DE PALMA (P)	605	SAN FELIX	A PIE	30 MIN			TAXI	10 MIN		\$ 0.50	BUS	40 MIN		\$ 2.00	\$ 5.00	1:20 HORAS
MIRONO	HATO COROTU	CALABAZALO CIOGRODE	247	SAN FELIX	CABALLO	30 MIN		\$ 10.00	CARRO	1 1/2 HORA		\$ 3.00					\$ 26.00	2 HORAS
MIRONO	HATO COROTU	ALTO CAMARON O QUEBERI	369	SAN FELIX	CABALLO	1 1/2 HORA		\$ 10.00	CARRO	1 1/2 HORA		\$ 3.00					\$ 26.00	3 HORAS
MIRONO	HATO CULANTRO	HATO LORO	211	SAN FELIX	CABALLO	1 HORA		\$ 10.00	CARRO	1/2 HORA		\$ 1.50					\$ 23.00	1:30 HORAS
MIRONO	HATO JOBO	BOCA DE CANDELA	120	SAN FELIX	CABALLO	45 MIN		\$ 10.00	CARRO	1/2 HORA		\$ 1.50					\$ 23.00	1:15 HORAS
MIRONO	HATO JOBO	CAÑAZAS	170	SAN FELIX	CABALLO	30 MIN		\$ 10.00	CARRO	1/2 HORA		\$ 2.25	BUS	30 MIN		\$ 1.75	\$ 28.00	1:30 HORAS
MIRONO	HATO JOBO	HATO JOBO	339	SAN FELIX	CABALLO	1 HORA		\$ 10.00	CARRO	45 MIN		\$ 2.50	TAXI	10 MIN		\$ 0.50	\$ 26.00	1:50 HORAS
MIRONO	HATO JULI	ALTO NANCITO	410	HATO JULI	BUS	15 MIN		\$ 0.50									\$ 1.00	15 MIN
MIRONO	HATO JULI	HATO JULI (P)	738	HATO JULI	A PIE	10 MIN	1 KM										\$ -	15 MIN
MIRONO	HATO JULI	CALABAZAL	481	HATO JULI	CABALLO	20 MIN		\$ 10.00									\$ 20.00	20 MIN
MIRONO	QUEBRADA DE LORO	CAÑAZA (P)	180	SAN FELIX	CARRO	1 HORA		\$ 4.00									\$ 8.00	1 HORA
MIRONO	SALTO DUPI	GUAYABAL O ALTO GUAYABAL	823	SAN FELIX	CABALLO	1 HORA		\$ 10.00	CARRO	15 MIN		\$ 1.00	TAXI	10 MIN		\$ 0.50	\$ 23.00	1:25 HORA
MIRONO	SALTO DUPI	CERRO GALLINA	273	SAN FELIX	CABALLO	1/2 HORA		\$ 10.00	CARRO	30 MIN		\$ 1.50	BUS	15 MIN		\$ 1.00	\$ 25.00	1:15 HORA

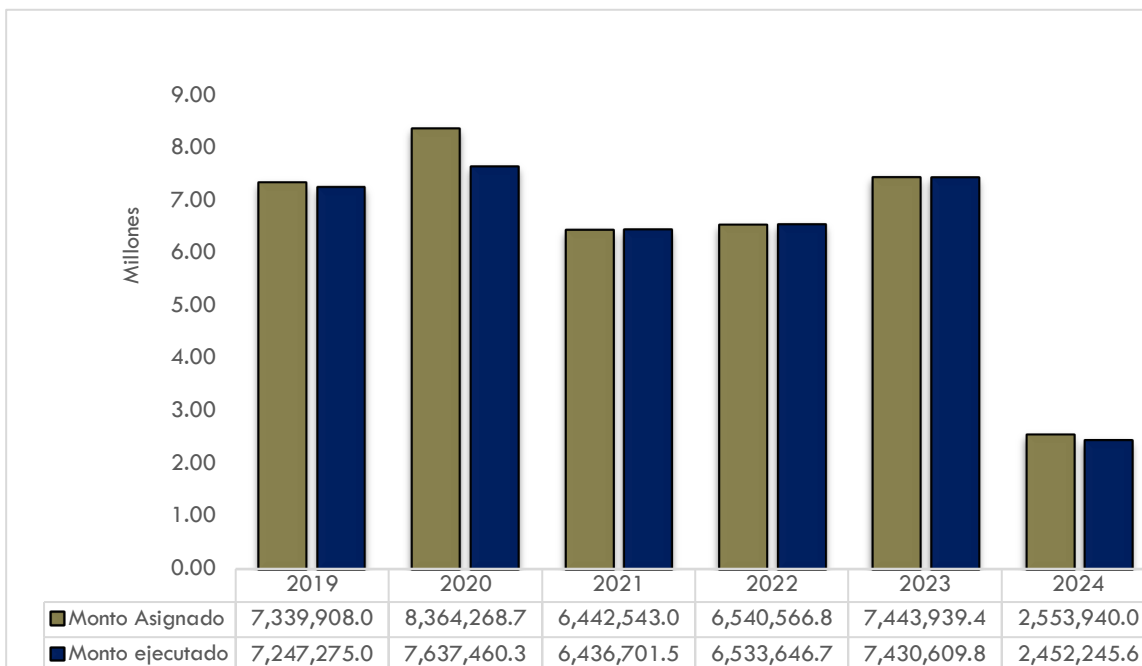
DISTRITO	CORREGIMIENTO	COMUNIDAD	POBLACIÓN TOTAL 2020	CENTRO DE SALUD DE REFERENCIA	Medio de transporte 1	Tiempo en horas y minutos	Distancia en Km	Costo U\$	Medio de transporte 2	Tiempo en horas y minutos	Distancia en Km	Costo U\$	Medio de transporte 3	Tiempo en horas y minutos	Distancia en Km	Costo U\$	Costo total (ida y regreso)	Total de Tiempo
