



ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD (ASIS) 2020 CON ENFASIS EN COVID-19

ELABORADO POR:
DIRECCIÓN NACIONAL DE PLANIFICACIÓN EN
SALUD


REPÚBLICA DE PANAMÁ
GOBIERNO NACIONAL

MINISTERIO
DE SALUD



Su Excelencia
Ivette O. Berrío Aquí
Viceministra de Salud

Honorable Señor
José B. Baruco Villarreal
Secretario General

Su Excelencia
Eyra Mabel Ruíz Cano
Ministra Consejera para Asuntos de Salud Pública

DESARROLLO Y ELABORACIÓN DEL ASIS
DIRECCIÓN NACIONAL DE PLANIFICACIÓN EN SALUD

Dr. Cirilo Lawson

Director Nacional de Planificación en Salud

Dr. Felix Correa

Subdirector Nacional de Planificación en Salud

COORDINACIÓN

Dra. Norma Astudillo

Jefa del Departamento de Análisis de Situación y Tendencia de Salud

Equipo Técnico responsable de la elaboración y diseño del documento

Departamento de Análisis de Situación y Tendencias de Salud

Agradecimiento a equipos técnico de DIPLAN

Departamento de Registros y Estadísticas de Salud

Departamento de Formulación de Presupuesto e Inversiones en Salud

Contenido

CONTENIDO	4
INTRODUCCIÓN	7
Reseña histórica del Sistema de Salud de la República de Panamá	9
Base legal	15
METODOLOGÍA UTILIZADA PARA EL DESARROLLO DE ESTE DOCUMENTO	18
CONTEXTO GENERAL DE PANAMÁ	19
Situación fiscal	21
Ambiente	24
Contexto COVID-19	30
Cumplimiento de los ODS	33
TRANSICIÓN DEMOGRÁFICA Y EPIDEMIOLÓGICA EN PANAMÁ	36
Población estimada	36
Población urbana-rural	37
Densidad poblacional estimada	38
Tasa de crecimiento poblacional	38
Crecimiento poblacional por provincia y comarca Indígena	39
Tasa de Natalidad	40
Tasa de fecundidad	40
Mortalidad general	41
Esperanza de vida al nacer	42
Migración	42
Estructura poblacional	43
ASPECTOS ECONÓMICOS Y SOCIALES	46
Educación	46
Población económicamente activa (PEA)	48
Población asegurada	50
Pobreza	50
Índice de Desarrollo Humano	53
Discapacidad	54
Embarazo en niñas y adolescentes	55
Consumo de tabaco.	56

Acceso a los servicios básicos de salud	57
MORTALIDAD	60
Principales causas de muerte	61
Principales causas de muerte según sexo	62
Mortalidad por causa de tumores malignos	64
Mortalidad Infantil:	66
Mortalidad Neonatal Y Posneonatal:	68
Mortalidad en Niños de 1 a 4 Años	71
Mortalidad Materna	71
Mortalidad materna según las principales causas de muerte	73
Mortalidad por COVID-19	74
MORBILIDAD	83
Principales causas de morbilidad	83
Informe de Infecciones respiratorias agudas	84
Tuberculosis:	86
VIH/Sida	86
Situación de la nutrición en el país	89
CARACTERIZACIÓN DE LA OFERTA	93
SATISFACCIÓN DEL USUARIO	96
ACTORES Y REDES SOCIALES	104
PROYECCIÓN DE LA RED – ADECUACIONES DE LA OFERTA	116
CARACTERIZACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD	141
INSTRUMENTOS DE GESTIÓN	155
FINANCIAMIENTO DE LOS SERVICIOS DE SALUD MINSA	167
Informe de ejecución presupuestaria del Ministerio de Salud.	168
Presupuesto de funcionamiento: Informe de ejecución presupuestaria del Ministerio de Salud.	169
Presupuesto de inversiones	170
Presupuesto para la COVID-19	171
	172

RESUMEN DE LOS RESULTADOS DE LA ENSPA 2019.	172
REFLEXIONES:	201
GLOSARIO DE TÉRMINOS	205
REFERENCIAS	210
ANEXOS	213
Anexo 1. Estimación del total de la población de la República, según grupo de edad. Años 2015-2025, 2030	213
Anexo 2. Estimación y proyección de la población, según sexo y grupos de edad: años 2015-2025, 2030	214
Anexo 3. Indicadores demográficos, según estimaciones y proyecciones de la población.	215
Anexo 4. Pirámides poblacionales de la República, por sexo y grupos de edad. Año 2010 a 2050 por décadas	216
Anexo 5. Número de Defunciones en la República, según grupo de edad, por provincia y comarcas indígenas. año 2018	217
Anexo 6. Defunciones de menores de un año en la República, por provincia y comarca indígena de residencia, según sexo y edad: año 2018	218
Anexo 7. Principales causas de morbilidad atendidas en las instalaciones del Ministerio de Salud de Panamá, según sexo. Año 2019	219
Anexo 8. Población de responsabilidad del IDAAN para el 2019	220
Anexo 9. Instalaciones de salud C.S.S y MINSA, por denominación. Año 2019	221
Anexo 10. Número de funcionarios en las instalaciones de salud del MINSA. Panamá diciembre 2019-diciembre 2020.	222
Anexo 11. Número de casos de SIDA reportados en la Republica, por región de salud. Años: 1984 – 2018	223

Introducción

El Ministerio de Salud como ente rector de la salud y autoridad sanitaria nacional, tiene la responsabilidad de brindar lineamientos orientados al mejoramiento de la salud y el bienestar de la población de nuestro país. Como autoridad sanitaria, le corresponde adecuar la atención que brinda el sistema de salud de tal forma que (garantice) asegure el cumplimiento de estos derechos humanos, ya que la salud integral de la población contribuirá a hacer posible el desarrollo social, político, y económico de nuestro país, con una visión constructiva y propositiva.

Con la intención de incorporar nuevas disposiciones a la luz de la evidencia científica y sobre la base de los instrumentos legales a nivel nacional y los compromisos internacionales asumidos por nuestro país en materia de control de Tabaco, derechos humanos, interculturalidad, equidad e igualdad de género, acceso y cobertura universal presentamos, El Análisis de la Situación de Salud (ASIS) de Panamá, con énfasis en COVID-19, visión macro nacional.

Como herramienta de Gestión estratégica en salud vemos en el Análisis de la Situación de Salud de Panamá (ASIS) un instrumento fundamental para, la elaboración de las Políticas, Planes, Proyectos y Programas de intervención; de la gestión de los servicios de salud, para la priorización de los principales problemas, así como para la definición de estrategias interinstitucionales para el dialogo social.

El enfoque integral facilita el conocimiento y análisis del perfil epidemiológico, los factores que la determinan y la oferta de salud; nos permite caracterizar, medir y explicar el contexto de salud enfermedad de una población, incluyendo los daños y problemas de salud y sus determinantes, sean competencia del sector salud o de otros sectores; también facilita la identificación de necesidades y prioridades en salud, así como la identificación de programas y proyectos,

En el ASIS se toman en cuenta aspectos del Plan Estratégico de Gobierno, enmarcado en la visión de la construcción de un estado participativo, en su estrategia económica y social del sector salud que impone como meta fortalecer la rectoría en salud. Los lineamientos y estrategias están dirigidos a la población y al derecho absoluto a la salud y como tal, tenemos la responsabilidad de gestionar, monitorear, evaluar y de hacer intervenciones oportunas, para la conservación integral de la salud

y del ambiente en todo el territorio nacional, con la participación de múltiples actores sociales, que contribuya al desarrollo de una sociedad más justa y equitativa.

El reto sigue siendo disponer de información de país que permita un verdadero panorama de la situación y tendencias de salud en el ámbito nacional, considerando las demandas y las ofertas para satisfacerla tanto en el sector público como privado.

Más allá de las atenciones médicas, analizaremos las (desigualdades) estrategias sociales de la salud a nivel de las provincias y comarcas con el fin de que dicho análisis permita optimizar los recursos en la disminución de las brechas de salud y lograr que se intervenga en aspectos socioeconómicos de las áreas más vulnerables de Panamá.

A su vez, tiene como marco de referencia datos muy relevantes de actualidad como datos retrospectivos muy significativos; a su vez, se muestran gráficas, tablas y cuadros con sus respectivas observaciones y también cuenta con las consideraciones finales de importancia que le dan peso y sustentación a nuestro ASIS nacional.

Por lo anteriormente expuesto, El Ministerio de Salud se complace y pone a disposición el documento “ASIS macro nacional 2020, con énfasis en el Covid-19” a los usuarios internos y externos del Sector Salud, proveedores de otras Instituciones Gubernamentales, No Gubernamentales, Sociedad Civil.

Trabajadores organizados de la sociedad, comunidad en general que, de una manera integral, trabajan por el bienestar y desarrollo de la población y del ambiente. Esperamos que el mismo (las mismas) ayude a optimizar la equidad, calidad y calidez de la atención integral en salud ofertada a la población a nivel nacional.

Los análisis de situación de salud son elaborados con el objetivo de que sean revisados y tomados en cuenta, para privilegiar las intervenciones específicas, focalizadas, los mismos permiten a las autoridades enfocarse en las prioridades locales, regionales y nacionales, para optimizar los recursos y evitar las duplicidades.

En este sentido la metodología que fue elaborada, desarrollada e implementada, apunta hacia la búsqueda de alianzas estratégicas, para poder generar siempre las sinergias y

complementariedades requeridas, entre los actores relevantes, que toman decisiones desde los diversos cargos gerenciales asignados.

Reseña histórica del Sistema de Salud de la República de Panamá

Las instituciones de Salud del Estado han pasado por diferentes grados de evolución a través de la historia de la Salud Pública panameña. La etapa pre republicana (antes de 1903) se caracterizó por un mayor dominio del medio ambiente sobre el hombre, quien en esa forma paga un enorme tributo a las enfermedades, hoy prevenibles, tales como la fiebre amarilla, malaria, viruela y tifoidea. Había un desconocimiento de técnicas científicas para el ataque organizado contra los factores ecológicos más importantes.

En los primeros años de vida independiente de la República (1903-1914) las acciones limitadas de salud fueron dirigidas desde una Sección de Higiene Pública y Beneficencia y una Sección de Donaciones del Departamento de Obras Públicas de la Secretaría de Fomento. Esta etapa se caracterizó por el dominio del medio ambiente por el hombre con la construcción del Canal de Panamá. Sin embargo, todavía existe una ausencia marcada de organización de la Medicina Preventiva y Salud Pública en el resto del país, con la excepción de la atención limitada de enfermos en los escasos hospitales existentes, y una limitada atención también del aseo público.

Los años siguientes a esta etapa (1914-1929) se caracterizaron por el desarrollo del primer programa cooperativo con la Fundación Rockefeller, dando origen a la creación del Departamento contra la Uncinariasis, como parte de la Secretaría de Fomento, en una gran campaña contra esta enfermedad con énfasis en las actividades de saneamiento del suelo. Es en esta etapa cuando por medio del Decreto Ejecutivo Nº 46 de 1919, se destinan los fondos para la construcción del Hospital Santo Tomás, inaugurado posteriormente en septiembre de 1924. Además, por medio de la Ley 12 de 1925, se crea el Departamento de Higiene y Salubridad Pública y más tarde, por medio del Decreto Ejecutivo Nº 16 de 1927, se crea dentro de dicho Departamento la Sección de Ingeniería Sanitaria. Por medio de la Ley Nº 53 de 1928 se crea el Comité Nacional de la Lucha Antituberculosa y posteriormente, el Cuerpo de Inspectores Sanitarios.

El período comprendido entre los años 1930-1943 marca la etapa de desarrollo de instituciones básicas de salud en las comunidades a saber: Hospitales, Unidades Sanitarias y Dispensarios. Este

período da inicio al Ministerio de Salud y Obras Públicas en 1941, el cual contó con tres Direcciones: Higiene y Salubridad Pública, Beneficencia y Lucha Antituberculosa y, la de Beneficencia y Fomento, las cuales se consolidaron después en un Departamento de Higiene y Beneficencia con las siguientes divisiones: Ingeniería Sanitaria, Malaria, Asistencia Pública (Hospitales y Dispensarios), Bioestadística y Educación Sanitaria, Lucha Antituberculosa, Enfermería de Salud Pública, Laboratorio de Higiene Pública, Saneamiento y Medicina Forense.

La Unidad Sanitaria de Chitré fue la primera construida en el territorio nacional en 1932, luego la de David en 1936 y sucesivamente otras, con el objeto básico de desarrollar programas exclusivamente preventivos y completamente independientes de los hospitales existentes.

En 1941 se crea también la Caja de Seguro Social, la cual incluye entre su plan de trabajo algunos programas de salud principalmente de tipo curativo y destinados a proteger a la población asegurada. Esta etapa se caracteriza por una creciente participación del Estado en los problemas de Salud Pública, esto se repite en el siguiente párrafo eliminar de uno de los dos o reemplazar, pero sin una planificación adecuada y con la consecuente duplicidad de actividades y servicios.

También en este periodo del 41, durante el Gobierno de Dr. Arnulfo Arias Madrid, se crea la Caja del Seguro Social. Esta etapa se caracteriza por una Creciente participación del Estado en los Problemas de la Salud Pública, esto es lo que se repite.

El período comprendido entre los años 1944-1956 se destaca por el mayor relieve que alcanza la Salud Pública dentro del engranaje gubernamental. Se crea el Ministerio de Trabajo, Previsión Social y Salud Pública en 1945, se pone en vigencia la Ley Nº 66 del 10 de noviembre de 1947 o Código Sanitario, se traspasa la responsabilidad sanitaria de las ciudades de Panamá y Colón de la Compañía del Canal a nuestro gobierno en 1955, se inician y desarrollan programas cooperativos de amplio alcance con organismos internacionales, por el inicio de la Escuela de Medicina de la Universidad de Panamá en 1951 y se abre el primer hospital antituberculoso. No obstante, a pesar de existir una estructura administrativa y técnica de evolución constante, la organización técnica permanece aún muy centralizada desde el punto de vista tanto ejecutivo como normativo. Sin embargo, se da origen al desarrollo paulatino de una inquietud o aparente aceptación, tanto por parte del Gobierno como de la comunidad, de la importancia de los programas preventivos, aún por encima de los netamente curativos.

Al final de esta etapa, el escenario estaba preparado para el adecuado desarrollo de programas integrales de Salud Pública, lo cual estuvo precedido por el estudio realizado por el Doctor Isadore Falk en 1956 de nuestras condiciones médico-sanitarias titulado "La Salud en Panamá, un Estudio y un Programa" que dio inicio a la etapa de la Regionalización (1956-1961). La persistencia de diferencias de índole técnico-administrativas y la conciencia que tenían los técnicos nacionales sobre la duplicidad de servicios, y su consecuente mala utilización presupuestaria, dio origen a la puesta en marcha de la "Integración de servicios preventivos y curativos" no sólo de tipo institucional sino también funcional como política de salud que aparece descrita en el Plan Nacional de Salud Ministerial (1962-1970), en el cual, le da personalidad propia a las áreas médico-sanitarias dentro de las cuales actúan en forma de sistema satélite los diferentes tipos de instituciones de salud.

En 1969, durante el gobierno del coronel José María Pinilla (Régimen Militar) se crea el Ministerio de Salud. Durante las décadas de 1960, 1970 y 1980, el sistema de Salud Panameño contó con un crecimiento y desarrollo considerable, sobre las bases del Ministerio de Salud y de la Caja del Seguro Social, a los que se fue agregando un sector privado.

El Plan Nacional de Salud Ministerial 1962-1970 marca el primer esfuerzo racionalizado de establecer un orden en el desarrollo institucional con una cobertura que comprende a todo el Sector Salud, con el objetivo básico de evitar la duplicidad de servicios e instituciones por parte de las agencias que integran el Sector, tratando de lograr la más adecuada utilización de los recursos con que cuenta el país en el campo de la salud.

La etapa que se origina en el año 1968 tiene una importante influencia en el rumbo que se da al desarrollo institucional de la salud. Las acciones de salud se impulsan para ser llevadas a todos los núcleos de población demandante y la gama de instituciones, si bien es cierto que sigue en el desarrollo de sus acciones, pierde importancia en su fisonomía física como tal y se destacan más bien como servicios de salud hacia la comunidad que se inició años atrás, adquiriendo ahora importancia de primera prioridad traspasando las paredes de las edificaciones para llevar las acciones de salud hacia las comunidades, en búsqueda de una aplicación de coberturas en los programas de tipo preventivo, de un diagnóstico precoz, tratamiento oportuno y adecuado de las enfermedades o daños ya existentes, con base en una metodología de planificación de la salud.

La creación del Ministerio de Salud por medio del Decreto de Gabinete Nº 1 del 15 de enero de 1969 y de su Estatuto Orgánico por medio del Decreto Ejecutivo Nº 75 del 27 de febrero de 1969, reviste a las regiones y a las áreas médico-sanitarias, de todas las facultades descentralizadas que permitan la agilización de los programas dentro de las instituciones de salud de los núcleos poblados, en base a un sistema satélite de organización, en el cual, las instituciones de mejor jerarquía funcionan alrededor de las instituciones más complejas o centros médicos urbanos, sedes de las áreas médico-sanitarias u hospitales generales.

El hecho más sobresaliente en salud logrado durante el período responde al despertar de nuestras comunidades, las cuales a través del Decreto Nº 401 del 29 de diciembre de 1970, se orientan hacia la concientización de nuestras comunidades en sus derechos y deberes en salud para participar en forma organizada en la solución de sus propios problemas de salud. Así, durante el período se encuentran funcionando en el país más de 1000 Comités de Salud con personería jurídica, que representan un rico potencial de recursos en salud.

Durante el año de 1973, se inicia en la Provincia de Colón la integración física y funcional de los servicios médicos del Ministerio de Salud y la Caja de Seguro Social, respondiendo así a un mandato constitucional. Este proceso se extiende progresivamente y hasta la fecha abarca la mayor parte del país, mediante el establecimiento de los Sistemas Integrados de Salud, con excepción de la Región Metropolitana.

Se trabaja a base de programas de salud bien definidos: básicos y de apoyo, cuya meta es producir el impacto más eficaz en la salud de la población. Los indicadores de salud más importantes alcanzan magnitudes similares a los de los países más desarrollados. El Ministerio de Salud define su meta de trabajo "Salud Igual para Todos", tratando con ello de indicar que todas las comunidades se merecen igual y la mejor atención en salud.

El renglón de los recursos humanos en salud se ve reforzado con la puesta en funcionamiento de las Facultades de Odontología, Farmacia y Enfermería de la Universidad Nacional de Panamá.

En la Facultad de Medicina (mayo de 1986) abren sus puertas las Escuelas de Tecnología Médica y la Escuela de Salud Pública, para reforzar la administración de nuestras instituciones de salud. Hay interés permanente por la superación de la capacidad del personal de todas las profesiones a todos los niveles.

Como avance se desarrolló a nivel de Proyecto, la Red Nacional de Servicios de Salud, bajo la Dirección Nacional de Planificación; así mismo, se creó la Dirección Nacional de Finanzas y se estructura una nueva Estructura Orgánica. El proceso de actualizar las políticas y las estrategias es permanente en el Ministerio de Salud y se impuso como meta, para el año 1998, producir un Plan Nacional de Salud.

Para dar respuesta a la solicitud de la población de la RSSM y su atención en el HISMA, se realizó un proceso de categorización, en donde se implementó el co pago en la atención de salud, basado en lugar de residencia y condiciones socio económicas, se realizaron estudios previos de vulnerabilidad para la ubicación de la población de la RSSM, el resultado del estudio fue el siguiente: Categoría A cero 0 % de co pago, B 25 % de co pago, C 50 % de copago, D 75 % de co pago y E 100 % de copago. Este proceso contó con la asignación de un carnet que según la categoría en donde se catalogaba a la población, se designaba el costo de la atención de salud brindada a nuestros usuarios de los servicios de salud, las diferencias en costo según las categorías eran asumidas y subsidiadas por el Estado panameño, en el caso del costo de la atención de salud brindada a la población asegurada, los mismos eran asumidos por la CSS.

Se elabora, se diseña y se crea el Sistema Único de Referencia y Contra referencia (SURCO) el cual fue validado posteriormente por las autoridades nacionales y el mismo se encuentra vigente actualmente.

El sector salud cuenta con 16 Regiones Sanitarias y una vía de desarrollo (Arraiján). Las Regiones de Salud de San Miguelito, Metro y Coclé participaron de esta experiencia con avances mayores en una Región que en otras, se decidió que la Región piloto sería la RSSM, por que contaba con una Dirección Regional con liderazgo, un Equipo de Salud Regional de colaboradores con alto nivel técnico especialistas en Salud Pública, por la gran cantidad de población de responsabilidad de la RSSM y por la próxima apertura del Hospital Regional Integrado San Miguel Arcángel (HISMA).

En este sentido se desarrollaron cambios estructurales importantes para el país, dado que se crean las Direcciones de Promoción de la Salud y de Provisión de Servicios de Salud, se denomina a la Dirección de Planificación, Dirección Nacional de Políticas de Salud, se avanza en una Planificación estratégica MINSA/CSS, en la RSSM se elabora, diseña y construye el Modelo de Atención Primaria

de Salud Familiar, Comunitario y Ambiental, se implementa en cada Instalación de salud de la RSSM y algunas instalaciones de la Región Metro.

Se da inicio a los Acuerdos de Gestión entre la Dirección Regional y los Directores Locales, posteriormente se le denominan Convenios de Gestión, se elabora el Primer Análisis de Situación de Salud con Enfoque de Género integrado MINSA/CSS, se elabora el primer Plan Estratégico Quinquenal de Salud MINSA/CSS, se realizan Encuentros entre los Equipos Básicos de Salud que laboran en cada Centro de Salud, quienes intercambian sus experiencias sobre las actividades realizadas en sus Sectores de responsabilidad, los Análisis de Situación de Salud, se realizan por Centro de Salud y por Sector de Responsabilidad.

Igual se inicia un Sistema de Incentivos en donde las Instalaciones de Salud con mayores avances, recibían apoyos adicionales a la gestión de la salud pública.

Con el desarrollo de estas iniciativas, se da inicio a una transformación importante que como lo han sido la nueva forma de entrega de servicios de Salud mediante los equipos de salud itinerantes, que brindan servicios de salud en áreas apartadas del país, inicialmente en lugares en donde no se cuenta con presencia de estructuras físicas del MINSA, este proceso ha ido evolucionando desde su inicio en el año 2002 hasta la fecha.

En este sentido es importante señalar que las reformas y modernización iniciadas en el año 1994, fueron procesos desarrollados en paralelo en el Nivel Nacional y en la RSSM Región piloto, como una experiencia inédita implementada permitió cambios importantes en el Nivel Nacional y en las distintas Regiones de Salud, los procesos desarrollados han servido de base para la toma de decisiones, al emprender y dar continuidad a procesos futuros, adicional han permitido permear esas experiencias a otras Regiones de Salud y a las diversas autoridades retomar, valorar estos importantes avances realizados, que benefician a la población y la Salud Pública del país.

Los lineamientos relacionados con el desarrollo de la salud se insertan en el Plan de Gobierno y en las Políticas y Estrategias de Salud como guía para las acciones, planes, programas y proyectos dirigidos a impulsar un modelo de atención de salud.

Base legal

ARTICULO 109. Es función esencial del Estado velar por la salud de la población de la República. El individuo, como parte de la comunidad, tiene derecho a la promoción, protección, conservación, restitución y rehabilitación de la salud y la obligación de conservarla, entendida ésta como el completo bienestar físico, mental y social.

ARTICULO 110. En materia de salud, corresponde primordialmente al Estado el desarrollo de las siguientes actividades, integrando las funciones de prevención, curación y rehabilitación:

1. Desarrollar una política nacional de alimentación y nutrición que asegure un óptimo estado nutricional para toda la población, al promover la disponibilidad, el consumo y el aprovechamiento biológico de los alimentos adecuados.
2. Capacitar al individuo y a los grupos sociales, mediante acciones educativas, que difundan el conocimiento de los deberes y derechos individuales y colectivos en materia de salud personal y ambiental.
3. Proteger la salud de la madre, del niño y del adolescente, garantizando una atención integral durante el proceso de gestación, lactancia, crecimiento y desarrollo en la niñez y adolescencia.
4. Combatir las enfermedades transmisibles mediante el saneamiento ambiental, el desarrollo de la disponibilidad de agua potable y adoptar medidas de inmunización, profilaxis y tratamiento, proporcionadas colectiva o individualmente, a toda la población.
5. Crear, de acuerdo con las necesidades de cada región, establecimientos en los cuales se presten servicios de salud integral y suministren medicamentos a toda la población. Estos servicios de salud y medicamentos serán proporcionados gratuitamente a quienes carezcan de recursos económicos.
6. Regular y vigilar el cumplimiento de las condiciones de salud y la seguridad que deban reunir los lugares de trabajo, estableciendo una política nacional de medicina e higiene industrial y laboral.

ARTICULO 111. El Estado deberá desarrollar una política nacional de medicamentos que promueva la producción, disponibilidad, accesibilidad, calidad y control de los medicamentos para toda la población del país.

ARTICULO 112. Es deber del Estado establecer una política de población que responda a las necesidades del desarrollo social y económico del país.

ARTICULO 113. Todo individuo tiene derecho a la seguridad de sus medios económicos de subsistencia en caso de incapacidad para trabajar u obtener trabajo retribuido. Los servicios de seguridad social serán prestados o administrados por entidades autónomas y cubrirán los casos de enfermedad, maternidad, invalidez, subsidios de familia, vejez, viudez, orfandad, paro forzoso,

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

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

ARTICULO 114. El Estado podrá crear fondos complementarios con el aporte y participación de los trabajadores de las empresas públicas y privadas a fin de mejorar los servicios de seguridad social en materia de jubilaciones. La Ley reglamentará esta materia.

ARTICULO 115. Los sectores gubernamentales de salud, incluyendo sus instituciones autónomas y semiautónomas, intégrense orgánica y funcionalmente. La Ley reglamentará esta materia.

ARTICULO 116. Las comunidades tienen el deber y el derecho de participar en la planificación, ejecución y evaluación de los distintos programas de salud.

ARTICULO 117. El Estado establecerá una política nacional de vivienda destinada a proporcionar el goce de este derecho social a toda la población, especialmente a los sectores de menor ingreso.

Código Sanitario de la República de Panamá. Ley Nº66 de 10 de noviembre de 1947, el cual regula en su totalidad los asuntos relacionados con la salubridad e higiene pública, la política sanitaria y la medicina preventiva y curativa.

Decreto de Gabinete Nº1 del 15 de enero de 1969: Por el cual se crea el Ministerio de Salud, se determina su estructura y funciones.

Decreto Nº75 del 27 de febrero de 1969: Por medio del cual se establece el Estatuto Orgánico del Ministerio de Salud.

Metodología utilizada para el desarrollo de este documento

Para la elaboración del presente documento se utilizó la estructura de la guía metodológica diseñada para el desarrollo del ASIS a nivel Nacional y Regional.

- Búsqueda de fuentes de información nacional y de los organismos internacionales, con el objetivo de seleccionar información relevante que aporte al documento nacional y ayuden al mejor proceso de análisis como a la definición de planes, y acciones a decidir.
- Solicitud de informes de situación actual, a las direcciones nacionales, de los temas que inciden en la salud de la población y que son de su manejo y responsabilidad
- Lectura y revisión de documentación de temas relacionados con la salud así como datos estadísticos nacionales e internacionales.
- Compilación y ordenamiento de datos, obtenidos de las diferentes fuentes de información.
- Elaboración de cuadros y gráficos que ayudan a visualizar con mayor claridad la información que el documento del ASIS, tienen como propósito presentar
- Interpretación de los datos compilados y presentados en cuadros y gráficos, para la descripción de los detalles observados dando énfasis en los causantes de cambios y deterioro de la salud de la población.
- Presentación de la información dando énfasis a los problemas en orden de prioridad sanitarios
- Elaboración del documento en el orden establecido en la Guía metodológica para el desarrollo del ASIS.
- Proceso de edición del documento.
- Revisión y validación del equipo técnico del departamento de análisis de situación y tendencia de salud

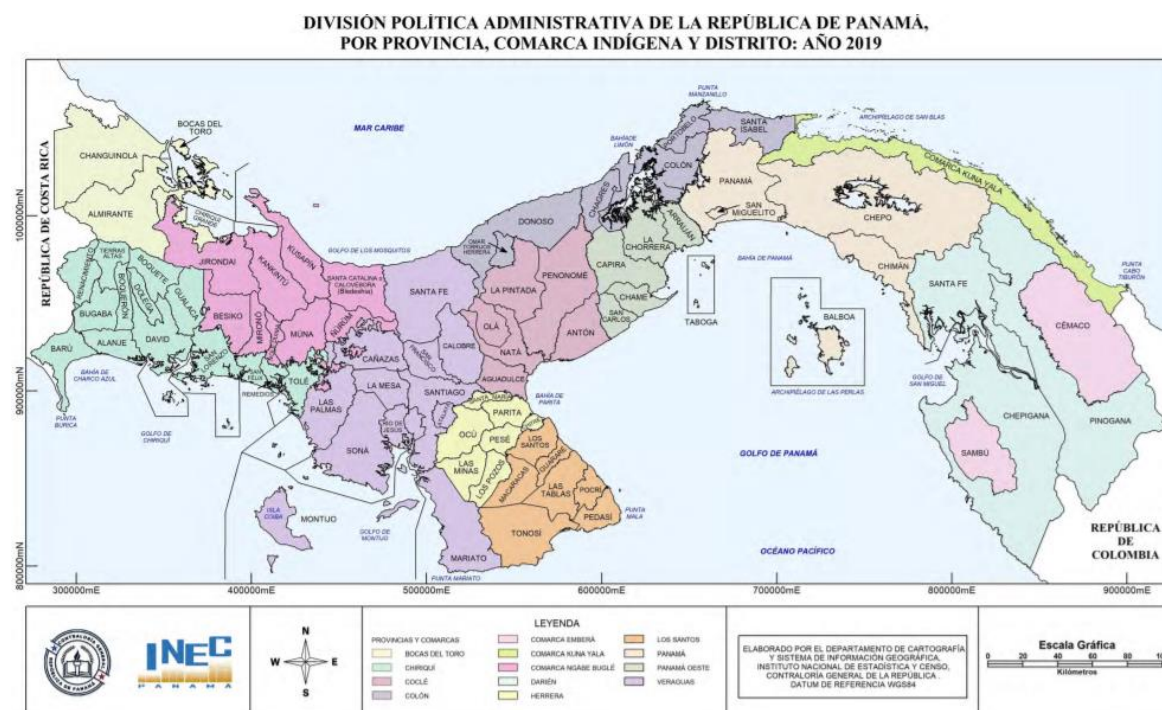


Contexto General de Panamá

La República de Panamá está ubicada entre las siguientes coordenadas: los 7°12'07" y 9°38'46" de Latitud Norte y los 77°09'24" y 83°03'07" de Longitud Oeste. Limita al Norte con el Mar Caribe, al Este con la República de Colombia, al Sur con el Océano Pacífico y al Oeste con la República de Costa Rica.

La nación panameña está organizada en Estado Soberano e Independiente, cuya denominación es República de Panamá. Su gobierno es unitario, republicano, democrático y representativo. El Poder Público solo emana del pueblo, lo ejerce el Estado conforme la Constitución lo establece, por medio de los Órganos Legislativo, Ejecutivo y Judicial, los cuales actúan limitada y separadamente, pero en armónica colaboración. El español es el idioma oficial de la República. Moneda: El balboa es la unidad monetaria del país; se subdivide en 100 centésimos y es equivalente al dólar de los Estados Unidos de América.

División Política Administrativa: Comprende 10 provincias, 81 distritos o municipios, 3 comarcas indígenas, algunas con categoría de provincia (Kuna Yala, Emberá y Ngäbe Buglé), pues cuentan con un gobernador comarcal; y 2 comarcas con nivel de corregimiento (Kuna de Madugandí y Kuna de Wargandí), con los cuales se completan un total de 679 corregimientos en todo el país.



La superficie total de la República es de 74,177.3 km² (no incluye áreas de masas de aguas continentales con 1,142.51km²).

Panamá para el año 2020 tenía una población estimada de 4,278,500, según informe de proyección de la población del Instituto de Estadística y Censo de la Contraloría General de la República.

El Ministerio de Salud (MINSAL), como ente rector del sector salud, reconoce la importancia de generar y proveer la información necesaria para una mejor caracterización de la salud de la población, determina el diseño, ejecución y análisis de la Encuesta Nacional de Salud de Panamá (ENSPA). Con la [ENSPA 2019](#), se busca aportar información oportuna y relevante de la situación de salud existente para actualizar el conocimiento sobre el proceso salud-enfermedad, evaluar los programas institucionales, contar con una base científico-técnica para la toma de decisiones y para el diseño o modificación de políticas públicas en materia de salud. La muestra seleccionada estuvo constituida por 20,118 viviendas particulares ocupadas. El porcentaje de participación de los hogares fue de 89.5%, en tanto que durante la aplicación del cuestionario a las personas de 15 años y más, se obtuvo un porcentaje de participación de 89.4%.

La encuesta de mercado laboral emitida en agosto del 2019 detalla que la población económicamente activa (PEA) del país fue de 2,066,753 persona, de este total 1,920,642 personas tenían un empleo. La tasa de desocupación aumentó 0.6 puntos porcentuales, con relación a marzo del 2018, es decir pasó de 5.8% a 6.4%. El número de desocupados para el año 2019 fue de 129,424 incrementándose en aproximadamente el 11.2% en comparación con el año 2018 que registró 116,321 desocupados en el 2018. Para el año 2020 el numero de desocupado fue de

Situación fiscal

De acuerdo con el balance fiscal del Ministerio de Economía y Finanzas (MEF), los ingresos durante el año 2020 del sector público no financiero (SPNF), fueron de B/.9,761.0 millones, registrando una disminución de 2,621.9 millones (21.2%), respecto a lo recaudado en el año 2019 (B/.12,382.8 millones). Mientras para el mismo año sumaron B/.15,111.4 millones, 815.3 millones mas que el año de referencia.

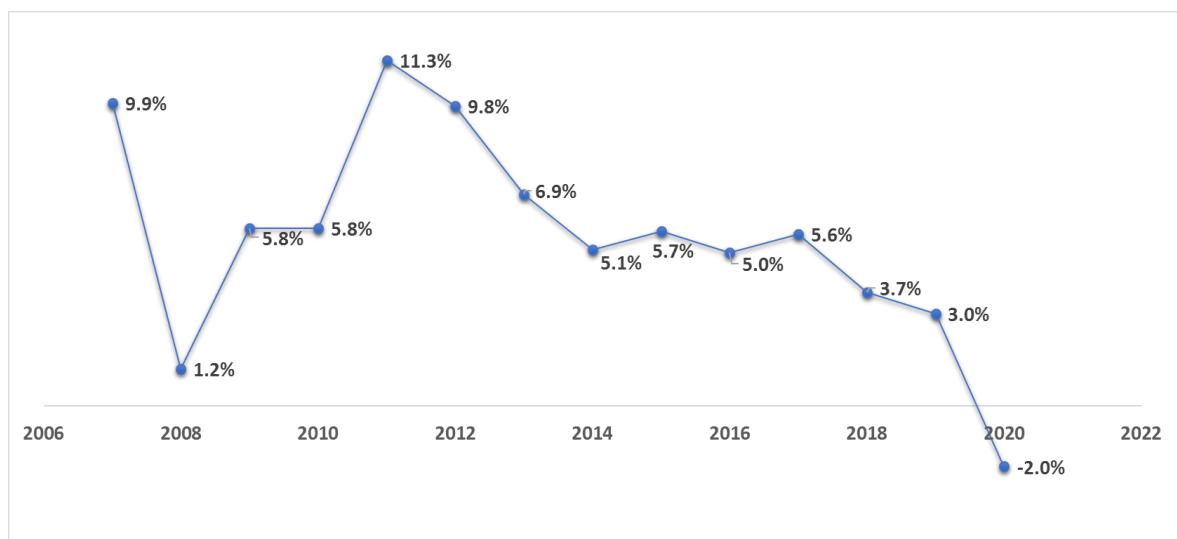
reflejando también una disminución un 12.4 respecto al gasto total de este sector en el año 2019. Las cifras de este primer trimestre del año 2020 representaron un déficit del SPNF, de B/.748.2 millones, que representa el 1.15% del Producto Interno Bruto (PIB).

Producto Interno Bruto Trimestral

Panamá desde En informe preliminar del INEC, el desempeño de la economía panameña, para el primer trimestre de año 2020, medido a través del Producto Interno Bruto Trimestral (PIBT), registró un incremento de 0.4%, respecto al período similar del año previo. Sin embargo, el comportamiento

fue afectado por la crisis provocada por la pandemia de la Covid-19 provocando un comportamiento negativo en el desempeño económico del país. Las proyecciones del Banco Mundial presentaban un crecimiento en el Producto Interno Bruto de Panamá de 4.2%, el más alto de Centroamérica; sin embargo, con la pandemia el organismo revaluó sus estimaciones y proyecta un decrecimiento para el país en -2.0%, Aun así, estará entre los mejores números de Latinoamérica, según el Banco Mundial.

Gráfico No.1. Crecimiento del Producto Interno Bruto (PIB), a precio constante en la República, en porcentajes. Años 2007-2020



Fuente: Datos estadísticos del INEC.
Elaborado por DASTS-DIPLAN

El PIBT valorado a precios del 2007, registró un monto de B/.10,634.3 millones para el período estimado, que corresponde a un aumento de B/.47.2 millones comparado con igual trimestre de 2019. Según análisis del Banco Mundial, Panamá ha logrado un progreso significativo en la reducción de la pobreza en los últimos años, en parte debido al crecimiento económico y a las transferencias públicas. Entre 2015 y 2018, si utilizamos la línea de pobreza de US\$5,5 al día, resultaría en una disminución de pobreza del 15,4% a un 12,5%, mientras que la pobreza extrema, fijada en US\$3,2 diarios, declinó de 6,7% a un estimado de 5,1%. Pero la pobreza solo disminuyó marginalmente en 2019 y se espera que aumente en 2020 como resultado del brote de la COVID-19, afectando los avances logrados.

Al inicio del año partían de un crecimiento sostenido al del trimestre anterior, pero se vieron afectadas al surgir la pandemia de la Covid-19, llevando a que la tasa de crecimiento se redujera al

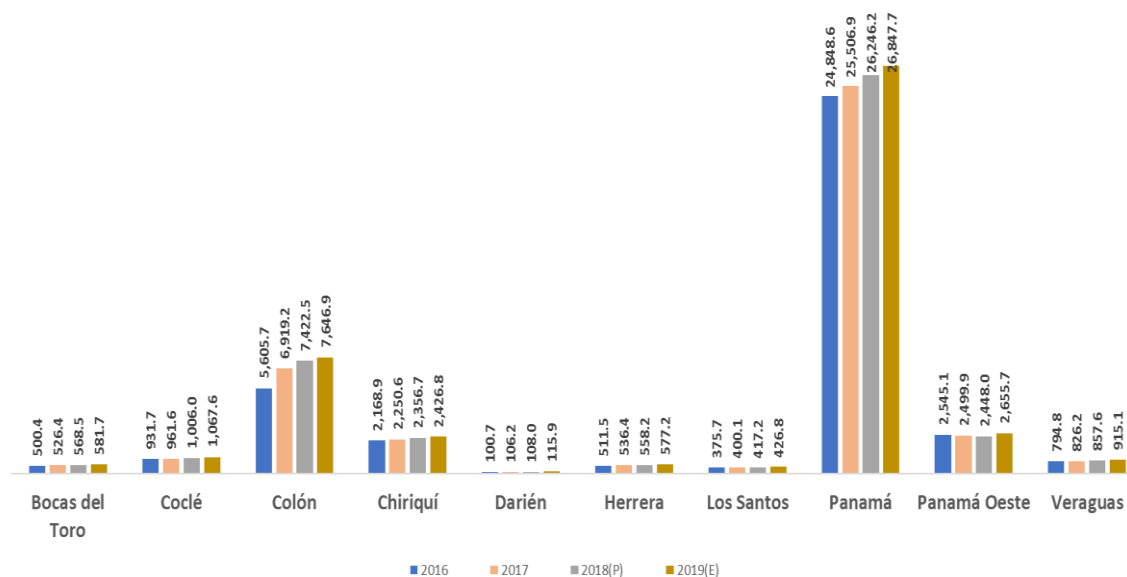
suspenderse algunas actividades económicas en la segunda semana de marzo y detectarse los primeros casos positivos en el país. Principalmente, las actividades de servicios; a pesar del incremento y abastecimiento en el consumo de alimentos y productos de limpieza. De igual forma, se suspendieron de forma indefinida contratos de trabajos que mantenían las empresas con sus empleados en las distintas actividades económicas, que se desarrollan a nivel nacional.

A pesar de este acontecimiento, las actividades relacionadas con la economía interna que tuvieron desempeño positivo en este período están: suministro de electricidad y agua, servicios gubernamentales y los servicios de salud y educación. El resto de las actividades económicas han sido afectadas negativamente en el trimestre: la industria manufacturera, construcción, comercio al por menor, hoteles y restaurantes, intermediación financiera, actividades inmobiliarias y empresariales, y otras actividades comunitarias, personales y de servicios. Entre los valores agregados generados por actividades relacionadas con el resto del mundo que presentaron incremento, resaltaron la explotación de minas y canteras, al continuar su dinamismo e impulsar la economía con la producción de concentrado de cobre e incrementar la exportación de este rubro hacia el mercado internacional, el Canal de Panamá, los servicios portuarios, y del sector agropecuario el banano. Por su parte, la Zona Libre de Colón, la pesca y transporte aéreo mostraron disminuciones.

PIB por provincias y comarca indígena

Todas las provincias registran incremento producto interno bruto (PIB), (Gráfico No.2.). Las provincias con mayor aporte al PIB nacional siguen siendo Panamá, Panamá Oeste y Chiriquí.

Gráfico No.2. Producto Interno Bruto de la república, por provincia y comarca indígena. Años 2016-2019(P)



(P) Cifra preliminares

Fuente: INEC, a precios de comprador, en medidas de volumen encadenadas, con año de referencia 2007.

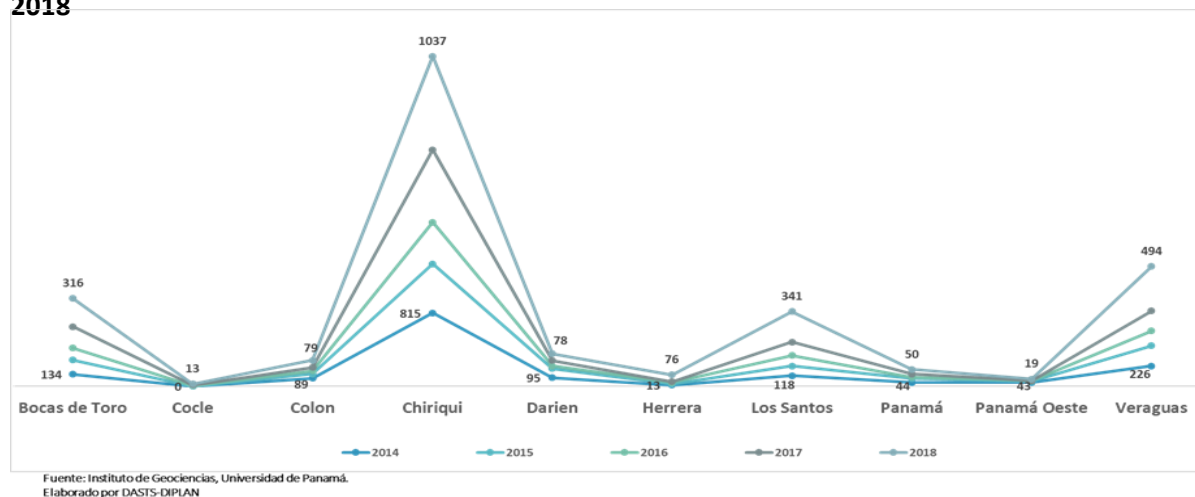
Elaborado por DASTS-DIPIAN

Ambiente

El informe mundial de las Naciones Unidas sobre el desarrollo de recursos hídricos 2019, expresa textualmente que, si la degradación del medio ambiente natural y las presiones insostenibles sobre los recursos hídricos mundiales continúan al ritmo actual, el 45% del PIB global, el 52% de la población mundial estarán en riesgo para el 2050. Las poblaciones pobres y marginadas se verán afectadas desproporcionadamente, agravando aún más las desigualdades que ya están en aumento. Reporta el informe que el 90% de los desastres naturales están relacionados con el agua, el 5% con las sequías, y Panamá no escapa de este efecto natural. Por tales razones hacemos énfasis con información en la situación ambiental, con el objetivo de impulsar acciones y estrategias encaminadas a proteger el ambiente, y si bien no detener, sí mitigar los efectos de los desastres naturales en el país.

El **número de sismos** en el país aumenta de forma sostenida cada año, y así también su intensidad. Sumado a este aumento de número de sismos en el país.

Gráfico No. 3. Sismos registrados en la República, por provincia y comarca indígena. Años 2014-2018



Adicional a esta condición de la naturaleza que va en incremento, el deshielo ocasionado por daños al medio ambiente está aumentando el nivel del mar, a esto se suma el hecho de que cada año la intensidad de las lluvias crecen en volumen y la fuerza de vientos. Todo repercute en el incremento de número de personas en condiciones vulnerables y lleva a la necesidad actual de la movilización de poblaciones cercana a las costas, así como la población que vive en las islas, que debe ser muy bien planificado para no afectar áreas naturales que puedan ocasionar daños al medio ambiente.

En este mismo sentido, el país tiene un crecimiento alto y de forma sostenida en el tiempo, creando aumento en la demanda en el uso de suelo y agua. El crecimiento de las inversiones públicas y privadas ha generado la necesidad de aumentar la oferta de energía eléctrica.

En cuanto a los permisos de concesión de **uso del agua por un volumen**, el ministerio de ambiente aprobó un total de 93.2909 millones de metros cúbicos(hm³) en el año 2020. 4.1922hm³ (4.4%) corresponden a uso agropecuario, 87.6840 (94%) a uso Industrial y para uso doméstico/Consumo humano un total de 1.4148 hm³ (1.5%).

La provincia donde mayor cantidad de concesiones se otorgó en el año, fue en Colón, representando el 95% del total de concesiones otorgadas en el país. Del total concedido en dicha provincia, el 98% fueron para uso industrial, es importante revisar las afectaciones al medio ambiente que ocasionan las actividades propias de las industrias autorizadas para el uso del agua.

En cuanto a el área forestal, El ministerio de ambiente dio permiso para la extracción y utilización de productos y subproductos forestales, maderables y no maderables por un volumen de 14,203.94 metros cúbicos del territorio nacional. En la provincia de Veraguas fue donde se otorgó el mayor volumen, representando un 29% del total del país, seguido de Los Santos, donde se otorgó el 23% del total y las provincias de Darién y Colón donde ese otorgó el 15% y 10% respectivamente.

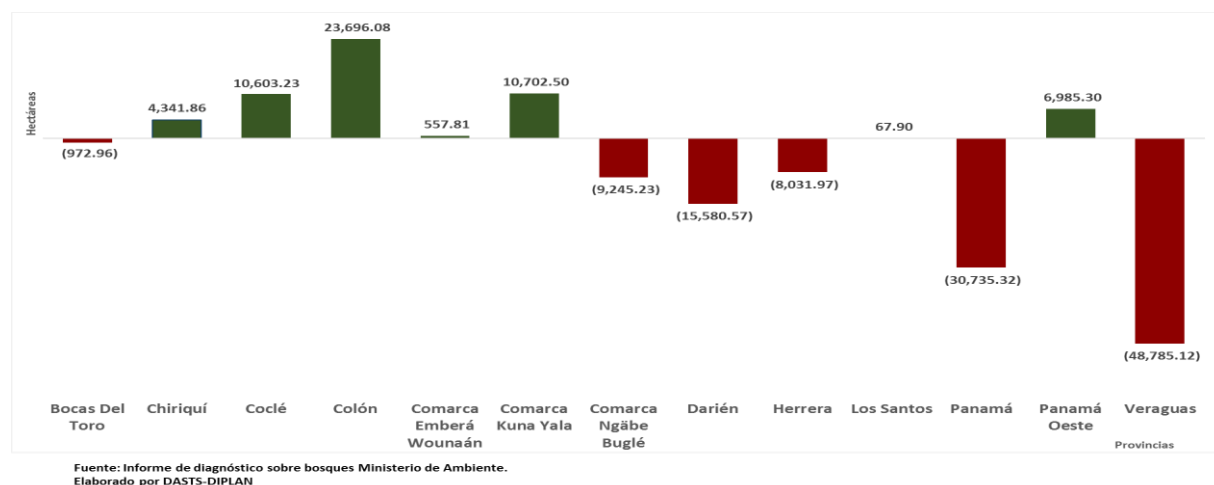
Sobre el cuidado y protección de las áreas naturales del país, el ministerio presenta desde el año 2015 un mínimo número de aprobación de áreas protegidas, y en los 3 últimos años no registra nuevas aprobaciones.

Sumado a esto, el informe de resultado del diagnóstico de cobertura de bosques presentado en octubre del 2020 por el Ministerio de ambiente, indica que entre el año 1992 al año 2019, el país ha perdido un total de 321,130.79ha (hectáreas) de bosques.

El informe también detalla la situación encontrada en cada provincia y comarca indígena en el periodo del 2012 al 2019, y muestra que la provincia de Veraguas es la que más cobertura boscosa ha perdido, 48,758.12ha en esos últimos 7 años. Le sigue la provincia de Panamá con una pérdida de 30,735.32ha, y Darién que perdió 5,580.57ha.

La provincia de Herrera, ya que, de acuerdo a los resultados de este estudio, es la provincia que menos cobertura boscosa presenta y adicional a eso, perdió 8,031.97ha, entre los años 2012 y 2019.

Gráfico No. 4. Pérdida y Ganancia de Bosques y Otras Tierras Boscosas en la República de Panamá, por Provincias, en hectáreas para el periodo 2012-2019



Con relación a uso de electricidad, aproximadamente 60 % de la capacidad instalada de la matriz eléctrica nacional está compuesta por fuentes renovables de energía, de los cuales el 52 % proviene de fuente hídrica, 7 % de eólica y 1 % de fuente solar (Plan Energético Nacional 2015-2050).

El Índice de Desempeño Ambiental (EPI por sus siglas en inglés: Environmental Performance Index), clasifica 180 países del mundo, con el objetivo de orientar en la formulación de políticas basadas en la protección del medio ambiente, y proporciona información en cuanto a la gravedad de las amenazas ambientales, la contaminación y la tendencia del estado de los recursos naturales de cada país.

De acuerdo con el informe de Desempeño Ambiental en su edición 2020, A nivel mundial. Panamá ocupó la posición 70 de 180 países evaluados (siendo 1, la ocupación mejor evaluada). En la clasificación por región, de 20 países latinoamericanos evaluados, Panamá ocupó la posición 15, por debajo de Trinidad y Tobago, Jamaica y Cuba. Chile fue el país mejor evaluado, ocupó la primera posición a nivel de la región y la 44 a nivel mundial.

Las mediciones son agrupadas en dos grandes categorías Salud Medioambiental y Vitalidad del ecosistema. Panamá obtuvo los valores más altos en la medición de ozono en el aire, índice de habitar de especies y en la tasa de crecimiento de carbón negro. Por lo que Panamá está tomando acciones encaminadas a mejorar estos resultados

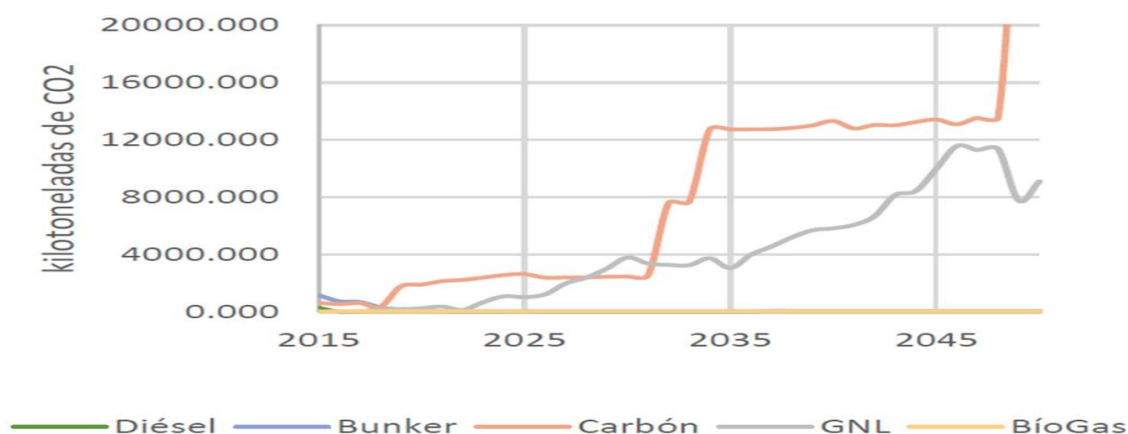
El aporte de Panamá, a las emisiones globales de gases de efecto invernadero representan el 0,02%, sin embargo, de acuerdo con expertos del Smithsonian, y los informes de cambio climático de las Naciones Unidas, indican que el país es altamente vulnerable a los efectos adversos del cambio climático, además, es importante destacar que el país es relativamente chico en tierra y en población, por lo que proporcionalmente hablando, el mínimo porcentaje de emisiones deben tomarse sobre la base de la realidad territorial y poblacional del país.

La comunidad internacional, en la preocupación por el cambio climático, ha desarrollado una gran cantidad de estudios relacionados con las emisiones de CO₂, y en cada uno determinan que un área de especial importancia a la hora de analizar emisiones de gases de efecto invernadero es la generación de energía, puesto que se estima que es en este sector donde la des carbonización debería producirse en una menor cantidad de tiempo, con este propósito, y sumándose a los estudios internacionales, la facultad de Ingeniería Eléctrica de la Universidad Tecnológica de

Panamá, realizó un estudio para demostrar el incremento del factor de emisión con el paso de los años responde a la cantidad de generación térmica que se proyecta al año 2050, en un escenario tendencial, y es uno de los temas planteados dentro del Plan Energético Nacional(PEN).

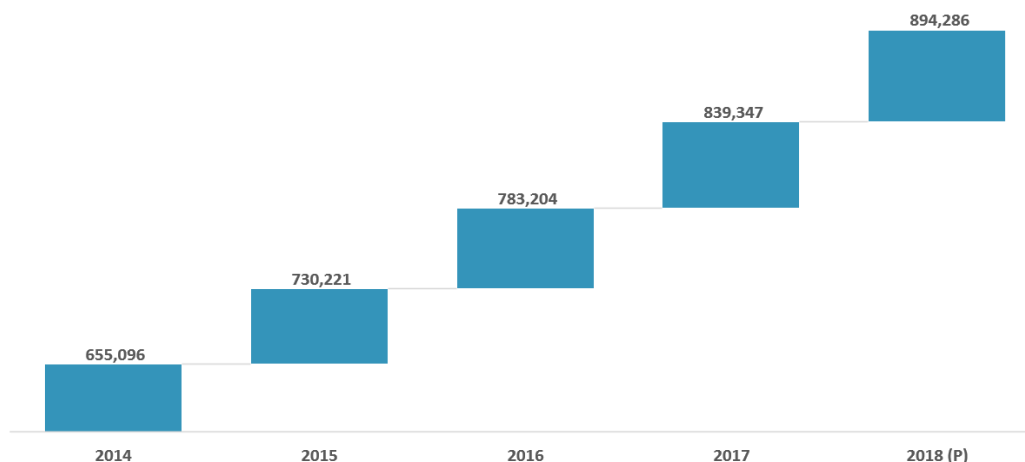
Los resultados del estudio demuestran que la emisión proyectada para los años 2015-2050 será debido a las Plantas que operarán con Carbón. Como muestra el gráfico, el comportamiento de la emisión de CO₂ con respecto a la Generación anual proyectada. Durante los primeros años la cantidad de CO₂ mantiene un nivel acorde al crecimiento de la Generación de la red, dice el estudio, pero a mediados de 2030 a 2035, la emisión de CO₂ crece de nivel con respecto a la generación, esto se debe a que el aumento de Generación anual es suplido por Generación a base de Carbón, con un aporte de casi 4 veces mayor a la de años anteriores, generando así un aumento considerable de Emisión de CO₂.

Gráfico No.5. Proyección de emisiones de CO₂ anuales en Panamá, por tecnología térmica. Años 2015, 2025, 2035, 2045



Una de las causas de estos valores es el incremento constante del número de automóviles en circulación, un 7% por año aproximadamente según datos del Ministerio de Ambiente, siendo la provincia de Panamá la de mayor número de autos en las calles, seguido de Chiriquí.

Gráfico No.6. Crecimiento del número de automóviles en circulación, en la República. Años 2014-2018



Fuente: Informe anual de estadísticas ambientales, Ministerio de Ambiente. Elaborado por DASTS-DIPLAN

Con relación al **movimiento portuario**, para el 2018, el Sistema Portuario Nacional, menciona que:

- El movimiento marítimo de naves a nivel total aumentó 35.0% respecto al año 2017, este aumento se reflejó principalmente, en el servicio de cabotaje, con un crecimiento de 40.5%.
- El tránsito de naves por el Canal de Panamá fue de 13,692 unidades, de las cuales 12,150 fueron de alto calado (profundidad que alcanza en el agua la parte sumergida de un barco, necesaria para que flote libremente), y 1,542 de pequeño calado.

Sobre el **movimiento aéreo** doméstico, el informe del INEC dice que:

- El Aeropuerto Marcos A. Gelabert reflejó un incremento en las operaciones aéreas de 2.8% anual, respecto al 2017.
- El Aeropuerto Internacional de Tocumen registró para el 2018 un aumento en los vuelos de 2.4% anual y en el transporte de pasajeros fue de 10,350,701, de los cuales 2,128,768 fueron embarcados que representaron el 20.6%, 2,214,260 desembarcados con el 21.4% y 6,007,673 tránsito directo con el 58.0%.

Panamá ante la urgente necesidad de cuidar el medio ambiente, ratificó el Protocolo de Kioto en junio de 1998, y su compromiso al aprobar la Enmienda de Doha mediante la ley 38 de 3 de junio de 2015. En este sentido, y con el objetivo de Estado, de garantizar la seguridad del suministro, el uso racional y eficiente de los recursos y la energía de manera sostenible, aprueba en el mes de

noviembre del 2020, los lineamientos estratégicos de la agenda de transición energética, que tiene como base el cumplimiento del Objetivo de Desarrollo Sostenible 7(ODS7) y el Acuerdo de París.

Una de las acciones sobre este objetivo, es el desarrollo del diagnóstico de cobertura de bosques, cuyos resultados fueron presentados en octubre del 2020 y los resultados están descritos en el presente documento. En diciembre del 2020 Panamá reafirmó ante la Convención de las Naciones Unidas sobre el Cambio Climático, su compromiso de establecer acciones enfocadas en el cuidado del clima, en la gestión para el desarrollo del país, y cumplir con lo pactado en el Acuerdo de París concretas en la lucha mundial para evitar el calentamiento global.

Contexto COVID-19

Para finales del 2019 e inicios del año 2020, se presentó la aparición de los primeros casos de COVID-19 en Wuhan, China. El reporte de este brote epidémico marcó para Panamá, a través del Ministerio de Salud, originó el establecimiento de una fase preparatoria con espacios de coordinaciones intersectoriales, de acciones promocionales y educativas como primera línea. Por razones claras, el brote ocasionó una alteración completa del escenario en materia de salud y en general de la vida misma de la población a nivel mundial.

Durante los meses de enero a marzo 2020 el Ministerio de Salud adelantó en la revisión de los recursos disponibles en infraestructura, insumos, pruebas diagnósticas, recursos humanos, entre otros, para reforzar la capacidad de respuesta ante la futura aparición de casos, con turnos de disponibilidad por llamadas de contingencias 24 horas.

Paralelamente se inició la reglamentación de las medidas necesarias ante la inminente amenaza de COVID-19 y se establecieron flujogramas para la atención de pacientes y el inventario de la capacidad instalada para enfrentar la eventual aparición de casos.

El MINSA proporcionó la información pertinente a las diversas instituciones, organizaciones, universidades, entre otros, a fin de emitir mensajes educativos para llegar a la población, iniciando una labor sistemática desde diversos ámbitos.

Se desarrolló un amplio plan de capacitaciones y docencias a múltiples instituciones gubernamentales, organizaciones no gubernamentales, empresa privada, entre otros y se

proporcionaron materiales educativos y artes unificados para la reproducción, aumentándose la participación en medios de comunicación y la divulgación a través de redes sociales.

Se aprobaron los lineamientos y recomendaciones generales para la prevención y control de la enfermedad coronavirus (COVID-19) y se desarrollaron las acciones programadas para el evento masivo de Carnavales, que posteriormente fueron cancelados.

Con la confirmación del primer caso de COVID-19 en Panamá, el 9 de marzo de 2020 y determinación de la OMS que caracterizó a COVID-19 como una pandemia, MINSA se preparó con medidas educativas para la prevención del COVID-19, para el diagnóstico oportuno, el abordaje de los casos y su atención, el manejo de los contactos y la orientación a la población mediante la línea 169 y ROSA.

Desde el 23 de enero 2020, se activa el Centro de Operaciones de Emergencias Nacional-COE, con la participación de integrantes claves de las instituciones que participan de las intervenciones del sector salud (presidencia, MINSA, CSS, MEDUCA, SINAPROC, MIDES, MINGOB, Migración, Aeropuertos, MINSEG, SENAFRONT, SENAN, Policía Nacional, MINREX).

El 28 de enero 2020, el Presidente de la República, firma el Decreto Ejecutivo N° 64, con el que “se adoptan las medidas necesarias que sean imprescindibles e impostergables, contenidas en el Plan Nacional ante la amenaza por el Brote del Nuevo Coronavirus (COVID-19) definido por el Ministerio de Salud” y se firma la Resolución de Gabinete N°6 con la que se facilita al Ministerio de Salud fondos extraordinarios por un millón de dólares para la preparación de la respuesta y se da la directriz para que todos los ministerios e instancias den el apoyo al MINSA.

El presidente delegó al Ministerio de Salud para que coordine la formulación e implementación del Plan Multisectorial y el 3 de marzo 2020 el Consejo de Gabinete aprobó recursos por 3 millones de balboas para las acciones iniciales para atender un aumento de casos y para el plan intersectorial.

El MINSA reforzó la capacidad instalada para enfrentar la demanda en los días subsiguientes a la aparición de casos, tanto en infraestructura, insumos, equipos y personal, fortaleciendo el papel de la plataforma ROSA y la orientación a la población mediante la línea 169. Estableció TOQUE DE QUEDA en la República de Panamá y zonas epidémicas sujetas a control sanitario. Adicionalmente se emitieron medidas de movilidad con la finalidad de contener la propagación del COVID-19, como

la circulación por días de acuerdo con la cédula, al sexo y el uso de mascarillas, teniendo en cuenta excepciones de salida, por ejemplo, para niños con autismo y medidas de aislamiento como en el caso de hoteles para pacientes positivos.

Se estableció un marco legal dinámico para facilitar las acciones en salud, por ejemplo, en los trámites para la idoneidad del personal médico y las gestiones administrativas para contrataciones varias, la importación y adquisición de medicamentos, de dispositivos médicos, la facilitación el desarrollo de investigaciones en temas COVID-19, entre otros.

Se amplió la capacidad instalada con el aislamiento de casos positivos asintomáticos en hoteles e incorporando en la red diagnóstica a otros hospitales, instalando cabinas de hisopado como en los centros penitenciarios y contratando personal adicional.

Se realizó un intenso intercambio de experiencias con otros países de la región y con la empresa privada en cuanto a protocolos de bioseguridad.

A partir del mes de mayo el MINSA emite los decretos y resoluciones necesarias para ordenar el proceso de reapertura gradual por bloques y reactivar las diversas actividades económicas.

MINSA junto con el Ejecutivo anunció la hoja de “Ruta hacia la Nueva Normalidad por #UnPanamáMejor” la cual establece los lineamientos diseñados para lograr el retorno a la “nueva normalidad” de forma ordenada, gradual, segura, y la reapertura de los diferentes servicios. A partir del 13 de mayo 2020 se dará apertura al primer bloque de empresas que incluye los servicios de reparación y mantenimiento de autos, comercio electrónico, pesca y agricultura.

El Gobierno Nacional desarrolló una estrategia de retorno gradual a una nueva normalidad en el país, post COVID-19, la cual consistió en un proceso de por etapas, diferencial y coordinado con las comunidades, que será largo, sostenido en el tiempo y adaptable a los cambios necesarios de acuerdo con la evolución de los datos epidemiológicos y el impacto de las medidas adoptadas contra la pandemia. Este retorno fue dividido en seis bloques que indican los sectores industriales y comerciales que pueden retornar a sus labores, siempre en cumplimiento de los lineamientos para el retorno a la normalidad diseñados para lograr el proceso de forma ordenada, gradual y segura, además de una serie de medidas de flexibilización para la población, reforzar la atención primaria en los centros de salud y la designación de un recurso humano exclusivamente para verificar que las

guías y protocolos establecidos por el Ministerio de Salud (MINSA) se cumplan, trabajo que se realizará en coordinación con el Ministerio de Trabajo y Desarrollo Laboral y de Comercio e Industrias.

Cumplimiento de los ODS

El Índice ODS 2019 para América Latina y el Caribe mide la situación actual de 24 países de la región en el cumplimiento de los ODS de manera agregada. Está compuesto por 96 indicadores distribuidos en los 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible. El promedio del Índice ODS en la región se ubica en 63.1. A cuatro años de aprobada la Agenda 2030, la región evidencia un avance modesto en las metas trazadas, según describe el informe del Centro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible para América Latina (cods). Los mayores rezagos se evidencian en Haití, y Trinidad y Tobago, en América Latina países como Guatemala, Guyana, Belice, Honduras y Venezuela presentan los niveles más bajos.

Panamá obtuvo un puntaje de 64,33 y clasificó en la posición No. 11, precedido por Bolivia, Colombia y Méjico clasificados en la 10, 9 y 8 respectivamente. Chile, Uruguay y Costa Rica, resultando ser los países con los mejores resultados en el cumplimiento de los ODS, para el año 2019. Sin embargo, Costa Rica es el país que mayores avances registró en salud y bienestar (ODS 3)

El informe incluye a Panamá en el grupo de países que muestran una tendencia a avance positivo, y encaminado al logro en el cumplimiento varios de los ODS, como es el caso del ODS 6 (agua limpia y saneamiento), en el ODS 1 (pobreza cero) y el ODS 11 (ciudades y comunidades sostenibles). Además, señala un progreso significativo en el ODS 17 (alianzas por los objetivos) y el ODS 16 (paz, justicia e instituciones sólidas) la igual que Belice.

Por otro lado, de acuerdo con datos estadísticos del INEC, Aunque la razón de muerte materna se observa una disminución a nivel nacional, con relación a los datos del año 2015, en el año 2018 murieron 45.5 mujeres por cien mil nacidos vivos, 10 mujeres por cien mil nacidos vivos, más que el año 2017. Además, se observa una disminución consistente en la proporción de partos con asistencia de personal sanitario especializado a nivel nacional, a pesar de que la densidad y distribución de los trabajadores sanitarios ha aumentado desde el 2015 en el que se registró una densidad de 70.96, en el año 2018 la densidad aumento a 80.1, Cuadro No. 1.

Sumado a esto, el país presenta disminución en la proporción de mujeres en edad de procrear, que aplican la planificación familiar con método modernos.

Además, los indicadores de tasa de muerte de niños menores de 5 años, infantil y neonatal, Panamá incrementó la tasa establecida como línea base, y no ha logrado al menos igualarla a pesar del esfuerzo, por lo que es muy importante llevar a cabo una evaluación para medir el impacto de los planes y estrategias desarrollados, en miras de determinar la eficacia de estos, sobre la base de los resultados obtenidos, y tomar decisiones de cambio y/o mejoramiento de estos. Son aspectos importantes para analizar con profundidad a nivel local de las regiones, para tomar para las acciones efectiva y urgentes. Es importante resaltar el aumento en muertes prematuras a causa de la diabetes, señala el informe.

El informe compara los resultados del Índice ODS con el nivel de PIB per cápita de los países y se observa que los puntajes más bajos corresponden a países de renta baja o media-baja con altos niveles de pobreza. Esto se relaciona con la meta de los ODS en la erradicación de la pobreza y el acceso a servicios básicos e infraestructura. Es importante aumentar los esfuerzos en la población vulnerable para alcanzar una gestión de país equitativa.

Cuadro No.1. Comparativo de resultados en los indicadores del Nivel 1 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS). Años 2015, 2016, 2017 y 2018.

INDICADORES	DATOS DE LINEA BASE	AÑOS		
	2015	2016	2017	2018
Razón de mortalidad materna	52.7	49.2	35.4	45.5
Proporción de partos con asistencia de personal sanitario especializado	95	94.6	94.2	92.9
Tasa de mortalidad de niños menores de 5 años	16.2	17.8	17.4	17.7
Tasa de mortalidad infantil	12.3	13.9	14	14.2
Tasa de mortalidad neonatal	7.2	7.7	7.7	8.6
Número de nuevas infecciones por el VIH por cada 1.000 habitantes no infectados, desglosado por sexo, edad y sectores clave de la población	21	24.13	28.6	31.69
Incidencia de la tuberculosis por cada 100.000 habitantes	42.2	39.3	41.1	41.3
Incidencia de la malaria por cada 1.000 habitantes	14.1	20.09	17	17
Incidencia de la hepatitis B por cada 100.000 habitantes	4.7	3.2	2.2	2.6
Tasa de mortalidad prematura atribuida a las enfermedades cardiovasculares	38.9	37	38	39.2
Tasa de mortalidad prematura atribuida a tumores malignos	36	35.11	35.43	33.9
Tasa de mortalidad prematura atribuida a la diabetes	14.5	11.7	12.2	13.7
Tasa de mortalidad prematura atribuida a las enfermedades respiratorias	2.3	2.3	2.3	2.3
Tasa de mortalidad por suicidio	3.8	3	3	2.6
Prevalencia anual del Consumo nocivo de alcohol, de población de 12 años y más (porcentaje reoecto a la población entre 12 y 65 años)	Total 10.98 (Segunda Encuesta Nacional de Hogares sobre Consumo de Drogas 2015).			
Tasa de mortalidad por lesiones debidas a accidentes de tráfico	11.9	11.7	11.4	9.7
Proporción de mujeres en edad de procrear (de 15 a 49 años) que practican la planificación familiar con métodos modernos	4.5	4.2	4.1	3.5
Tasa de fecundidad de las adolescentes (de 10 a 14 años) por cada 1.000 mujeres de ese grupo de edad	3.4	2.9	2.9	2.9
Tasa de fecundidad de las adolescentes (de 15 a 19 años) por cada 1.000 mujeres de ese grupo de edad	84	78.8	75.3	73.5
Prevalencia normalizada para la edad del consumo actual de tabaco entre las personas de 15 o más años de edad	6.1% para la población en general (Fuente documntal: Encuesta mundial de Tabaco en adultos/Ministerio de Salud. Año 2013)		7.8	
Densidad y distribución de los trabajadores sanitarios	70.96	75.56	80.11	80.10

Fuente: Ministerio de salud. Dir. Nacional de Planificación de Salud/Depto. REGES

De acuerdo con el informe, en el caso de los ODS 2 (hambre cero), 3 (salud y bienestar) y 8 (trabajo decente y crecimiento económico) se presenta un rezago importante en más de la mitad de los países analizados en el reporte. En general, los países latinoamericanos y del Caribe no han logrado transitar hacia modelos de producción agrícola más sostenibles para reducir su impacto negativo en el medio ambiente. Así mismo, los desórdenes alimenticios y las altas tasas de obesidad en la región están teniendo impactos negativos en la salud de la población. Otros de los temas más críticos que explican estos resultados son las altas tasas de embarazo adolescente, las muertes por accidente de tránsito, las bajas tasas de bancarización y los altos niveles de desocupación de los jóvenes que actualmente no están estudiando ni tampoco trabajando.



Transición demográfica y epidemiológica en Panamá

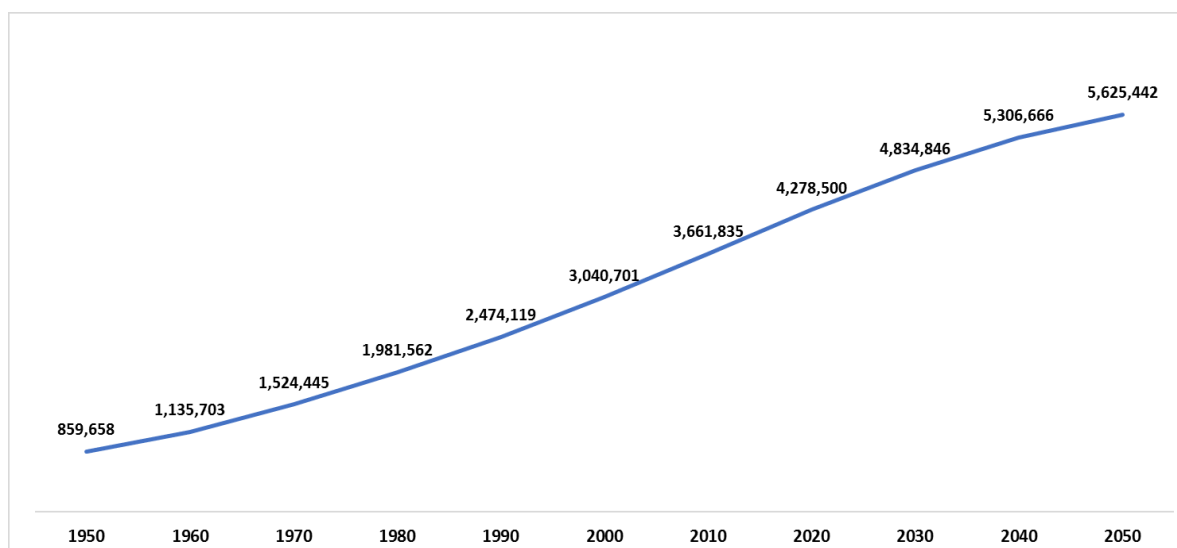
Población estimada

La población estimada de Panamá al año 2020 es de 4,278,500, compuesta por el 50.1% hombres y 49.9% de mujeres. En todas las áreas del país se refleja la cantidad mayoritaria de hombres, a excepción de la provincia de Panamá, las Comarcas Gnâbe Bugle y Kuna Yala, que el porcentaje de mujeres es ligeramente mayor. Aproximadamente el 70.3% de la población vivía en áreas urbanas, según los informes estadísticos del INEC.

Los resultados de la ENSPA 2019, desarrollada en una muestra representativa de país, muestran que el 67.5% de la población era menor de 15 años. Además, reportó la ENSPA, que el 50.2% de la población es Mestizo (trigueño, culiso, mulato); el 19.6% blanco, el 15.8% afroamericano (negro, moreno, sambo), el 11.2% es indígena, el 0.3% asiático, y el 2.8% representa a los otros grupos socioculturales.

La población indígena la confirman los Kuna, Emberá, Wounaan, Ngäbe, Buglé, Bokota, Naso/Teribe, Bri Bri; y el 9.2% es afrodescendiente, según datos del INEC.

Gráfico No. 7. Estimación y proyección de la población de la República por décadas. años 1950-2050



Fuente: INEC, informe de estimaciones y proyecciones de la población total de la república 1950 2050. Elaboración de DASTS-DIPLAN

Como consecuencia de la posición geográfica del Istmo y de una serie de circunstancias históricas, la población está constituida por grupos humanos étnicos, que por ser grupos pequeños su clasificación es de Colonia, como la Colonia China, la de Indostanés, hebreos, Centroeuropeos y Centroamericanos.

Población urbana-rural

Según los informes de estimación poblacional del INEC, en el año 2019 el 70.3% de la población del país vivía en áreas urbanas, porcentaje representa un incremento del 8.1% comparado con el año 2000, en el que se estimó el 62.2% de la población urbana.

Densidad poblacional estimada

La densidad poblacional estimada para el 2020 es de 57 habitantes por km². Más del 50% de la población nacional se concentra en la región metropolitana, que incluye las grandes ciudades de Panamá, Colón, La Chorrera y Arraiján; y en el área de las provincias centrales, destacándose las ciudades de Chitré, Las Tablas, Los Santos, Santiago, Aguadulce y Penonomé, así como en el área occidental de Chiriquí centros como David, La Concepción y Puerto Armuelles.

De los 81 distritos del todo el país, los más poblados son San Miguelito de la Provincia de Panamá, con aproximadamente 7,385.3 habitantes por Km², le sigue Arraiján en la provincia de Panamá Oeste, y Chitré en la provincia de Herrera, ambos con más de 600 habitantes por Km².

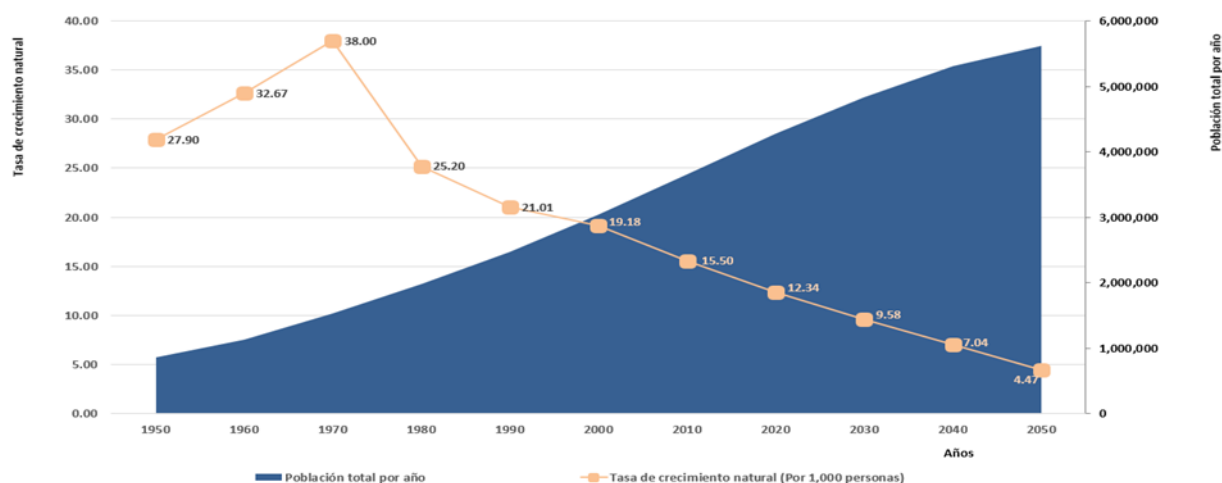
Tasa de crecimiento poblacional

En las últimas décadas la **tasa de crecimiento media anual** de la población ha ido disminuyendo de forma constante, pasando de una tasa de 1.84 durante la década del 2000 al 2010, a una tasa de 1.48 en el 2020, de acuerdo con los estudios de estimación poblacional del INEC. Sin embargo, la población del país seguirá creciendo en volumen igual que el resto de los países de Latinoamérica.

En números absolutos, de acuerdo con las estimaciones del INEC, el crecimiento anual en la población llega a su máximo en la década del 2010 al 2020, cuando inicia su disminución alcanzando hasta un 32% de disminución para la década del 2040 al 2050. **Gráfico No.8**

Según estimaciones de CEPAL, Panamá estará superando los 6 millones de habitantes en los años 2060 e iniciará una disminución a partir del año 2088, igual que Guatemala. El resto de los países de Latinoamérica experimentarán esa disminución antes que Panamá.

Gráfico No.8. Evolución y Tendencia del crecimiento de la población de cada provincia y comarca indígena. Basada en estimaciones y proyecciones poblacionales del INEC

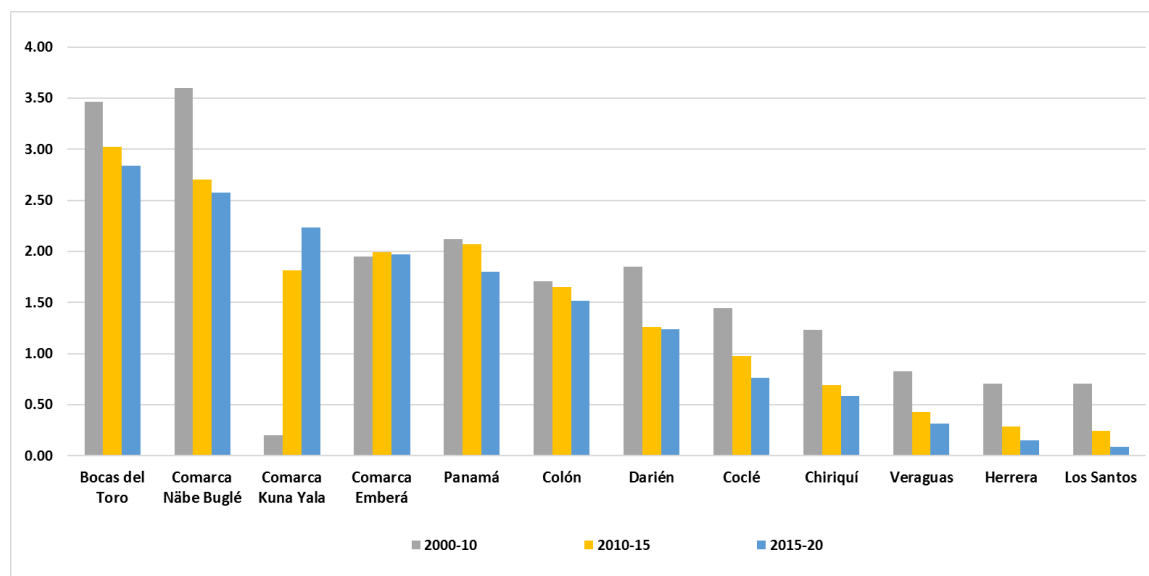


Fuente: INEC. Datos derivados de las estimaciones y proyecciones de la población total según Censo del 2020.

Crecimiento poblacional por provincia y comarca Indígena

A nivel de provincias y comarcas, en todas se observa una disminución en la tasa de crecimiento, con la excepción de la comarca Kuna Yala, que pasó de una tasa de crecimiento media anual de 0.20 a 2.23 en el 2020.

Gráfico No.9. Tasa estimada de crecimiento media anual de la República, por provincia y comarca indígena. Años 2000-2010(Intercensal), 2010-2015 y 2015- 2020(Estimada)

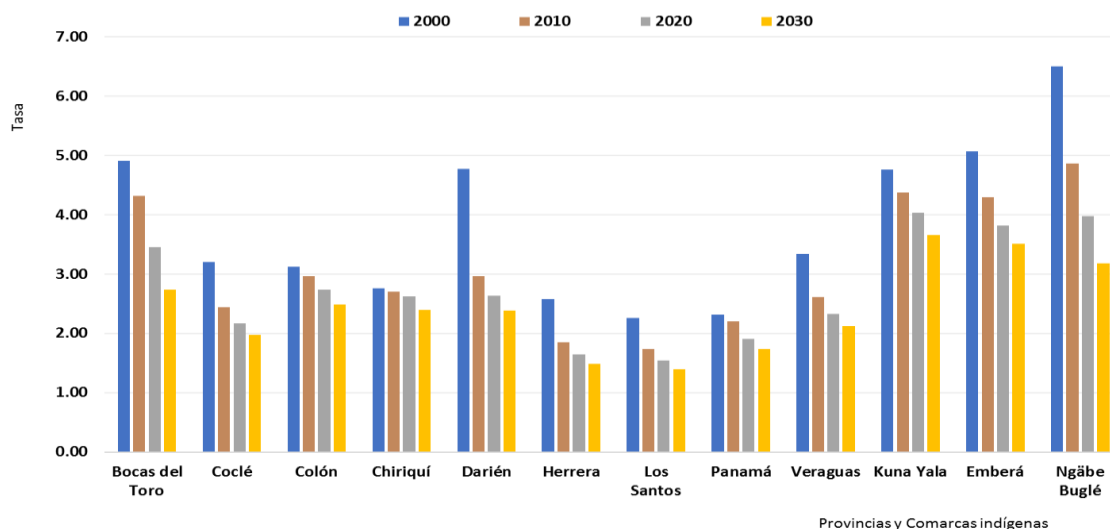


Fuente: Informe de Estimaciones y proyecciones de la población total de la República, INEC. Elaboración propia

Tasa de fecundidad

La tasa global de fecundidad marca una disminución constante en el tiempo, en los años 1950 la mujer tenía entre 5 a 6 hijos en su edad fértil, para el año 2000 disminuyó a 2.82 y en el 2018 la tasa fue de 2,40 hijos por mujer en edad fértil. Según estimaciones y proyecciones del INEC, para el 2030 se espera que cada mujer en Panamá tenga un promedio de 2.06 hijos en su periodo fértil, por debajo de promedio límite esperado (2.1 hijos por mujer en periodo fértil) para mantener la estructura poblacional. En cuanto a los valores por provincia y comarca indígena se observa en el **Gráfico No.11**, todas las provincias y comarcas indígenas registran disminución

Gráfico No.11. Tasa global de fecundidad y su tendencia, por provincia y comarca indígena; según estimaciones y proyecciones de población. Años 2000, 2010, 2020, 2030

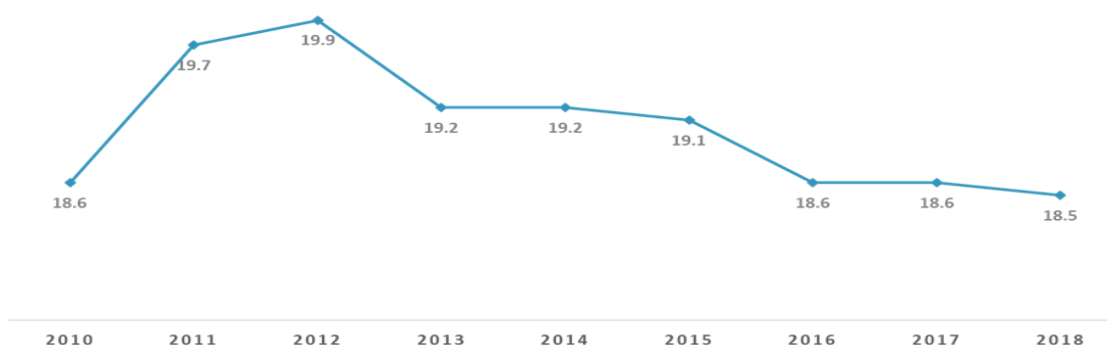


Datos según estimaciones y proyecciones de población.
Fuente: Datos de estadísticas vitales del INEC. Contraloría General de la República. Elaboración propia

Tasa de Natalidad

Panamá está atravesando por un proceso de transición demográfica generándose cambios en el crecimiento de la población, y en su estructura. Como muestras los datos estadísticos del INEC, la **tasa de natalidad** para 2018 fue de 18.6 nacimientos por 1.000 habitantes (23.1 en el área rural y 16.5 en el área urbana). Una diferencia de 3.4 nacidos vivos menos con relación a la década del 2000 al 2010, en la que se registró una tasa de 22 nacidos vivos por 1000 habitantes en el país. Claramente una elevada disminución anual.