MÚNA	CHICHICA (CABECERA)	CALABACITO DE MIRANDA	73	LLANO ÑOPO	CABALLO	1 HORA		\$ 10.00									\$ 20.00	1 HORA
MÚNA	CHICHICA (CABECERA)	CERRO ALGODON (P)	704	ALTO CABALLERO	CARRO	1/2 HORA		\$ 1.50									\$ 3.00	30 MIN
MÚNA	CHICHICA (CABECERA)	CERRO CRUZ	114	ALTO CABALLERO	CABALLO	20 MIN		\$ 10.00	BUS	30 MIN		\$ 1.50					\$ 23.00	50 MIN
MÚNA	CHICHICA (CABECERA)	CHICHICA	1276	ALTO CABALLERO	CARRO	30 MIN		\$ 1.25									\$ 2.50	30 MIN
MÚNA	CHICHICA (CABECERA)	LLANO PALMA	234	ALTO CABALLERO	CABALLO	40 MIN		\$ 10.00	BUS	30 MIN		\$ 2.00					\$ 24.00	1:10 HORA
MÚNA	CHICHICA (CABECERA)	PORTORICA	520	ALTO CABALLERO	CABALLO	20 MIN		\$ 10.00	BUS	30 MIN		\$ 2.00					\$ 24.00	50 MIN
MÚNA	CHICHICA (CABECERA)	LAS LAJITAS	163	ALTO CABALLERO	A PIE	20 MIN			BUS	30 MIN		\$ 1.50					\$ 3.00	50 MIN
MÚNA	CHICHICA (CABECERA)	CERRO GAVILAN (P)	577	ALTO CABALLERO	CABALLO	1 HORA		\$ 10.00	CARRO	30 MIN		\$ 1.50					\$ 23.00	1:30 HORA
MÚNA	CHICHICA (CABECERA)	CERRO MIEL (P)	224	ALTO CABALLERO	A PIE	15 MIN			CARRO	1 HORA		\$ 4.00					\$ 8.00	1:15 HORA
MÚNA	ALTO CABALLERO	ALTO CABALLERO (P)	533	ALTO CABALLERO	BUS	10 MIN		\$ 0.50									\$ 1.00	10 MIN
MÚNA	ALTO CABALLERO	CERRO MONO	225	ALTO CABALLERO	CABALLO	30 MIN		\$ 10.00									\$ 20.00	30 MIN
MÚNA	ALTO CABALLERO	CERRO SOMBRERO (P)	1196	ALTO CABALLERO	A PIE	10 MIN	1 KM										\$ -	15 MIN
MÚNA	ALTO CABALLERO	ALTO SALDAÑA	565	ALTO CABALLERO	BUS	15 MIN		\$ 0.50									\$ 1.00	15 MIN
MÚNA	ALTO CABALLERO	CABECERA DE PITA	282	ALTO CABALLERO	CABALLO	30 MIN		\$ 10.00									\$ 20.00	30 MIN
MÚNA	ALTO CABALLERO	POTRERO DE CAÑA (P)	355	ALTO CABALLERO	BUS	20 MIN		\$ 1.00									\$ 2.00	20 MIN
	BAKAMA	ALTO DE CERRO VIEJO (P)	120	TOLE	BUS	20 MIN		\$ 2.25									\$ 4.50	20 MIN
MÚNA	CERRO CAYÁ	ALTO DE LAS TRANCAS	145	TOLE	A PIE	30 MIN			BUS	20 MIN		\$ 1.50					\$ 3.00	50 MIN
MÚNA	CERRO CAYÁ	BAJO DE LAS TRANCAS	506	TOLE	A PIE	30 MIN			BUS	20 MIN		\$ 1.50					\$ 3.00	50 MIN
MÚNA	CERRO CAYÁ	LLANO HORCON	154	ALTO CABALLERO	CABALLO	15 MIN		\$ 10.00	BUS	30 MIN		\$ 2.00					\$ 24.00	45 MIN
MÚNA	CERRO CAYÁ	BAJO MEREGILDA (P)	17	ALTO CABALLERO	CABALLO	2 HORAS		\$ 10.00	BUS	30 MIN		\$ 2.00					\$ 24.00	2:30 HORAS
MÚNA	MARACA	CERRO CACICÓN (P)	29	HATO CHAMI	CABALLO	1 HORA		\$ 10.00	BUS	15 MIN		\$ 1.00					\$ 22.00	1:15 HORA
MÚNA	MARACA	MARACA O LLANO MAJAGUA	598	HATO CHAMI	CABALLO	2 HORAS		\$ 10.00									\$ 20.00	2 HORAS
MÚNA	MARACA	TEBUJO	618	ALTO CABALLERO	CABALLO	1 HORA		\$ 10.00	BUS	15 MIN		\$ 1.00					\$ 22.00	1:15 HORA
MÚNA	MARACA	TEBUJO ABAJO	364	HATO CHAMI	CABALLO	1 HORA		\$ 10.00									\$ 20.00	1 HORA
MÚNA	MARACA	SABANA GRANDE	126	ALTO CABALLERO	CABALLO	2 HORAS		\$ 10.00	BUS	15 MIN		\$ 1.00					\$ 22.00	2:15 HORAS
MÚNA	PEÑA BLANCA	ALTO CIENEGA (P)	197	LLANO ÑOPO	CABALLO	2 HORAS		\$ 10.00									\$ 20.00	2 HORAS
MÚNA	PEÑA BLANCA	CERRO GAVILAN (P)	69	HATO CHAMI	CABALLO	2 HORAS		\$ 10.00									\$ 20.00	2 HORAS
MÚNA	PEÑA BLANCA	CERRO MIEL (P)	14	ALTO CABALLERO	CARRO	1 HORA		\$ 2.50									\$ 5.00	1 HORA

DISTRITO	CORREGIMIENTO	COMUNIDAD	POBLACIÓN TOTAL 2020	CENTRO DE SALUD DE REFERENCIA	Medio de transporte 1	Tiempo en horas y minutos	Distancia en Km	Costo U\$	Medio de transporte 2	Tiempo en horas y minutos	Distancia en Km	Costo U\$	Medio de transporte 3	Tiempo en horas y minutos	Distancia en Km	Costo U\$	Costo total (Ida y regreso)	Total de Tiempo
MÚNA	PEYA BLANCA	LLANO TUGRI	508	HATO CHAMI	CARRO	20 MIN		\$ 1.25									\$ 2.50	20 MIN
MÚNA	ROKA	ALTO CIENEGA (P)	239	LLANO ÑOPO	CABALLO	2 HORAS		\$ 10.00									\$ 20.00	2 HORAS
NOLE DUIMA	CERRO IGLESIAS (CABECERA	CERRO IGLESIA NO.1 (P)	642	CERRO IGLESIAS	BUS	10 MIN		\$ 0.50									\$ 1.00	10 MIN
NOLE DUIMA	CERRO IGLESIAS (CABECERA	CERRO IGLESIA NO.2 (P)	954	CERRO IGLESIAS	A PIE	15 MIN											\$ -	15 MIN
NOLE DUIMA	CERRO IGLESIAS (CABECERA	QUIRATE	313	SAN FELIX	CABALLO	1 HORA		\$ 10.00	BUS	10 MIN		\$ 0.50					\$ 21.00	1:10 HORA