Gráfico No.10. Tasa bruta de natalidad en la República. Años 2010-2018

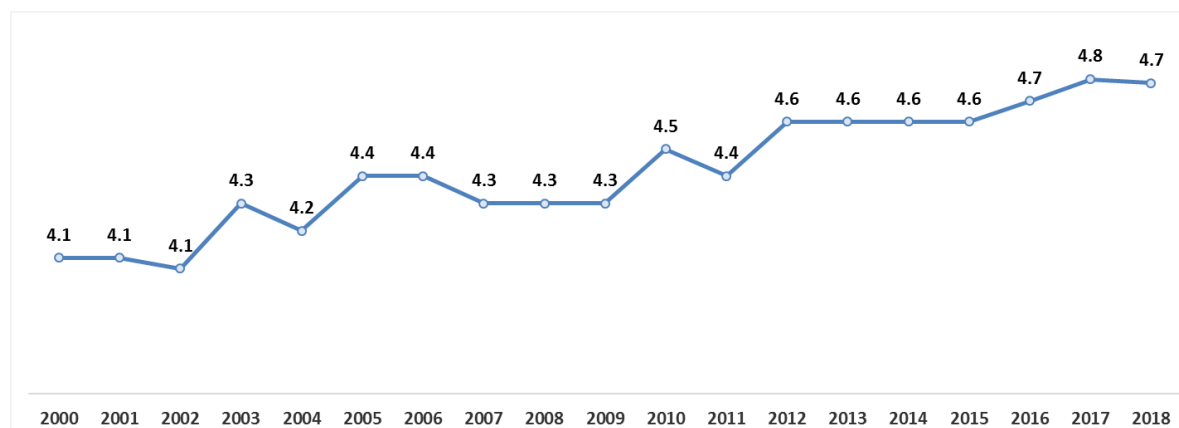


Fuente: Datos de estadísticas vitales del INEC. Contraloría General de la República. Elaboración propia

Mortalidad general

En el caso de la tasa de mortalidad general en Panamá, ésta registra un aumento leve, pero constante en la tasa anual. Pasó de 4.1 muertes por mil habitantes en el año 2000, a 4,5 en el 2010, y 4.7 en al 2018, según informe del INEC. De acuerdo con las proyecciones de CELADE, este número tiende a continuar aumentando en el tiempo, proyectando para el 2030 una tasa alrededor de 5,5 muertes por mil habitantes. Sin embargo, es importante destacar el descenso sostenido de muerte infantil, pasando de 16.7 muerte de menores de un año durante el año 2000, a 14.2 en el año 2018, que da un valor importante a la estructura poblacional.

Gráfico No.12. Tasa bruta de mortalidad en la República. Años 2000-2018

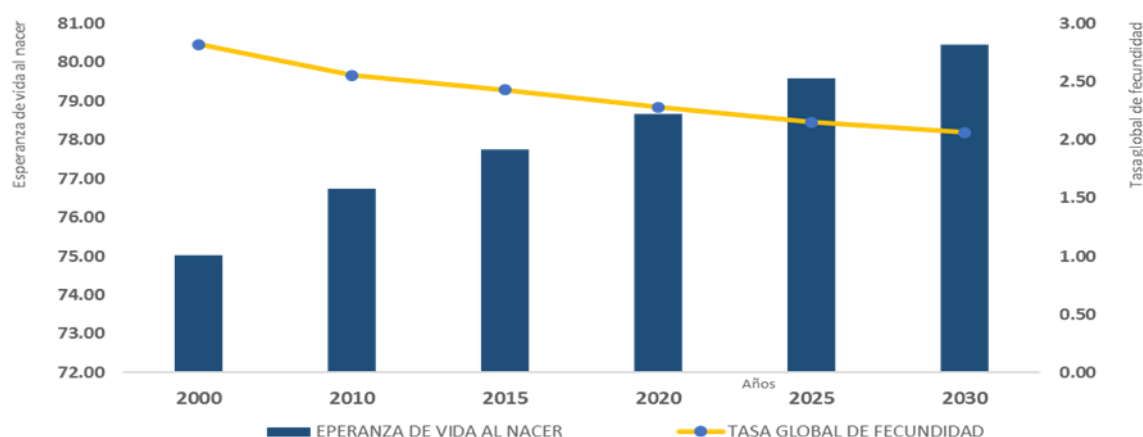


Por mil habitantes, con base en la estimación de la población total, al 1 de julio.

Fuente: Datos del INEC.

Elaborado por DASTS-DIPLAN

Gráfico No.13. Proyección y tendencia quinquenal de dos principales indicadores de transición demográfica. Años 2000, 2010, 2015, 2020, 2025, 2030



Fuente: Datos de estadísticas vitales del INEC. Contraloría General de la República.
Elaboración de DASTS-DIPLAN

Esperanza de vida al nacer

La esperanza de vida al nacer aumentó de 75 años en el año 2000, a 78 en el año 2018-2020, y continua en ascenso de acuerdo con proyecciones de CEPAL alcanzando los 80 años en el 2030 y 83 en el 2050. Sin embargo, en estos momentos se desconoce qué impacto ha tenido la COVID-19 en la esperanza de vida al nacer puesto que las tasas más altas de mortalidad por esta causa se han reportado en la población de 60 años y más.

Migración

Con relación a **Migración interna**, el informe de la Contraloría General de la República indica que las provincias con mayor porcentaje de emigración son: Darién: 50.8%, Guna Yala: 43.5%, Los Santos: 41.6%, Veraguas: 37.2% y Herrera: 34.5%. Mientras que los lugares donde menos emigra su población son: Panamá Oeste 13.0%, Panamá 13.6%, Colón 15.2% (estas tres provincias forman parte de las áreas más densas del país). Comarca Emberá 16.4%, Bocas del Toro 17.9%, Comarca Ngäbe Buglé 18.6% y Chiriquí 22.6%.

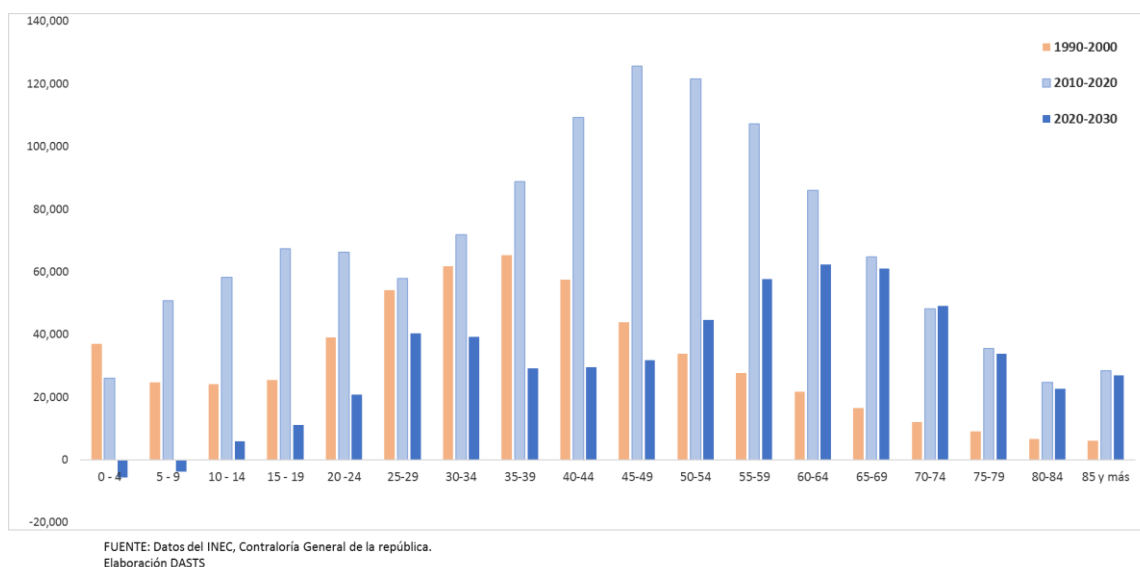
Sobre **Migración externa y salud**, Panamá, a partir del año 1990 registra anualmente una tasa neta de migración en positivo, lo que representa un incremento a la población y esta situación ha sido de forma sostenida hasta la actualidad. En 2019, en las instalaciones de salud del Ministerio de Salud se brindó 5,547,061 consultas. De este total, 42,413 fueron consultas brindadas a extranjeros, que

gozan de los beneficios de gratuidad o bajo costo en salud, como cualquier ciudadano de la República de Panamá.

Estructura poblacional

El crecimiento poblacional de Panamá varía notablemente entre grupo de edades. En la década del 1990-2000 se observa una disminución en el crecimiento de la población de los menores de 19 años, con relación a la década anterior como se observa en el Gráfico No.14. Sin embargo, se incrementó el crecimiento en los grupos a partir de la edad adulta, especialmente en los grupos mayores de 45 años. Al comparar el comportamiento de la estructura poblacional entre periodos se observa que el mayor periodo de crecimiento de los grupos 45 años y más ocurre entre el 2010 y 2020. Para el periodo 2020-2030, se vislumbra la disminución de la población, de acuerdo con las estimaciones y proyecciones de población, habrá menos nacimientos en el país, mientras que a edades adultas la tendencia es un aumento sostenido y rápido. Invirtiendo la pirámide de población del país. La evolución y tendencia de la estructura poblacional del país, demuestra que se aproxima una situación de población envejecida, por lo que es importante tomar acciones que preparen al país para la atención y bienestar de esta población.

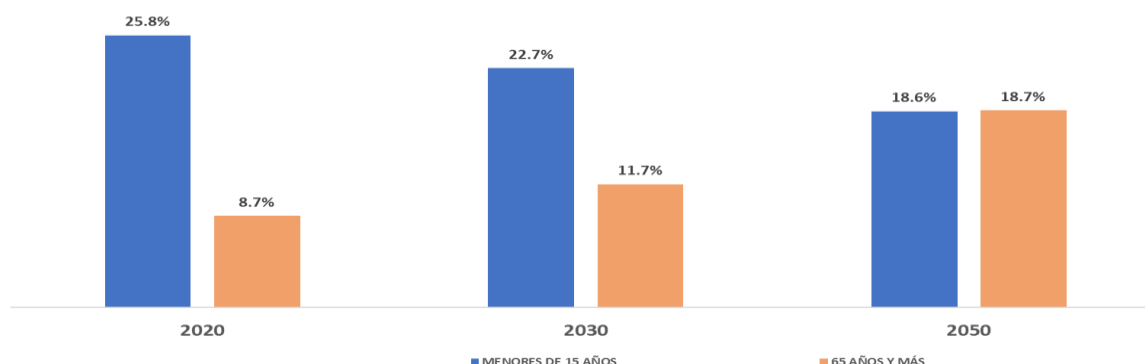
Gráfico No.14. Evolución y tendencia del crecimiento absoluto de la población, por grupo de edad. Décadas 1190-2000, 2010-2020, 2020-2030



Según estimación de la población para el año 2020, el 25.7 % de la población es menor de 15 años y el 8.6 % se encuentra en la edad de 65 años y más. Por otro lado, el 65.5% de la población, está entre los 15 a 64 años, representando un buen porcentaje de población en edad económicamente

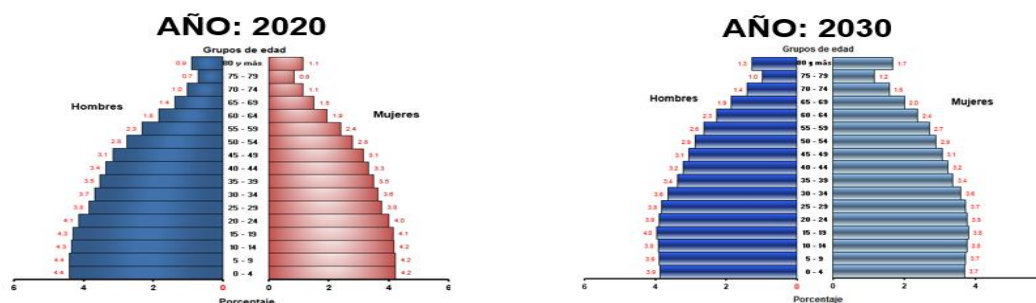
activa. Panamá se encuentra aún en un periodo importante para el desarrollo socio económico, toda vez que cuenta con una positiva proporción de la población en edades productiva, y que es importante aprovechar. El bono demográfico de Panamá, que inicio alrededor del año 1965, está por llegar a su fin antes del 2030. De acuerdo con las proyecciones de población del INEC, para el 2030 la población menor de 15 años disminuirá en un 3.1% con relación al porcentaje de población estimado para el año 2020, y para el año 2050 será un 7.2% menos que la población actual. Gráfico No.15. Efecto contrario se proyecta para la población envejecida, que se incrementará de forma sostenida, un 3.0% para el año 2030, y en un 10.1% para el año 2050, ambos con respecto al porcentaje del año 2020.

Gráfico No.15. Porcentaje proyectado de la población de dependencia de la República, por grandes grupos de edad. AÑOS 2020, 2030, 2050.



Fuente: INEC. Estimaciones y proyecciones de la población total de la República.
 Elaborado por DASTS-DIPLAN

El grosor de la pirámide poblacional de país se vislumbra aproximadamente en el centro con aún aportes en su base, es decir en la población infantil como aporte al crecimiento y desarrollo, sin embargo su tendencia es a disminuir en las bases e incrementarse en los niveles de edades adulta.

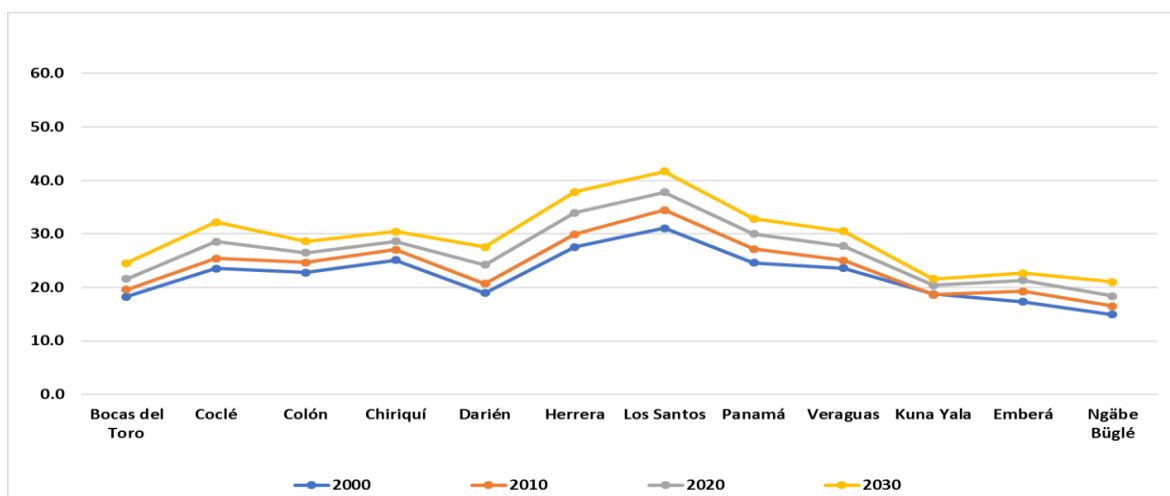


La estructura de la población por edad presenta diferencias entre las provincias y comarcas, predominando las regiones de Bocas del Toro, Guna Yala, Ngäbe Buglé y Darién, con la población más joven del país. Por otro lado, las provincias de Veraguas, Herrera y Los Santos presentan una población con tendencia al envejecimiento marcado de forma constante.

La edad mediana de la población panameña (edad que divide la población en dos grupos de igual número de personas), ha pasado de, entre 18 y 20 los años durante los años 1970, a 24 en el año 2000, manteniéndose esa tendencia a elevarse y para el año 2020 la edad se eleva a 30. Lo que indica que se elevó en 6 años con respecto al año 2000 y en cerca de 10 a 12 años con relación a los años 70's. De acuerdo con proyecciones del INEC, para el año 2030 la edad mediana estará alrededor de 33 años. La edad mediana poblacional se ha elevado en aproximadamente 12 años en los últimos 50 años de vida del país. Este hecho muestra lo acelerado del proceso de envejecimiento de la población.

A nivel de provincias y comarcas, se refleja diferencias, resaltando una elevada edad mediana en las provincias de Herrera y Los Santos, con 38 y 42 años respectivamente, **Gráfico No.16**. Le siguen Panamá, Coclé y Veraguas, mostrando una clara evidencia de las regiones donde se tendrán que iniciar las acciones socioeconómicas para asegurar el bienestar de la población en un futuro próximo.

Gráfico No.16. Evolución de la edad mediana de la población por provincia y comarca indígena, según estimaciones y proyecciones. Años 2000, 2010, 2020, 2030



Fuente: INEC. Estimaciones y proyecciones de la población total de la república 1950 2050. Elaborado por DASTS-DIPLAN

Aspectos Económicos y Sociales

Educación

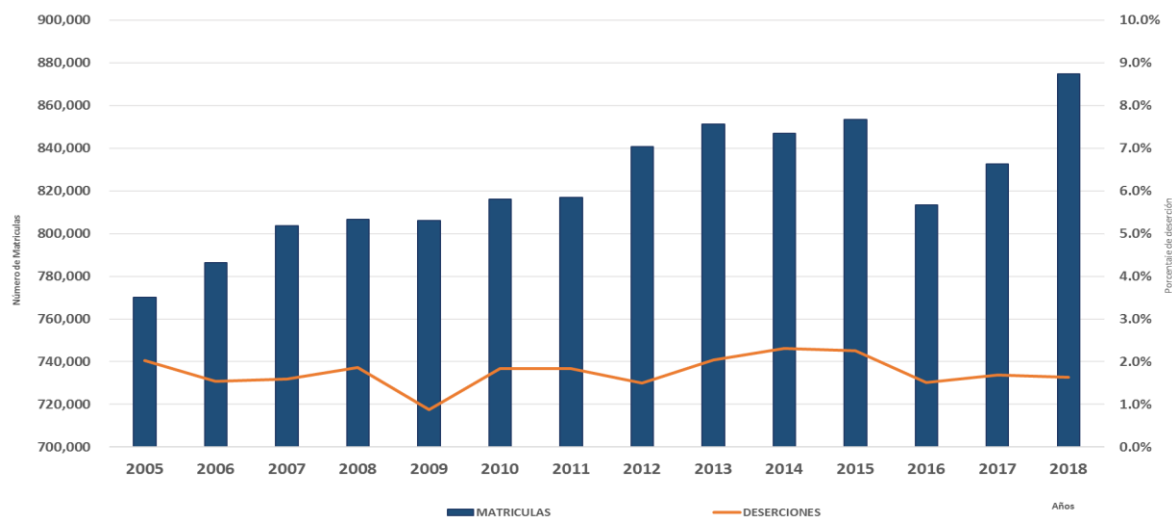
Panamá participó en el año 2018, en el Programa de Evaluación Internacional de Estudiantes (PISA) después de su última participación en el año 2009. Panamá reportó a la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE) un total de 1,424 centros cumplen con los requisitos. Fueron seleccionados 277 centros. Al final participaron 253.

Uno de los hallazgos más importantes que nos indican los resultados de PISA 2018, es que en Panamá el 36% de los estudiantes de 15 años alcanzó los niveles mínimos de competencia en Lectura establecidos en los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) de las Naciones Unidas, mientras que el 19% logró los niveles mínimos en matemática y el 29% en ciencias. Por otro lado, el informe revela que los jóvenes entre 14 y 16 años fuera del sistema educativo oficial, apenas 3 de cada 100, aproximadamente, logra estos estándares. Se presentaron algunas recomendaciones enfocadas en el aumento de la cobertura escolar y disminución de la deserción, la implementación de evaluaciones continuas, mejoras prioritarias en la enseñanza de lectura y matemática en los grados iniciales, y el fortalecimiento de la formación y desarrollo profesional docente.

En cuanto a matrícula, el informe final del 2019 de MEDUCA, el número de estudiantes matriculados fue de 819,328. En total de 55,360 menos que en el año escolar 2018, (874,688 estudiantes matriculados) del total matriculado en el 2018.

El informe reporta que 14,262 estudiantes de los niveles de Primaria, Premedia y Media desertaron durante el año escolar 2018. Desertaron 239 estudiante más, que el año 2017 (deserción de 14,023). El número de deserciones en el tiempo refleja inconsistencia en su incremento y/o disminución en el tiempo. Como se muestra en gráfico No.15, se registran disminuciones importantes en los años 2009, 2012 y 2016. Después de cada uno de esos años, el país registra incrementos considerables de deserción de estudiantes de los niveles de Primaria, Premedia y Media.

Gráfico No.17. Número de matrículas y porcentaje de deserciones escolares en la República. Años 2005-2018



Fuente: Datos del Informe estadístico, MEDUCA.
Elaborado por DASTS-DIPLAN

De acuerdo con los informes estadísticos del INEC, para el año 2,000 existían 168 mil 140 analfabetas lo que representaba el 7.6% de la población. De acuerdo con los resultados del censo del año 2010 el porcentaje de analfabetas fue de 5.5% (148,747 personas analfabetas), marcando una reducción de 2.1 por ciento. Para el año 2020 se tenía previsto el desarrollo del censo nacional, el mismo quedó sin efecto por la pandemia. Sin embargo, la Encuesta Nacional de Salud de Panamá (ENSPA) 2019 arrojó datos importantes que detallan que, del total de personas de 15 años y más encuestadas (3,098,815), el 3.6% reportó no contar con escolaridad formal.

El 24.7% reportó contar con algún grado de educación primaria, sin embargo, el 9.1% no completo los estudios. En cuanto al nivel secundario, del 51.7% que reportó contar con algún grado de estudios secundarios, el 26.6% no completo. En tanto que el 15.8% de esta población de 15 años y más, alcanzó algún grado de estudios universitarios, sin embargo, solo el 9.4% de ese porcentaje completo la carrera universitaria. Con relación a los resultados por sexo, la encuesta refleja que, tanto del nivel primario como en el nivel secundario los hombres son los que en mayor porcentaje no culminan con los estudios. En el nivel universitario, el mayor porcentaje de personas que no culminaron sus estudios son mujeres. Sin embargo, del grupo que, si completó los estudios en este nivel, el 10.5% son mujeres y el 8.3% hombres.

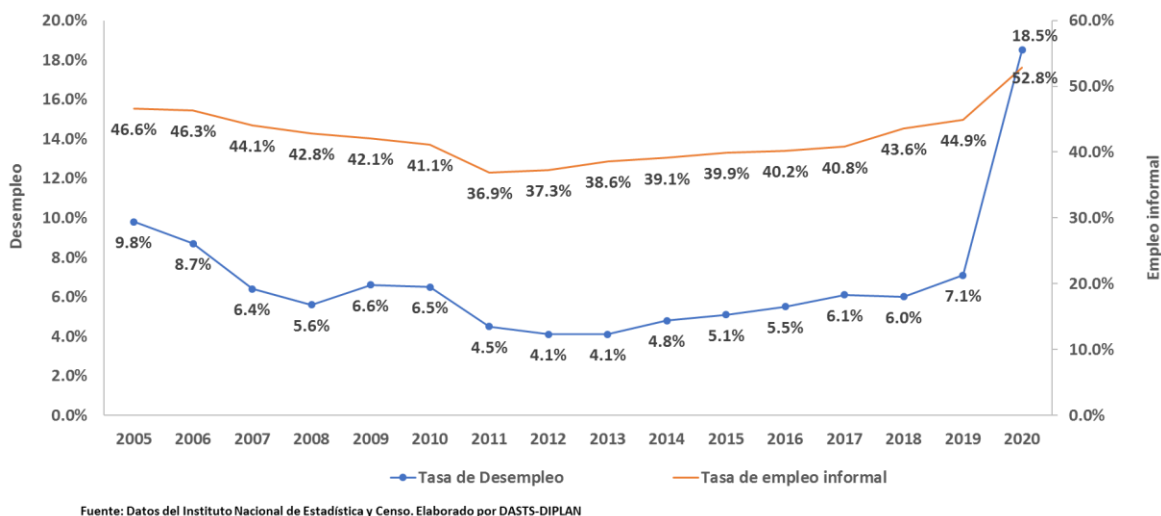
Población económicamente activa (PEA)

De acuerdo con los resultados de la encuesta de mercado laboral emitida en septiembre del 2020 por el INEC, la población de 15 años y más años en el país fue de 3,180,96, de la cual, 2,003,258 corresponde a la población económicamente activa (PEA), sin embargo, solo 1,631,691 personas tenían una ocupación. Comparado con el año 2019 que registró 1,920,642 personas ocupadas, la encuesta del 2020 refleja que un total absoluto de 225,456. personas pasaron a la lista de desempleo en el país. Pasando el país del 7.1% de personas desempleadas en el año 2019 al 18.54% en el 2020. Esto representa un incremento porcentual de 11.4.

De acuerdo con los resultados de la ENSPA, el 69.7% declararon no tener un trabajo remunerado, el 15.1% declararon no tener ingreso mensual. Y solo un 23% de los encuestados están en un ingreso entre los 200 y 400 balboas, resultando, además, ser el rango de ingreso con mayor reporte en la ENSPA.

Tal como se observa en **Gráfico No.18**, el empleo informal en el país viene incrementándose cada año y de una forma marcada en el 2020 con la situación de la pandemia. Hasta el año 2011 el país reflejaba anualmente y de forma sostenida, disminuciones en el porcentaje de empleos informales, a partir de del 2012 inicio el incremento anual de trabajos informales, acentuándose a partir del año 2018 que reportó el 43.6%, y continuo su incremento reportando el país 44.9% en el 2019 y para el año 2020 el porcentaje de empleo informal subió al 53.8%, un incremento porcentual del 13% con relación al año previo, un alto porcentaje de incremento afectado por la crisis sanitaria causada por la pandemia del Covid-19. Estos datos estadísticos el INEC, reflejan la clara necesidad de revisar y evaluar el sistema económico para crear los planes y estrategias de apertura de oportunidades y asegurar el desarrollo optimo del país, y bienestar de su población.

Gráfico No 18. Evolución del Desempleo y del empleo informal en la República. Años 2005-2020



De acuerdo con los resultados de la **ENSPA**, el 69.7% declararon no tener un trabajo remunerado, el 15.1% declararon no tener ingreso mensual. Y solo un 23% de los encuestados están en un ingreso entre los 200 y 400 balboas, resultando, además, ser el rango de ingreso con mayor reporte en la ENSPA. Además, el informe detalla que el 52.8% de las familias encuestadas indicaron, que su fuente de ingreso proviene del trabajo informal (tres de cada 10 familias entrevistadas).

Según los resultados de la ENSPA 2019, sobre el ingreso familiar, el 12.6% de los 19,017 hogares entrevistados, manifestó no recibir ningún ingreso familiar mensual, El porcentaje de familias sin ingreso familiar mensual fue mayor en las áreas indígenas, el 36.1% con relación al promedio nacional. El 17.2% expresó recibir entre 1 y 199 balboas al mes. En cuanto a los hogares sin ingreso en el área rural, los resultados arrojaron una diferencia significativa con relación al área urbana, 16.2% vs 7.9% respectivamente.

Además, el informe dice que el 52.8% de las familias, expresó que la fuente de sus ingresos viene del trabajo informal. También reporta el informe de la ENSPA, que, en el 2019, el 59.1% de los hogares gastan mensualmente menos de 500 balboas, y el 16.9% desconoce el gasto familiar mensual, indicaciones de la necesidad de evaluación de la razón de este desconocimiento, para el desarrollo de planes y estrategias que apoyen el desarrollo de la población.

Población asegurada

Para el año 2019 la población protegida por la Caja de Seguro Social, para el 2019 ascendió a 3,252,571, el 77% de la población estimada del país para este año. De este total, el 49.3% corresponde a los asegurados cotizantes activos, y el 50.7% corresponde a asegurados dependientes. Sin embargo, en las instalaciones del Ministerio de Salud, durante este mismo año se atendió un total de 1,971,915 pacientes asegurados, que representó el 38.6% del total de atención registrada en las instalaciones a nivel nacional. Y para el año 2020, durante los meses de enero a marzo hubo un total de 624,048 consultas que correspondieron a pacientes asegurados, el 40.5% del total de consultas corresponden a pacientes asegurados en el primer trimestre del año.

Se requiere de una reestructuración para brindar servicio institucional de salud a la población con el uso efectivo y oportuno de los insumos, de acuerdo con las características y demandas propias de cada región de salud. El sistema de salud pública bicéfalo, dividido entre la Caja del Seguro Social (CSS) y el Ministerio de Salud (MINSAL), demuestra ser ineficiente en la cobertura de la demanda de salud y como en la efectividad del uso de los recursos incluyendo el recurso humano y el financiero.

La **ENSPA 2019**, arrojó resultados sobre los gastos en salud de la población encuestada a nivel nacional, y dice el informe que la mediana más alta del gasto en salud de la población encuestada se estimó en 130.00 balboas para atenciones de tratamientos y terapias no farmacéuticas, como prótesis, gafas entre otros. Para hospitalización por todas las causas se estimó en 100.00 balboas, y los hombres gastan aproximadamente B/.47.60 más que las mujeres. Gasto en medicamento fue igual en ambos sexos. Y las mujeres gastaron más en seguros privados que los hombres, con una diferencia de B/.29.60. Además, la mediana del gasto en seguros privados fue más alta en el grupo de edad de 60 a 64 años.

Pobreza

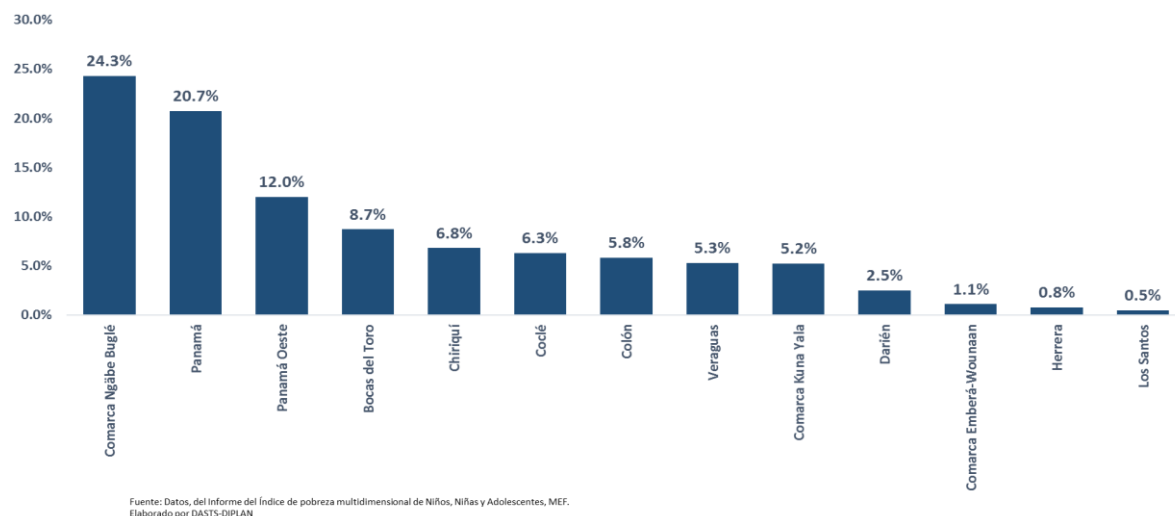
Los resultados del Índice de **Pobreza Multidimensional (IPM)**, en su segunda medición, realizada en el año 2018, muestra que el porcentaje de personas en situación de pobreza multidimensional en Panamá es de 19%, esto representa un número de 789,181 personas en pobreza multidimensional, y en término de hogares 137,573 o 12.2% de hogares en panamá están en pobreza multidimensional reflejando una leve disminución de 0.1 puntos porcentuales en comparación con 2017 (19.1%).

El informe presentó una reducción relativa de 3.2%, al pasar de 0.083 puntos en 2017, a 0.081 puntos en 2018 (0.003 puntos menos). No obstante, a nivel desagregado (por regiones geográficas), hubo una mayor variación en cada uno de los componentes del IPM.

Se observa en esta segunda edición del IPM 2018, que en las regiones donde más se redujo el porcentaje de personas en pobreza multidimensional fueron en: Darién (4.1), Bocas del Toro (3.5), Coclé (3.3) y la Comarca Indígena Ngäbe Buglé (2.3), regiones tradicionalmente con elevados niveles de pobreza y donde se encuentra el 41.8% de los pobres respecto de total del país.

Por otro lado, del total de pobres multidimensionales en el país, 450,199 o el 57.0% residen en 3 de las 13 regiones en que se divide el país: en la Comarca Ngäbe Buglé (191,610 o 24.3%), en la Provincia de Panamá (163,671 o 20.7%) y en la de Panamá Oeste (94,918 o 12%). En tanto, las regiones con las menores proporciones respecto del total país son: Los Santos (3,674 o 0.5%), Herrera (6,012 o 0.8%) y la Comarca indígena Emberá (8,761 o 1.1%).

Gráfico No.19. Porcentaje de personas en Pobreza Multidimensional, por Provincia y Comarca Indígena, respecto al total de país. Año 2018



De acuerdo con CEPAL, Panamá es considerada como una de las economías más dinámicas de la región, en 2019 la pobreza extrema se situó en 6.2%, y según las previsiones podría incrementar hasta un 6.4% en un escenario bajo o 6.8% en un escenario alto. Mientras que la pobreza, que el año pasado alcanzó al 14.2% de la población panameña, para el cierre del presente año 2020, CEPAL vaticina que alcance hasta el 14.5% en un escenario bajo o un 15.6% en un escenario alto. Todo esto

sin considerar el efecto de las medidas anunciadas por los gobiernos para mitigar los impactos del COVID-9.

Según estudios de CEPAL y UNICEF, más de 80 millones de niños y niñas en América Latina y el Caribe se encuentran en situación de pobreza, y aproximadamente el 45% de los Niños, Niñas y Adolescente (NNA) la región experimenta privaciones que limitan su pleno desarrollo. En Panamá, el 48% de las personas en condiciones de pobreza multidimensional pertenecen a este grupo de Niños, Niñas y Adolescentes. De acuerdo con el último informe de la CEPAL, entre 2016 y 2017 la pobreza en Panamá hubo una reducción del flagelo en 0.3%, Sin embargo, en este año 2017, se realizó por primera vez la medición de Pobreza Multidimensional en Panamá, dando como resultado que el 19.1% de las personas estaban en condiciones de pobreza multidimensional.

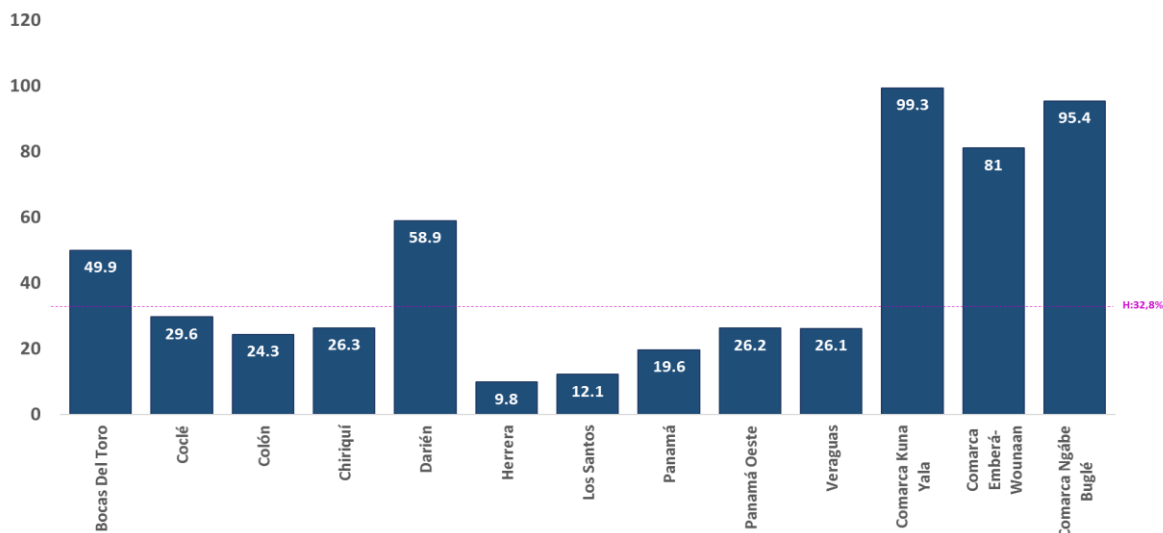
Este informe también indicó que la tasa de pobreza multidimensional del IPM Nacional en la población de 0 a 17 años, es casi el doble de la registrada en la población adulta. Así, mientras que los Niños, Niñas y Adolescente (NNA) representan una tercera parte de la población panameña, los mismos constituyen el 48.9% o casi la mitad de la población en situación de pobreza multidimensional.

El informe de **Pobreza Multidimensional de Niños, Niñas y Adolescentes (IPM-NNA)** del año 2018, coordinado y desarrollado por el Ministerio de Desarrollo Social, constituye en alguna medida un subproducto del IPM Nacional.

El IPM-NNA, para el año 2018 arrojó que 453,837 (32,8%) de los menores de 18 años se encuentra en condiciones de pobreza multidimensional, es decir, aproximadamente uno de cada tres NNA se encuentran privados en 3 o más indicadores que conforman este índice.

Desagregando el análisis por provincias y comarcas indígenas, dos provincias y las tres comarcas indígenas estuvieron por arriba de la incidencia de pobreza total de país.

Gráfico No.20. Porcentaje de Niños, Niñas y Adolescentes en Pobreza Multidimensional, en la República, por Provincia y Comarca Indígena. Año 2018



Fuente: Informe del Índice de pobreza multidimensional de Niños, Niñas y Adolescentes, MEF Panamá 2018
H: Porcentaje Nacional

Según la Encuesta Situación de Familias con Niños, Niñas y Adolescentes durante el COVID-19 en Panamá” realizada por el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF. Cerca de un 77% de los hogares con niños y niñas en el país han sufrido pérdidas parciales o totales de sus ingresos en el último mes como consecuencia de la pandemia del COVID-19.

Los resultados de la **ENSPA 2019**, con una población encuestada representativa de la situación de país, reflejó que 10 de cada 100 hogares encuestados, reportaron vivir en condiciones de hacinamiento.

Índice de Desarrollo Humano

Panamá está clasificada en la posición 67 de 189 países evaluados, de acuerdo con el informe de Desarrollo Humano, en su última edición 2019, publicado por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). Además, este informe clasifica al país dentro del grupo de países del nivel de IDH alto, que va desde la posición 63 a la 116. En el grupo de Latinoamérica, en el que están incluidos 54 países, ubica a Panamá, en la posición 5, seguido de Costa Rica (68) y Colombia (79).

De acuerdo con nota informativa para los países acerca del Informe sobre Desarrollo Humano 2020 del PNUD, Panamá aumentó entre 1990 y 2019, el valor del IDH de 0.675 a 0.815, un incremento del 20.7%, según la nota informativa de PNUD.

El Informe sobre Desarrollo Humano 2010 introdujo el IDH-D, que tiene en cuenta la desigualdad en las tres dimensiones del IDH “descontando” el valor medio de cada dimensión según su nivel de desigualdad. Por lo tanto, descontando la desigualdad al índice que logró Panamá para el año 2019 (0.815), el valor cae a 0.643, implicando una pérdida del 21.1%. Costa Rica registró pérdida del 18.4% en el valor alcanzado y Uruguay el 12.9%.

La ODH introdujo el Índice de Desarrollo de Género, una nueva medida basada en el Índice de Desarrollo Humano desglosado por sexo, definido como la relación entre el IDH de las mujeres y el de los hombres. El valor del IDH de las mujeres correspondiente a Panamá en 2019 es de 0.826, mientras que para los hombres es de 0.811. Como resultado, el valor del Índice de Desarrollo de Género es 1.019, por lo que el país se sitúa en el grupo de países con alto nivel de igualdad en cuanto a logros en el IDH entre mujeres y hombres.

Discapacidad

Los resultados de la ENSPA 2019, reportan que el 7.3% de las viviendas encuestadas a nivel nacional, tiene alguna persona con algún tipo de discapacidad, no se encontró diferencia significativa entre las áreas urbana, rural e indígena. Los tipos de discapacidad reportados con mayor frecuencia en las viviendas con alguna persona con discapacidad fueron, discapacidad física o motora, (45.1%), discapacidad visual (39.3%) y discapacidad intelectual (24.2%).

Según la Secretaría General de Discapacidad (SENADIS), La primera encuesta de prevalencia de la discapacidad, se realizó en el 2006, donde el 11.3% de la población reportó una condición de discapacidad”. Existe en el país un problema de subregistro y se carece de indicadores reales y oportunos, desglosados por tipo de discapacidad el diseño y desarrollo de planes, programas y políticas para su atención. Para este año 2020 está programada la segunda Encuesta Nacional de Discapacidad (Endip). Sin embargo, la secretaría Nacional de Discapacidad en su informe estadístico, detalla que un total de 2,073 mujeres y 2,079 hombres, se beneficiaron de los proyectos y servicios brindados en la república durante el periodo del enero a julio del año 2019 y que sumaron un monto de B/.266,638.05. y abarcó discapacidad intelectual (523), auditiva (147), visual (136), física (2,958),

mental (122), múltiples (26), Órganos y sistema o visceral (237) y un mínimo de tipo de discapacidad no especificado (3).