NOLE DUIMA	HATO CHAMI	CERRO TULA	301	HATO CHAMI	CABALLO	30 MIN		\$ 10.00	BUS	15 MIN		\$ 1.00					\$ 22.00	45 MIN
NOLE DUIMA	HATO CHAMI	HATO CHAMI	974	HATO CHAMI	A PIE	15 MIN											\$ -	15 MIN
NOLE DUIMA	HATO CHAMI	CERRO GAVILAN	81	HATO CHAMI	CABALLO	1 HORA		\$ 10.00									\$ 20.00	1 HORA
NOLE DUIMA	JADABERI	CUERNA VACA	204	HATO CHAMI	CARRO	1 1/2 HORA		\$ 5.00									\$ 10.00	1:30 HORA
NOLE DUIMA	JADABERI	RATON	509	HATO CHAMI	CARRO	1 1/2 HORA		\$ 7.00									\$ 14.00	1:30 HORA
NOLE DUIMA	LAJERO	QUEBRADA HONDA	228	SAN FELIX	CABALLO	20 MIN		\$ 10.00	BUS	20 MIN		\$ 1.75					\$ 23.50	40 MIN
NOLE DUIMA	LAJERO	SARDINA O LAJERO ABAJO (P)	441	SAN FELIX	A PIE	15 MIN			BUS	15 MIN		\$ 1.00	BUS	15 MIN		\$ 1.00	\$ 4.00	45 MIN
NOLE DUIMA	LAJERO	EL GUAYABAL O GUAYABAL	220	SAN FELIX	CABALLO	30 MIN		\$ 10.00	BUS	15 MIN		\$ 1.00	BUS	15 MIN		\$ 1.00	\$ 24.00	1 HORA
NOLE DUIMA	SUSAMA	ALTO MOLEION	529	SAN FELIX	BUS	20 MIN		\$ 0.75	TAXI	7 MIN		\$ 0.50					\$ 2.50	27 MIN
ÑURUM	BUENOS AIRES (CABECERA	BUENOS AIRES	579	BUENOS AIRES	A PIE	10 MIN	1 KM										\$ -	15 MIN
ÑURUM	BUENOS AIRES (CABECERA	TIERRA BLANCA	339	BUENOS AIRES	CABALLO	2 HORAS		\$ 10.00									\$ 20.00	2 HORAS
ÑURUM	AGUA DE SALUD	EL TIGRE ARRIBA	173	BUENOS AIRES	CABALLO	2 HORAS		\$ 10.00									\$ 20.00	2 HORAS
ÑURUM	AGUA DE SALUD	PIEDRA GRANDE	419	LOS RUICES	CABALLO	2 HORAS		\$ 10.00									\$ 20.00	2 HORAS
ÑURUM	AGUA DE SALUD	QUEBRADA MOJARRA O MOJARRA	203	BUENOS AIRES	CABALLO	2 HORAS		\$ 10.00									\$ 20.00	2 HORAS
ÑURUM	AGUA DE SALUD	GUAYABAL	138	LOS RUICES	CABALLO	2 HORAS		\$ 10.00									\$ 20.00	2 HORAS
ÑURUM	AGUA DE SALUD	EL JACINTO	208	BUENOS AIRES	CABALLO	4 HORAS		\$ 20.00									\$ 40.00	4 HORAS
ÑURUM	CERRO PELADO	ALTO DE LA LAGUNA	161	LOS RUICES	A PIE	30 MIN			CARRO	5 MIN		\$ 0.75	BUS	10 MIN		\$ 0.50	\$ 2.50	45 MIN
ÑURUM	CERRO PELADO	CERRO PELADO O JUGRIG	926	LOS RUICES	CARRO	10 MIN		\$ 2.00	BUS	10 MIN		\$ 1.00					\$ 6.00	20 MIN
ÑURUM	CERRO PELADO	CERRO PUERCO O EL MANGO	229	LOS RUICES	A PIE	40 MIN			BUS	10 MIN		\$ 1.50	BUS	10 MIN		\$ 1.00	\$ 5.00	1 HORA
ÑURUM	CERRO PELADO	LA TRINIDAD (P)	286	LOS RUICES	CARRO	5 MIN		\$ 0.75	BUS	10 MIN		\$ 0.50					\$ 2.50	15 MIN
ÑURUM	EL BALE	EL BALE	329	CAÑAZAS	CARRO	1 HORA		\$ 4.00	BUS	15 MIN		\$ 2.00					\$ 12.00	1:15 HORA
ÑURUM	EL BALE	PUEBLO NUEVO (P)	124	CAÑAZAS	CABALLO	1:30 HORA		\$ 10.00	CARRO	1 HORA		\$ 4.00	BUS	15 MIN		\$ 2.00	\$ 32.00	2:45 HORAS
ÑURUM	EL PAREDON	EL PAPAYAL	300	CAÑAZAS	CARRO	1:30 MIN		\$ 6.00									\$ 12.00	1:30 HORA

DISTRITO	CORREGIMIENTO	COMUNIDAD	POBLACIÓN TOTAL 2020	CENTRO DE SALUD DE REFERENCIA	Medio de transporte 1	Tiempo en horas y minutos	Distancia en Km	Costo U\$	Medio de transporte 2	Tiempo en horas y minutos	Distancia en Km	Costo U\$	Medio de transporte 3	Tiempo en horas y minutos	Distancia en Km	Costo U\$	Costo total (ida y regreso)	Total de Tiempo
ÑURUM	EL PAREDON	PAREDON ABAJO	385	CAÑAZAS	CARRO	1 HORA		\$ 4.00									\$ 8.00	1 HORA
ÑURUM	GUAYABITO	ALTO GALERA (CERRO GALERA)	356	BUENOS AIRES	CABALLO	3 HORAS		\$ 20.00									\$ 40.00	3 HORAS
ÑURUM	GUIBALE	EL MACANO	82	LOS RUICES	A PIE												\$ -	
ÑURUM	GUIBALE	GUIBALE	212	LOS RUICES	CABALLO	5 HORAS		\$ 20.00									\$ 40.00	5 HORAS
ÑURUM	GUIBALE	VIRIGUA CENTRO	330	BUENOS AIRES	CABALLO	5 HORAS		\$ 20.00									\$ 40.00	
KANKINTU	BISIRA (CABECERA)	BOCA DEL RIO CRICAMOLA	155	BISIRA	LANCHA	1 HORA		\$ 5.00									\$ 10.00	1 HORA
KANKINTU	BISIRA (CABECERA)	CATAVELA	152	BISIRA	LANCHA	1 HORA		\$ 150.00									\$ 300.00	1 HORA
KANKINTU	BISIRA (CABECERA)	RIO TOBORI	262	BISIRA	LANCHA	1 HORA		\$ 175.00									\$ 350.00	1 HORA
JIRONDAI	GUARIVIARA	BOCA DEL RIO GUARIVIARA (P) *	289	CHIRIQI GRANDE	LANCHA	1:20 HORA		\$ 5.00									\$ 10.00	1:20 HORAS