En detalle por provincias y comarcas, las provincias de Panamá y Panamá Oeste son en las que se dieron y/o desarrollaron la mayor cantidad de proyectos y servicios desarrollados según SENADIS

Embarazo en niñas y adolescentes

Atención de **adolescentes embarazadas** en el periodo, enero a noviembre del año 2019, el MINSA reporta que ingresaron a control de embarazo un total de 17,421 mujeres, de las cuales 4,652 son niñas y adolescentes, entre 10 y 19 años. El 26.7% de los controles de embarazos en el periodo descrito del 2019 corresponden a niñas y adolescentes. La provincia con más registros para control de embarazos de niñas y adolescentes fue Bocas Del Toro (34.2%), seguido de la Comarca Ngäbe Bugle (32.7%). Según el informe preliminar de estadísticas del MINSA, en el primer trimestre del año 2020, ingresaron para control de embarazo, un total de 10,350 embarazadas, de las cuales 2,652 son adolescente de 10 a 19 años. Para este primer trimestre del 2020, las regiones de salud con mayor ingreso de niñas y adolescentes para control de embarazo son, la comarca Ngäbe Bugle (38.2) del total de registro, seguida de Panamá Oeste (36.5), Bocas Del Toro (33.9) y Panamá Norte (33.1).

Cuadro No.2. Proporción de adolescentes embarazadas atendidas en las instalaciones del MINSA, por Región de Salud y Comarca Indígena. Año 2020

Región de Salud / Comarca	Total de Embarazadas que Ingresaron a Control	Ingresos en edad entre 10 a 19 años	
		Número	Proporción
Total	36,053	9,724	27
Bocas del Toro	2,957	1,056	35.7
Coclé	2,613	627	24
Colón	1,797	429	23.9
Chiriquí	4,598	1,254	27.3
Darién	721	121	16.8
Herrera	700	143	20.4
Los Santos	94	11	11.7
P. Este	1,003	385	38.4
P. Oeste	5,037	1,144	22.7
P. Metro	4,598	1,122	24.4
San Miguelito	3,490	660	18.9
P. Norte	1,390	484	34.8
Veraguas	2,006	495	24.7
Comarca Guna Yala	1,379	319	23.1
Comarca Ngäbe Bugle	3,668	1,474	40.2

Fuente Documental: Sistema de Información Estadística en Salud. SIES

Fuente Institucional: Dirección de Planificación - Departamento de Registros y Estadística. MINSA.

Consumo de tabaco.

Objetivos de GYTS, de la Encuesta Mundial de Tabaquismo en Jóvenes (GYTS), componente del Sistema Mundial de Vigilancia del Tabaco (Global Tobacco Surveillance System -GTSS), es el estándar mundial para monitorear en forma sistemática el consumo de tabaco en jóvenes (tabaco para fumar y tabaco sin humo) así como los principales indicadores de control de tabaco.

GYTS es una encuesta representativa de las escuelas a nivel nacional, realizada a alumnos de entre 13 y 15 años diseñada para realizar estimaciones de corte transversal en cada país. El cuestionario, el diseño muestral y los procedimientos de recolección de datos de GYTS se enmarcan en un protocolo estándar para los distintos países, incluyendo a Panamá. Ayuda a los países a cumplir con sus obligaciones en relación al Convenio Marco para el Control del Tabaco de la Organización Mundial de la Salud (CMCT-OMS) con el fin de producir datos comparables dentro y entre los países. La OMS ha desarrollado el MPOWER, un paquete de asistencia técnica compuesto por 6 políticas basadas en la evidencia que incluye:

- Monitorear el consumo de tabaco y las políticas de prevención.
- Proteger a las personas del humo de tabaco.
- Ofrecer ayuda para abandonar el consumo.
- Warn (Advertir) acerca de los peligros del tabaco
- Enforce (Hacer cumplir) la prohibición de publicidad, promoción y patrocinio.
- Raise (Aumentar) los impuestos al tabaco.
- Metodología GYTS

GYTS utiliza una metodología estandarizada a nivel mundial. Utiliza un diseño muestral bietápico y el número de escuelas seleccionadas es proporcional al tamaño de la matrícula. Las aulas de las escuelas seleccionadas en la muestra son elegidas al azar y todos los estudiantes de las aulas seleccionadas son invitados a participar de la encuesta. La encuesta utiliza un cuestionario estándar básico con una serie de preguntas opcionales que le fueron incluidas a fin de adaptarlo a las necesidades de información requeridas en Panamá, relacionadas con el consumo de tabaco y los principales indicadores de control del tabaco. El cuestionario consta de los siguientes temas: consumo de tabaco (fumado y no fumado), cesación, exposición al humo de tabaco de segunda mano (HTSM), publicidad anti y pro-tabaco, acceso y disponibilidad para obtener productos de tabaco y conocimientos y actitudes en relación al tabaco. Es un cuestionario auto administrado, anónimo y confidencial que se completa en papelescaneable.

En Panamá, el trabajo de campo de GYTS fue realizado en octubre de 2017 por el Ministerio de Salud con la colaboración del Ministerio de Educación. Un total de 2,621 estudiantes del 7mo a 9no grado de escuela secundaria completaron la encuesta, de los cuales 2,096 tenían entre 13 y 15 años. La tasa de respuestas total fue de 84.3%.

- 7.8% de los estudiantes, 7.9% de los chicos y un 7.4% de las chicas usan productos de tabaco actualmente.
- 5.9% de los estudiantes, 6.2% de los chicos, y 5.4% de las chicas son fumadores actuales de tabaco.
- 3.9% de los estudiantes, 4.2% de los chicos y 3.5% de las chicas fuman cigarrillos en la actualidad.
- 2.3% de los varones, 2.2% de las mujeres, y el 2.4% del total de encuestados consumen actualmente tabaco sin humo.
- Cigarrillos Electrónicos
- 6.4% de los estudiantes, 7.1% de los chicos, y 5.2% de las chicas usan cigarrillos electrónicos.
- Cesación
- 7 de cada 10 (65.6%) de los fumadores actuales hicieron el intento de dejar de fumar en los últimos 12 meses.
- Exposición de humo de Tabaco Ajeno
- 16.7% de los estudiantes estuvieron expuestos al humo de tabaco de segunda mano en el hogar.
- 31.7% de los estudiantes estuvieron expuestos al humo de tabaco de segunda mano en espacios públicos cerrados.

Acceso y disponibilidad

- 33.6% de los fumadores actuales de cigarrillos los compraron en un kiosco, supermercado, tiendas, negocio o vendedor callejero.
 - Entre los fumadores actuales de cigarrillos que compraron cigarrillos, al 58.4% no se le negó la venta debido a su edad.
 - Cerca de 5 de cada 10 estudiantes (49.5%) observaron mensajes anti-tabaco en los medios de comunicación.
 - Cerca de 3 de cada 10 estudiantes (26.5%) observaron publicidad o promoción de tabaco en puntos de venta.
- 1 de cada 10 estudiantes (11.3%) posee algún elemento con la marca o el Logo De Una Empresa Tabacal.

Acceso a los servicios básicos de salud

El informe de resultados de la ENSPA 2019, indica que en comparación con los resultados del Censo 2010 en el que se encontró que el 94.9% de las viviendas encuestadas contaban con acceso a una fuente de agua para beber (fuentes mejoradas y fuentes no mejoradas) para los resultados de la

ENSPA podría indicarse que el 100% de las viviendas encuestadas cuentan con acceso a una fuente de agua para beber. El informe detalla que el 92.6% de las viviendas encuestadas a nivel nacional, se abastecen de agua para su consumo, mediante acueducto particular dentro de la vivienda, acueducto público y abastecimiento mediante pluma o toma de agua comunitaria. De este porcentaje, solo el 44.8% de las viviendas se abastecen mediante acueducto particular dentro de la vivienda, las otras fuentes de abastecimiento de agua para consumo, investigada en la ENSPA 2019, representan el 3.3% (agua de lluvia, agua embotellada, carro cisterna, agua de manantial y otras fuentes). En el área urbana, el 58.2% de las viviendas se abastecen de agua mediante acueducto particular dentro de la casa, a diferencia del área rural en donde solo el 26.1%, y del área indígena solo el 7.6%.

El 6.9% de viviendas encuestadas en la ENSPA 2019, no cuentan con la disponibilidad de excusado o servicio sanitario. Comparado con los resultados del Censo 2010 que reportó un porcentaje de 4.3%, se refleja un aumento del 2.6%, importante a evaluar. Por otro lado, del 93.1% de las viviendas que, si cuentan con esta disponibilidad, el 73.3% lo tienen dentro de la casa, el 19.8% lo tienen a disponibilidad fuera de ella. En comparación con los resultados del Censo 2010, en la ENSPA 2019 se reflejan un incremento positivo del 30.3 por ciento de viviendas con excusado o servicio sanitario.

Con relación al sistema sanitario utilizado en las viviendas del país, la ENSPA 2019 reportó que el 47.1% de las viviendas encuestadas cuenta con tanque séptico, el 28.9% disponen de alcantarillado, el 17.3% de letrinas y el 5.1% de las viviendas carecen de algún tipo de sistema para disposición de excretas. El uso de alcantarillado predomina en el área urbana (42%). En el área rural el 58.3% de las viviendas se conecta a tanque séptico, y el 7.7% usan este sistema en el área indígena. Se destaca el hecho que el área indígena el 37.4% de las viviendas no cuentan con sistema sanitario para disposición de excretas.

De acuerdo con el boletín estadístico del IDAAN, emitido en el año 2019, la población de responsabilidad del IDAAN para el 2019 se incrementó en 48,400 más para un total de 3,235,651 con relación al año 2018 que fue de 3,187,251 y el 2019, y según dice el informe está sujeto a revisión. De este total 3,125,552 tienen servicio de agua potable. Un porcentaje de cobertura del 95%. Un total de 141,437 panameños viven sin acceso a agua potable. A nivel de Región y Comarca se observa que en Bocas Del Toro solo el 54% de la población de responsabilidad tiene acceso a agua

potable, le sigue Colón con un 75%, Panamá Este y Darién. Por lo que es evidente la necesidad de evaluar y tomar acciones en estas regiones primordialmente en Bocas Del Toro.

Sobre la cobertura del servicio de alcantarillado sanitario, detalla el informe del IDAAN, solo el 61% de la población de responsabilidad del país, cuenta con sistema de aguas residuales (alcantarillado). Bocas Del Toro también mantienen un muy bajo porcentaje de cobertura, solo el 6% de la población de responsabilidad tiene acceso a sistema de alcantarillado. Panamá Este y Darién, solo 1,305 de 59,765 personas cuentan con el sistema de alcantarillado, el 2% del total de la población de responsabilidad. En las Comarca, el IDAAN no tiene presencia, solo brinda asistencia técnica por solicitud formal de los interesados.

El programa **Saneamiento de la Bahía de Panamá**, de acuerdo con informe de avance del programa finalizó el año 2020, con un avance de ejecución, en su primera etapa, del 99%,

De acuerdo con informe de situación emitido por la Unidad Coordinadora del Programa Saneamiento de la bahía de Panamá, el año 2020 la situación de los proyectos del programa finalizó:

- Operación y Mantenimiento de Sistemas de Saneamiento de Panamá y San Miguelito. Operación y mantenimiento de Redes, colectoras, estaciones de bombeo e interceptores. Con una inversión de 145.9 millones de balboas y que beneficia a 1.2 millones personas, su avance se encuentra arriba del 96% y finaliza en junio 2021.
- II Módulo PTAR Juan Díaz. Módulo con capacidad de tratar 2.75 m³/s / Aumenta capacidad de tratamiento de la planta a 5.5 m³/s que beneficiará a 700,000 personas. Avance Físico: 88%. Finaliza en diciembre 2021
- Colectora de Río Juan Díaz y Obras Complementarias. Diseño y Construcción de 23 Km de Colectora Sanitaria, conexiones domiciliarias, limpieza y reparación de colectoras. Con una inversión de 71.4 millones de balboas y que beneficiará a 500,000 personas, tiene un avance Físico: 97%. Finaliza en junio 2021.
- Tercera Etapa de Redes de San Miguelito. Diseño y Construcción de 50 Km de Redes de Alcantarillado, 1 estación de bombeo y 4,000 conexiones domiciliarias. Inversión de 31.2 millones de balboas, y con beneficio para 25,000 personas, tiene un avance Físico: 97%. Finaliza en junio 2021.

Mortalidad

Panamá registra en el año 2018, 19,720 muertes a nivel nacional, para una tasa de 4.7 muertes por mil habitantes. Para el año 2000, la tasa de mortalidad era de 4.0 defunciones por mil habitantes, a partir de ese año, se observa un aumento sostenido de esta tasa, y para el 2018 alcanzó un incremento porcentual de 17.5%. Sin embargo, hay disminución a nivel de provincias con excepción de las Comarcas Emberá y Ngäbe Buglé, además de la Provincia de Panamá Oeste, que registraron aumentos. Se destaca además que las provincias de Herrera y Los Santos mantienen de manera sostenida la tasa más elevada de muertes, seguido de Chiriquí. Las provincias de Herrera y Los Santos también se encuentran entre las que cuentan con una esperanza de vida al nacer es más elevada.

Gráfico No.21. Tasa bruta de mortalidad en la República. años 2000-2018



El 95% de las muertes sucedidas en el país fueron certificadas por profesional médico. La certificación de las muertes por un profesional médico alcanzó el 98.9% en el área urbana y el 87.3% en el área rural. Se observa aumento de las defunciones con certificación médica en ambas áreas, aunque en un porcentaje mínimo. Las provincias de Panamá y Colón son las que registraron entre el 99 y 100 por ciento de las muertes sucedidas en el año.

Las enfermedades no transmisibles son las principales causas de muerte en el país, y son prevenibles. En Panamá esta situación no ha tenido variación durante la última década. 75 personas por cada cien mil habitantes murieron durante el año 2018, a causa de los tumores(neoplasias)malignos, 43.2 por enfermedades del corazón y 43.1 por enfermedades

cerebrovasculares ocupando estas tres, los primeros lugares de las 10 principales causas de muerte en el país.

El Ministerio de Salud viene desarrollando iniciativas para la obtención y análisis de información que permitan la toma de decisiones enfocadas al control de las enfermedades no transmisibles y demás enfermedades. Dentro del proceso de desarrollo del sistema de información y mecanismos de análisis de la data se han integrado los grupos de diagnósticos mayores GDR, con el objetivo de poder analizar los datos. Panamá desarrolló una primera aproximación para la medición de carga de enfermedad en 1999, donde los diagnósticos se codificaron con base a la CIE-9, encontrándose algunas dificultades desde la carencia de tablas estandarizadas de discapacidad y de soporte informático, de acuerdo con el informe de Carga de Enfermedad del Minsa. Sin embargo, en la actualidad se realizan importantes esfuerzos para que en el país el sistema de salud pueda contar con un proceso de medición de la carga de enfermedad que permita la diferenciación que imponen tanto la mortalidad prematura como la discapacidad, según su severidad y duración, diferenciada por causa a la salud de la población (*informe de avance del proyecto, medición de la carga de enfermedad den Panamá, DIPLAN 2019*)

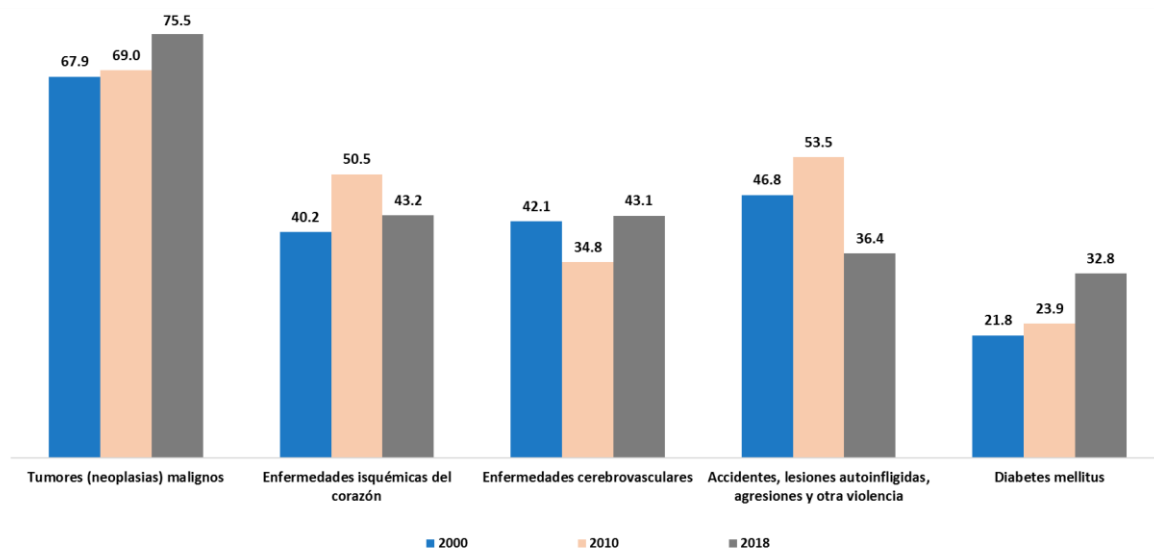
Principales causas de muerte

Al comparar las 5 principales causas de muerte en los años 2000, 2010 y 2018 (**Gráfico No.22**), se puede destacar los siguientes hallazgos:

- Los tumores malignos evidencian una tasa de mortalidad con un incremento sostenido, pasando de 67.9 defunciones por 100,000 habitantes a 75.5 defunciones por 100,000 habitantes, lo que implica un incremento porcentual de 11.2%.
- La tasa de mortalidad por enfermedades isquémicas del corazón y por enfermedades cerebro vasculares reflejan un comportamiento variable, aunque en ascenso, alcanzando cifras cercanas a 43 defunciones por 100,000 habitantes para cada patología.
- Los accidentes, lesiones autoinfligidas, agresiones y otras violencias denotan una disminución importante de su tasa de mortalidad al pasar de 46.8 defunciones por 100,000 habitante en el 2000 a 36.4 defunciones por 100,000 habitante en el 2018, para un descenso porcentual de 22.2%, este descenso se torna más marcado cuando se compara la tasa del 2010 con la del 2018 (53.5 defunciones por 100,000 habitante) toda vez que el descenso porcentual se estima en 32%.

- La diabetes mellitus, por su parte, ha mantenido un comportamiento incremental de su tasa que pasa de 21.8 defunciones por 100,000 habitante en el 2000 a 32.8 defunciones por 100,000 habitante en el 2018, para un incremento porcentual de 50.5%, en un término de 18 años.

Gráfico No.22. Comparativo de tasa de mortalidad, según las principales causas de muerte en la República. Años 2000-2010-2018

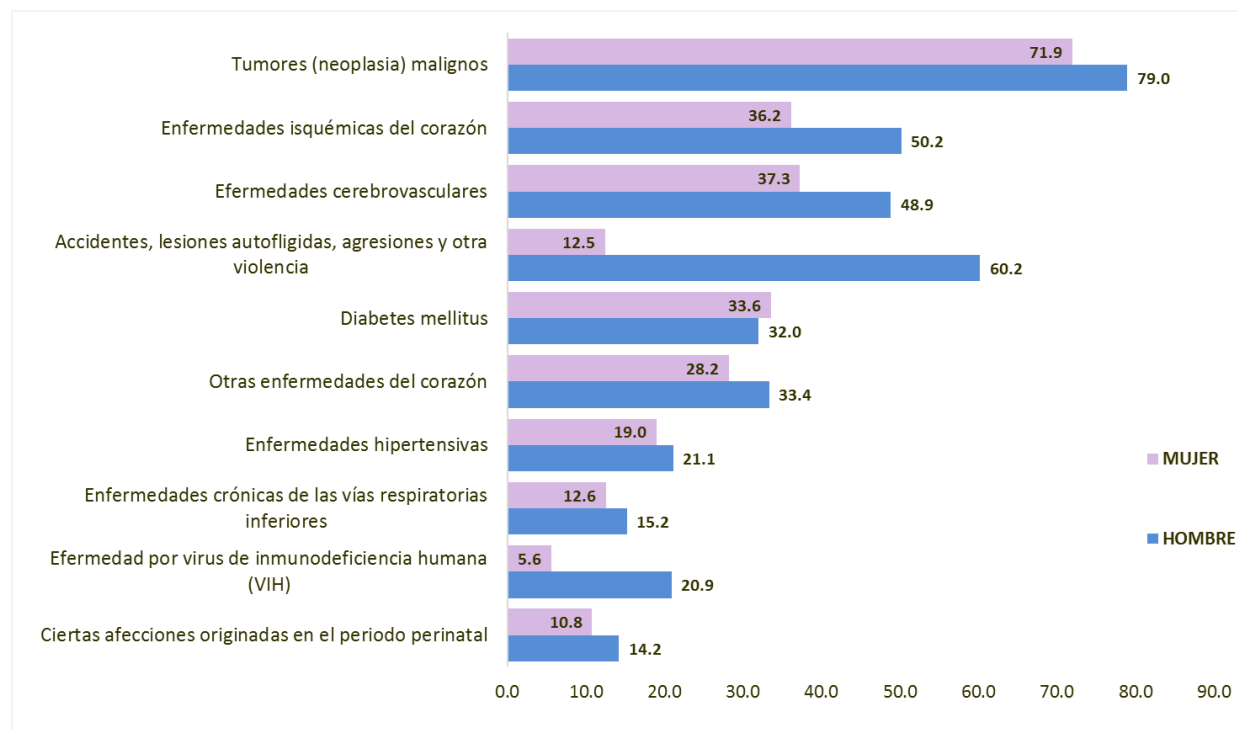


Fuente: Datos de estadísticas vitales del INEC. Contraloría General de la República.
Elaboración por DASTS-DIPLAN

Principales causas de muerte según sexo

Desde la perspectiva de sexo, en Panamá murieron aproximadamente 136 hombres por cada 100 mujeres. Como se observa en **Gráfico No.23**, en cada una de las principales causas de muertes, se refleja que mueren más hombres que mujeres. Con mayor énfasis en muertes por accidentes, lesiones autoinfligidas, agresiones y otra violencia; que fueron cerca de 5 veces más frecuentes en hombres que en mujeres. Sin embargo, las muertes por causa de diabetes, se dio más en mujeres que en hombres.

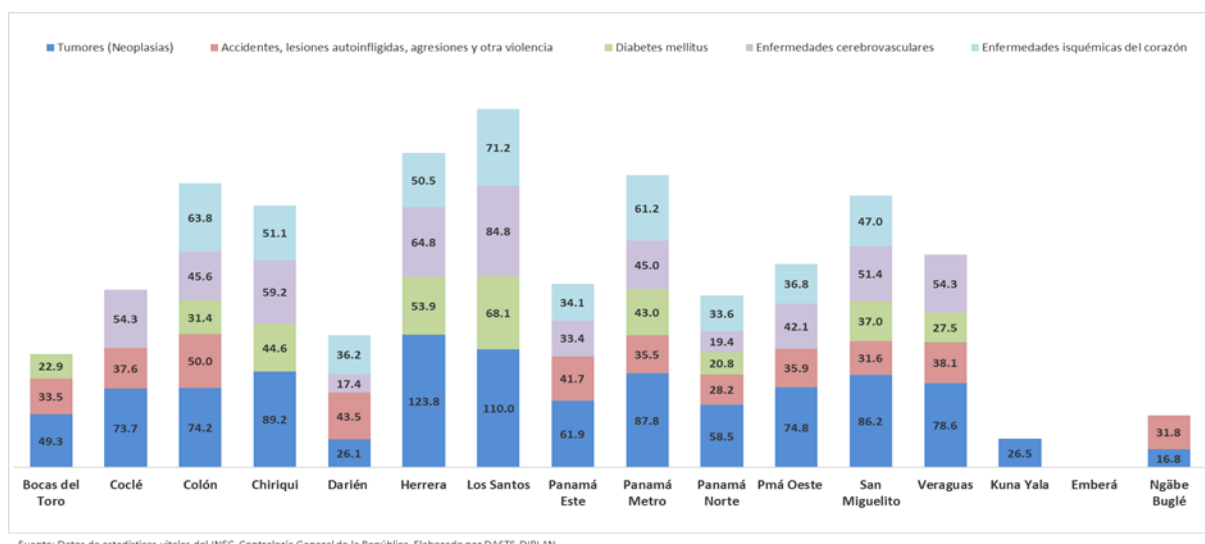
Gráfico No.23. Tasa de mortalidad en la república, según las principales causas de muerte, por sexo. años 2018



Fuente: Datos de estadísticas vitales del INEC. Contraloría General de la República.
Elaboración por DASTS-DIPLAN

Es importante resaltar la importancia del análisis de los casos de enfermedad y muerte en cada una de las áreas del país de acuerdo con el lugar de origen. Se observa en **Gráfico No. 24** que, durante el año 2018, las provincias de Herrera y Los Santos, además de ser las provincias con la mayor tasa de mortalidad del país, también registraron la mayor tasa de muerte por tumores malignos. 123.8 y 110.0 por cien mil habitantes, respectivamente. La provincia de Los Santos registró la más alta tasa de muertes por enfermedades cerebrovasculares y enfermedades isquémicas del corazón. En cambio, la Comarca Gnöbe Buglé registra una tasa de 16.8 defunciones por 100,000 habitante a causa de tumores maligno y reporta una tasa de mortalidad por accidentes, lesiones autoinfligidas, agresiones y otras violencias de 31.8 por 100,000 habitantes, cerca de dos veces mayor que la tasa de muerte por tumores malignos, y no registró muertes por las demás causas de referencia. Colón, Darién y Panamá Este, en ese orden, registraron las más elevadas tasas de muerte por accidentes, lesiones autoinfligidas, agresiones y otras violencias.

Gráfico No. 24. Tasa de muerte por provincia y comarca indígena, según las cinco principales causas. Año 2018



A diferencia del resto de las áreas del país, en la Comarca Kuna Yala, la enfermedad de tuberculosis respiratorio fue la principal causa de muerte, seguido de neumonía. En la Comarca Ngäbe Buglé, el mayor número de muertes se dio por causa de la diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso, seguido de muertes por causa de accidentes, lesiones autoinfligidas y otras violencias.

En contraposición, las provincias de Los Santos, Herrera, Chiriquí y la Comarca Guna Yala no registraron defunciones por lesiones autoinfligidas, agresiones y otras violencias. El perfil de la mortalidad es variable entre espacios geográficos poblacionales, por edad y sexo, condición que hace imprescindible el desarrollo de investigaciones de acuerdo al área donde viven las personas, para identificar y evaluar los factores determinantes en la ocurrencia de las diferentes causas que llevan a los habitantes a enfermar y morir y por tanto, poder enfocar y priorizar las estrategias de intervención según condición de riesgo en cada grupo poblacional.

Mortalidad por causa de tumores malignos

Los **tumores malignos** causantes del mayor porcentaje de fallecimiento en el año fueron en primer lugar los del colon, del recto y del ano con el 9.9% de las muertes, seguido los tumores del estómago con el 9.8% de las defunciones, el 9.3% lo de la próstata, los tumores de la tráquea, de los bronquios y del pulmón resultaron ser el 7.9% y el cáncer de mama con 7.9% (**Cuadro No.3**). El análisis de la causa de muerte ocurridas por tumores malignos según sexo, permite identificar que hombres

murieron en mayor porcentaje a causa de los tumores de la próstata y estómago, en ese orden. En las mujeres, los tumores malignos de mama fueron la principal causa de muerte, seguido de los tumores del colon, de recto y de ano, seguido de tumores maligno del útero.

Cuadro No.3. Defunciones por tumores malignos registradas en la República, según la clase de tumor y sexo. Año 2018

Tumores	Total	Porcentaje	Hombres		Mujeres	
			Número	Porcentaje	Número	Porcentaje
Tumor maligno del colon, del recto y del ano	310	9.9	161	9.8	149	10.0
Tumor maligno del estómago	308	9.8	191	11.6	117	7.8
Tumor maligno de la próstata	292	9.3	292	17.7	..	..
Tumor maligno de la tráquea, de los bronquios y del pulmón	247	7.9	161	9.8	86	5.8
Tumor maligno de la mama	243	7.7	5	0.3	238	16.0
Tumor maligno del hígado y de las vías biliares intrahepáticas	192	6.1	101	6.1	91	6.1
Leucemia	164	5.2	97	5.9	67	4.5
Tumor maligno del cuello del útero	148	4.7	..	..	148	9.9
Tumor maligno del páncreas	147	4.7	70	4.3	77	5.2
Linfoma no Hodgkin	111	3.5	64	3.9	47	3.2
Tumores malignos del labio, de la cavidad bucal y de la faringe	86	2.7	63	3.8	23	1.5
Tumor maligno de las meninges, del encéfalo y de otras partes del sistema nervioso central	76	2.4	43	2.6	33	2.2
Tumor maligno del ovario	69	2.2	..	..	69	4.6
Tumor maligno de otras partes y de las no especificadas del útero	67	2.1	..	..	67	4.5
Mieloma múltiple y tumores malignos de células plasmáticas	64	2.0	41	2.5	23	1.5
Tumor maligno del esófago	32	1.0	22	1.3	10	0.7
Melanoma maligno de la piel	32	1.0	18	1.1	14	0.9
Tumor maligno de la vejiga urinaria	29	0.9	18	1.1	11	0.7
Tumor maligno de la laringe	27	0.9	23	1.4	4	0.3

Fuente: Informes estadísticas vitales INEC, Contraloría General de la República. Elaborado por DASTS-DIPLAN

A nivel de provincia y comarca indígena, la mayor incidencia de casos de muerte por tumores malignos se dio en la provincia de Panamá, sin embargo, esta cifra incluye personas de origen del resto de las provincias y comarcas, debido a que por motivos de complejidad del tratamiento los pacientes se atienden en las instituciones especializadas ubicadas en el Distrito de Panamá y la muerte se registra sin reflejar la procedencia y residencia de la persona que fallece.

Cuadro No. 4. Defunciones por tumores (neoplasias) malignos en la República, por sexo, y según Provincia y Comarca Indígena

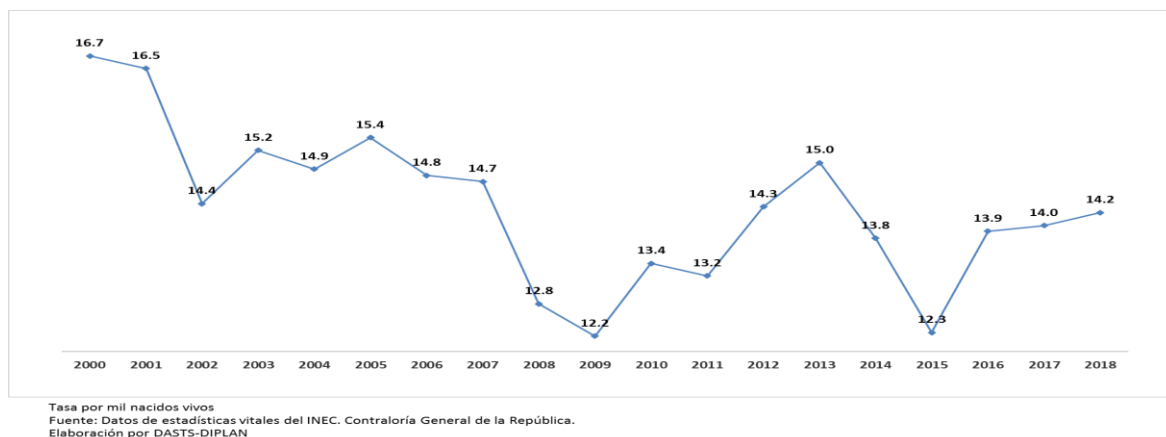
Provincia y Comarca Indígena	Total	Porcentaje	Hombres		Mujeres	
			Número	Porcentaje	Número	Porcentaje
TOTAL	3,138	100.0	1,647	52.5	1,491	47.5
Bocas del Toro	84	2.7	45	2.7	39	2.6
Coclé	194	6.2	110	6.7	84	5.6
Colón	215	6.9	97	5.9	118	7.9
Chiriquí	410	13.1	219	13.3	191	12.8
Darién	18	0.6	9	0.5	9	0.6
Herrera	147	4.7	78	4.7	69	4.6
Los Santos	105	3.3	64	3.9	41	2.7
Panamá	1,283	40.9	630	38.3	653	43.8
Panamá Oeste	440	14.0	243	14.8	197	13.2
Veraguas	194	6.2	126	7.7	68	4.6
Comarca Kuna Yala	12	0.4	5	0.3	7	0.5
Comarca Ngäbe Buglé	36	1.1	21	1.3	15	1.0

Fuente: Informes estadísticas vitales INEC, Contraloría General de la República. Elaborado por DASTS-DIPLAN

Mortalidad Infantil:

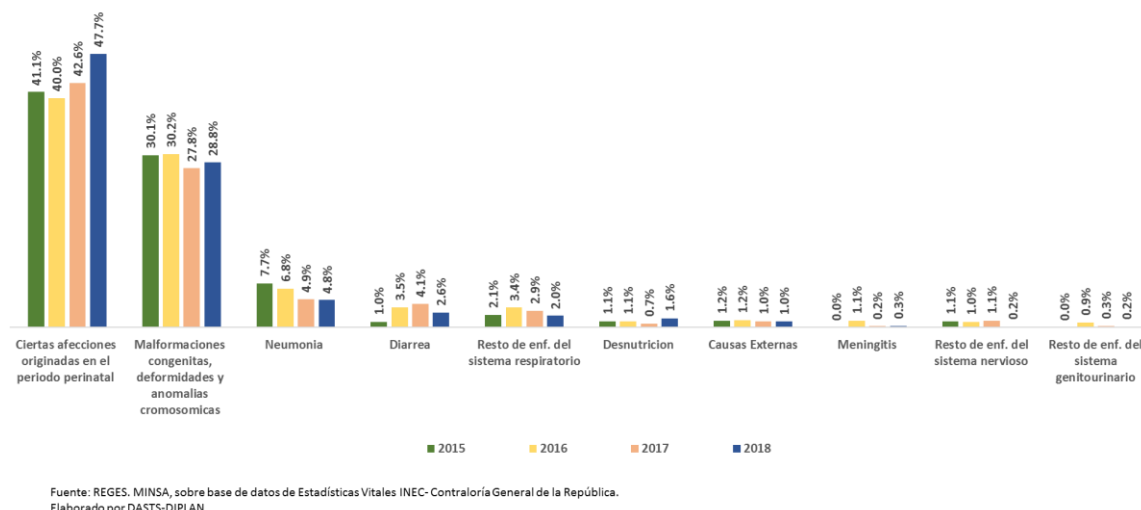
La Mortalidad Infantil, en la República de Panamá, según informe de Contraloría General, para el año 2018 fue de 14.2 defunciones por mil nacidos vivos. En el año 2015 la tasa fue de 12.3 defunciones por 1000 nacidos vivos reflejando disminución con relación al año 2013 y 2014, sin embargo, en el año 2016 volvió a subir a 13.9 muertes por cada mil nacidos vivos y se mantiene en incremento sostenido. El incremento porcentual de la tasa de mortalidad infantil, al comparar las cifras de los años 2012 y 2018 fue de 15.4%. El comportamiento de este indicador no permite al país calificar como alcanzada la meta de los ODS, situación que preocupa toda vez que ha continuado incrementándose el número de muertes en menores de un año, en los meses iniciales de vida del niño.

Gráfico No.25. Tasa de mortalidad infantil por Mil Nacidos Vivos, en la República de Panamá. Años 2000-2018



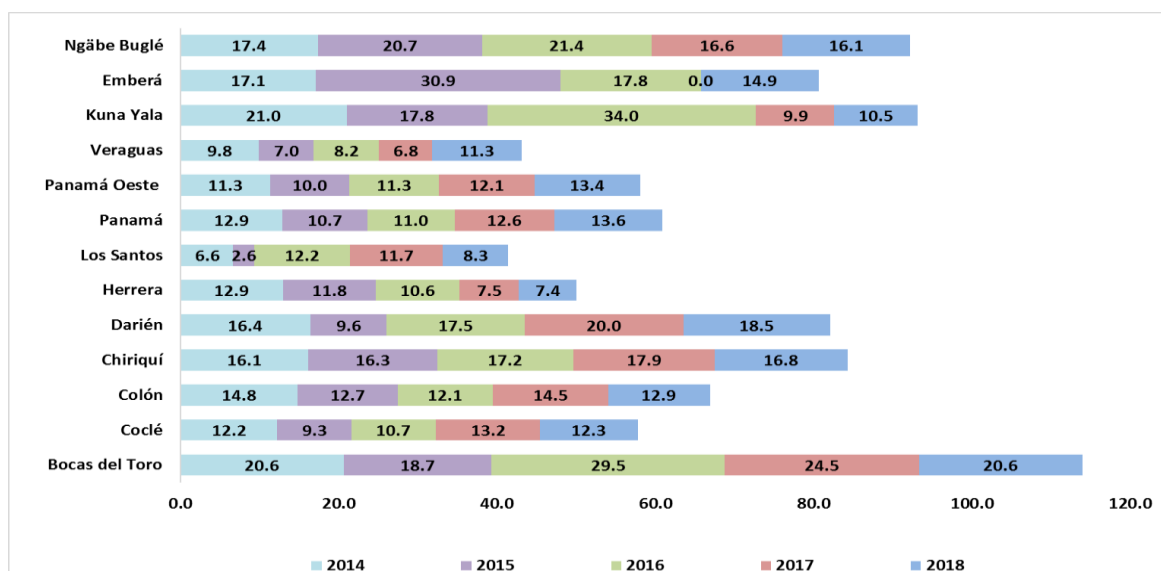
La principal causa de muerte infantil durante el año 2018 fue ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal (47.7%), y reflejó un incremento de 5.1 por ciento con relación al año previo. De acuerdo con los datos de los boletines estadísticos del Ministerio de salud, esta causa no ha variado su posición, al igual que las muertes a causa de malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas (28.8%), que fue la segunda causa en ese mismo año y también reflejó un incremento de 1.0% con respecto al año 2017, después de haber reflejado una leve disminución. La muerte por neumonía y diarrea reflejan disminución en el tiempo, contrario a las muertes por desnutrición que se incrementó en un 0.9% con respecto al año 2017. Ver **Gráfico No. 26.**

Gráfico No.26. Comparativo en porcentaje de muerte de menores de un año, según las principales causas de muerte, en la República de Panamá. Años 2015-2018



A nivel de provincias y las comarcas, resalta el aumento de la mortalidad infantil en la provincia de Veraguas que registró una tasa de 11.3, resultando un incremento de 4.5 con relación al año 2017(6.8), es importante destacar que Veraguas venía registrando una disminución sostenida en la muerte infantil desde el año 2015. Las provincias de Panamá, Panamá Oeste y la Comarca Kuna Yala, también registraron aumentos en las tasas con relación al año previo. Bocas Del Toro mantiene la mayor tasa de muerte infantil, sin embargo, desde el año 2016 mantiene una tendencia de disminución sostenida, igual que la comarca Gnöbe Buglé.

Gráfico No.27. Mortalidad infantil según provincia y comarca indígena de residencia. Años 2014-2018



Fuente: Estadísticas Vitales INEC- Contraloría General de la República.
Elaborado por DASTS-DIPLAN

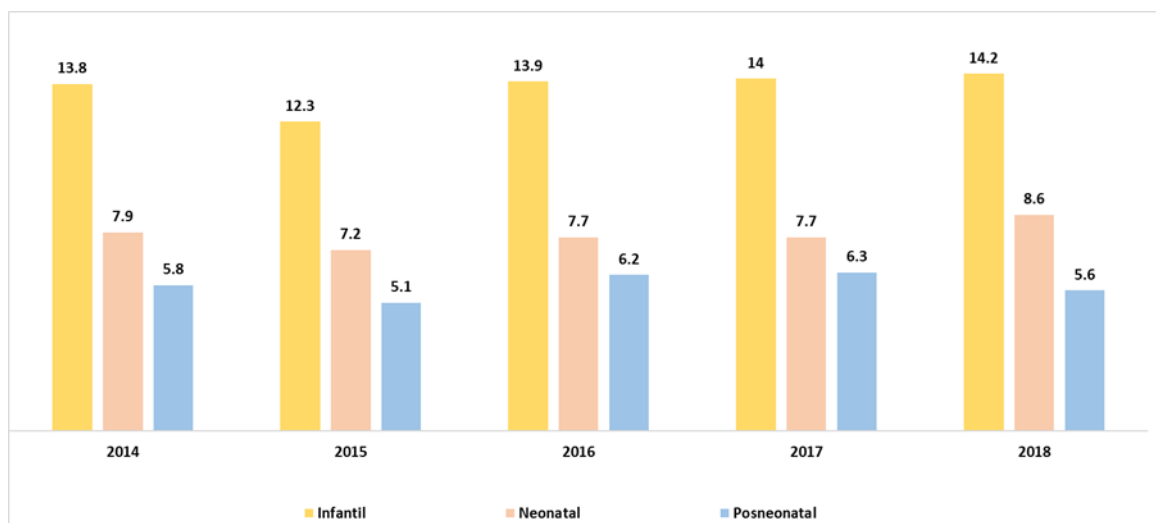
De acuerdo con los análisis de desigualdad desarrollado en el año 2017, la mortalidad infantil en relación con el nivel educativo a nivel de provincia, en este período evidencia la disminución en las provincias con las mejores oportunidades de educación respecto a la mortalidad infantil en aquellas provincias con las peores oportunidades de educación, no obstante, se mejoró la educación en las mismas. Esto refleja el mejoramiento de este indicador social, pero se mantiene la desigualdad en salud.

Mortalidad Neonatal Y Posneonatal:

La mortalidad infantil está compuesta por la mortalidad neonatal y la posneonatal, como puede observarse para los años 2014 a 2018 la mortalidad neonatal ha sido más elevada que la mortalidad posneonatal lo que implica que deben fortalecerse las estrategias de atención prenatal y la atención

del parto. Al comparar la tasa de mortalidad neonatal se observa que durante estos años se ha mantenido estable, pero que tuvo un incremento porcentual de 8.9% en el 2018 con respecto al 2014. Por otra parte, la mortalidad posneonatal ha fluctuado entre 5.1 defunciones por 1000 nacidos vivos (2015) y 6.3 defunciones por 1000 nacidos vivos en el 2017, cuando alcanzó su máximo valor para el periodo. Ver **Gráfico No.28**.

Gráfico No.28. Evolución anual de la tasa de mortalidad infantil, neonatal y posneonatal en la República. Años 2014-2018

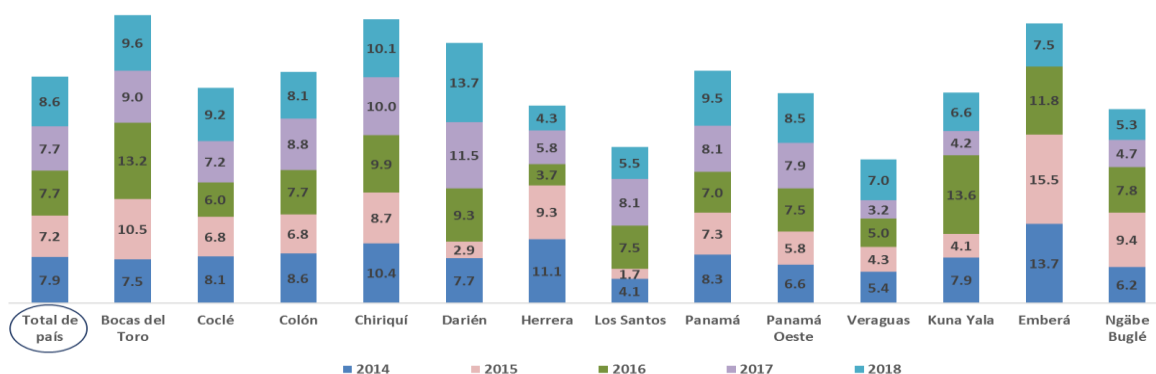


En la evaluación de asistencia profesional en el parto y la escolaridad de la madre, según datos del INEC, el 99.8% de las madres con estudios universitarios fueron asistidas por profesional de salud y el 40.5% de las madres sin grado de escolaridad fueron asistidas por comadronas, familiares u otras personas, según datos del INEC, lo que significa que mucho más de la mitad de las madres sin grado de escolaridad recibieron asistencia profesional. Las áreas donde se dieron los mayores porcentajes de partos sin asistencia profesional son, en ese orden las comarcas Ngãbe Buglé y Emberá, y la provincia de Darién que registraron el 42.5%, 24.3% y 15.1%, respectivamente de partos sin asistencia profesional

A nivel de región de salud, se observa un mayor incremento en la tasa de mortalidad de neonatos durante el año 2018, en Darién (13.7 x 1,000 NV), Chiriquí (10.1 x 1,000 NV), y Bocas Del Toro (9.6 x 1,000 NV). **Gráfico No.29**. Resalta una importante disminución en la Comarca Emberá que bajó su tasa de mortalidad neonatal de 11.8 muertes de neonatos por mil Nacidos Vivos en el año 2017, a 7.5 en el año 2018, además de la Provincia de Los Santos, que pasó de 8.1 muerte neonatal en el

año 2017, a registrar 5.5 muertes de neonatos por mil nacidos vivos en el 2018. Sin embargo, Veraguas, con un registro de 7.0x 1,000 NV, casi duplicó la tasa con relación al registro del año 2017 (3.2x 1,000 NV).

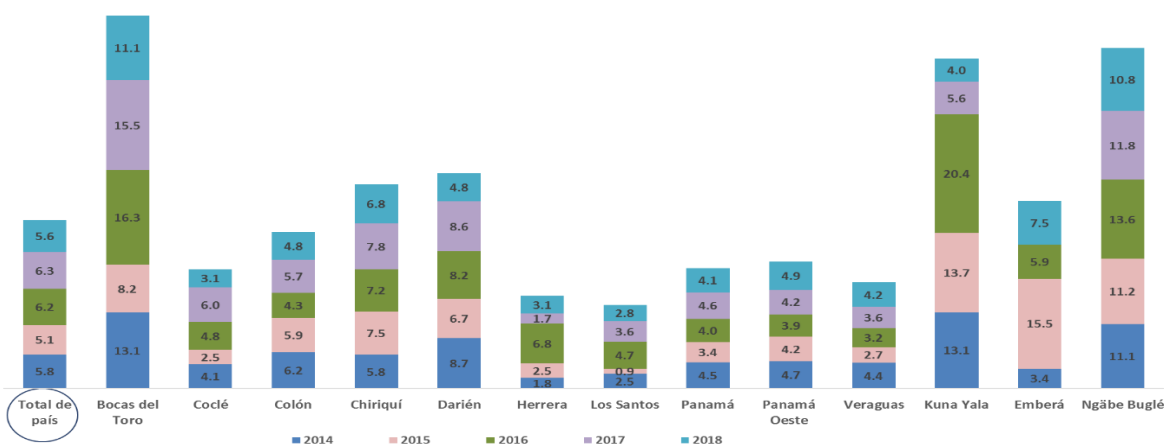
Gráfico No.29. Tasa de mortalidad neonatal en la República, por provincia y comarca indígena. Años 2014-2018



Fuente: Estadísticas Vitales INEC- Contraloría General de la República.
Elaborado por DASTS-DIPLAN

En cuanto a mortalidad posneonatal (niños entre los 28 días y 11 meses de nacidos), a nivel de país se registra disminución, sin embargo, a nivel de provincias y comarcas, se observa un aumento en las provincias de Panamá Oeste (4.9) con relación al año 2017(4.2), de igual forma la provincia de Veraguas desde el año 2015, registra incrementos de forma sostenida, en el año 2018 se dio en esta región una tasa de 4.2 muertes por mil nacidos vivos, la mayor en los últimos 5 años (**Gráfico No.30**)

Gráfico No.30. Tasa de mortalidad Posneonatal en el República, por provincia y comarca indígena. Años 2014-2018.

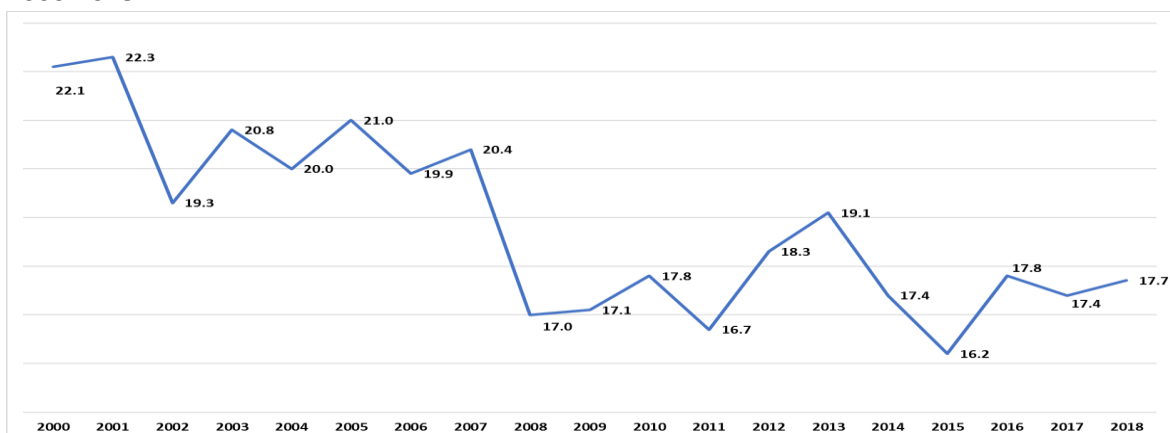


Fuente: Estadísticas Vitales INEC- Contraloría General de la República.
Elaborado por DASTS-DIPLAN

Mortalidad en Niños de 1 a 4 Años

En cuanto a las defunciones de niños menores de 5 años, se observa en el tiempo inconsistencia en la reducción de las muertes en menores de 5 años. **(Gráfico No. 31)**. Del año 2013 al 2015, Panamá logró una disminución considerable, sin embargo, volvió a aumentar los casos de muerte en el 2016 y ha mantenido el promedio de 17.5 muertes por mil nacidos vivos en los años subsiguientes a la actualidad.

Gráfico No.31. Evolución de la tasa de mortalidad de menores de 5 años, en la República. Años 2000-2018.



Fuente: Datos del INEC, Contraloría General de la República.
Elaborado por DASTS-DIPLAN

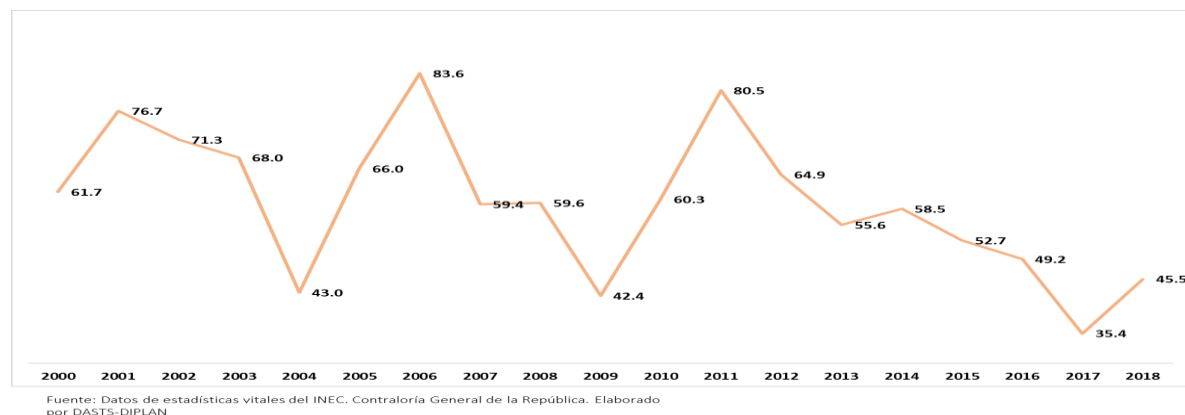
Los porcentajes más altos se ubicaron en: La provincia de Panamá con 29.0%, el porcentaje más alto, la Comarca Ngäbe Buglé con 15.7%, las Provincias de Chiriquí con 13.2%, Panamá Oeste con 12.2% y Bocas del Toro con 10.4% mientras que los porcentajes más bajos se encontraron la Comarca Emberá con 0.4% seguido de la Provincia de Los Santos con 0.8% y la Provincia de Herrera y la Comarca Kuna Yala con 1.0% cada una. En el área urbana se dieron el 63.8% y en el área rural el 36.2%.

Mortalidad Materna

Según informes del INEC- Contraloría General de la República, para el año 2018, fallecieron en el país, por causa relacionadas con el embarazo y el parto, 45.5 mujeres por cada cien mil nacidos vivos, un considerable aumento en la muerte materna producto del embarazo y/o el parto. Panamá desde el año 2011 registró una sostenida disminución en el número de defunciones de mujeres por causa del embarazo y/o parto, a excepción del año 2014 y 2018, éste último con un considerable aumento de 10.1 muertes maternas por cada cien mil nacidos vivos, con relación al año 2017(35.4),

al como se visualiza en el **Gráfico No.32**. El porcentaje de muerte en área urbana y rural es el mismo, 50% y 50%, según informe del INEC.

Gráfico No.32. Evolución de la razón de muerte materna en la República. Años 2000-2018



Las provincias con mayor tasa de mortalidad materna en el país, para el año 2018, son Comarca Ngäbe Buglé, seguida de Kuna Yala, le siguen las provincias de Los santos, Coclé y Herrera con una razón de muerte materna de 92.2, 71.1 y 61.3 respectivamente.

La muerte materna por complicaciones del embarazo, del parto y del puerperio registra un incremento importante en el 2018, con relación al año 2017, después de venir registrando disminuciones sostenidas desde el año 2015. En las comarcas Kuna Yala y Ngäbe Buglé se registró el mayor número de muerte materna, una razón de 263.5 y 138.4 muerte por cien mil nacidos vivos en el país, respectivamente. Seguido de Los Santos (92.2x100,000 NV) y Coclé (71.1x100,000 NV) Panamá Oeste y Chiriquí también registraron incrementos, 27.0 y 23.4 por cada cien mil nacidos vivos. Es importante resaltar la ausencia de datos en algunos años, que reflejan según el INEC que puede deberse a cero registros en el año o a cantidad nula.

Cuadro No.5. Razón de Mortalidad Materna por complicaciones del embarazo, parto y puerperio; según provincia y comarca indígena. Años 2014 – 2018.

Año	Total	Bocas del Toro	Coclé	Colón	Chiriquí	Darién	Herrera	Los Santos	Panamá	Panamá Oeste	Veraguas	Kuna Yala	Emberá	Ngäbe Buglé
2014	58.5	145.5	-	67.1	-	96.4	122.9	-	22.2	29.2	23.4	262.1	341.3	303.4
2015	52.7	46.7	45.6	84.4	24.6	192.5	-	86.7	37.1	27.5	45.0	273.2	515.5	130.2
2016	49.2	70.8	23.8	18.0	36.8	206.2	124.1	-	18.5	55.4	24.9	339.6	-	162.5
2017	35.4	67.5	46.3	36.8	11.5	95.4	-	-	34.3	18.3	-	-	392.2	83.6
2018	45.5	65.2	71.1	18.4	23.4	-	61.3	92.2	31.1	27.0	-	263.5	-	138.4

Razón, por cien mil nacimientos vivos.

- Cantidad nula o cero.

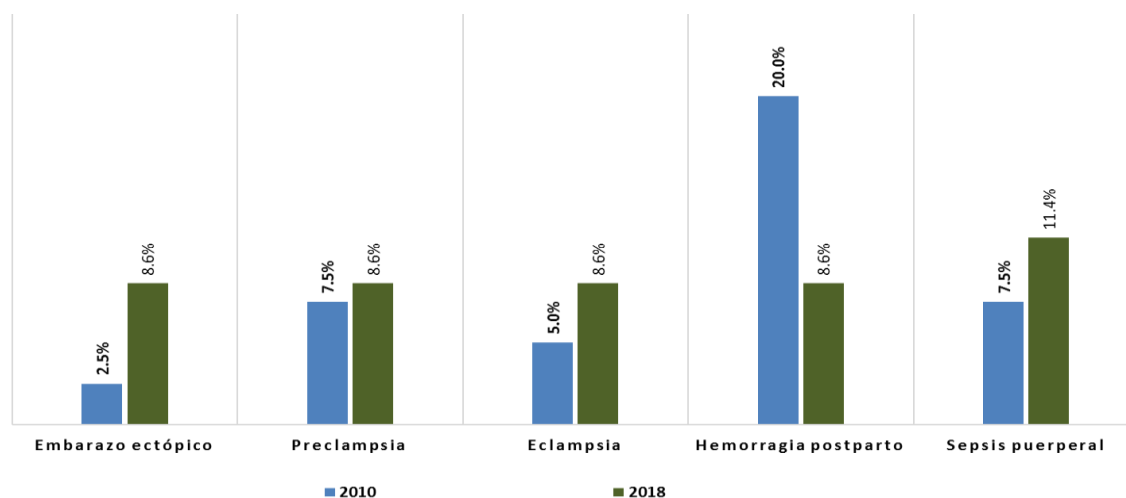
Fuente: Estadísticas vitales del INEC- Contraloría General de la República

Elaborado por DASTS-DIPLAN

Mortalidad materna según las principales causas de muerte

Comparando el porcentaje de muerte por las principales causas seleccionadas en el año 2018, con relación al año 2010, se observa una disminución importante en la causa de muerte por hemorragia postparto, sin embargo, en todas las demás causas se registra incrementos considerables, tal como se observa en el **Gráfico No.33**.

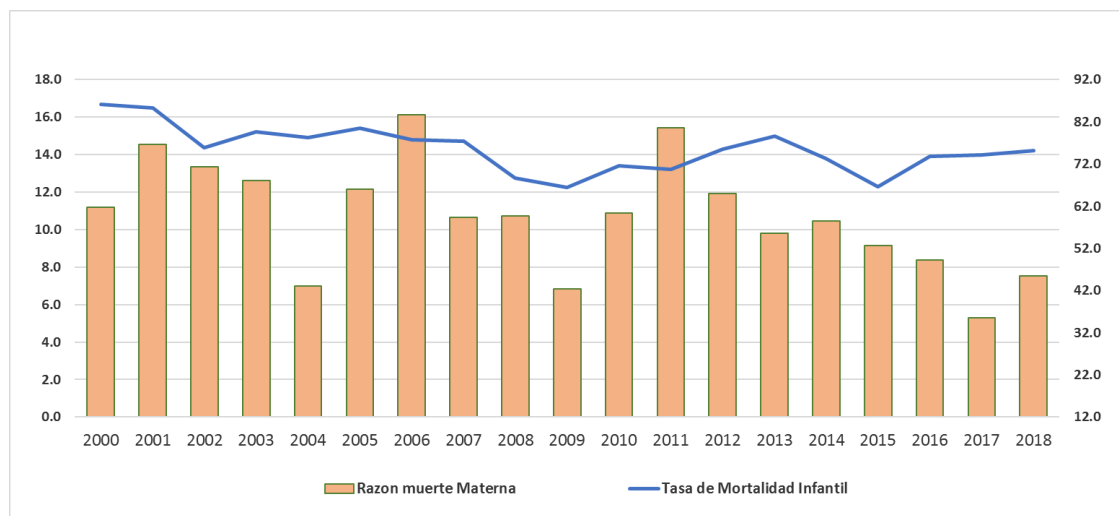
Gráfico No.33. Comparativo en porcentaje, de la muerte materna, según principales causas en la República. años 2010-2018



Fuente: INEC.
 Elaborado por DASTS-DIPLAN

Mientras que la razón de muerte materna en el país ha disminuido de formas constante desde el año 2011, con solo dos variaciones, una muy pequeña en el año 2014 y la otra de considerable cifra en el año 2018. Se registra en el 2018 un aumento en las muertes de infantes, y a diferencia de la muerte materna que reflejó disminución, las muertes de infantes vienen incrementándose sostenidamente desde el año 2015 (**Gráfico No. 34**). Se observa variaciones en los resultados por periodos anuales, lo que demuestra que hay situaciones que no permiten sostener los resultados de disminución de muertes infantil de forma constante, por lo que impera la necesidad de profundizar en la investigación de causas integradas al entorno donde nacen y viven las madres y sus hijos.

Gráfico No.34. Evolución comparativa de la tasa de mortalidad infantil vs razón de muerte maternal en la República- Años 2000-2018



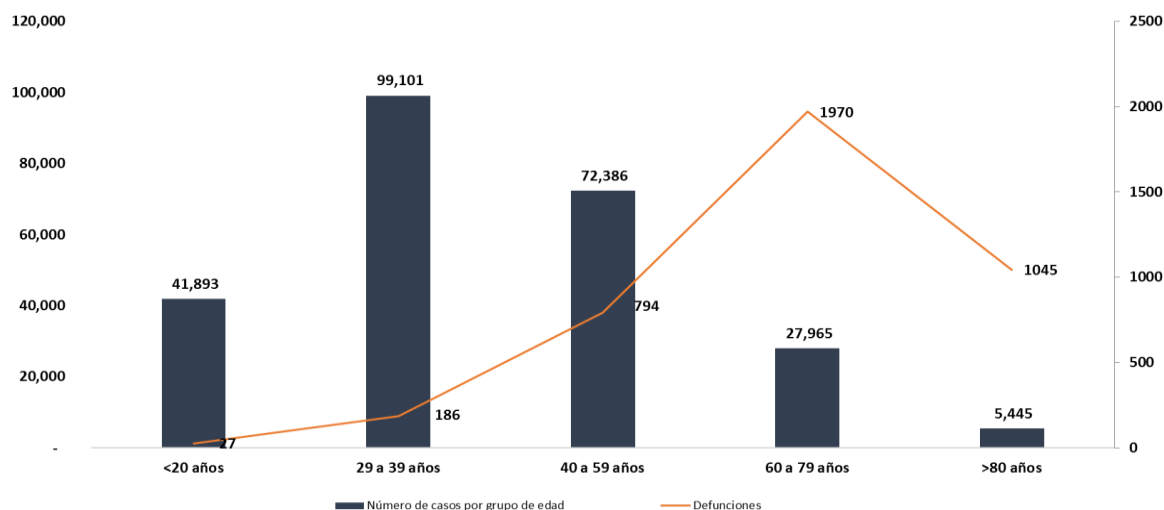
Fuente: Datos de estadísticas vitales del INEC. Contraloría General de la República.
Elaborado por DASTS-DIPLAN

Mortalidad por COVID-19

Descripción del Covid-19, por el Instituto Conmemorativo Gorgas: El Nuevo coronavirus (SARS-CoV-2) denotado así por Comité Internacional de Taxonomía de Virus (ICTV), es un virus que pertenece a la familia Coronaviridae, subfamilia Orthocoronavirinae. El genoma del virus está formado por una sola cadena de ARN, por lo que se clasifica como ARN monocatenario positivo. Causa la enfermedad conocida oficialmente como COVID-19. Inicialmente el virus fue llamado 2019-nCoV del inglés 2019-novel coronavirus, o informalmente coronavirus de Wuhan por haberse aislado en diciembre de 2019, a partir de una muestra obtenida de un paciente afectado por neumonía en la ciudad de Wuhan (China). Se ha secuenciado su genoma completo. El mecanismo exacto de transmisión, se cree que puede producirse el contagio de una persona a otra mediante las gotas de saliva expulsadas a través de la tos y el estornudo. Puede provocar enfermedad respiratoria aguda y neumonía grave en humanos (1,2). Secuencias de SARS-CoV-2 muestran semejanzas con los betacoronavirus encontrados en murciélagos, pero son genéticamente distintos de otros coronavirus como el SARS-CoV y el MERSCoV. Al igual que el SARS-CoV, este coronavirus es un miembro del linaje B de los betacoronavirus

Panamá finalizó el año 2020 con un acumulado anual de 4,022 defunciones de 46,790 contagios acumulados en el año, para un porcentaje de letalidad de 1.6% contagiados, por abajo del porcentaje de letalidad mundial que terminó el año en 2.2%.

Gráfico No.35. Número de casos y de defunciones por causa de la COVID-19 en la República, según edad. Año 2020

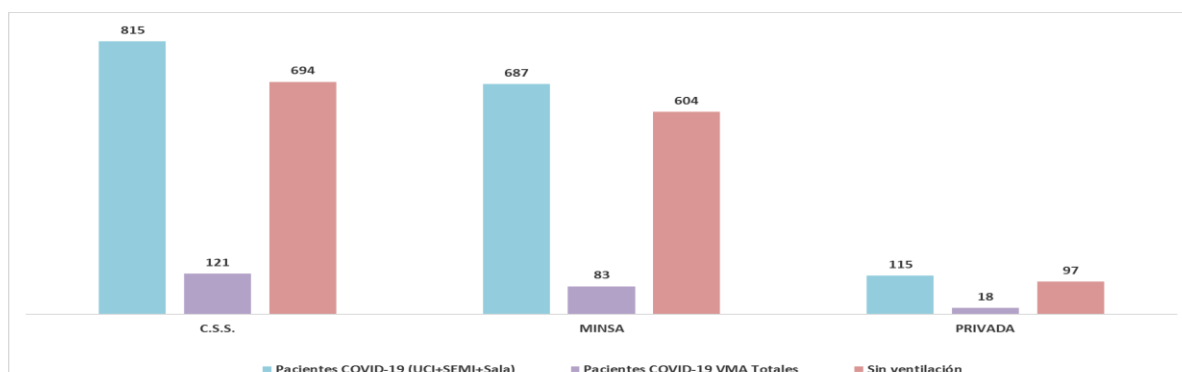


Fuente: Informe diario de situación de covid-19, Ministerio de Salud de Panamá. Elaborado por DASTS-DIPLAN

Según informe de situación de OPS, en Panamá el 51.6% de los casos de muerte se presentó en hombres.

En cuanto a camas se informa al 29 de diciembre, Panamá disponía del 43% de un total de 5,404 camas para hospitalización en sala, del 29% de las 636 camas existentes en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI). De un total de 848 ventiladores el país contaba con el 58% de disponibilidad. Estas cifras, reflejan la efectividad de las acciones y el efecto de una gestión proactiva. Los pacientes severos y críticos se distribuyen porcentualmente de la siguiente manera: 50% (815) en las Instalaciones de Salud de la Caja del Seguro Social (CSS), 42% (687) en las del Ministerio de Salud y el 7% (115) en los hospitales privados de Panamá (la suma da 99%). En las dos últimas semanas del año, se dio un aumento en la cantidad de pacientes hospitalizados, reportándose 526 paciente en las salas de hospitalización y 11 pacientes en las salas de cuidados intensivos.

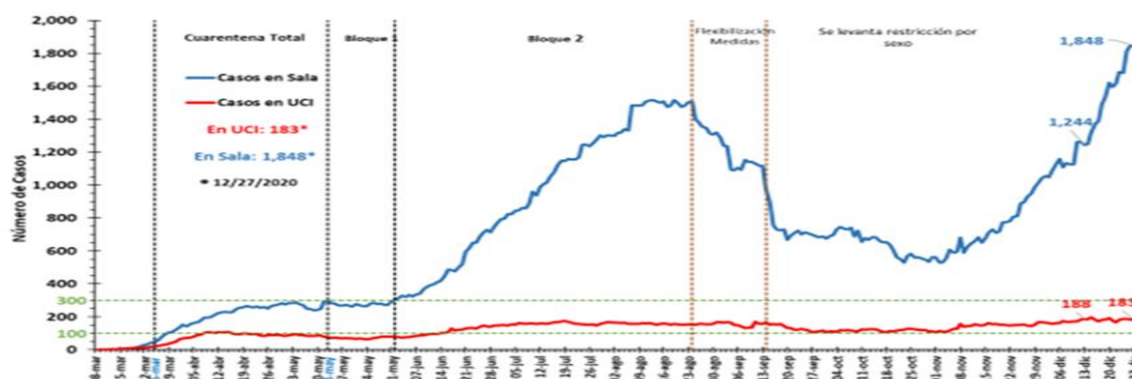
Gráfico No.36. Distribución de los pacientes en las UCI por instalaciones de la Red de Salud de la República, red pública (CSS y MINSA), y red privada. Año 2020



Fuente: Informe diario de situación de covid-19, Ministerio de Salud de Panamá. Elaborado por DASTS-DIPLAN

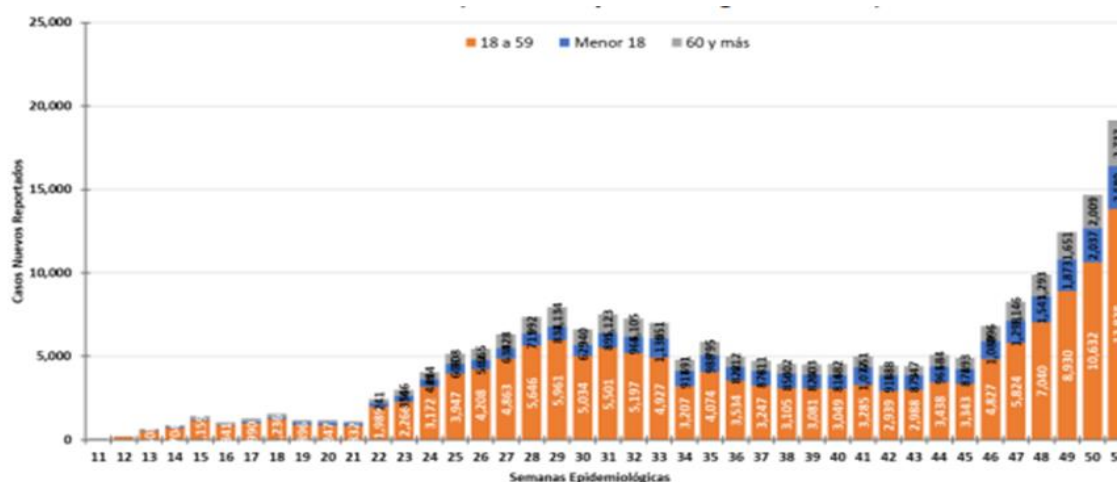
Desde el inicio de la epidemia hasta el 1° de junio, se logró el mantenimiento del ingreso de pacientes a sala y a UCI en los niveles más bajos; después se entró en el periodo del pico de la epidemia registrándose los promedios más altos en el mes de julio con 1.428 pacientes en sala y 159 en UCI. Desde el 23 de agosto (Semana epidemiológica- SE 35), se observa descenso de los ingresos en sala a 1.115 pacientes; luego entre la SE 38 y la SE 41 se estabilizan en 714 hospitalizaciones en promedio en el periodo. En octubre se tuvo un promedio de 640 ingresos en sala y 117 en UCI; sin embargo, desde finales de octubre (SE 44) hasta la SE 52 se observa ascenso progresivo de las hospitalizaciones, alcanzando 1.848 en sala y 183 en UCI el 27 de diciembre (Gráfico No.37).

Gráfico No.37. Número de casos Covid-19 en Sala y UCI, por día en la República. Marzo a diciembre del año 2020



El grupo de 18 a 59 años continúa teniendo el mayor peso en la epidemia con un sostenido incremento de nuevas confirmaciones en las últimas semanas del año. Desde la Semana 48 hasta la SE 52 aumentó en un 55% los casos nuevos en ese grupo de edad, pasando de 7.040 casos a 13.828; sin embargo, es notorio el incremento de casos en el mismo periodo en la población mayor de 60 años, que pasaron de 1.293 casos en la Semana 48 a 2.732 en la Semana epidemiológica (SE) 52, lo que representa un aumento del 111,3% los casos nuevos y en los menores de 18 años aumentó el 67,2%, al pasar de 1.543 casos a 2.580 en la Semana 52 (Gráfico No.38)

Gráfico No.38. Casos de la Covid-19 según semana epidemiológica y por rango de edad, en la República. Año 2020



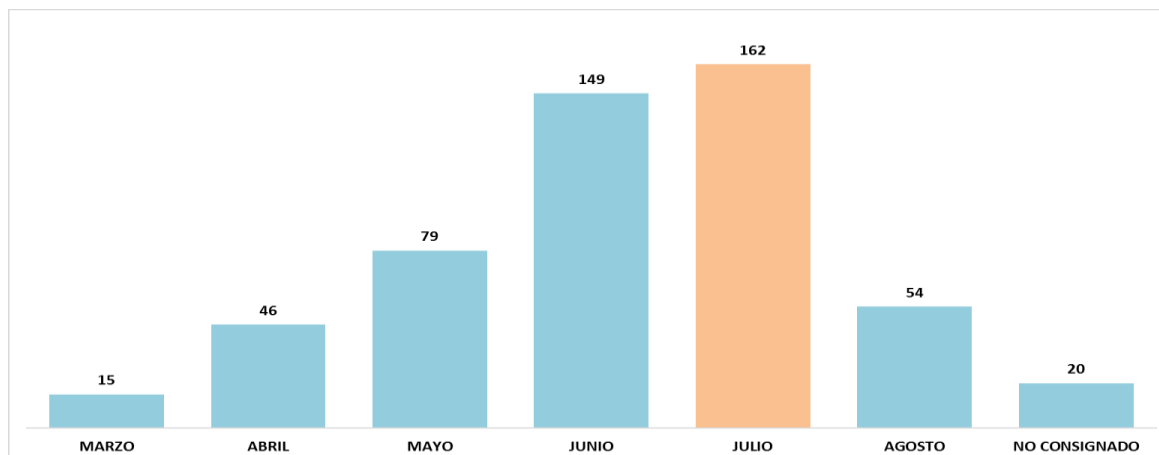
En cuanto a **embarazadas afectadas por Covid-19**, la Región de Las Américas el reporte de Embarazadas/Puérperas con COVID 19 indicó que ha sido bajo, con un total de 25,132 de casos reportados hasta el 11 de agosto de 2020. (Salud, 2020). La lista es encabezada por los Estados Unidos de América, Brasil, Perú y México.

Mientras tanto, en Panamá, durante el período comprendido desde la Semana 13 a la Semana 35 del año 2020, se confirmó un total de 525 casos de embarazadas/puérperas COVID.

Los casos en embarazadas se han presentado desde el mes de marzo de 2020, pero en el mes de julio se reportó la mayor cantidad de casos de contagio de Covid-19 en embarazadas/puérperas. Los casos evaluados hasta mediados del mes de agosto no alcanzaron el 50% de los casos del mes previo. El reporte de acuerdo con las SE da cuenta que los casos se incrementaron a partir de mayo

alcanzando un pico máximo en la SE 28 (julio) que registró 162 contagios en embarazadas, que a partir de este mes mostró un descenso sostenido. Las notificaciones emitidas de Embarazadas/Puérperas COVID 19 se han generado en su mayoría en unidades responsabilidad de Ministerio de Salud, pocos casos en la Caja de Seguro Social y se tienen escasos reportes en unidades privada.

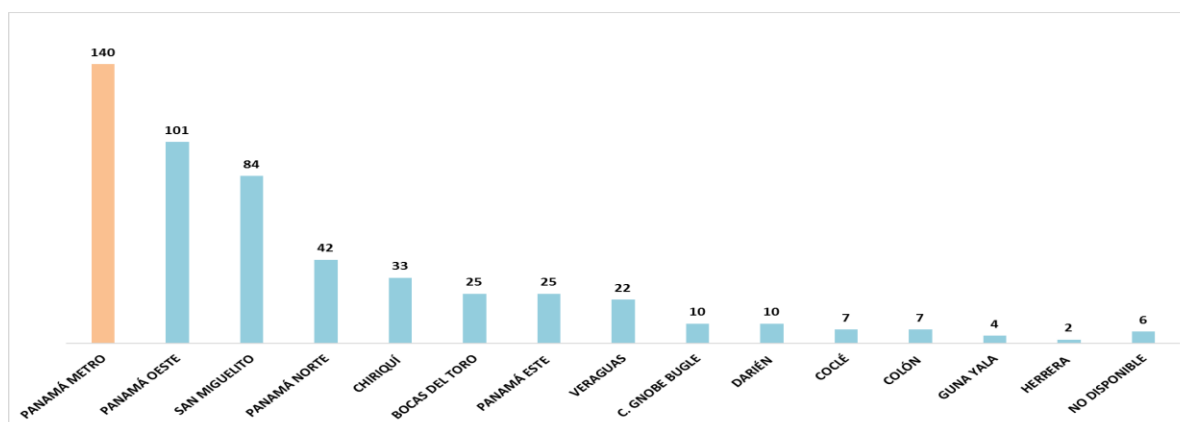
Gráfico No.39. Número de mujeres en periodo de embarazo, parto y puerperio, afectadas por la Covid-19 en la República, por mes de ocurrencia. Semanas de la 13 a la 36 del año 2020



Fuente: Dirección General de Salud. Ministerio de Salud de Panamá.
Elaborado por DASTS-DIPLAN

Las Regiones de Salud que mayor número de casos presentan están encabezadas por la Región Metropolitana de Salud con 140 casos, seguida por Panamá Oeste con 100 y San Miguelito con 84.

Gráfico No.40. Número de mujeres en periodo de embarazo, parto y puerperio, afectadas por la Covid-19 en la República, según región de Salud. Semanas de la 13 a la 36 del año 2020



Fuente: Dirección General de Salud. Ministerio de Salud de Panamá.
Elaborado por DASTS-DIPLAN

El Grupo de Edad que mayor caso de contagio en embarazadas presentó es el de 20-24 años y 25 - 29 años, que acumuló el 52% de los casos acumulados, el 48% restante de los casos se distribuyen en los otros grupos de edad.

Según el Informe Epidemiológico del MINSA del mes de agosto del 2020, hasta la SE 36 (agosto) se reportaron 8 defunciones por COVID-19 ocurridas en pacientes embarazadas. En 7 de los 8 casos de COVID – 19 en embarazadas se tomó la decisión de finalizar la gestación con el objetivo de dar un mejor manejo a la insuficiencia respiratoria de la madre, en la unidad de cuidados intensivos. Una de las pacientes falleció estando embarazada. La ocurrencia de las defunciones se resume de la siguiente manera: 1 fallecimiento en mayo, 2 en junio, 4 en agosto y 1 en septiembre. El mayor número de defunciones se dio en la región Metropolitana de Salud.

En las Américas, el grupo de edad de embarazadas afectadas por Covid-19 fue el de 30 a 39 años con un 42% del total de casos (CDC 2020), mientras que en Panamá ese grupo representó el 27%, Panamá mantuvo el 1.5% de letalidad en el grupo de embarazadas contagiadas con covid-19, muy por debajo de Brasil con el 6% de letalidad, sin embargo por arriba de Estados Unidos que reportó a penas el 0.2% de letalidad en embarazadas contagiadas

Medidas adoptadas por el Gobierno Nacional:

Mediante Resolución de Gabinete No. 11 de 13 de marzo de 2020, Panamá declara Estado de Emergencia Nacional ante la pandemia de Covid-19, con la finalidad de contener el contagio del virus y proteger a la población. Desde ese momento se ponen en marcha una serie de medidas temporales, progresivas y crecientes para mitigar la propagación del virus y poder reactivar la economía, una vez se supere la pandemia. La adopción de medidas temporales de emergencia con el propósito de proteger la vida de las personas, los bienes y el patrimonio nacional, ante el grave riesgo colectivo que representa la crisis sanitaria del Covid-19, se priorizaron en materia de salud pública y seguridad nacional, que se complementan con medidas de alcance económico y laboral. Lo anterior condujo a aprobar la Ley No. 139 de 2 de abril de 2020, que permite el uso de los activos del Fondo de Ahorro de Panamá (FAP), como medida urgente de mitigación y flexibilización de déficit fiscal.