JIRONDAI	GUARIVIARA	CAÑO SUCIO NO.1	344	CHIRIQI GRANDE	A PIE	15 MIN		\$ -	CARRO	1 HORA		\$ 7.00	BUS	1 HORA		\$ 1.25	\$ 16.50	2:15 HORAS
JIRONDAI	GUARIVIARA	CERRO ÑEQUE	286	RAMBALA	LANCHA	2 HORAS		\$ 10.00	TAXI	10 MIN		\$ 0.75					\$ 21.50	2:10 HORAS
JIRONDAI	GUARIVIARA	COCLESITO	606	RAMBALA	CARRO	3 HORAS		\$ 12.00	BUS	1 HORA		\$ 1.25					\$ 26.50	4 HORAS
JIRONDAI	GUARIVIARA	CHALITE	207	CHIRIQI GRANDE	LANCHA	2 HORAS		\$ 7.00									\$ 14.00	2 HORAS
JIRONDAI	GUARIVIARA	QUEBRADA CAYUCO O SAMBOA	397	CHIRIQI GRANDE	CARRO	2 HORAS		\$ 9.00	BUS	1 HORA		\$ 1.25					\$ 20.50	3 HORAS
JIRONDAI	GUARIVIARA	QUEBRADA TIGRE ARRIBA	216	RAMBALA	A PIE	3:15 HORAS			CARRO	1 HORA		\$ 7.00	BUS	1 HORA		\$ 1.25	\$ 16.50	5:15 HORAS
JIRONDAI	GUARIVIARA	QUEBRADA TULA	442	RAMBALA	A PIE	1:15 HORA			CARRO	1 HORA		\$ 7.00	BUS	45 MIN		\$ 1.00	\$ 16.00	3 HORAS
JIRONDAI	MAN CREEK	BAHIA LA BALLENA	914	RAMBALA	LANCHA	30 MIN		\$ 4.00	TAXI	10 MIN		\$ 0.75					\$ 9.50	40 MIN
JIRONDAI	MAN CREEK	BARRANQUILLA No.1	276	RAMBALA	CARRO	30 MIN		\$ 2.50	BUS	30 MIN		\$ 0.75					\$ 6.50	1 HORA
JIRONDAI	MAN CREEK	EL GUABAL	293	RAMBALA	CARRO	1 HORA		\$ 6.00	BUS	45 MIN		\$ 1.00					\$ 14.00	1:45 HORA
JIRONDAI	MAN CREEK	PUEBLO MESA	403	RAMBALA	CARRO	20 MIN		\$ 2.00	BUS	30 MIN		\$ 1.00					\$ 6.00	50 MIN
JIRONDAI	MAN CREEK	QUEBRADA JURI O QUEBRADA ARENA	281	RAMBALA	CARRO	15 MIN		\$ 1.25	BUS	30 MIN		\$ 0.75					\$ 4.00	45 MIN
JIRONDAI	MAN CREEK	QUEBRADA PAV?N	129	RAMBALA	A PIE	2 HORAS			CARRO	30 MIN		\$ 2.50					\$ 5.00	2:30 HORAS
JIRONDAI	MAN CREEK	COLINAS	123	RAMBALA	A PIE	20 MIN			LANCHA	2 HORAS		\$ 10.00					\$ 20.00	2:20 HORAS

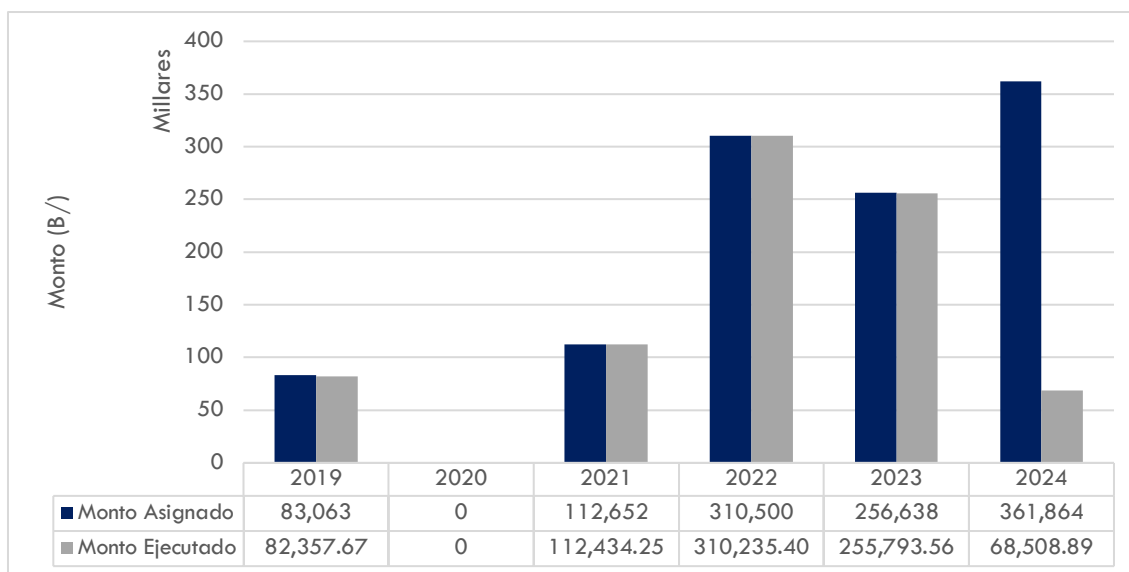
ANEXO 3: ASIGNACIÓN Y EJECUCIÓN PRESUPUESTARIA 2019- 2024

Presupuesto de Funcionamiento asignado y ejecutado. 2019- 2024



Fuente: Sección de Presupuesto, Comarca Ngäbe Buglé

Presupuesto de Inversión asignado y ejecutado. 2019- 2024



Fuente: Sección de Presupuesto, Comarca Ngäbe Buglé.