Cuadro No.6. Detalle cronológico de medidas adoptadas por el Gobierno Nacional para la atención de la Covid-19, en el año 2020

ÁREA	CATEGORÍA	ACCIÓN	FECHA DE INICIO	ESTADO ACTUAL	INSTANCIA RESPONSABLE
DESPLAZAMIENTO	RESTRICCIÓN DE MOVILIDAD Y ACTIVIDADES SOCIALES	El Gobierno anunció nuevas medidas para reducir cadena de contagios: Cuarentena total para las provincias de Panamá y Panamá Oeste del 4 al 14 de enero. El 28 de diciembre desde las 5:00 a.m. y hasta el 31 de diciembre a las 7:00 p.m. registró la jornada laboral completa en todo el país, con la distinción de género para ingresar a establecimientos comerciales. Del 31 de diciembre a las 7:00 p.m. hasta las 5:00 a.m. del 4 de enero de 2021 se decreta cuarentena total en todo el territorio nacional.	27-dic-20	NO VIGENTE	Ministerio de Salud de Panamá
DESPLAZAMIENTO	RESTRICCIÓN DE MOVILIDAD Y ACTIVIDADES SOCIALES	El Gobierno de Panamá presentó las nuevas medidas contra la COVID-19, vigentes hasta el 4 de enero de 2021: A partir del 18 de diciembre, se establecerá toque de queda y Ley Seca de 7:00 p.m. a 5:00 a.m. Cuarentena total desde el 25 de diciembre a las 7:00 p.m. hasta el 28 de diciembre, y del 1 de enero a las 7:00 p.m. hasta el 4 de diciembre a las 5:00 a.m.	15-dic-20	NO VIGENTE	Ministerio de Salud de Panamá
DESPLAZAMIENTO	RESTRICCIÓN DE MOVILIDAD Y ACTIVIDADES SOCIALES	Ministerio de Salud informó que a partir del 4 de diciembre la provincia de Panamá Oeste tendrá toque de queda de 9:00 p.m. a 5:00 a.m. y ley seca de 7:00 p.m. a 5 a.m. de lunes a domingo.	01-dic-20	NO VIGENTE	Ministerio de Salud de Panamá
DESPLAZAMIENTO	RESTRICCIÓN DE MOVILIDAD Y ACTIVIDADES SOCIALES	Se establece nuevo horario de Toque de Queda en la Provincia de Panamá de 9:00 p.m. a 5:00 a.m. de lunes a domingo. En este horario queda prohibida la venta y consumo de bebidas alcohólicas y el servicio de delivery o entrega a domicilio. A la vez se mantiene la prohibición de reuniones que concentren un gran número de personas en casas privadas o áreas comunes o sociales de complejos habitacionales.	08-dic-20	VIGENTE	Ministerio de Salud de Panamá
SALUD	CONTROL SANITARIO Y EPIDEMIOLÓGICO	Las autoridades de salud y los Equipos Unificados de Trazabilidad (EUT) realizaron 11, 090 pruebas para la detección de la COVID-19, superando la meta de 10 mil pruebas en un periodo de 24 horas.	21-nov-20	VIGENTE	Presidencia de Panamá y Ministerios competentes
SALUD	CONTROL SANITARIO Y EPIDEMIOLÓGICO	El Ministerio de Salud informó que se han girado instrucciones a las direcciones regionales y a los Equipos Unificados de Trazabilidad (EUT) para masificar el número de pruebas para la detección de Covid-19 en todo el país.	15-nov-20	VIGENTE	Presidencia de Panamá y Ministerios competentes
SALUD	CONTROL SANITARIO Y EPIDEMIOLÓGICO	El Ministerio de Salud, a través de los Equipos Unificados de Trazabilidad (EUT), sigue haciendo los recorridos en las comunidades y brindando el apoyo que requiera toda persona que es identificada como positivo.	09-nov-20	VIGENTE	Presidencia de Panamá y Ministerios competentes
SALUD	CONTROL SANITARIO Y EPIDEMIOLÓGICO	Ministerio de Salud, a través de la Región Metropolitana instalará en las playas el sistema de tomas de muestras de hisopados por inmunofluorescencia, las personas que resulten positivas serán enviadas a cuarentena.	26-oct-20	VIGENTE	Presidencia de Panamá y Ministerios competentes
DESPLAZAMIENTO	RESTRICCIÓN DE MOVILIDAD Y ACTIVIDADES SOCIALES	Gobierno de Panamá autorizó la reactivación de actividades de recreación familiar en las playas y ríos a nivel nacional, acatando las medidas de bioseguridad y horarios señalados por las autoridades del gobierno.	24-oct-20	VIGENTE	Presidencia de Panamá y Ministerios competentes
DESPLAZAMIENTO	RESTRICCIÓN DE MOVILIDAD Y ACTIVIDADES SOCIALES	Gobierno de Panamá estableció toque de queda en horario unificado de 11:00 pm a 5:00 am de lunes a domingo en todo el territorio nacional.	25-oct-20	VIGENTE	Presidencia de Panamá y Ministerios competentes
PROTECCIÓN_SOCIAL	OTROS	Gobierno de Panamá extiende el plazo de alivio financiero con las entidades bancarias hasta el mes de junio del 2021. Durante este periodo, los bancos no ejecutarán las garantías ni afectarán las referencias de crédito de las personas que hayan modificado sus préstamos.	22-oct-20	VIGENTE	Presidencia de Panamá y Ministerios competentes
DESPLAZAMIENTO	OTROS	Panamá reinició operaciones de vuelos comerciales en el Aeropuerto Internacional de Tocumen después de siete meses de suspensión por la pandemia de COVID-19.	12-oct-20	VIGENTE	Presidencia de Panamá y Ministerios competentes
ECONOMÍA	LIMITACIÓN DE ACTIVIDADES PRODUCTIVAS	Reactivación de hoteles y servicios de hospedajes. Reactivación de actividades turísticas, transporte no esencial (recreativos y turismo). Reactivación de industrias creativas y culturales, cines, teatros, museos, galerías y sitios turísticos de estructuras cerradas, al 50% de su capacidad.	12-oct-20	VIGENTE	Presidencia de Panamá y Ministerios competentes
ECONOMÍA	ACCESO A FINANCIAMIENTO EXTRAORDINARIO	El Consejo de Gabinete aprobó, el 29 de septiembre, la asignación de recursos financieros adicionales hasta por B/. 75 millones para las entidades gubernamentales encargadas de hacer frente a situaciones relacionadas con el Estado de Emergencia producto de la pandemia de Covid-19.	01-oct-20	VIGENTE	Presidencias de Panamá y Ministerios competentes
ECONOMÍA	LIMITACIÓN DE ACTIVIDADES PRODUCTIVAS	A partir del 28 de septiembre, se autoriza la reactivación, operación y movilización de actividades como el comercio al por menor que incluye la apertura de los Centros Comerciales, los restaurantes y fondas, todos los servicios profesionales por abrir, servicios administrativos y generales, y aviación civil.	28-sep-20	VIGENTE	Presidencias de Panamá y Ministerios competentes
DESPLAZAMIENTO	RESTRICCIÓN DE MOVILIDAD Y ACTIVIDADES SOCIALES	A partir del 21 de septiembre, se reactivan las actividades deportivas federativas sin público de lunes a sábado, siguiendo los protocolos y normas establecidas de bioseguridad y salud.	21-sep-20	VIGENTE	Presidencias de Panamá y Ministerios competentes
PROTECCIÓN_SOCIAL	SEGURIDAD SOCIAL Y ALIMENTARIA	La reglamentación de la Ley de Teletrabajo y la Ley de Vales Alimenticios que establece incentivos a los trabajadores, fueron sancionadas el 16 de septiembre por el Presidente de Panamá, Laurentino Cortizo.	16-sep-20	VIGENTE	Presidencias de Panamá y Ministerios competentes

Continuación. Acciones de Panamá en atención a al Covid-19

ÁREA	CATEGORÍA	ACCIÓN	INICIO DE IMPLEMENTACIÓN	ESTADO ACTUAL	INSTANCIA RESPONSABLE
DESPLAZAMIENTO	RESTRICCIÓN DE MOVILIDAD Y ACTIVIDADES SOCIALES	A partir del 14 de septiembre, el Gobierno de Panamá estableció toque de queda de 11:00 pm a 5:00 am de lunes a sábado y el domingo cuarentena total para las provincias de Panamá y Panamá Oeste. Se exceptúa a esta medida, las provincias de Bocas del Toro, Colón y Chiriquí con diferentes horarios de toque de queda. Por otra parte, el Gobierno decidió levantar la restricción de movilidad por género.	14-sep-20	VIGENTE	Presidencias de Panamá y Ministerios competentes
ECONOMÍA	LIMITACIÓN DE ACTIVIDADES PRODUCTIVAS	Reapertura de actividades económicas para las empresas ubicadas en la zona libre de Colón, el área económica especial Panamá Pacífico, la industria de la construcción, las zonas francas, entre otras actividades.	07-sep-20	VIGENTE	Presidencias de Panamá y Ministerios competentes
PROTECCIÓN SOCIAL	OTROS	Acuerdo de Telecomunicaciones Solidarias permitirá otorgar planes gratuitos y a precios reducidos para dar alivio a los afectados por la pandemia, a partir del 14 de septiembre hasta el 31 de diciembre de 2020.	14-sep-20	VIGENTE	Presidencia de Panamá y Asamblea Nacional
ECONOMÍA	LIMITACIÓN DE ACTIVIDADES PRODUCTIVAS	A partir del 24 de agosto, el país inició la apertura de algunos proyectos de construcción y actividades económicas.	24-ago-20	VIGENTE	Presidencias de Panamá y Ministerios competentes
DESPLAZAMIENTO	RESTRICCIÓN DE MOVILIDAD Y ACTIVIDADES SOCIALES	Gobierno autorizó a Panamá y Panamá Oeste movilidad según género de 5:00 am a 7:00 pm y cuarentena total de domingo a lunes 31 de agosto a las 5:00 am.	24-ago-20	VIGENTE	Presidencias de Panamá y Ministerios competentes
ECONOMÍA	LIMITACIÓN DE ACTIVIDADES PRODUCTIVAS	Panamá inició la reapertura de diferentes actividades económicas como salas de belleza, barberías, venta de automóviles, obras de construcción privada y venta de comercio al por menor a nivel nacional, las cuales deberán cumplir con todas las medidas de bioseguridad.	17-ago-20	VIGENTE	Presidencias de Panamá y Ministerios competentes
PROTECCIÓN SOCIAL	BONOS ECONÓMICOS	Alrededor de 250 mil trabajadores que permanezcan con sus contratos suspendidos, recibirán un pago de B/.50.00 en concepto de bono solidario como parte del cumplimiento de la Ley de Protección del Empleo. Ministerio de Salud y la Asociación de Municipios de Panamá (AMUPA), firmaron un convenio que permitirá una mayor coordinación con las autoridades locales para impulsar las acciones comunitarias en la lucha contra la COVID-19.	13-ago-20	VIGENTE	Presidencias de Panamá y Ministerios competentes
SALUD	CONTROL SANITARIO Y EPIDEMIOLÓGICO	A partir de la otra semana se entregará el Kit Protégete Panamá a todos los pacientes COVID-19 positivos que cumplen su cuarentena en aislamiento domiciliario.	29-jul-20	VIGENTE	Ministerio de Salud y la Asociación de Municipios de Panamá (AMUPA)
SALUD	CONTROL SANITARIO Y EPIDEMIOLÓGICO	A partir de la otra semana se entregará el Kit Protégete Panamá a todos los pacientes COVID-19 positivos que cumplen su cuarentena en aislamiento domiciliario.	24-jul-20	VIGENTE	Ministerio de Salud de Panamá
DESPLAZAMIENTO	OTROS	El Aeropuerto Internacional de Tocumen será habilitado como un mini hub humanitario y Centro de Operaciones Graduales o Controladas para Vuelos Humanitarios para pasajeros afectados por la pandemia.	20-jul-20	VIGENTE	Ministerio de Salud de Panamá
DESPLAZAMIENTO	RESTRICCIÓN DE MOVILIDAD Y ACTIVIDADES SOCIALES	Ministerio de Salud anunció cuarentena total durante el fin de semana en las provincias de Panamá y Panamá Oeste, a partir del viernes 17 de julio a las 7:00 pm hasta el lunes a las 5:00 am.	17-jul-20	VIGENTE	Ministerio de Salud de Panamá
SALUD	OTROS	Decreto N°855 suspende temporalmente el artículo 8 del Decreto Ejecutivo No. 36 sobre las solicitudes de excepción de Registro Sanitario. Ministerio de Salud a través de la Resolución No. 584, autorizó a partir del 29 de junio, la operación y movilización de los profesionales de la contabilidad en todo el territorio nacional.	10-jul-20	VIGENTE	Ministerio de Salud de Panamá
ECONOMÍA	OTROS		29-jun-20	VIGENTE	Ministerio de Salud de Panamá
DESPLAZAMIENTO	RESTRICCIÓN DE MOVILIDAD Y ACTIVIDADES SOCIALES	A través de la resolución No. 492 se restringe la movilidad en la Provincia de Panamá y Panamá Oeste según número de cédula y sexo, y se dictan otras medidas a mitigar y controlar la propagación de la pandemia de COVID-19.	06-jun-20	VIGENTE	Presidencia de Panamá y el Ministerio de Salud
DESPLAZAMIENTO	RESTRICCIÓN DE MOVILIDAD Y ACTIVIDADES SOCIALES	Como parte de la ruta hacia la nueva normalidad desde el 1 de Junio se permite la movilidad de personas de 5:00a.m. a 7:00 p.m., salvo los días que el Ministerio de Salud decreta cuarentena total.	01-jun-20	VIGENTE	Presidencia de Panamá y el Ministerio de Salud
ECONOMÍA	LIMITACIÓN DE ACTIVIDADES PRODUCTIVAS	Inicia apertura del segundo bloque bajo la ruta hacia la nueva normalidad en el que las empresas deberán cumplir los lineamientos dictados mediante la Resolución No. 405.	01-jun-20	VIGENTE	Presidencia de Panamá y el Ministerio de Salud
ECONOMÍA	LIMITACIÓN DE ACTIVIDADES PRODUCTIVAS	Para el proceso de apertura de actividades comerciales, las empresas tendrán la opción de abrir con el sello de Panamá Saludable o abrir con todas las medidas de seguridad a través del Ministerio de Comercio e Industrias (MICI) y del Ministerio de Salud (MINSAL). Comunicado N° 91 del MINSAL.	25-may-20	VIGENTE	Ministerio de Comercio e Industrias (MICI) y del Ministerio de Salud (MINSAL)
EDUCACIÓN	OTROS	Ministerio de Educación inició la iniciativa "Conéctate con la Estrella" que permite el desarrollo de clases por radio y televisión para estudiantes de pre-media y media.	18-may-20	VIGENTE	Ministerio de Educación de Panamá
ECONOMÍA	LIMITACIÓN DE ACTIVIDADES PRODUCTIVAS	Gobierno de Panamá informó que el retorno a la normalidad de las empresas se regulará por bloques cumpliendo los lineamientos del Ministerio de Salud. El primer bloque iniciará el 13 de mayo. Resolución No. 423.	13-may-20	VIGENTE	Presidencia de Panamá y Ministerio de Salud
ECONOMÍA	LIMITACIÓN DE ACTIVIDADES PRODUCTIVAS	Levantamiento gradual de las restricciones señaladas en el decreto que prohíbe la venta, distribución y consumo de licor. Decreto Ejecutivo 612.	08-may-20	VIGENTE	Presidencia de Panamá y Asamblea Nacional

Continuación: Acciones de Panamá en atención a al Covid-19

ÁREA	CATEGORÍA	ACCIÓN	INICIO DE IMPLEMENTACIÓN	ESTADO ACTUAL	INSTANCIA RESPONSABLE
SALUD	CONTROL SANITARIO Y EPIDEMIOLÓGICO	Las personas en aislamiento que tengan 14 días desde que se hicieron la prueba, serán consideradas clínicamente recuperadas, y tendrán que guardar una cuarentena adicional de 14 días en sus hogares. Comunicado N° 73 del MINSA.	07-may-20	VIGENTE	Presidencia de Panamá y el Ministerio de Salud
PROTECCIÓN SOCIAL	SEGURIDAD SOCIAL Y ALIMENTARIA	Gobierno ha congelado todos los cánones de arrendamiento por los dos meses siguientes y se mantiene los subsidios por B/. 1,600 Millones, dirigidos a las familias en condición de vulnerabilidad social.	04-may-20	VIGENTE	Presidencias de Panamá y Ministerios competentes
DESPLAZAMIENTO	RESTRICCIÓN DE MOVILIDAD Y ACTIVIDADES SOCIALES	Comunicado No. 66: sábado y domingo, días de cuarentena absoluta.	02-may-20	NO VIGENTE	Presidencia de Panamá y Ministerios competentes
PROTECCIÓN SOCIAL	ATENCIÓN CIUDADANA	Aplicación "Protégete" que permitirá conocer los resultados positivos y las personas que presenten síntomas asociados a la Covid-19	27-abr-20	VIGENTE	Presidencia de Panamá y Ministerio de Salud
ECONOMÍA	APOYO A MIPYMES	Comunicado No. 62: MINSA adelanta proceso de revisión en empresas que prestan servicios durante la cuarentena.	26-abr-20	VIGENTE	Presidencia de Panamá y Ministerios competentes
ECONOMÍA	OTROS	Comunicado No. 57: Ejecutivo extiende medidas económicas a causa del COVID-19.	21-abr-20	NO VIGENTE	Presidencia de Panamá y Ministerios competentes
DESPLAZAMIENTO	RESTRICCIÓN DE MOVILIDAD Y ACTIVIDADES SOCIALES	Comunicado No. 55: Medidas de cuarentena absoluta siguen vigentes en todo el país.	19-abr-20	NO VIGENTE	Presidencia de Panamá y Ministerios competentes
SALUD	OTROS	Panamá inició el proceso de vacunación contra la influenza a profesionales de la Salud y estamentos de seguridad, posteriormente se les aplicará a los adultos mayores en los asilos y casas hogares.	15-abr-20	VIGENTE	Ministerio de Salud de Panamá
DESPLAZAMIENTO	RESTRICCIÓN DE MOVILIDAD Y ACTIVIDADES SOCIALES	Comunicado No. 44: Cuarentena absoluta para el sábado 11 y domingo 12.	11-abr-20	NO VIGENTE	Presidencia de Panamá y Ministerios competentes
SALUD	CONTROL SANITARIO Y EPIDEMIOLÓGICO	Comunicado No. 37: Autoridades inician procesos para sancionar a personas que violen las medidas sanitarias.	01-abr-20	VIGENTE	Presidencia de Panamá y Ministerios competentes
DESPLAZAMIENTO	RESTRICCIÓN DE MOVILIDAD Y ACTIVIDADES SOCIALES	Comunicado No. 35: Gobierno Nacional aplica nuevas reglas de movilidad para disminuir contagios por COVID-19. El tránsito de personas estará condicionado al sexo que conste en la cédula de identificación personal del ciudadano.	30-mar-20	NO VIGENTE	Presidencia de Panamá y Ministerios competentes
DESPLAZAMIENTO	RESTRICCIÓN DE MOVILIDAD Y ACTIVIDADES SOCIALES	Comunicado No. 27: Gobierno Nacional anuncia inicio de cuarentena nacional obligatoria.	25-mar-20	NO VIGENTE	Presidencia de Panamá y Ministerios competentes
DESPLAZAMIENTO	RESTRICCIÓN DE MOVILIDAD Y ACTIVIDADES SOCIALES	Comunicado No. 25: Ministerio de Salud anuncia nuevas medidas de movilidad para combatir la propagación del COVID-19. Toque de Queda en todo el territorio Nacional.	24-mar-20	NO VIGENTE	Presidencia de Panamá y Ministerios competentes
SALUD	CONTROL SANITARIO Y EPIDEMIOLÓGICO	Decreto Ejecutivo No. 499: Se declaran zonas epidémicas sujetas a control sanitario, las provincias de Panamá, Panamá Oeste y Colón.	19-mar-20	NO VIGENTE	Presidencia de Panamá y Ministerios competentes
SALUD	CONTROL SANITARIO Y EPIDEMIOLÓGICO	Decreto Ejecutivo No. 490: Que declara Toque de Queda en la República de Panamá y dicta otras disposiciones.	17-mar-20	NO VIGENTE	Presidencia de Panamá y Ministerios competentes
SALUD	CONTROL SANITARIO Y EPIDEMIOLÓGICO	Decreto Ejecutivo No. 489: Aprueban medidas sanitarias adicionales, para reducir, mitigar y controlar la propagación de la Pandemia por la enfermedad Coronavirus en el país.	16-mar-20	NO VIGENTE	Presidencias de Panamá y Ministerio de Salud de Panamá
SALUD	CONTROL SANITARIO Y EPIDEMIOLÓGICO	Decreto Ejecutivo No. 472: Se extreman las medidas sanitarias ante la Declaración de Pandemia de la enfermedad Coronavirus (COVID-19) por la OMS/OPS.	13-mar-20	NO VIGENTE	Presidencias de Panamá y Ministerio de Salud de Panamá
PROTECCIÓN SOCIAL	ATENCIÓN CIUDADANA	El Ministerio de Salud (MINSA) informa que se ha puesto en marcha el Programa Rosa (https://rosa.innovacion.gob.pa/), un consultorio virtual que atenderá casos con sintomatología respiratoria para recibir valoraciones médicas.	16-mar-20	VIGENTE	Presidencia de Panamá y el Ministerio de Salud
DESPLAZAMIENTO	CIERRE DE FRONTERAS Y PUERTOS	A partir del Lunes 16 solo podrán ingresar al país los panameños y los extranjeros residentes, por vía marítima, aérea y terrestre. Los alimentos, medicinas y todos los insumos médicos seguirán entrando al país	16-mar-20	NO VIGENTE	Presidencia de Panamá y Ministerios competentes
EDUCACIÓN	SUSPENSIÓN DE CLASES	Comunicado N04: Los planteles educativos del interior del país deben suspender las actividades académicas.	11-mar-20	VIGENTE	Ministerio de Educación de Panamá

Fuente: Comunicados diarios del Ministerio de Salud

Morbilidad

Las principales consecuencias de las muertes, discapacidad y otras situaciones en la vida de la población pueden ser prevenibles. Desde la atención de la morbilidad en las diferentes instalaciones de salud se puede visualizar las patologías bio-psico-sociales que afecta la salud de la población y tomar acciones puntuales encaminadas a mejorar la condiciones socioeconómica y ambiental para controlar y/o erradicar causantes prevenibles que afectan la salud de la población.

Principales causas de morbilidad

De acuerdo con informes estadísticos del MINSA, la rinofaringitis aguda (resfriado común) es la causa de morbilidad más diagnosticada en instalaciones del Ministerio de Salud, concentrando el 14% del total de los diagnósticos en el 2019 que sumaron 2,219,558 en todo el país. Se dio un mayor porcentaje en mujeres, con un registro del 55% de los diagnósticos. Sin embargo, con relación a grupos de edad, el informe estadístico refleja que el 31.2% de este diagnóstico se dio en menores entre 1 y 4 años, representa el más alto porcentaje de diagnósticos por rinofaringitis aguda entre los grupos de edad. Además, el grupo de menores con menores de 5 años obtuvo los mayores porcentajes de diagnósticos por: otras infecciones agudas de sitios múltiples de vías respiratorias (29.0%), Faringitis aguda (23.9%) y parasitosis intestinal (27.7%).

La gastroenteritis y colitis de origen no especificado fue la segunda causa más diagnosticada, acaparando el 6% del total de los diagnósticos en el año 2019. En los menores de 5 años, se concentró el 32.9% de los diagnósticos, siendo este grupo el que consignó el mayor porcentaje de diagnóstico por esta causa. Es importante resaltar que, en obesidad no especificada, que fue el cuarto diagnóstico más registrado en el año, los menores de 1 año y los que están entre 1 y 4 años, registraron un 2.2% de los diagnósticos cada uno. Es un valor que es necesario investigar a profundidad para una toma de acción puntual y efectiva.

La tercera causa más diagnosticada fue **Hipertensión esencial primaria** (4.5% de los diagnósticos), la distribución proporcional de casos de hipertensión esencial primaria evidencia que el 94.3% de los casos se reportaron a partir de los 35 años, concentrándose el 42.7% en el grupo de 65 años y más. La obesidad se coloca en la cuarta posición como causa de morbilidad con el 3% de los diagnósticos, el 68.1% del total de casos de obesidad ocurridos fue diagnosticado en mujeres (**Cuadros No. 7**).

El mayor número de casos de se registró en el grupo de 35 a 49 años que concentró el 26.9% de los casos, de los cuales el 72.6% de los diagnósticos por esta causa se reportaron en mujeres. Estos valores muestran la importancia de continuar trabajando en función de la prevención de las enfermedades, con mayores investigaciones locales y acciones preventivas.

Cuadro No.7. Porcentaje de las principales causas de morbilidad atendidas en las instalaciones del Ministerio de Salud de Panamá, por grupo de edad. Año 2019

CAUSAS	TOTAL	<1	1 a 4	5 a 9	10 a 14	15 a 19	20 a 24	25 a 34	35 a 49	50 a 59	60 a 64	65 y más
Rinofaringitis aguda (resfriado común)	319,270	15.5%	31.2%	14.1%	5.2%	3.3%	3.8%	6.7%	7.9%	4.6%	1.8%	5.9%
Gastroenteritis y colitis de origen no especificado	130,852	10.3%	32.9%	11.9%	5.5%	4.5%	6.1%	10.2%	9.1%	4.1%	1.4%	4.0%
Hipertensión Esencial (Primaria)	100,557	0.0%	0.1%	0.1%	0.1%	0.3%	0.8%	4.2%	19.0%	21.7%	10.9%	42.7%
Obesidad, no especificada	73,618	2.2%	2.2%	7.2%	5.7%	3.6%	7.5%	17.9%	26.9%	13.8%	4.2%	8.9%
Infeccion de vias urinarias, sitio no especificado	67,476	1.3%	4.4%	3.8%	3.2%	7.8%	10.6%	17.6%	20.9%	10.9%	4.2%	15.3%
Lumbago no especificado	44,462	0.0%	0.2%	0.3%	0.8%	2.8%	5.9%	16.8%	30.6%	18.1%	6.2%	18.1%
Otras infecciones agudas de sitios multiples de vias respiratorias superiores	42,156	5.6%	29.0%	18.5%	7.8%	5.1%	5.4%	9.7%	9.8%	4.6%	1.4%	3.1%
Faringitis aguda, no especificada	40,962	5.7%	23.9%	15.3%	7.0%	5.0%	5.6%	10.4%	12.0%	6.8%	2.3%	5.9%
Parasitosis intestinal, sin otra especificacion	33,048	2.0%	27.7%	18.9%	9.6%	5.9%	6.1%	8.8%	9.5%	4.7%	1.5%	5.3%
Gastritis, no especificada	32,219	0.5%	2.9%	3.4%	4.2%	8.4%	9.8%	17.3%	21.4%	12.3%	4.5%	15.1%

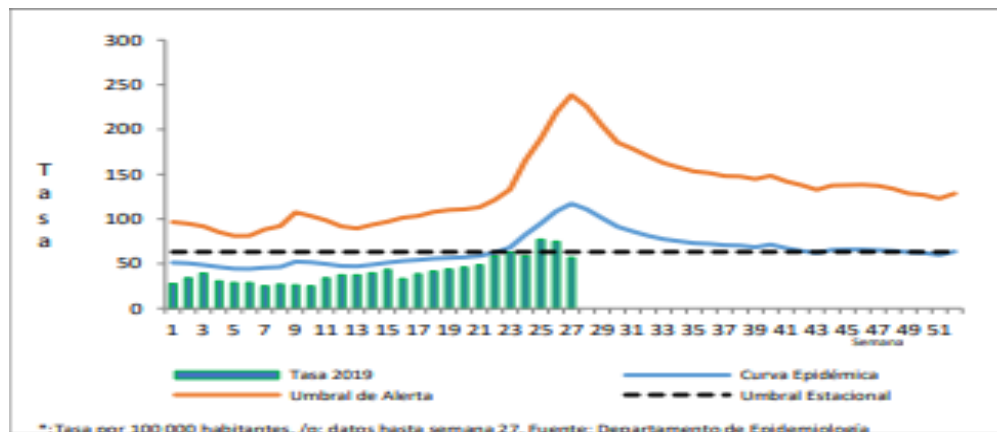
Fuente Institucional: Dirección de Planificación - Departamento de Registros y Estadísticas de Salud.
Elaborado por DASTS-DIPLAN

Informe de Infecciones respiratorias agudas

De acuerdo con el boletín informativo de la sección de epidemiología de la Dirección General de Salud, que describe la importancia de la vigilancia epidemiológica puesto que permite monitorear la circulación de algunos virus respiratorios y de eventos relacionados a la enfermedad tipo influenza o gripe, durante todo el año permitiendo identificar casos positivos a virus respiratorios: influenza A y B, para influenza, virus sincitial respiratorio, adenovirus, metaneumovirus, rinovirus entre otros.

El análisis desarrollado por epidemiología para el 2019, los casos y las tasas de incidencia de las infecciones respiratorias agudas leves comparadas con 10 años anteriores se mantienen por debajo de la curva epidémica o promedio. La tasa de incidencia por 100,000 habitantes para la semana 27 (30 junio-06de julio) fue de 56.7 observándose un descenso con respecto a la semana anterior (74.8)

Gráfico No.41. Síndrome gripal (ETI): Tasa de incidencia, curva epidémica promedio, umbral de alerta y umbral estacional según semana. República de Panamá. 2019/p (periodo 2009-2018)



Detalla el informe que de las defunciones por influenza en el 2019 inician a partir de la semana epidemiológica 21 (19-25 mayo); también detalla que en la semana 27 se notificó la mayor cantidad, 10 defunciones del total de 34. De las 34 defunciones, treinta y tres han sido en residentes en Panamá y un caso importado según dice el informe. Señala de forma comparativa, que por virus influenza para el mismo periodo de tiempo (SE 1-28) en el año 2016, se notificaron 67 defunciones; dos defunciones para 2017 y en 2018 no se notificaron defunciones para el mismo periodo. El grupo de edad más afectado es el de menores de un año, con una tasa de incidencia de 12.1 por 100,000 habitantes (Cuadro No. 9). Seguido por el grupo de 1 a 4 años con 2.4 defunciones por cien mil habitantes.

Cuadro No.8. Número de Defunciones y tasa de mortalidad por Influenza según grupo etario. República de Panamá. 2019/p.

Grupo etario	Defunciones	Tasa
<1	9	12.1
1 a 4	7	2.4
10 a 14	1	0.3
25 a 34	2	0.3
35 a 49	1	0.1
50 a 59	3	0.7
60 a 64	2	1.3
65 y más	9	0.3
Total	34	0.8

Tuberculosis:

Según epidemiología del Ministerio de Salud, en Panamá el año 2018 terminó con un total de 1,924 casos de Tuberculosis, y el año 2019 finalizó con 1,344, reflejando una disminución importante en el número de casos.

De acuerdo con las cifras del primer semestre del año 2020, las principales regiones del país que se han visto afectada por la tuberculosis a nivel nacional, son Panamá Metro, con 142 casos; Colón, con 62. Mientras que, la provincia de Los Santos, con 2 casos, es la región con menor número de incidencias, durante el primer semestre.

Los resultados de la Encuesta de Salud de Panamá (**ENSPA**) 2019, en los últimos 12 meses al momento de desarrollarse la encuesta la incidencia de antecedente médico fue de 26.8 casos/100,00 habitantes, que representa 833 personas afectadas. No se presentó diferencia significativa por sexo. Los casos se presentaron en la población entre 40 y 54 años. En el área urbana la incidencia fue de 40.4 casos/100,00 habitantes, en el área indígena fue de 4.0 casos/100,000 habitantes. En el área rural no hubo casos nuevos. La incidencia de casos de tuberculosis se reportó en Colón (229.0 casos/100,000 habitantes), Panamá Metro (137.1 casos/100,000 habitantes y en la Comarca Emberá (54.0 casos/100,00 habitantes). En el resto de las comarcas y regiones de salud, no se reportó casos nuevos de tuberculosis, según informe de la ENSPA 2019.

Según la OMS, cada día mueren casi 4.500 personas a causa de la TB y aproximadamente 30.000 personas contraen esta enfermedad.

VIH/Sida

El Virus de la Inmunodeficiencia Humana está en la posición No. 9 de las 10 principales causas de muerte en la República de Panamá según el INEC. Los casos acumulados al 2020 sumaron 20,572, de acuerdo con el informe de cifras VIH 2020 en Panamá, emitido por la Dirección General de Salud del MINSA. Los casos se concentran principalmente en las regiones de Panamá Metro (722.8 x 100,000 habitantes), Colón (580.6x100,000 habitantes), Las comarca Kuna Yala (506.8x100,000 H) y Ngäbe Buglé (448.8x 100,000 H9 en este orden. 534 casos nuevos se reportaron en el año 2020, cifra que es un poco más de 3 veces menor a la reportada en los años 2018 y 2019. Además, es la más baja registrada desde el año 2000, situación que evidencia una disminución considerable, que se corresponde con un descenso porcentual de 69% con relación al año 2018 y de 72% con respecto

al 2019. Sin embargo, siguen sumándose personas con VIH/Sida, y los nuevos casos se concentran en la población adulta entre 15 a 49 años, de acuerdo con los informes epidemiológico del Ministerio de Salud. Por lo que es imperante reevaluar las acciones para fortalecer aquellas que estén impactando más favorablemente en el control de esta epidemia.

En el año 2018, se reportaron 1,745 casos de VIH, para el 2019 se reportaron 1912; 170 casos más que en el año previo. Y para el primer semestre del año 2020, las cifras contabilizadas fueron 534 personas contagiadas con el virus VIH. En total, para el año 2020, 20,572 personas viven con VIH/Sida en Panamá.

De acuerdo con informe de epidemiología del Ministerio de Salud, las regiones que presentan un mayor número de casos nuevos de VIH en el año 2020 son Panamá Metro con un total de 83 casos nuevos, la Comarca Ngäbe Buglé con 50; la provincia de Chiriquí con 31; Panamá Oeste con 25 y Colón con 22. Se mantiene el mayor porcentaje de contagios en el sexo masculino

Las regiones que reportan cifras bajas para el primer semestre de 2020 son, la Comarca Guna Yala, que no presentó casos, seguido de las provincias de Herrera con 1 caso, Darién con 2 y Los Santos con 4.

Para el primer semestre del 2020, el grupo de edad entre 0 a 19 años, es el que menos casos registra, mientras que el grupo entre 20 y 39 años encabezan las cifras de contagio.

Los resultados de la Encuesta Nacional de Salud de Panamá (ENSPA) 2019, reflejaron una población afectada de 4,034 personas en los últimos 12 meses, para una prevalencia de 129.7 casos/100,00 habitantes, con una diferencia por sexo significativa, 196.5/100,000 habitantes en hombres y 63.4/100,000 habitantes en mujeres. La mayor prevalencia se dio en el grupo etario de 50 a 54 años.

Según informe suministrado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la cantidad de nuevos casos de VIH en América Latina, se estima que se han incrementado en 21% desde el 2010, con aproximadamente 120,000 nuevas personas infectadas en 2019. El Caribe, tuvo una reducción del 29% de 2010 a 2019, de 18,000 casos nuevos estimados en 2010 a 13,000 por año.

Además, el informe de la Organización de las Naciones Unidas describe que la tasa de contagios por el virus en América Latina creció un 7% entre 2010 y 2018, situación calificada como 'preocupante',

y sitúa a la región entre las zonas a vigilar dentro de la lucha contra el sida. La cifra de nuevos contagios anuales en Latinoamérica está alrededor de los 100 mil según datos actualizados al año 2018, marcando a Brasil como el país con casi la mitad de los casos.

En la última década, según la ONU, la tasa de nuevos contagios anuales creció en altos porcentajes como un 34 % en Chile, un 22% en Bolivia y un 21% en Brasil y Costa Rica, igual que otros países, mientras que en México la tasa se mantuvo estable.

Sin embargo, algunas regiones alcanzaron logros en la lucha contra el VIH/Sida, menciona el informe de la ONU, como El Salvador, por ejemplo, logró una notable reducción de los casos (-48%). Nicaragua (-29%), Colombia (-22%), Ecuador (-12%) y Paraguay (-11%), que mostraron avances significativos en cuanto a nuevas infecciones por el VIH.

Aunque las cifras globales van descendiendo desde 2010, la organización alerta en el documento de que se progresa, pero cada año menos.

La cifra de nuevos niños infectados con el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) es alarmante y pone en riesgo el objetivo de reducir estos casos. De acuerdo con la Organización de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida, hubo 160 mil nuevas infecciones de niños con el virus.

En Panamá, en la lucha contra el VIH, se han generado acciones efectivas que abarcan desde los enfoques preventivos a la población general, el acceso a tratamiento para todos los que lo necesitan (que involucra esfuerzos para lograr la captación temprana de personas con VIH a través de pruebas diagnósticas), hasta el mejoramiento del entorno social y legal, como agentes facilitadores y habilitadores críticos en la respuesta al VIH. A continuación, se presentan importantes contribuciones a la respuesta nacional:

- El Gobierno Nacional creó la primera clínica de terapia antirretroviral en 1999, dentro del Complejo Hospitalario Metropolitano Arnulfo Arias Madrid (de la CSS), específicamente en el servicio de infectología del Complejo Hospitalario Metropolitano Arnulfo Arias Madrid (CHDrAAM), instalación de tercer nivel de atención.
- Primera Ley de VIH: Ley 3 del 5 de enero de 2000, sobre las infecciones de transmisión sexual, el VIH y el SIDA, principal instrumento para la protección de los derechos de las personas con VIH en Panamá.

- En el 2002, inició operaciones la primera clínica de terapia antirretroviral (CTARV) del MINSA, ubicada en el Hospital Santo Tomas (HST). Para 2018, el país contaba con 17 CTARV a nivel nacional, tal como se presenta a continuación.

Mediante el Decreto Presidencial N°7 del 22 de enero de 2008, se creó la Comisión Nacional para la Prevención y Control del VIH (CONAVIH). Dicha comisión actúa como la máxima autoridad, responsable de la ejecución del Plan Estratégico Nacional Multisectorial, y coordina la respuesta a la epidemia de VIH. El Programa Nacional de ITS, VIH y Hepatitis Virales (PNVIH) del MINSA actúa como coordinador de la respuesta, mediante la conducción de la planificación estratégica, el cual ha fortalecido las líneas de trabajo en materia de prevención, atención, cuidado y respuesta multisectorial, con un enfoque transversal en monitoreo y evaluación de la respuesta nacional (MINSA, 2014). ✓ Emisión del Decreto Ejecutivo No. 214 de 17 de mayo de 2016, que establece la gratuidad de la prueba diagnóstica de VIH, Sífilis y su tratamiento en la República de Panamá. ✓ Emisión del Decreto Ejecutivo N° 464 del 27 de octubre de 2016, que regula el funcionamiento de las Clínicas Amigables del Ministerio de Salud, para las poblaciones en mayor riesgo de infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH). ✓ Con la creación de la Ley 97 de 4 de octubre de 2019, que modifica la Ley 1 de Medicamentos, se busca mejorar el abastecimiento de medicamentos.

Situación de la nutrición en el país

Los diversos estudios relacionados con la nutrición de la población a nivel mundial (FAO, UNICEF, OMS, ONU) como ejemplo, indican los graves daños para el futuro de la salud, el bienestar socio económico de los países, a causa de la malnutrición de la. La malnutrición afecta no solo la capacidad física de las personas sino también la intelectual por falta de micronutrientes esenciales para su desarrollo saludable. Además, es la causante de muchas enfermedades no transmisibles.

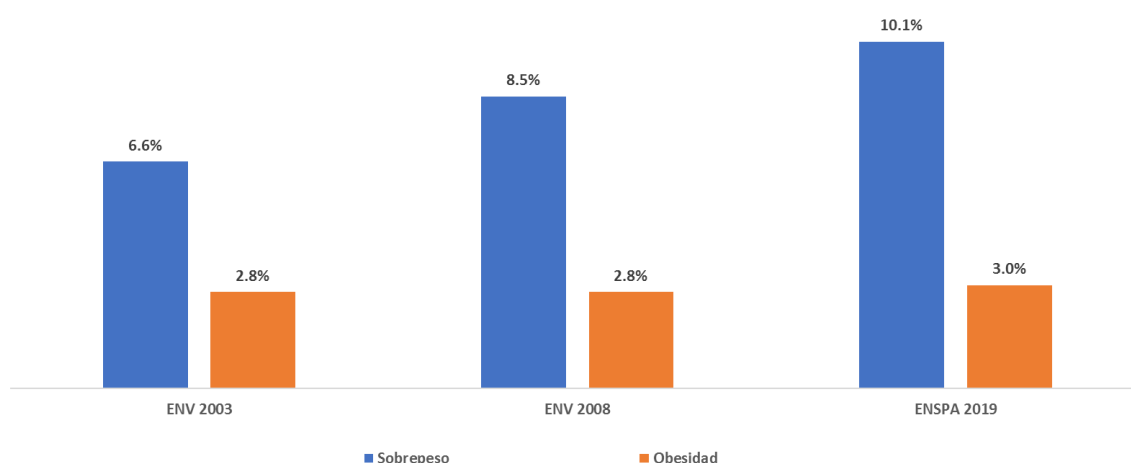
Sostienen que a medida que disminuye el nivel de ingresos de los países, aumenta la prevalencia de la inseguridad alimentaria y como consecuencia el aumento de las personas con malnutrición. Las afectaciones no solo son físicas y sicomotoras.

De acuerdo con los registros estadísticos por causas de morbilidad, atendidas en las instalaciones de salud del Ministerio de Salud de Panamá (2,219,558 atenciones) durante el año 2019, el 3.3% se dio por causa de Obesidad. De este porcentaje, el 31.9 por ciento se dio en hombres y el 68.1 por ciento, en mujeres.

Los resultados de la encuesta de salud en Panamá ENSPA 2019, evidencia un incremento sostenido de personas con sobrepeso en el país. Los resultados del 2019 arrojaron un incremento del 1.6% en comparación a los resultados de la encuesta desarrollada en el año 2008, y de 3.5% con respecto a la encuesta del año 2003. La obesidad se incrementó en un muy pequeño porcentaje, pero no ha disminuido nada desde el 2003 y hay que prestar atención al incremento del sobrepeso. Gráfico No.43. La ENSPA también reflejó que la adiposidad (acumulación o exceso de grasa en el cuerpo), se diagnosticó en 8 de cada 10 mujeres y en 4 de cada 10 hombres.

En el caso de embarazadas, la Encuesta Nacional de Salud (ENSPA) 2019, reflejó que, al momento de desarrollarse la encuesta, el 9.5% de las mujeres embarazadas se encontraban bajo peso, y el 72.3% estuvo con exceso de peso. Además, informa que la prevalencia de anemia leve fue mayor en las mujeres en edad fértil del área urbana y la anemia moderada en el área indígena. Con respecto al área rural, los resultados de la encuesta dicen que fue la menos afectada. En cuanto a deficiencia de hierro, se encontró en dos de cada tres mujeres en edad fértil y que si bien la anemia a pesar de reflejar una mejoría en los últimos años sigue siendo un problema de salud pública. Por lo que es necesario reforzar los programas de salud nutricional preventiva en las mujeres menstruantes y en el control prenatal.

Gráfico No. 42. Comparativo de porcentaje de malnutrición en la República. ENV 2003, ENV 2008, ENSPA 2019



Fuente: Encuesta Nacional de Salud de Panamá (ENSPA 2019)

Nutrición en menores de 5 años

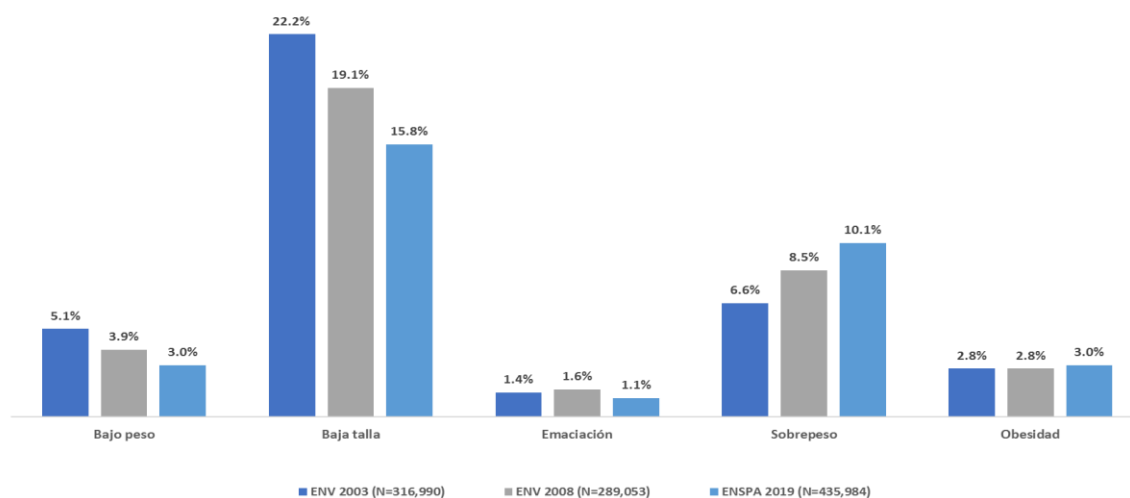
La desnutrición crónica que es evaluada mediante la medición de la prevalencia de baja talla de acuerdo con la edad del niño.

De las atenciones por obesidad registradas en las instalaciones de salud del MINSA durante el año 2019, el 4.4 por ciento correspondieron a menores de 5 años. Con una diferencia en el sexo de 8.49 por ciento más en hombres (54.2%) que en mujeres (45.8%).

De acuerdo con los resultados de la ENSPA 2019, el 15.8% (1 de cada 10) menores de 5 años evaluados baja talla. De este porcentaje, el 11.7% tenían baja talla moderada, y 4.1% baja talla severa. La prevalencia de baja talla en niños (17.6%) fue 3.8 puntos porcentuales mayor que la prevalencia reportada en niñas (13.8%). Y el grupo de edad en el que se registró la mayor prevalencia de baja talla fue en menores entre los 12 a 23 meses, 20 de cada 100 menores registraron desnutrición crónica. Con relación a los datos de las encuestas previas al 2019, este año la prevalencia de baja talla en menores de 5 años registró una disminución del 3.3% con relación a la encuesta del año 2008, y de 6.4 con respecto a la del 2003. El país, presenta avances importantes, sin embargo, falta mucho por hacer para lograr alcanzar los objetivos de país y del mudo acordados en los ODS.

Por otro lado, el informe de la ENSPA 2019, refleja un incremento preocupante en el sobrepeso de los menores desde la encuesta del año 2003, **Gráfico No. 43**. El 10.1% de los menores de 5 años presentaron sobrepeso y el 3% clasificaron con obesidad.

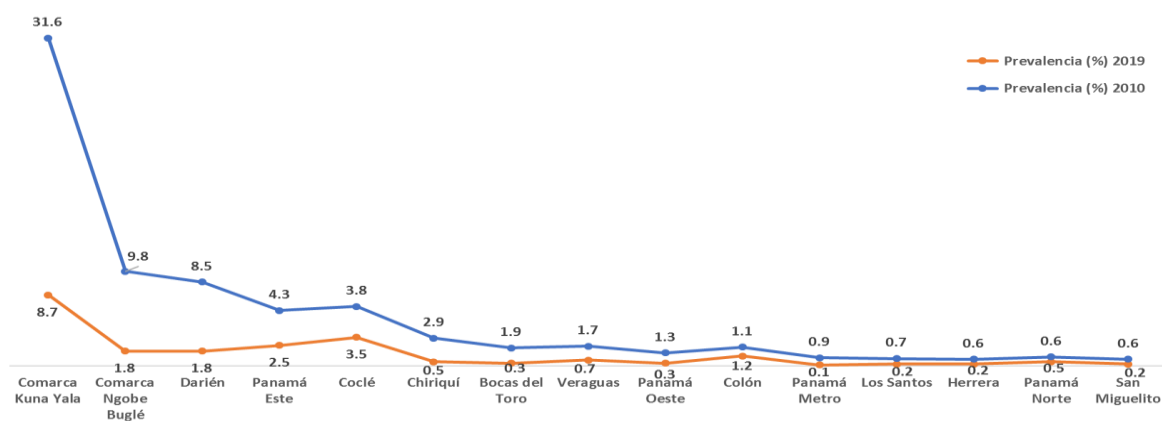
Gráfico No.43. Tendencia nacional de la malnutrición según IMC en menores de 5 años. Panamá, 2003, 2008, 2019



De las regiones de salud, el área indígena reportó la mayor prevalencia de baja talla, 39% de los menores sufren de desnutrición crónica. De este porcentaje de menores, 11.5 registraron baja talla severa.