REFERENCIAS

1. Contraloría General de la República de Panamá. Instituto Nacional de Estadísticas y Censo. (2023). Volúmen II Características Generales y Educativas de los Censos. Población Total. Disponible en:
2. https://www.inec.gob.pa/publicaciones/Default3.aspx?ID_PUBLICACION=1212&ID_CATEGORIA=19&ID_SUBCATEGORIA=71
3. Contraloría General de la República de Panamá. Instituto Nacional de Estadística y Censo (INEC). (2022). Encuesta de Propósitos Múltiples, 2022.
4. Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud. (2020). Resultados de la Encuesta Nacional de Salud de Panamá (ENSPA) 2019.
5. Instituto Nacional de Estadísticas y Censo. (2020). Panamá en Cifras: Años 2016- 20. Contraloría General de la República de Panamá.
6. Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud. (2015). Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2015 de Panamá.
7. Ministerio de Desarrollo Social. (2024). Política Pública a favor de las personas mayores en Panamá 2024- 2030: Por un envejecimiento saludable para Todos y todas.
8. Ministerio de Desarrollo Social. (2024). Informe de Gestión 2019- 2024.
9. Ministerio de Economía y Finanzas. Dirección de Análisis Económico y Social. (2010). Pobreza e indigencia por ingreso, según Encuesta de Hogares 2010.
10. Ministerio de Economía y Finanzas. Dirección de Análisis Económico y Social. (2023). Pobreza y distribución del ingreso de los hogares: Encuesta de hogares 2022 y 2023.
11. Ministerio de Economía y Finanzas. Dirección de Análisis Económico y Social. (2022). Pobreza e indigencia por ingreso, según Encuesta de Hogares 2021.

12. Ministerio de Economía y Finanzas. Dirección de Análisis Económico y Social. (2019). Pobreza e indigencia por ingreso, según Encuesta de Hogares 2019.
13. Ministerio de Salud. (2020). Boletín estadístico MINSA 2020
URL: <https://www.minsa.gob.pa/contenido/anuario-estadistico-del-2020>
14. Ministerio de Salud. Dirección General de Salud Pública. (2021). Informe de Situación de Muerte Materna.
15. Ministerio de Salud. Dirección General de Salud Pública. (2022). Informe de Situación de Muerte Materna.
16. Ministerio de Salud. Dirección General de Salud Pública. (2023). Informe de Situación de Muerte Materna.
17. Ministerio de Salud. Dirección General de Salud. (2021). Plan Estratégico para la reducción de la Morbilidad y Mortalidad Materna y Perinatal 2021-2025.
18. Ministerio de Salud. Dirección de Provisión de Servicios de Salud. (2023). Informe de Encuesta de Satisfacción aplicada a los usuarios externos de los servicios de salud del primer nivel de atención.
19. Ministerio de Salud. Dirección de Planificación de Salud. (2016). Guía para el Análisis de Situación de Salud, Macro Visión de Salud.
20. Ministerio de Salud. Dirección Nacional de Planificación de Salud. (2019). Indicadores básicos de país: Resumen. Disponible en: https://www.minsa.gob.pa/sites/default/files/publicacion-general/indicadores_basicos_de_salud_2019_resumen_.pdf
21. Ministerio de Salud. (2018). Indicadores de Nivel I de los Objetivos de Desarrollo Sostenible 2018 Panamá.
22. Organización Mundial de la Salud. (2018). Plan de Acción para la salud de la Mujer, el niño, la niña y adolescentes 2018- 2030. 56° Consejo Directivo. 70.a Sesión del Comité Regional de la OMS para Las Américas. Washington, D.C., Estados Unidos de América.

23. Organización Mundial de la Salud. (2023). Tendencias de la mortalidad materna de 2000 a 2020: estimaciones de la OMS, UNICEF, UNFPA, el Grupo Banco Mundial y la División de Población de UNDESA. Resumen Ejecutivo. Disponible en: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo>
24. Organización Panamericana de la Salud y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (2022). Desigualdades en la salud en América Latina y el Caribe: Una línea de base de los Objetivos de Desarrollo Sostenible para mujeres, niños y adolescentes. Washington, D.C Disponible en: <https://doi.org/10.37774/9789275325742>.