Según estadística de atención de menores en las instalaciones de salud del Ministerio de Salud, en el año 2019 la prevalencia de desnutrición en menores de 5 años fue de 1.0%, tomando como referencia una población estimada de 369,996 menores de 5 años. Los datos refieren una disminución de 1.08 por ciento con respecto a las atenciones del año 2010 que registró una prevalencia de 2.08%. Se destaca la considerable disminución en la Comarca Guna Yala, que pasó de 31.6 en el año 2010, a 8.7 en el año 2019, así como en la Comarca Ngäbe Bugle, que disminuyó un 8 por ciento, igual Darién, con una disminución de 6.7 por ciento (Gráfico No.44). Es importante evaluar la disposición de instalaciones del MINSA en el periodo 2010-2019.

Gráfico No.44. Comparativo de la prevalencia de desnutrición en menores de 5 años, atendidos en las instalaciones del Ministerio de Salud: Años 2010 y 2019



Fuente Documental: Informes de las Regiones de Salud

Fuente Institucional: Dirección de Planificación de Salud - Departamento de Registros y Estadísticas de Salud- MINSA. Elaborado por DASTS



Caracterización de la oferta

La Constitución Política de la República de Panamá, en sus artículos 109 y 110 establece la obligatoriedad del Estado de asegurar el acceso de toda la población panameña a servicios integrales de prevención, curación y rehabilitación. Sobre esta base de la Carta Magna, se establece bajo el Decreto de Gabinete N.º.1 del 15 de enero de 1969, la creación del Ministerio de Salud (MINSa) y lo consagra como la Autoridad Sanitaria Nacional.

Panamá ha logrado grandes avances en salud en las últimas décadas y se encuentra entre los países con mejores indicadores de salud en América Latina. El estado de salud de la población refleja, en

gran parte, los estilos de vida, las condiciones ambientales, sociales y otras condiciones biológicas. Sin embargo, existen grandes disparidades en las condiciones de salud entre grupos étnicos y entre áreas urbanas y rurales, siendo particularmente grave la situación en las comarcas y las áreas rurales más pobres y dispersas, y los cinturones de pobreza que se ubican en la periferia de las ciudades.

La población protegida por la Caja de Seguro Social, para el 2019 ascendió a 3,252,571, el 77% de la población estimada del país para este año. De este total, el 49.3% corresponde a los asegurados cotizantes activos, y el 50.7% corresponde a asegurados dependientes.

Sin embargo, en las instalaciones del Ministerio de Salud, durante ese mismo año se atendió un total de 1,971,915 pacientes asegurados, que representó el 38.6% del total de atención registrada en las instalaciones a nivel nacional. Y para el año 2020, durante los meses de enero a marzo hubo un total de 624,048 consultas que correspondieron a pacientes asegurados, el 40.5% del total de consultas corresponden a pacientes asegurados.

El sistema de salud panameño está compuesto por un sector público y un sector privado. El sector público cubre a la mayor parte de la población panameña y está constituido por el Ministerio de Salud (MINSA) y la Caja de Seguro Social (CSS). Formalmente también incluye al Instituto de Acueductos y Alcantarillados Nacionales (IDAA), Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud (ICGES), Autoridad Panameña de Seguridad de Alimentos (AUPSA) y Autoridad de Aseo Urbano y Domiciliario (AAUD), aunque recientemente, se aprobó una disposición legal que establece el cese de la AUPSA.

Tanto el MINSA como la CSS cuentan con una red propia de instalaciones de servicios de salud, en los tres niveles de atención. Como parte de la organización de la atención pública, la CSS y MINSA, aunque funcionan de manera independiente, establecen acuerdos, convenios y/o contratos para la prestación de servicios de salud a población asegurada y no asegurada en instalaciones del MINSA o de la CSS, de acuerdo con los términos establecidos y con base en la cartera de servicios y costos convenidos. El sector privado está compuesto por hospitales, clínicas y consultorios que prestan servicios a cambio de pagos directos de bolsillo provenientes de la población de mayores recursos o por aquellos que cuentan con seguros privados de salud, que son de carácter voluntario, aunque sólo una pequeña proporción de la población está cubierta por estos seguros privados de salud.

Al finalizar el año 2019, el sistema de salud público estaba conformado por 908 instalaciones a nivel nacional entre los que hay 33 hospitales y 4 patronatos según, el listado de instalaciones de salud del MINSA para el 2020. De este total, 77 instalaciones corresponden a la Caja de Seguro Social (CSS) y 831 al Ministerio de Salud.

En el Ministerio de Salud, se encontraban funcionando, 22 hospitales, 14 MINSA Capsi, 6 Policentros de Salud, 190 Centros de Salud, 97 Sub Centros de salud y 394 Puestos de salud. Además, se cuenta con 2 institutos nacionales especializados y 8 clínicas en centros penitenciarios. Hay 92 instalaciones inactivas, entre Centros, Sub Centros y Puestos de Salud.

En cuanto al recurso humano en salud, de acuerdo con el informe del año 2018 emitido por el INEC, ejercían en la República de Panamá un total de 6,706 médicos(as), 5,690 enfermeras(os) y 1,118 odontólogos(as). De este total de país, el 34% del total de médicos, el 42.1% del total de enfermeras, y el 40.0% del total de odontólogos, prestaron servicio en el Ministerio de Salud. Para el año 2019, no hay cifras de país actualizadas en el INEC

Las cifras de Ministerio de Salud, al finalizar el año 2019, fueron 2,421 Médicos, 1,968 Enfermeras y 599 Odontólogos. Estos valores han sufrido grandes cambios para el año 2020, producto de la atención a la pandemia COVID-19, según informe de la Dirección de RRHH del Ministerio de Salud.

La Capacidad, para el 2018, de las instalaciones de salud hospitalarias disponían de 9,004 camas para atender a la población que requerían de este servicio, lo que denotó una disminución a 325 camas, es decir, 0.04%, con relación a las 9,329 del 2017.

Una estrategia de efectividad comprobada es la vacunación. Panamá es el país que cuenta con el esquema de inmunización de vacuna más amplio de Latinoamérica, y de muchos otros países, lo que nos ha permitido disminuir la ocurrencia de las enfermedades transmisibles y erradicar otras. En Panamá el último caso de polio se registró en 1972, el último caso de difteria en 1975, el último caso de sarampión autóctono en 1995 y el último caso de síndrome de rubeola congénita en 1999. El MINSA invierte cerca de 40 millones de dólares en la adquisición de vacunas a través del Fondo Rotatorio de la OPS lo que permite la optimización de los recursos.

Satisfacción del usuario

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la calidad en la provisión de los servicios de salud son los cuidados que contemplan un alto grado de excelencia profesional, con riesgos mínimos y resultados de salud para los pacientes y con eficiencia en la utilización de los recursos. No obstante, en el sector salud la calidad es ampliamente debatida debido a los constantes cambios en las prácticas y tecnologías, alto nivel técnico, presión para el control de costos, escasez de recursos, error médico, entre otras.

Los problemas de calidad en los servicios de salud son la causa de miles de muertes y lesiones permanentes en la población. Cirugías injustificadas, mortalidad quirúrgica y anestésica, infecciones intrahospitalarias y riesgos de salud por errores de medicación aún son muy comunes en los sistemas de salud. Según la OMS, se calcula que el costo mundial asociado a los errores de medicación es de \$42.000 millones al año, es decir, casi un 1% del gasto sanitario mundial.

Aunque en nuestro país no contamos con información acerca de las defunciones atribuibles a la falta de servicios accesibles, de calidad y oportunos; es conocido que un porcentaje importante de nuestra población no tiene acceso oportuno a servicios de salud de calidad, con quejas frecuentes de la población ocasionadas por falta de medicamentos, equipos, insumos y recursos humanos, así como los reclamos por una atención humanizada. Otro indicativo de problemas de la calidad de la atención es la categorización de las causas de muerte como mal definidas, que en Panamá alcanza cerca del 3.9% de las muertes en el año, cifra que ha venido descendiendo con el tiempo. Además, se conoce que los diagnósticos mal definidos en la atención ambulatoria alcanzan el 5.2%.

El sistema de control de calidad ha estado basado en la implementación de los procesos de supervisión, monitoreo y evaluación en conjunto con la verificación del cumplimiento de metas de cobertura, de indicadores de desempeño, de las prácticas de atención clínica, auditorías de expedientes y medición de la calidad percibida a través de la auditoría social.

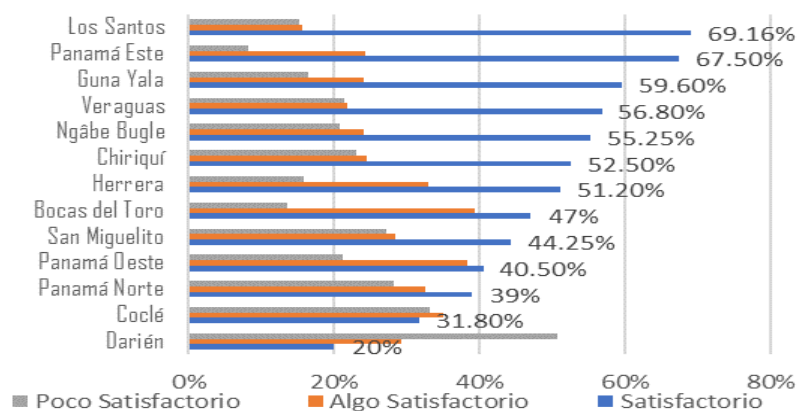
La Dirección de Provisión de Servicios de Salud, implementa el Proceso de Auditoría Social de la Provisión de Servicios de Salud, el cual se ha incorporado de manera paulatina y descentralizada a toda la Red de Servicios, con enfoque participativo regulador y de control de la provisión de estos servicios, además como componente básico en la medición de la calidad de los servicios, a través de la percepción del usuario.

Con la finalidad de conocer el grado de satisfacción de los usuarios externos de los servicios de salud se han aplicado a través de los años, encuestas de satisfacción que miden diversos aspectos.

En el año 2017 se aplicó una encuesta a 5,366 pacientes en una muestra de 75 instalaciones, del primer nivel de atención y del nivel hospitalario. Como resultado de esta encuesta, se observó que el 53% de los encuestados respondieron que fueron atendidos en menos de 10 minutos, y 46.6% respondieron que la duración de la atención fue de más de 10 minutos. De los encuestados, 83% respondieron que la atención recibida por el médico fue buena, muy buena y excelente; 14.8% consideraron que la atención fue regular, y 2.4% consideraron que la atención fue mala. Se encontró que 82% de los encuestados afirmaron que se les preguntó qué medicinas tomaba o si sufría de alguna enfermedad al momento de la consulta; y 75.2% de los encuestados respondieron que recibieron todos los medicamentos que se les prescribieron.

En cuanto al TIEMPO DE ESPERA para ser atendido, las Regiones de Salud que presentaron los promedios más alto fueron: Los Santos 69.16%, Panamá Este 67.5% y Guna Yala 59.60%. Mientras que las Regiones de Salud de Darién, Coclé y Panamá Norte presentaron los promedios más bajo con un 20%, 31.8% y 39%, respectivamente.

Gráfico No.45. Evaluación Porcentual del Grado de Satisfacción con el Tiempo de Espera para ser atendido, por Región de Salud. Septiembre, 2019.

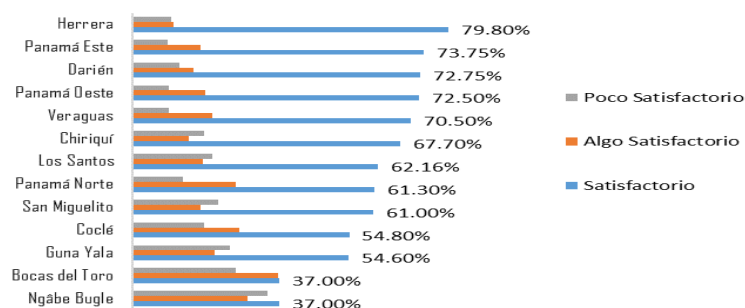


Fuente: Sistema de Información. Ministerio de Salud. 2020.

En cuanto al aseo y disposición de la basura en las instalaciones de salud, las Regiones de Salud de Herrera, Panamá Este y Darién, presentaron los promedios más altos de satisfacción en sus usuarios con 79.8%, 73.75% y 72.75% respectivamente, mientras que las Regiones de Salud de Ngäbe Bugle

y Bocas del Toro presentaron los promedios más bajos de satisfacción con un 37% cada una, y las instalaciones de salud de la Región de Guna Yala recibieron en promedio una evaluación de 54.6%.

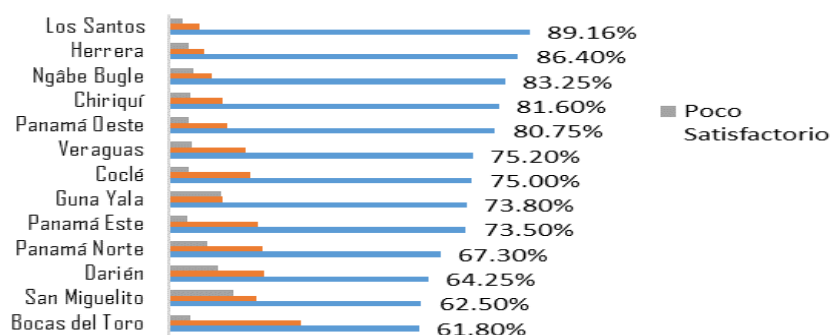
Gráfico No. 46. Evaluación Porcentual del Grado de Satisfacción con el aseo y disposición de la basura en las instalaciones de salud, por Región de Salud. Septiembre, 2019.



Fuente: Sistema de Información. Ministerio de Salud. 2020.

En cuanto a la cortesía al ser atendido por el personal de salud, las Regiones de Salud de Los Santos 89.16%, Herrera 86.4% y Ngäbe Bugle 83.25%, presentan los promedios más altos, mientras que las Regiones de Salud de Bocas del Toro, San Miguelito y Darién presentan los promedios más bajos de satisfacción, con un 61.8%, 62.5% y 64.25%, respectivamente. Todas las Regiones de Salud estuvieron por encima del 60% de satisfacción en este aspecto.

Gráfico No.47. Evaluación Porcentual del Grado de Satisfacción con la cortesía al ser atendido por el personal, por Región de Salud. Septiembre, 2019.

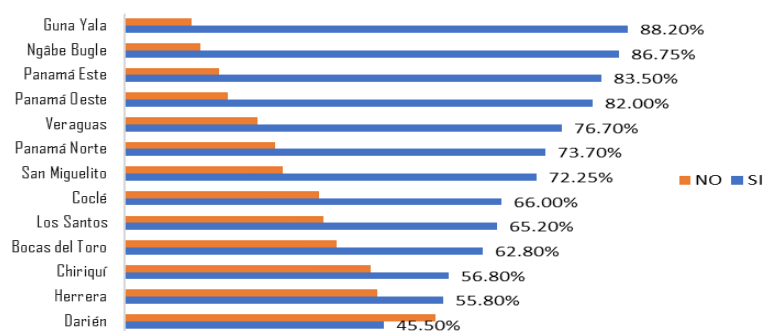


Fuente: Sistema de Información. Ministerio de Salud. 2020.

En cuanto al nivel de satisfacción con la disponibilidad de los MEDICAMENTOS que le fueron prescritos en la instalación de salud, las Regiones con los promedios más altos fueron: Guna Yala,

Ngäbe Bugle y Panamá Este, con 88.2%, 86.75% y 83.5%, respectivamente. Mientras que las Regiones de Salud de Darién, Herrera y Chiriquí presentaron los promedios más bajos de satisfacción, con un 45.5%, 55.8% y 56.8%, respectivamente.

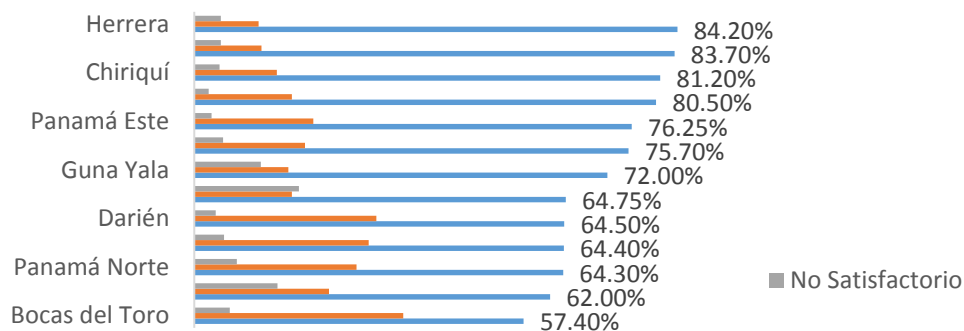
Gráfico No.48. Evaluación Porcentual de la Receta Satisfecha por Región de Salud. Septiembre, 2019.



Fuente: Sistema de Información. Ministerio de Salud. 2020.

En cuanto al Nivel de Satisfacción con la experiencia general al ser atendido en la instalación de salud, las Regiones de Herrera 84.20%, Los Santos 83.7% y Chiriquí 81.2%, presentaron los promedios más altos de satisfacción, mientras que las Regiones de Salud de Bocas del Toro, San Miguelito y Panamá Norte, presentaron los promedios más bajos de satisfacción, con un 57.4%, 62% y 64.3%, respectivamente.

Gráfico No.49. Evaluación Porcentual de la Experiencia al ser atendido en las instalaciones de salud, por Región de Salud. Septiembre, 2019



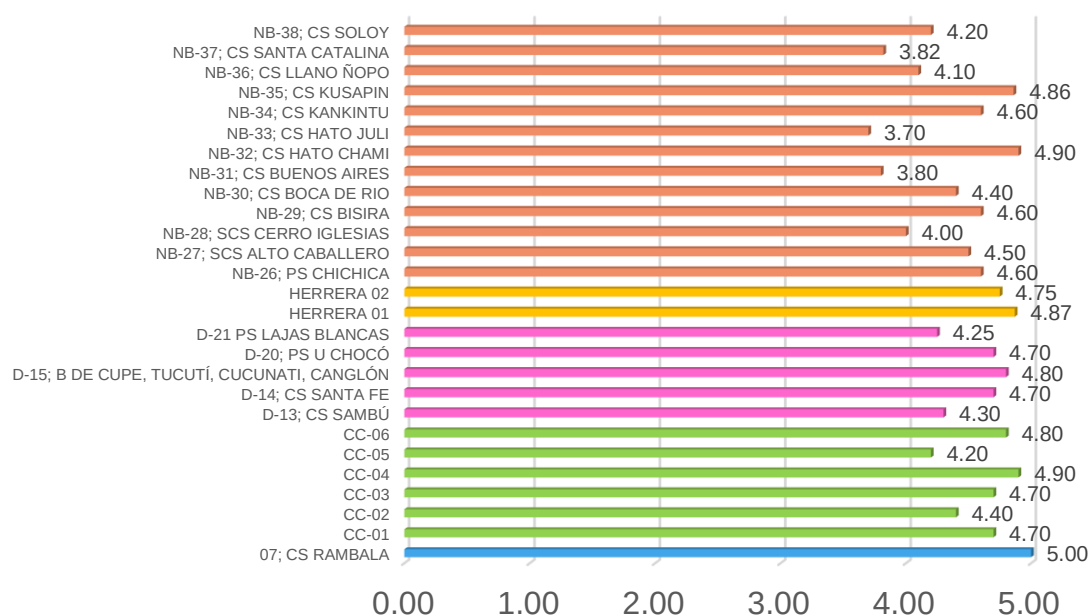
Fuente: Sistema de Información. Ministerio de Salud. 2020.

La auditoría social de la cartera de prestaciones priorizadas es un mecanismo de seguimiento y evaluación a través del cual las comunidades valoran el grado de satisfacción en cuanto a los

servicios de salud entregados por los Equipos Básicos de la Red Institucional y Extra - Institucional. Este proceso permite al Ministerio de Salud medir la percepción de los usuarios sobre la calidad de los servicios recibidos en las comunidades incluidas en el Programa FORIS. Se ha incorporado al Sistema de Salud desde el año 2003, condicionada al compromiso de préstamo con los Bancos que financian el Programa.

El Proceso de Auditoría Social de la Provisión de Servicios de Salud, se ha incorporado de manera paulatina y descentralizada a toda la Red de Servicios, con enfoque participativo regulador y de control de la provisión de estos servicios, además como componente básico en la medición de la calidad de los servicios ofertados a través de la percepción del usuario. De las 12 Regiones incluidas en el Programa FORIS, solamente 5 han logrado cumplir con el desarrollo de la reunión anual del período de prestación 2019, al momento del cierre. Para el período 2019 la Auditoría Social de la Provisión de la Cartera de Prestaciones Priorizadas del Ministerio de Salud, arrojó lo siguiente:

Gráfico No.50. Resultado de la auditoría de la provisión de la cartera de prestaciones priorizadas – CPP. Ministerio de Salud de Panamá. Año 2019



Fuente: Sistema de información. Ministerio de Salud. 2020.

El Departamento de Monitoreo y Evaluación de la Dirección de Provisión de Servicios de Salud, está validando una Guía para la auditoría del expediente clínico electrónico. Por otro lado, la Dirección General de Salud está trabajando en la Norma para expedientes clínicos físicos o electrónicos.

Programa de acompañamiento humano y espiritual del enfermo, que busca mejorar la calidad de la atención a través de la humanización de los equipos de salud de las regiones.

Contigo Red de Salud indígena y rural. con la asesoría técnica del Banco Interamericano de Desarrollo (BID), el Ministerio de Salud ha desarrollado la Red de Salud Rural e Indígena, llamada Contigo. Contigo busca mejorar la cobertura y calidad de la provisión de los servicios de salud en las comarcas indígenas y áreas rurales dispersas del país. Para tal fin, se han desarrollado normas, estrategias, intervenciones y herramientas. La entrega de los servicios de Contigo se hace a través de redes institucionales y comunitarias integradas en el orden local.

En los Convenios de Gestión (CdG), firmados entre el MINSA Central y cada Región de Salud para la provisión de los servicios de Contigo, se han asegurado los recursos financieros para la implementación de cada una de las estrategias e intervenciones que se presentan a continuación: planificación familiar, formación para el desarrollo de competencias (CONE), casa materna, nitriVidas, atención de las principales morbilidades (IRA's y EDA's), plan de agua y consejería transversales.

Agua y saneamiento en Panamá (PASAP)

Este programa implementa servicios de agua potable y saneamiento sostenible, incluyendo la protección de las fuentes, en base de una participación comunitaria efectiva en todo el ciclo del proyecto. Además:

- Realizó mejoras a las prácticas sanitarias; fortalecimiento de políticas del sector buscando un consenso entre los principales actores sobre estas políticas.
- Fortalecimiento de la capacidad institucional del sector y particularmente la del Ministerio de Salud como rector del sector de agua potable y saneamiento.
- Normas relativas a la Evaluación del Desempeño y Rendimiento, Reglamento técnico de evaluación del desempeño y rendimiento para el sector público.

Encuesta Nacional de Salud de Panamá (ENSPA): El MINSA determinó el diseño, ejecución y análisis de la Encuesta Nacional de Salud de Panamá (ENSPA), a través de la cual se busca aportar

información oportuna y relevante de la situación de salud existente para actualizar el conocimiento sobre el proceso salud-enfermedad, evaluar los programas institucionales, contar con una base científico-técnica para la toma de decisiones y para el diseño o modificación de políticas públicas en materia de salud.

La ENSPA ha permitido la medición integral de la condición de salud en una muestra representativa de la población, por lo que sus resultados pueden ser extrapolados al universo. El trabajo de campo se llevó a cabo en 1,437 unidades primarias de muestreo, implicando la participación de 20,118 viviendas particulares ocupadas y ese mismo número de personas de 15 años y más. En el caso de los menores de 15 años se aplicó una muestra en espejo. El porcentaje de participación en el estudio fue de 85.4%

Dentro de la misma se abordan temas relacionados a la satisfacción del usuario, básicamente la percepción de la calidad de la atención como en los servicios de urgencias, así como la disposición a regresar. Es vital conocer la percepción de la salud que tienen la personas, entendiendo que esta medición pueda abarcar su propia salud, la salud familiar, comunitaria y ambiental para poder implementar estrategias y acciones orientadas a perfeccionar el abordaje de los problemas y necesidades, como de las determinantes de la situación de salud.

En ese sentido, la encuesta refleja que tres de cada cuatro hogares manifestaron que la calidad de la atención recibida en urgencias fue muy buena o buena con un diferencial de 21% y 54.2%, respectivamente, frente al 7.3% que indicaron que había sido mala o muy mala.

Cerca de 9 de cada 10 (92.6%) indicaron que regresarían a recibir atención a la misma instalación de salud.

Buzón de sugerencias, Se han establecido mecanismos específicos para la canalización de los reclamos y la adjudicación de quejas de los distintos actores del sector.

Las Regiones de Salud también utilizan el sistema de Buzón de Sugerencias en las instalaciones de salud, con la finalidad de recoger opiniones de los usuarios y medir de manera indirecta, la satisfacción los usuarios. Cada instalación cuenta con un equipo de calidad que se encarga de abrir, revisar las sugerencias para dar seguimiento y presentar el plan de mejoras.

Los reclamos o quejas del usuario deben hacerse a través de este 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 que generalmente son los coordinadores del Comité de Calidad en sus áreas y deben resolver las situaciones a su alcance y remitir las que no estén a su nivel, al departamento involucrado dentro de la región. Se dan las recomendaciones para proceder con las acciones correctivas.



Actores y redes sociales

Comités, ONG's, Clubes Cívicos, Iglesias, Grupos Organizados de Trabajadores de Salud.

Las Regiones de Salud incluyen a los diversos actores sociales desde el análisis de la situación de salud, con la finalidad de poder elaborar de forma conjunta las intervenciones que sean requeridas, según la priorización de acciones y actividades definidas en cada Región de Salud, Las intervenciones priorizadas están orientadas a abordar los problemas de salud prioritarios identificados durante el ASIS, dichas intervenciones deberán ser contempladas en los Planes Estratégicos, Planes de Operativos Anuales, Planes de Inversiones y en cada iniciativa de trabajo conjunta, tal como ha sido solicitado.

En materia de salud, corresponde primordialmente al Estado el desarrollo de actividades para capacitar al individuo y a los grupos sociales, mediante acciones educativas que difundan el conocimiento de los deberes y derechos individuales y colectivos en temas de salud personal y ambiental.

El Ministerio de Salud, como entidad responsable de la función ejecutiva del Estado en lo concerniente a salud, tiene a su cargo la determinación y la conducción de la política de salud del país y como ente rector garantizar la salud y bienestar de la población, a través de la Promoción de la Salud. Ejerce la rectoría de salud a través del liderazgo institucional, la coordinación intersectorial con los otros sectores gubernamentales y la concertación de todas las instancias de la sociedad.

Dentro del Ministerio de Salud, la Dirección Nacional de Promoción de la Salud ha orientado la estrategia hacia la creación de entornos que promuevan espacios saludables, teniendo como ejes la educación para la salud, la promoción y prevención de la salud, la comunicación para la salud, la participación social y el trabajo intra e intersectorial.

Las organizaciones comunitarias que apoyan las acciones de salud a nivel local en las distintas regiones de salud son:

- Comités de Salud
- Juntas Administradoras de Acueductos Rurales (JAAR's)
- Juntas Integrales de Acueductos Rurales (JIAR's)
- Clubes cívicos
- Iglesias (católica, metodista, evangélica y adventista, mormones, testigos de Jehová)
- ONG's como Damas Rosadas, Cuerpo de Paz, Amigos de las Américas, Visión Verde, Grupo Ambientalista de Ola, Comité Pro Hospital de Penonomé, Cruz Roja, Grupos de Amas de Casa, Grupo de Fiscalizadores Comunitarios, Clubes Cívicos: Leones, Rotarios, Activo 20 – 30, Kiwanis., Grupo Unido de Penonomé, Fundación Arte en el Parque, Niños del Darién.
- Organizaciones de pacientes como Alcohólicos Anónimos, Grupo de Paciente de Enfermedades Renales, Grupo de Pacientes Afectados por el Dietilenglicol, Grupo Luz del Ciego, Grupo de Hipertensos, Grupo de Diabéticos.
- Grupos organizados de trabajadores de la salud como COESCO, AFUSA.

A nivel local, la participación social se viene dando desde los años 70, a través de los Comités de Salud, con los cuales se coordina para obtener apoyo en los diversos centros de salud y lograr un mejor funcionamiento de estos. El Decreto de Gabinete N° 401, por el cual se constituyen legalmente los Comités de Salud.

El fin primordial de los Comités de Salud es promover salud en sus comunidades generando acciones que promuevan y protejan la salud de la población. Por otra parte, el rol que desempeñan los Comités de Salud en la comunidad permite lograr la participación social en la toma de decisiones y considerar sus necesidades y opiniones para mejorar la calidad, equidad y disponibilidad de los servicios de salud, así como crear conciencia en las comunidades que la salud no es única y exclusiva responsabilidad de quienes ofrecemos los servicios de salud, sino que es vital la participación de todos y todas. Las Juntas Administradoras de Acueductos Rurales (JAARs) son otra experiencia de participación social actuando como un medio para la gestión de salud en las comunidades que se abastecen de agua mediante los acueductos rurales. Las JAARs han sido de gran utilidad para hacer cumplir las normas básicas para el uso, protección, conservación de las fuentes de abastecimiento, así como las normas específicas de administración, operación y mantenimiento de estas obras sanitarias.

Las Juntas Administradoras de Acueductos Rurales (JAARs) tienen como objetivo primordial la operación, administración y mantenimiento de los acueductos rurales para la obtención del agua como vital líquido para el ser humano.

Experiencias diarias de participación comunitaria se concretan a través de las iglesias y su apoyo con sus pastorales de la salud y sus acciones directas en la comunidad, las diversas redes como las ligas antitabaco, los grupos caza mosquitos los grupos de adultos mayores y ONGs que apoyan directamente la gestión y oferta de servicios de salud cuyo sistema de organización está basado en lineamientos, con personerías y bases legales jurídicas reconocidos por el Ministerio de Salud.

Las iglesias juegan un papel social muy importante y desde allí se ejecutan acciones de prevención de la salud, sobre todo en la búsqueda del respeto hacia la vida humana, el derecho a la salud, la responsabilidad ciudadana, valores éticos y morales ligados a la salud en general,

propiciando espacios para el desarrollo de acciones para el fortalecimiento de la salud mental y práctica de estilos de vida saludable.

Los clubes cívicos vienen apoyando las acciones específicas de salud sobre todo en campañas que promueven concienciación, cambio de conductas, prácticas saludables, conocimientos y estilos de vida que prevengan enfermedades, y sobre todo una cultura saludable; también apoyan en la consecución de recursos económicos para garantizar la continuidad de programas de rehabilitación y recuperación de la salud.

Existe un conjunto de asociaciones no gubernamentales, que orientan parte o todo su quehacer al control de tabaco, estos actores sociales generan acciones de prevención, y promoción en la lucha contra el consumo del tabaco. Es así como se da la creación de ligas antitabaco entre jóvenes adolescentes, quienes capacitan entre pares a otros jóvenes adolescentes, destacándose el esfuerzo conjunto con el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) en la producción de materiales educativos como rotafolios con información actualizada de productos de tabaco, sus daños y consecuencias en la salud de las personas.

Otros grupos organizados a través de las gestiones de ANCEC, MEDUCA y MINSA, son los cazas humo, hecho que aplica la misma estrategia de los grupos caza mosquitos. En el caso de los grupos caza mosquitos se construyen redes sociales que se unen a las acciones de la lucha contra el dengue, chikungunya, promoviendo, orientando a la familia educativa y comunitaria en la eliminación de criaderos y en la búsqueda de una cultura saludable del ambiente y su gente. De manera similar actúan los grupos caza humo en la lucha contra el consumo de tabaco.

Los grupos de adultos mayores son redes comunitarias que tienen dentro de sus actividades la planificación y ejecución de actividades que le permitan a la población adulta mayor mantener el contacto con los equipos básicos de salud para promover salud hacia una mejor calidad de vida.

La Dirección de Promoción de la Salud del Ministerio de Salud viene liderando la incorporación en los planes de estudios universitarios y en las líneas de investigación, la promoción de la salud, la participación comunitaria y el trabajo intersectorial para facilitar servicios y recursos que promuevan la salud entre la comunidad universitaria.

Como resultado de lo anterior se firma el Convenio Marco de Cooperación Educativa No. 05-2020 de 11 de marzo de 2020, refrendado posteriormente el 18 de junio del mismo año por el Consejo de Rectores de Panamá y la Asociación de Universidades Particulares de Panamá, estableciendo de esta manera los lineamientos a seguir para el desarrollo del programa denominado “Programa Universidades Promotoras de la Salud” (UPS).

Además, se realizó un Programa Permanente de Capacitación con diversas universidades sobre temas prioritarios de salud, orientado al logro del empoderamiento de la comunidad universitaria en mantener su salud.

Con las condiciones dadas por la aparición de la pandemia COVID-19, Promoción de la Salud ha cobrado importancia en el ejercicio de su rol para el manejo de la situación y contribuir a la contención de esta.

En esa línea se planteó a las autoridades universitarias la necesidad de realizar actividades virtuales sobre aspectos relacionados con el mantenimiento de la salud en tiempos de pandemia con el objetivo de estimular la conciencia de la población universitaria sobre la situación que enfrenta el país, hecho que conllevó la organización del Primer Concurso de Video “Momento de ser Héroes” y de un programa denominado “Conversando con los Expertos” con entrevistas realizadas por los estudiantes a diversos expertos para resolver las inquietudes relacionadas a la salud de los jóvenes universitarios.

En Panamá con la aparición del primer caso de COVID-19, en marzo de 2020, se hicieron evidentes las deficiencias en la organización y en el grado de compromiso de las comunidades en cuanto al cuidado de su salud. Identificada esta situación se inició un proceso para integrar a los diversos actores sociales como Comités de Salud, líderes comunitarios y autoridades locales (alcaldes, representantes de corregimientos, gobernadores), en la lucha contra la pandemia COVID-19.

En ese sentido, la Dirección de Promoción de la Salud fortaleció las acciones de educación para la salud, comunicación y participación a través de diversas actividades de capacitación virtual en temas de bioseguridad, organización y funciones de los Comités de Salud, con el propósito de fortalecer las habilidades y capacidades de las comunidades para enfrentar la pandemia.

Con el fin de establecer alianzas estratégicas y redes intersectoriales, comunitarias, municipales, empresariales, entre otras, para divulgar el Plan Nacional de Promoción de la Salud, se firma nuevamente el Convenio Marco de Cooperación No. 20-2020 con la Asociación de Municipios de Panamá y así contar con un instrumento actualizado que permita sentar bases para el establecimiento de alianzas, mejorar la coordinación de actividades y la relación institucional y Municipal, y que las comunidades obtengan mayor desarrollo en materia de salud y fomenten estilos de vida y ambientes saludables.

Todas estas alianzas tienden a la búsqueda de implementar acciones de promoción de la salud a nivel local, colocarla en la agenda política de las autoridades locales y garantizar su aplicación y cumplimiento por parte de los entes regionales y locales competentes en materia de salud.

Desde la declaratoria de la pandemia en Panamá, en marzo de 2020, la Sección de Comunicación para la Salud ha realizado esfuerzos encaminados al diseño y producción de materiales educativos e informativos sobre las medidas de prevención de COVID-19, dirigidos a las autoridades locales, miembros de Comités de Salud, ONG's, clubes cívicos, iglesias, entre otros. Dentro de estos materiales se han incluido afiches, trípticos, volantes, folletos, calcomanías, botones, banners, roll up, calendarios, infografías para redes sociales, entre otros, los cuales han sido diseñados, diagramados, producidos y distribuidos a lo largo del territorio nacional.

La participación en diversas entrevistas de radio y televisión y en boletines y revistas ha sido de gran importancia como medio de divulgar las medidas preventivas y de conservación de la salud. Ejemplo de ello fue el artículo para el Boletín Informativo de la Asociación de Municipios de Panamá (AMUPA), “AMUPA Te informa – Actualidad Municipal”, con el que se ha estado educando a la población panameña sobre medidas de prevención del contagio por COVID-19.

Acciones innovadoras también han sido implementadas como en el caso del Programa Semestral de Comunicación para la Prevención de Enfermedades Respiratorias (COVID-19), Control del Tabaquismo y uso de la Nicotina y Estilos de Vida Saludable, a través de un diseño en la luneta trasera de los buses de “MI BUS”, con infografías sobre temas de salud, incluida la divulgación de la Resolución No. 230 de 28 de febrero de 2020, que declara la “Segunda Semana de Julio de cada año, como la Semana de la Promoción de la Salud”.

El lanzamiento de la mascota de la Dirección de Promoción de la Salud, “DORA LA PROMOTORA” constituye un avance concreto para apoyar las estrategias de comunicación y participación social y continuar así difundiendo mensajes de estilos de vida saludables en nuestras comunidades. Esta mascota representa la diversidad de la fauna de nuestro país, pues es una lora amazónica de Panamá.

En el caso particular del abordaje de la pandemia COVID-19, las diversas regiones de salud trabajaron en la conformación de Equipos de Monitoreo Comunitario, integrados por los líderes comunitarios (alcaldes, Representantes, Comités Salud, Juntas Comunales, Juntas Locales clubes cívicos, ONG’s, vecinos vigilantes, entre otros), los cuales mantienen evaluación estrecha y continua sobre los casos positivos y aislados. También actúan verificando entrada y salidas de personas en un área determinada y coordinando de forma continua con el Ministerio de Salud y la fuerza de tarea conjunta, verificando si las personas aisladas tienen alguna necesidad o escasez en cuanto a los insumos de primera necesidad y los medicamentos para la atención de COVID-19, siguiendo las medidas de seguridad en el distanciamiento y uso continuo de mascarilla.

En ese sentido y para dar cumplimiento a los requerimientos en insumos durante la pandemia, la participación y las redes sociales comunitarias han jugado un rol de importancia. Para lograr cubrir las necesidades de abastecimiento tanto de insumos médico-quirúrgicos, laboratorio y medicamentos en las instalaciones de salud, equipos de trazabilidad y ERR, se ha realizado traspaso de insumos entre coordinaciones, hospitales locales y diferentes regiones y se han recibido importantes donaciones de insumos de bioseguridad y equipos de protección de diversas empresas privadas y clubes cívicos para ser utilizados por los equipos de trazabilidad, equipos de respuesta rápida e instalaciones sanitarias de las regiones de salud. Entre los insumos recibidos se pueden mencionar cabinas para hisopados, batas desechables, mascarillas quirúrgicas, mascarillas kn95, guantes, geles alcoholados, insumos de limpieza y desinfección.

La implementación de la estrategia de trazabilidad en el abordaje de la pandemia COVID-19 implicó la inclusión y coordinación de diversos actores y una amplia participación comunitaria. Esta estrategia se fundamenta en la aplicación de procedimientos, protocolos y acciones que permitan rastrear e identificar las personas que estuvieron en contacto o expuestas a

positivos-activos por COVID-19 a lo largo de su desplazamiento o convivencia en la sociedad, durante los últimos tres días de recorrido, sobre todo en su entorno familiar, laboral y comunitario, con la finalidad de tomar las medidas sanitarias inmediatas para interrumpir o reducir la propagación y contagio de la COVID-19.

Los pasos de la estrategia de trazabilidad se realizan mediante recorridos diarios y el contacto directo en las comunidades por parte del personal de salud, los gobiernos locales y líderes comunitarios integrados en los Equipos Unificados de Trazabilidad y Equipos Locales o Núcleos de Barrios, utilizando como plataforma de organización y coordinación los COCYTC (regionales, distritales, de corregimiento, locales o de barrios).

- Paso 1: Detección de personas positivas o sospechosas por COVID-19, apoyando las acciones que realizan los equipos de respuesta rápida (ERR), las plataformas tecnológicas (Línea 169, ROSA, otras), las instalaciones sanitarias locales, etc.
- Paso 2: Identificar la ubicación exacta de las residencias y las áreas que frecuentaron en los últimos tres días las personas positivas por COVID-19, abarcando sus contactos directos, estrechos o sospechosos. Levantar información para cubrir sus necesidades básicas.
- Paso 3: Aislar a las personas positivas -activas o contactos directos por la COVID-19, bien sea en albergues, hoteles hospital u hospitales donde puedan tener una mejor atención y a la vez reducir el riesgo familiar y local de propagación del virus. De no ser posible mantenerlos en estas áreas, verificar que cuenten con las condiciones e indicaciones apropiadas para cumplir su cuarentena en sus residencias. Proceder a la entrega de bolsas solidarias, Kit Protégete Panamá, medicamentos (enfermedades crónicas) y complementos.
- Paso 4: Sostener y vigilar el estricto cumplimiento de las medidas sanitarias, de nuevos casos y de la implementación de los planes, a través del monitoreo permanente.

Para la coordinación e implementación de acciones conjuntas a fin de reducir o evitar la propagación del virus a nivel comunitario, se conformaron los Centros de Operaciones para el Control y Trazabilidad Comunitaria de la COVID-19 (COCYTC).

Los COCYTC se establecen en cinco niveles: nacional, regional, distrital, de corregimiento y local (núcleos de barrios). El nacional y regional son de carácter táctico - estratégico, los

distritales y de corregimiento son de carácter operativos. El local o núcleo de barrio es de carácter operativo y se establece de forma permanente o de acuerdo a la evolución y dinámica del evento y según puntos específicos de conglomerados positivos-activos.

Los COCYTC son estructuras de carácter interinstitucional, multisectorial y multidisciplinario, dinámicas y participativas, integradas por las instituciones de salud (MINSA, Caja de Seguro Social, Fuerza de Tarea Conjunta, Panamá Solidario, MIDES) con el apoyo en la fase operativa de los gobiernos locales, líderes comunitarios, sociedad civil organizada y ciudadanos en general.

- Equipos operativos: Equipos técnicos de salud y de instituciones de Gobierno a través de la Juntas Técnicas Provinciales, los gobiernos locales (alcaldes, representantes de corregimiento, autoridades comarcales, diputados, jueces de paz, etc.).
- Equipos de apoyo: Líderes, sociedad civil y organizaciones comunitarias en general (comités de Salud, JAAR, clubes cívicos, vecinos vigilantes, deportivos y culturales, etc.; comunidades de fe, asociaciones de productores, empresariales, sindicales, entre otros).

Los Equipos Unificados de Trazabilidad (EUT) son equipos de carácter interinstitucionales, multisectoriales y multidisciplinarios, encabezados por personal de Salud, son un brazo operativo de los COCYTC y claves en el proceso de trazabilidad, ya que deben orientar, promover y garantizar el cumplimiento de las medidas y controles sanitarios, así como también, observar y asegurar la satisfacción de las necesidades básicas y derechos de las poblaciones o personas afectadas directas o indirectamente por la COVID-19. El soporte del nivel básico lo constituyen los Equipos Locales de Trazabilidad o Núcleos o Equipos de Barrios, quienes realizarán las mismas funciones de los EUT, de manera permanente en y desde sus entornos residenciales o micro ambientales.

Estos equipos deben estar conformados en promedio, por un funcionario de cada ocho (8) instituciones, en su defecto por otras personas que, de manera directa con los responsables institucionales de dichas dependencias de Gobierno, coordinen las actividades correspondientes.

- Personal de Salud (MINSA / Caja de Seguro Social) quien la encabezará
- Caja de Seguro Social
- Gobernación – Junta Técnica

- Fuerza de Tarea Conjunta
- Gobiernos locales
- Ministerio de Desarrollo Social
- Programa de Panamá Solidario
- Líderes comunitarios
- Grupos organizados de la sociedad

Tomando en consideración las características, condición, dinámica y evolución de la pandemia en cada región del país, el equipo del COCYTC-Regional formula e implementa de manera participativa sus planes de acción, sustentados en los lineamientos establecidos en el Plan Operativo de Fortalecimiento para el Control y Trazabilidad de la COVID-19 a Nivel Comunitario, que serán la base para los planes de acción distritales y estos a su vez, para los de corregimiento y locales.

Los Equipos de Respuesta Rápida (ERR) tanto del Ministerio de Salud como de la Caja de Seguro Social, conformados por médicos, enfermeras, técnicos, conductores y laboratoristas, entre otros, se trasladan a las comunidades, en búsqueda de casos positivos de COVID-19, realizando pruebas de hisopado a los contactos para identificar los casos positivos por contacto estrecho con paciente positivo COVID-19. Adicionalmente se cuenta con personal de apoyo que brinda seguimiento a las llamadas y se encarga de recibir las llamadas de pacientes sospechosos o positivos, para orientarlos sobre qué debe hacer ese paciente.

La coordinación interinstitucional liderizada por el Ministerio de Salud para el abordaje de la pandemia COVID-19, ha incluido instituciones como:

- Juntas Comunales
- Ministerio de Desarrollo Social
- Fuerza de tarea conjunta
- Ministerio de Educación
- Policía Nacional
- Sistema Nacional de Protección Civil
- Ministerio de Seguridad
- Autoridad de Tránsito y Transporte
- Gobernaciones
- Tribunal Electoral
- Panamá Solidario
- Asamblea Nacional
- Mi Ambiente

Es importante destacar que para la organización de las actividades de docencia, capacitación, divulgación, vacunación, entrega de kits “Protégete Panamá” y de bolsas de comida a la población afectada con COVID-19, sus familias y sus contactos, se ha contado con el apoyo de los Gobernadores de las Provincias y Autoridades Locales como las Juntas Comunales, que se han involucrado activamente en la labor interinstitucional y de participación social y comunitaria, a solicitud del Ministerio de Salud, por conducto de la Presidencia de la República.

El Ministerio de Salud, a través de otras direcciones como la Dirección de Provisión de Servicios de Salud desarrolla proyectos específicos que promueven la participación social como lo es el Proyecto Contratación Social. Este proyecto de transición apoya la estrategia para la extensión de la cobertura de los servicios de salud, planteada dentro del marco de las discusiones para garantizar la sostenibilidad de los programas comunitarios de prevención y atención del VIH y tuberculosis, que habían sido financiados por el gobierno panameño y el Fondo Mundial entre los años 2012 y 2018. Este apoyo está previsto que finalice en diciembre de 2021.

Dentro de este proyecto se desarrollan actividades como reuniones con los actores claves que implementarán la estrategia “Contratación Social”; seguimiento a los acuerdos y compromisos entre las partes; revisión de los formularios que permiten conocer y medir los indicadores de cumplimiento; capacitación sobre el uso de la herramienta de informática que utilizan los responsables del monitoreo y evaluación de las organizaciones; visualización de cada informe y su utilización en la evaluación; propuesta para sistematizar la información al momento que el MINSA asuma la estrategia, tomando en cuenta la experiencia de los responsables de la estrategia, en años anteriores; completar y conocer la información que generan los Centros de Salud y Clínicas Amigables en los temas VIH y TB y aplicación de las herramientas de evaluación para generar insumos en la construcción de la Planificación (ítems, ponderación, avances, brechas, acciones).

Los logros se evidencian en la implementación de programa de financiación pública de las intervenciones comunitarias en VIH y tuberculosis para los tres componentes del fortalecimiento institucional; apoyo a las organizaciones de la sociedad civil para que se familiaricen con los procedimientos de registro y aplicación, los trámites y las garantías necesarias para recibir fondos públicos; adaptación del Reglamento Operativo para la

Provisión de CCP del Programa de Fortalecimiento de Redes Integradas de Salud a poblaciones vulnerables, que servirá de marco para la operacionalización de la estrategia.

Si bien el Ministerio de Salud ejerce su rol rector a través del liderazgo institucional, la coordinación intersectorial con los otros sectores gubernamentales y la concertación de todas las instancias de la sociedad se hace necesario incrementar la complementariedad, empoderar a las comunidades y sumar a los otros sectores e instituciones, para lograr una mayor sinergia, una gestión más participativa y crear conciencia en las comunidades que la salud no es única y exclusiva responsabilidad de quienes ofrecemos los servicios de salud, sino una participación de todos y todas, especialmente cuando se trata de enfrentar situaciones pandémicas.



Proyección de la Red – Adecuaciones de la oferta

La Red de Servicios de Salud se distribuye en tres niveles de atención (I, II, III) y está compuesta por servicios de salud complementarios y articulados de complejidad creciente de acuerdo con la demanda de los problemas de salud, la población y la territorialidad. Esta noción de complejidad sirve para organizar la red de una manera más eficiente y está basada en la evidencia y en el principio

establecido en la Atención Primaria de Salud (APS) que sostiene que los problemas de salud menos complejos son los más frecuentes y requieren tecnologías de bajo costo y los problemas más complejos son los menos frecuentes, pero también son los más costosos. A todo lo largo de la Red de Servicios se necesita la participación del ámbito institucional y comunitario en el desarrollo de actividades de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación dirigidas a la atención comunitaria, familiar e individual.

La extensión de cobertura a través del proyecto BID-MINSA-UGSAF, (FORIS y OES), se constituye en una estrategia de atención primaria dentro de la Red de Servicios. Esta estrategia incluye la adecuación de la oferta a través de la extensión de horarios, aunque la misma ha sido difícil de implementar en las diversas regiones de salud por limitaciones en los recursos humanos que son necesarios para ello.

La Estrategia de Extensión de Coberturas, en la modalidad de prestación de servicios de atención mediante una red itinerante, ha evidenciado de forma paulatina y progresiva, las ventajas de un modelo de atención nominalizado que se complementa con un modelo de gestión por resultados donde se aplica un modelo organizacional integral e incorpora un modelo de financiamiento capitado ligado a la nominalización y a los resultados. Tomando esa experiencia, se dieron los primeros pasos para extrapolar estos modelos a la red fija de instalaciones de salud, iniciando en paralelo una etapa de preparación, en los años 2011-2012, de la estrategia denominada

“Fortalecimiento de Coberturas de APS” en la red fija de servicios de salud, que ya se está implementado:

- Esta etapa del modelo de fortalecimiento se fundamenta en: (i) el desarrollo de competencias, (ii) utilización de los sistemas de información, monitoreo y evaluación vigentes, (iii) elaboración de herramientas “domésticas” de apoyo gerencial, (iv) implementación de mecanismos de coordinación entre las unidades básicas de salud (UBA’s), prestadoras de la Cartera de Prestaciones Priorizada (CPP), y la Dirección Regional de Salud como gestora de la red de servicios, (v) incorporación de un esquema nominalizado de la atención (migrado de la división política al flujo real de la demanda), (vi) ajuste al esquema de evaluación tradicional, para migrarlo a un esquema de evaluación por resultados basado en la nominalización de la población beneficiaria. Esta etapa no incluye el financiamiento capitado, se refuerza

financieramente con Planes Operativos para desarrollar el Modelo de Atención Nominalizado y de Gestión por Resultados (en un esquema cuatrimestral, sólo, de indicadores de desempeño, no así de procesos, que incluye el apoyo básico para la habilitación de las instalaciones.

- Principales resultados esperados: (i) un padrón de población beneficiaria de la red fija de instalaciones, (ii) adaptación al Modelo de Gestión por Resultados con una introducción paulatina que pasa de semestral a cuatrimestral, (iii) rediseño de la red de servicios de acuerdo al flujo real de la demanda y (iv) proceso de habilitación de los establecimientos de salud en marcha. Sin embargo, la falta de fondos, la necesidad de cumplir con agendas previas sin la preparación adecuada, la falta de internalización del concepto y las limitaciones en el ejercicio de la rectoría del Ministerio de Salud han provocado complicaciones en el flujo adecuado de esta estrategia.

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

La Cartera de Prestaciones Priorizadas (CPP) es el conjunto de prestaciones que se otorgarán a los beneficiarios de la Protección en Salud a Poblaciones Vulnerables y que se encuentran cubiertas por el costo per cápita. La CPP responde a necesidades que son susceptibles de ser atendidas en el primer nivel de atención. En la definición de la CPP no se incluyen servicios de manera exhaustiva, sino que el Equipo Básico Salud trabaja según las normas del MINSA contenidas en guías y protocolos que definen los alcances de cada una de las 15 actividades que la componen. Sus actividades comprenden servicios dirigidos a individuos, familias y grupos organizados de la comunidad y están enmarcadas en las tres (3) modalidades de atención establecidas por el MINSA (promoción, prevención y atención).

Instalaciones del Ministerio de Salud (MINSA)

En el 2019 funcionaban en el país 939 instalaciones. De este total, el 64.2% eran subcentros y puestos de salud, el 29.2% centros de salud y policlínicas, mientras que el 6.6% eran hospitales. Al comparar la cifra del año en mención con el 2018 (863 instalaciones), se observó un aumento de

8.8%. Es un porcentaje mayor al compararlo con el aumento con relación al 2015 (871 instalaciones) que representó un aumento porcentual de 7.8

Al finalizar el año 2019, el sistema de salud público estaba conformado por 908 instalaciones a nivel nacional entre los que hay 33 hospitales y 4 patronatos según, el listado de instalaciones de salud del MINSA para el 2020. De este total, 77 instalaciones corresponden a la Caja de Seguro Social (CSS) y 831 al Ministerio de Salud.

En el Ministerio de Salud, se encontraban funcionando, 22 hospitales, 14 MINSA Capsi, 6 Policentros de Salud, 190 Centros de Salud, 97 Sub Centros de salud y 394 Puestos de salud. Además, se cuenta con 2 institutos nacionales especializados y 8 clínicas en centros penitenciarios. Hay 92 instalaciones inactivas, entre Centros, Sub Centros y Puestos de Salud.

Cuadro No.9. Instalaciones de Salud en la República: años 2015-18 y 2019

Año, ciudad, provincia, comarca indígena y distrito	Total	Hospitales	Centros de salud y policlínicas (1)	Subcentros y puestos de salud (2)
2015	871	60	276	535
2016	870	60	276	534
2017	872	61	279	532
2018	863	61	260	542
2019	939	62	274	603
Porcentaje	100.0	6.6	29.2	64.2

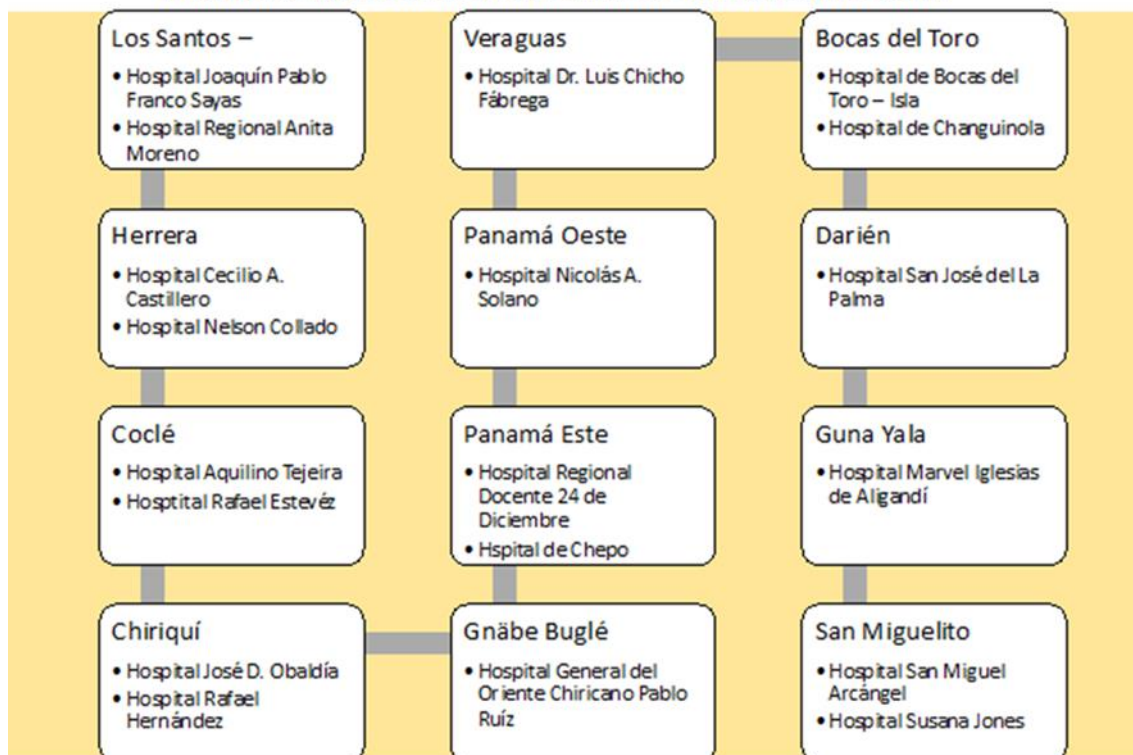
(1) Incluye los Policentros de Salud y los MINSA CAPSI del Ministerio de Salud; las Unidades Locales de Atención Primaria de salud (ULAPS) y los Centros de Atención, Prevención y Promoción de la Salud (CAPPS), que incluyen los dispensarios (los cuales fueron habilitados como CAPPS) de la Caja de Seguro Social.

(2) Incluye las Clínicas Satélites de la Caja de Seguro Social.

Fuente: Instituto de Estadísticas y Censo (INEC) Panamá. Elaborado por DASTS-DIPLAN

HOSPITALES NACIONALES	CENTROS ESPECIALIZADOS NACIONALES
• Hospital de Larga Estancia • Hospital del Niño • Hospital Santo Tomás • Instituto Oncológico Nacional • Complejo Hospitalario Metropolitano de la Caja de Seguro Social • Hospital Pediátrico de la Caja de Seguro Social	• Instituto Nacional de Salud Mental • Instituto Nacional de Medicina Física y Rehabilitación

HOSPITALES EN LAS REGIONES DE SALUD DE MAYOR COMPLEJIDAD



HOSPITALES DE MENOR COMPLEJIDAD. REGIONES DE SALUD



Para el año 2020 y en respuesta a la Pandemia se inicia la habilitación de los centros de atención COVID 19, mejorando así la capacidad instalada de la red de servicios de salud en el país, se habilitaron en total 14 centros de atención para pacientes COVID 19, con lo cual se incrementó la red de servicios en 953 instalaciones.

Acciones ante la Pandemia

La Resolución de Gabinete N°11 del 13 de marzo de 2020, titulada: “QUE DECLARA EL ESTADO DE EMERGENCIA NACIONAL Y DICTA OTRAS DISPOSICIONES, en ella se decreta el estado de “emergencia”, como consecuencia de los efectos generados por la enfermedad infecciosa COVID-19, causada por el coronavirus y la inminencia de la ocurrencia de nuevos daños, producto de las actuales condiciones de esta pandemia; que ha estresado el sistema sanitario ante la alta demanda al acceso de atención de salud por la enfermedad COVID-19 y su hospitalización en salas reconvertidas a COVID. Permitiendo así la habilitación de infraestructuras basado en recomendaciones de la OMS-OPS como Sitios Alternativos de Atención Médica (SAAM), estos son lugares identificados que permiten expandir la capacidad de la red de servicios de salud de manera temporal para la atención de pacientes en un aumento de camas con personal adecuado y autosuficiencia asistencial y operacional en línea con los principios y estándares de la iniciativa de Equipos Médicos de Emergencia (EME) y Centros de Atención Temporal (CAT) como son los

Hospitales Campaña que son módulos provisionales en espacios aledaños a un hospital de reconversión y a los habilitados como estructuras extra hospitalarias.

En el año 2020, como respuesta al evento pandémico, se da un aumento de las instalaciones de salud en el país en respuesta a la pandemia, totalizando 947 instalaciones. Además, se habilitaron un total de 14 centros de atención para pacientes COVID 19, que mejoró la capacidad instalada de la red de servicios de salud en el país, incrementando la red de servicios a 953 instalaciones.

Entre los nuevos centros habilitados se puede mencionar:

- Hospital Integrado Panamá Solidario (HIPS)
- Instituto Nacional de Medicina Física y Rehabilitación (INMFRE)
- Centro de atención de pacientes COVID 19 - Figali
- Centro de atención de pacientes COVID 19 - ITSE
- Centro de atención de pacientes COVID 19 - Banco Nacional
- Reintegra de Darién para atención de pacientes COVID 19
- Reintegra de la Chorrera para atención de pacientes COVID 19
- Hospital Luis Chicho Fábrega Viejo para atención pacientes COVID 19
- Hospital COVID en Ciudad de la Salud
- Los Hospitales Campañas que son unidades a cargo de la misma estructura administrativa y operativa de una instalación, se distribuyeron 6 en distintas regiones de salud tanto del MINSA como en la CSS, y de estos se habilitaron cinco:
 - Hospital Campaña de la Policlínica Santiago Barraza CSS (Panamá Oeste).
 - Hospital Campaña del Hospital San Miguel Arcángel (San Miguelito).
 - Hospital Campaña del Complejo Hospitalario Arnulfo Arias Madrid CSS
 - Hospital Campaña del Hospital Irma Lourdes Tzanetatos CSS (Panamá)
 - Hospital Campaña de Santa Fe (Darién)

Es importante destacar que en los meses que lleva en curso esta de pandemia se ha ganado experiencia y el mejor ejemplo lo dieron los hospitales e instalaciones de la red donde se realizaron adecuaciones y reconversión de salas a fin de garantizar la atención a la población panameña.

En las regiones de salud se han utilizados diversas estrategias como son la habilitación de Hoteles e Infraestructuras estatales como albergues para alojar pacientes con Covid-19 positivo que están estables, debido a la vulnerabilidad social en la que se encuentran como el hacinamiento en sus viviendas o dificultad para conseguir sus provisiones como alimento o medicinas. Estos albergues solo cuentan con personal médico, enfermería y técnico de enfermería, por lo que si estos pacientes en albergue agudizan su cuadro son referidos a los Hospitales Regionales que tengan sala para pacientes Covid-19 positivo para manejo supervisado por especialista.

Al respecto de este tipo de adecuaciones de la oferta es importante señalar que no se tienen datos de las instalaciones del sector privado.

Capacidad Instalada

La Capacidad instalada muestra por cada uno de los servicios habilitados y horas disponibles, el nivel de producción o de oferta que tiene cada instalación para desarrollar su modelo de atención a los pacientes. Desde que se informó del riesgo de una pandemia por el SARS-COV 2 para el Ministerio de Salud resultó prioritario, fortalecer la preparación y respuesta del país para prevenir, detección y control del coronavirus a través de coordinaciones interinstitucionales con OPS, CSS, ICGES y otras entidades. Estratégicamente se fortalece la capacidad instalada para la atención a través de la habilitación de Hospitales Temporales tipo SAAM y hospitales campañas para la atención exclusiva de pacientes COVID-19. Para diciembre de 2019 se contabilizaba **4,958** camas censables (*cama de servicio ocupada o disponible, del área de hospitalización, que cuenta con los recursos de espacio, equipo y personal necesarios para la atención médica*) en la red MINSA-CSS. Para diciembre de 2020, el total de dotación de camas censables fue de **6,261** representando un incremento del 26.3 por ciento, El incremento es mayor, por las adecuaciones desarrolladas para la atención de la pandemia del Covid-19.

Cuadro No.10. Número de camas censables en la red de servicio MINSA-CSS de Panamá. Años 2019-2020

CAMAS	2019	2020
UCI	305	504
Semi UCI	92	117
UCRE	0	331
SALA	4561	5309
TOTAL	4958	6261

Como puede apreciarse en el cuadro anterior, la capacidad de camas se incrementó considerablemente entre 2019 y 2020, con un total de 1,303 camas adicionales, de las cuales 748 se destinaron a aumentar la capacidad en salas, 199 en UCI, 25 en Semi UCI y 331 en UCRE.

Habilitación, conversión de salas de hospitalización y otras infraestructuras como sitios alternativos, hoteles hospitales y albergues para pacientes COVID-19. Año 2020, que en coordinación con la

Dirección de Infraestructura fueron realizadas por la Dirección de Provisión de Servicios de Salud y se incluyen las habilitaciones realizadas por la CSS:

- Hospital Integrado Panamá Solidario
- Centro de Atención Temporal Figali
- Habilitación del Instituto Tecnológico Superior Especializado (ITSE)
- Proyecto Banco Nacional-Chiriquí
- Habilitación del Instituto Nacional de Medicina Física y Rehabilitación (INMFRE)
- Habilitación del Hospital Campaña HSMA
- Habilitación del Antiguo Hosp. Luis Chicho Fábrega-Visión 20-20
- Habilitación del MINSA CAPSI de Volcán para pacientes moderados
- Hospital Campaña de Darién Santa Fe
- Habilitación del Reintegro de Centro Materno Infantil en Santa Fe - Darién
- Centro Materno Infantil de Santa Fe

Además de las habilitaciones y conversiones de salas COVID-19 mencionadas con antelación, en el año 2020, la Dirección de Provisión de Servicios de Salud, en coordinación con la Dirección de Infraestructura y con la CSS, ha realizado las siguientes habilitaciones:

- Habilitación del MINSA CAPSI de Volcán para pacientes moderados
- Centro Materno Infantil de Santa Fe
- Hospital COVID-19 de la Ciudad de la Salud
- Hospital Rafael Hernández de Chiriquí
- Hospital Campaña de la Policlínica Santiago Barraza
- Hospital COVID-19 de la Ciudad de la Salud
- Hospital Campaña del Complejo Hospitalario Arnulfo Arias Madrid
- Hospital Rafael Hernández de Chiriquí

Entre los Hoteles hospitales y Albergues, se habilitaron:

HOTES-HOSPITALES

Hotel Crowne Plaza
Hotel Las Américas Golden Tower
Hotel Amador Radisson
Hotel Wynham Garden
Hotel Oriental Panamá
Hotel Vista Lago-Veraguas
Hotel Nacional-Chiriquí
Hotel Las Cumbres-Colón
Hotel Central Park

ALBERGUES

Hogar Javier
Albergue Chiriquí Grande
Albergue Changuinola
Albergue Las Palmitas Las Tablas
Albergue Escuela La Normal

La Dirección Ejecutiva Nacional de Servicios y Prestaciones de Salud de la Caja del Seguro Social, en el Informe de Rendición de Cuentas 2020, señala que para hacer frente a las necesidades de los pacientes infectados por COVID-19, que presentaban insuficiencia respiratoria moderada y grave, la infraestructura hospitalaria recibió un reforzamiento importante en el número de camas de las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), Cuidados Semi-Intensivos y Unidades de Cuidados Respiratorios Especiales (UCRE), donde la capacidad instalada fue 2.3 veces mayor en el 2020 que en el 2019, pasando de 128 camas disponibles en el 2019 a 295 en el 2020. Este incremento de camas de unidades de cuidados especiales se concentra en el Complejo Metropolitano Hospitalario de la Caja de Seguro Social con 2.3 veces más camas, en los hospitales Manuel Amador Guerrero con 10.5 veces más camas en el 2020 que en el 2019, Rafael Hernández donde se triplica el número de camas especiales y Nelson Collado donde fue 1.4 veces mayor. **(Cuadro No. 11)**

Cuadro No.11. Camas hospitalarias en instalaciones de la CSS. Comparativo de años 2019 y 2020

REGIÓN / Unidad Ejecutora		CAMAS HOSPITALARIAS Sept. 2019			CAMAS HOSPITALARIAS Sept. 2020		
		Total	Sala	UCI, Semi	Total	Sala	UCI, Semi, UCRE
TOTAL	TOTAL	2,659	2,531	128	2,767	2,472	295
PANAMÁ METRO	Complejo Hospitalario Dr. Arnulfo Arias Madrid	796	736	60	668	532	136
	Hospital de Especialidades Pediátricas - OTH	123	111	12	115	103	12
	Hospital Dra. Susana Jones Cano	39	39		46	46	
	Hospital Irma De Lourdes Tzanetatos - 24 de Diciembre	248	240	8	295	287	8
PANAMÁ ESTE	Hospital Regional de Chepo	76	76		111	111	
PANAMÁ OESTE	Hospital Hogar de La Esperanza	33	33		33	33	
BOCAS DEL TORO	Hospital Regional Dr. Raúl Dávila Mena - Changuinola	149	149		174	174	
	Hospital de Almirante	21	21		21	21	
	Hospital de Chiriquí Grande	21	21		21	21	
COCLÉ	Hospital Regional Dr. Rafael Estévez - Aguadulce	227	214	13	210	200	10
COLÓN	Complejo Hospitalario Dr. Manuel Amador Guerrero	264	258	6	310	247	63
CHIRIQUÍ	Hospital Regional Dr. Rafael Hernández - David	286	271	15	388	342	46
	HDA-Puerto Armuelles	114	114		118	118	
HERRERA	Hospital Dr. Gustavo Nelson Collado	145	131	14	138	118	20
VERAGUAS	Hospital Dr. Ezequiel Abadía - Soná	83	83		82	82	
	Policlínica Dr. Horacio Díaz Gómez - Santiago	34	34		37	37	

Fuente: Informes de Gestión de las Unidades Ejecutoras - Planificación Regional/Local de Salud
Elaborado por: Departamento Nacional de Planificación de Salud

De igual forma se han habilitado otras infraestructuras frente a las necesidades de los pacientes infectados por COVID-19 asegurados.

Equipamiento médico de los Hospitales y Centros de Atención COVID-19

Con relación al equipamiento médico se han reforzado a los hospitales a nivel nacional tanto del MINSA-CSS, proceso que inició desde la etapa de preparación ante el evento pandémico. Se ha podido fortalecer las instalaciones que ofrecen atención a los pacientes COVID-19 y los sitios de

atención temporal, para ello la inversión asociadas a la adquisición de equipamiento médico COVID 19 en el 2020 fue de **B/. 20,584,779.54**, en tanto que la inversión de equipamiento No Covid-19 alcanzó la suma de B/. **4,087,136.35**, para una inversión total de: **\$ 24,671,915.89**

Cuadro No.12. Equipamiento médico de proyectos y habilitaciones 2020

INSTALACIÓN	CANTIDAD DE CAMAS	COSTO DE LISTADO	DESCRIPCIÓN DEL EQUIPO
HOSPITAL INTEGRADO PANAMA SOLIDARIO (HIPS)	100	B/. 4,797,178.08	100 Camas
			26 Ventiladores mecánicos avanzados para UCI
			18 Ventiladores de transporte
			64 Humidificadores de alto flujo
			100 Monitores de signos vitales
			1 CAT (Tomografía Axial Computarizada)
			2 Rx portátil
INMFRE	48	B/. 1,710,470.00	48 camas
			8 Ventiladores mecánicos avanzados para UCI
			Ventiladores de transporte
			8 Monitores de signos vitales Invasivos
FIGALI	160	B/. 7,666,431.23	1 Rx Portátil
			160 camas
			35 Ventiladores mecánicos avanzados para UCI
			15 Ventiladores de transporte
			60 Humidificadores de alto flujo
HOSP. SAN MIGUEL ARCANGEL	109	B/. 2,274,515.00	143 Monitores de signos vitales
			3 Rx Portátil
			Camas Eléctricas, Cama de UCI, Ventiladores mecánicos avanzados, Ventiladores de transporte, Humidificadores de alto flujo, Monitores de signos vitales Invasivos, Central de Monitoreo, Succiones nasofaríngeas, Rayos X portátil, Monitores de signos vitales no invasivos, CPAP
HOSP. LUIS "CHICHO" FABREGA	5 Camas UCI	B/. 576,205.00	Camas de Uci, Ventiladores mecánicos avanzados, Central de monitoreo, Monitores de signos vitales invasivos, Rayos X portátil, succiones nasofaríngeas
HOSP. NICOLAS A. SOLANO	60	B/. 1,185,500.00	Camas Eléctricas, Cama de UCI, Ventiladores mecánicos avanzados, Ventiladores de transporte, Humidificadores de alto flujo, Monitores de signos vitales Invasivos, Central de Monitoreo, Succiones nasofaríngeas, Rayos X portátil, Monitores de signos vitales no invasivos, CPAP, Equipo de diálisis continua
HOSP. SANTO TOMAS	12 Camas UCI	B/. 1,261,500.00	Camas de Uci, Ventiladores mecánicos avanzados, Ventiladores de transporte, Humidificador de Alto Flujo, Monitores de signos vitales invasivos, Rayos X portátil, Bpap, Cpap
TOTAL:		B/. 19,471,799.31	

Cuadro No. 13. Equipamiento médico de proyectos y habilitaciones 2021

INSTALACIÓN	CANTIDAD DE CAMAS	COSTO DE LISTADO	DESCRIPCIÓN DEL EQUIPO
PROYECTO DEL ITSE	114	B/. 2,318,373.00	Camas, Ventiladores mecánicos avanzados, ventiladores de transporte, Humidificadores de alto flujo, Monitores de signos vitales, Rayos x portátil
PROYECTO ROBERTO DURAN	134	B/. 5,501,410.40	Camas, Ventiladores mecánicos avanzados, ventiladores de transporte, Humidificadores de alto flujo, Monitores de signos vitales, Rayos x portátil
UCI Y LABORATORIO DEL FIGALI	37	B/. 5,356,291.60	Camas de UCI, Ventiladores mecánicos avanzado, Rayos x, Equipo de diálisis continua, Monitores de signos vitales invasivos, Central de monitoreo, Humidificadores de Alto Flujo
HABILITACIÓN CAFETERIA HOSP. NICOLAS A. SOLANO	24	B/. 570,035.01	
HABILITACIÓN CHICHO VIEJO 20-20 (VERAGUAS)	30	B/. 1,069,398.66	Camas, Ventiladores mecánicos avanzados, ventiladores de transporte, Humidificadores de alto flujo, Monitores de signos vitales, Rayos x portátil
PROYECTO BANCO NACIONAL/LA CASA DEL ARROCERO (CHIRIQUÍ)	84	B/. 1,484,493.39	
CARPA RIO SERENO	40	B/. 412,016.34	
CARPA HSMA	40	B/. 412,016.34	Monitores de signos vitales, Ventiladores de transportes, Monitor desfibrilador, Carro de paro, carros de medicamentos, Esfigmos, Estetoscopios, Sillas de ruedas
CARPA SAN FELIX	40	B/. 412,016.34	
CARPA FINCA 30	40	B/. 412,016.34	
TOTAL		B/. 17,948,067.42	

Cuadro No.14. Reforzamiento de instalaciones de salud de la CSS en pandemia 2020

INSTALACIÓN	CANTIDAD	COSTO	DESCRIPCION DEL EQUIPOS
Complejo Hospitalario Arnulfo Arias Madrid	7	B/. 54,390.00	Humidificador de alto flujo
	70	B/. 9,100.00	Insumos de Alto Flujo
	12	B/. 384,000.00	Ventiladores Mecánicos Avanzados
Hosp. Irma de Lourde Tzanetatos	5	B/. 38,850.00	Humidificador de alto flujo
	125	B/. 16,250.00	Insumos de Alto Flujo
Hosp. Rafael Hernández-Chiriquí	11	B/. 85,470.00	Humidificador de alto flujo
	225	B/. 29,250.00	Insumos de Alto Flujo
	6	B/. 192,000.00	Ventiladores Mecánicos avanzados
	20	B/. 58,000.00	Camas eléctricas
Pol. Dr. Horacio Díaz Gómez	2	B/. 23,000.00	Ventiladores de transporte
	2	B/. 0.00	Circuitos de Ventilador
	4	B/. 11,600.00	Camas Manuales
Dionisio Arrocha- Puerto Armuelles	2	B/. 28,000.00	Ventilador de transporte
	15	B/. 675.00	Insumo de Ventilador
Hospital Manuel Amador Guerrero	9	B/. 288,000.00	Ventiladores Mecánicos avanzados
TOTAL		B/. 1,218,585.00	

Con relación al personal de salud para el 2019 ejercían en Panamá 6,932 médicos(as), 6,913 enfermeras(os) y 1,284 odontólogos(as), para una relación enfermera – médico cercano a 1:1 (0.997:1) y de 5.4 médicos por cada odontólogo. La contratación de personal de salud como médicos, enfermeras y odontólogos, así como personal administrativo durante el año 2020 es producto de la necesidad incrementar la oferta a fin de dar respuesta a la demanda creciente

ocasionada por la pandemia de COVID-19 y por tanto poder cubrir la atención de salud requerida por los pacientes con diagnóstico de COVID-19 en condiciones moderada o grave, particularmente en la primera línea de atención. También se contrató personal para fortalecer las áreas administrativas y poder desarrollar todas las actividades que se requieren para el abordaje de la esta pandemia. Según datos obtenidos del Departamento de Planificación e Investigación de la Dirección de Recursos Humanos del Ministerio de Salud, se han contratado 2,747 médicos (as), 2,462 enfermeros (as) y 621 odontólogos (as). Siendo las categorías de enfermeras básicas, médicos generales y especialistas, laboratoristas clínicos y técnicos de enfermería las que concentran la mayor cantidad de los nombramientos. **Cuadro No. 15.**

**Cuadro No.15. Número de funcionarios por cargo en las instalaciones de salud del MINSA.
Diciembre 2019- diciembre 2020**

CARGOS	TOTAL 2019	TOTAL 2020	DIFERENCIA
TOTAL...	17610	19165	1555
CARGOS ADMINISTRATIVOS	6422	6588	166
CARGOS DE LEYES ESPECIALES	11188	12577	1389
ESTADÍSTICOS DE SALUD I	173	168	-5
ESTADÍSTICOS DE SALUD II	406	424	18
ESTADÍSTICOS DE SALUD III	322	335	13
ASISTENTES DE CLINICA	131	129	-2
TEC EN URGENCIAS MEDICAS	56	73	17
MEDICOS INTERNOS	393	354	-39
MEDICOS RESIDENTES	118	93	-25
MEDICOS GENERALES	1267	1612	345
MEDICOS ESPECIALISTAS	643	688	45
TEC ASIST ODONTOLOGICA	168	169	1
ODONTOLOGOS INTERNOS	40	27	-13
ODONTOLOGOS	559	594	35
PSICOLOGOS GENERAL	49	51	2
PSICOLOGOS CLINICOS	31	30	-1
ASISTENTES DE FARMACIA	362	376	14
FARMACEUTICOS	338	351	13
AUXILIAR DE LAB CLINICO	24	23	-1
ASISTENTE DE LAB CLINICO	180	190	10
LABORATORISTAS CLINICOS	286	311	25
CITOTECNOLOGOS	5	13	8
HISTOTECNOLOGOS	8	9	1
TEC ELECTROCARDIOGRAFIA	12	15	3
TECNICO EN ENFERMERIA NIVEL I	780	1197	417
TECNICO EN ENFERMERIA NIVEL II	968	92	-44
ENFERMERAS BASICAS	1867	2365	498
ENFERMERAS JEFE INICIAL	28	27	-1
ENFERMERAS JEFE INTERMEDIA	39	37	-2
ENFERMERAS JEFE SUPERIOR	34	33	-1
TECNICOS EN RADIO. MEDICA I	103	113	10
ASIST TEC RADIO MEDICA	11	11	0
TECNICO EN TERAPIA RESPIRATORI	2	26	24
TEC ELECTROENCEFALOGRAFIA	1	1	0
TERAPEUTA OCUPACIONAL	15	14	-1
TERAPEUTA DE VOZ Y LENGUAJE	9	9	0
AUX DE TER OCUPACIONAL	5	5	0
AUX DE FISIOTERAPIA	4	4	0
ASIST DE FISIOTERAPIA	8	8	0
FISIOTERAPEUTA KINESIOLOGO	119	121	2
TEC EN EST TEMPORANA Y ORIENT F	16	20	4
TEC EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA	25	25	0
NUTRICIONISTAS	75	79	4
EDUCADOR PARA LA SALUD I	37	24	-13
EDUCADOR PARA LA SALUD II	56	68	12
INSP TEC SANEAMIENTO AMBIENTAL	285	300	15
TEC CONTROL DE VECTORES	426	425	-1
TRABAJADORES SOCIALES	120	119	-1
CIENCIAS AGRICOLAS	52	51	-1
PROTESISTA ORTESISTA	1	1	0
MEDICOS VETERINARIOS	135	144	9
ASISTENTE DE SALUD	376	371	-5
OPTOMETRAS	3	3	0
FONOAUDILOGOS	8	9	1

Fuente: Depto. de Planificación e Investigación de Recursos Humanos

En el Informe de rendición de cuentas 2020 presentado por la CSS se indica que se hubo un total de 878 contrataciones de personal de salud y se detalla que se han nombrado hasta septiembre de ese

año, 362 médicos (as), 224 enfermeros (as) y 22 odontólogos (as), principalmente se trató de médicos generales, internos y especialistas, relacionados a las áreas que más complicaciones han sido reportadas en los pacientes afectados por la COVID-19. Dicho recurso humano estuvo destinado a cubrir en las áreas críticas y las salas de pacientes moderados, que eran los servicios que concentraban la mayor necesidad del personal de salud.

Cuadro 16. Nombramientos personales de salud, según cargo. Enero-septiembre 2020

ÁREA	TOTAL
TOTAL PERSONAL ADMINISTRATIVO	43
TOTAL PERSONAL SALUD	835
ASISTENTE CLINICA	4
ASISTENTE DE LAB	7
ENFERMERA	224
ESTADISTICO	9
FARMACEUTA	19
FISIOTERAPEUTA	6
FONOAUDIOLOGO	2
HIGIENE INDUST.PROG.DE SALUD	1
HISTOTECNOLOGO	2
LABORATORISTA	30
MÉDICOS ESPECIALISTAS	94
MÉDICOS GENERALES	149
INTERNO	119
NUTRICIONISTA DIETISTA	5
ODONTOLOGO	22
OPTOMETRA	1
PRFUSIONISTA CARDIOV. Y ASIST. CIRC.	2
PSICOLOGO CLINICO	3
TEC. EN ELECTROCARDIOGRAMA	3
TEC. EN ENFERMERÍA	57
TEC. EN URGENCIAS MÉDICAS	7
TEC. QUIRURGICO	7
TEC. TERAPIA RESPIRATORIA	16
TEC. EN FARMACIA	20
TECN. EN ORTOPEDIA	3
TECNOLOGO EN RADIOLOGÍA E IMÁGENES	21
TEC. EN SALUD OCUPACIONAL	2
TOTAL	878

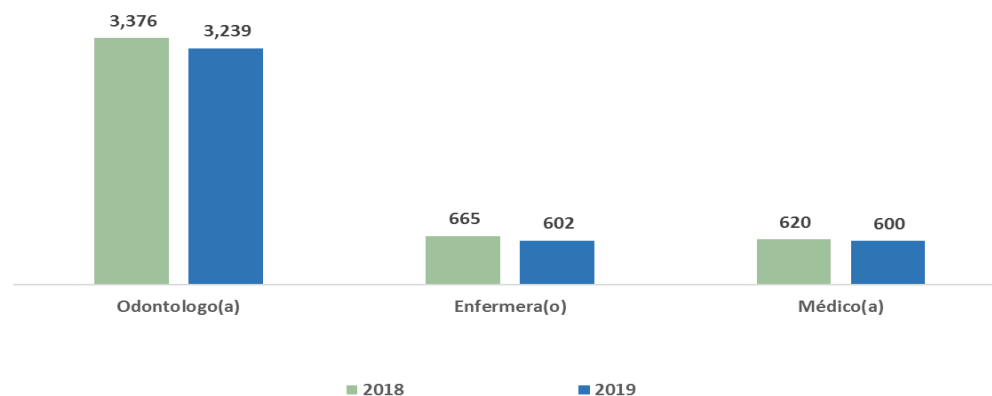
Fuente: Informe de Rendición de cuentas 2020 de la CSS

En general puede indicarse que entre el MINSA y la CSS contrataron hasta diciembre del año 2020, 3,109 médicos (as), 2,686 enfermeros (as) y 643 odontólogos (as) entre el Ministerio de Salud y la Caja del Seguro Social (P), lo que se traduce en un aumento en las contrataciones de personal técnico y administrativo, que como se mencionó antes, la mayoría responde a la necesidad de mejorar la capacidad instalada en la red pública de servicios de salud para cubrir la demanda resultante del evento pandémico COVID-19. Actualmente no se cuenta con datos preliminares de contratación en Hospitales o entidades Privadas o No Gubernamentales.

El incremento de personal médico, odontológico y de enfermería registrado en el 2019, se traduce en cambios favorables en el indicador que relaciona habitantes-personal de salud, a saber:

- Odontólogos: para los años 2018 y 2019 se contó con 1 odontólogo por cada 3,376 habitantes y por cada 3,239 habitantes, respectivamente.
- Enfermeras: en el 2018 había 1 enfermera por cada 665 habitantes y en el 2019 se tenía 1 enfermera por cada 602 habitantes.
- Médicos: en el 2018 se tenía una relación de 1 médico por cada 620 habitantes, mientras que en el 2019 se contaba con 1 médico por cada 600 habitantes

Gráfico No. 51. Habitantes por personal de salud en la República. Marzo 2018- marzo 2019



Fuente: INEC Panamá

Adicionalmente y como estrategia de abordaje de esta pandemia, se reestructuró la asignación de recursos humanos en todas las regiones de salud. Es así como, durante el mes de marzo de 2020 se conformaron los Equipos de Respuesta Rápida en las regiones de salud, con la finalidad de los mismos capten y den seguimiento, exclusivo de pacientes con COVID-19.

Previamente, ya se mencionó que los ERR están integrados por las siguientes disciplinas: un médico general u odontólogo, una enfermera y un conductor. Inicialmente el personal que formaba parte de los ERR eran funcionarios de los centros de salud. Para el abordaje de la pandemia por COVID-19 también se amplió el horario de atención, ofreciéndose varios turnos de atención.

Ambas estrategias, debilitaron la atención regular de los diferentes servicios de atención en las instalaciones de salud, lo que en parte pudo enfrentarse mediante la contratación de personal de salud adicional.

Con la pandemia por el Sar-Cov 2 las regiones de salud ampliaron su cartera de servicios requiriendo la asignación de funcionarios para actuar de manera rápida y oportuna. Los centros de salud, poli centros, Minsa Capsi, ULAP y Policlínicas, entre otras, incluyeron los siguientes servicios:

- Toma de Hisopados
- Triage
- Pruebas Rápidas
- Consultas de salud ocupacional para entrega de certificaciones

Por otro lado, las giras integrales de salud fueron suspendidas debido a la situación pandémica y a la disposición de los diversos cercos sanitarios establecido en las comunidades. Las visitas a estas comunidades apartadas, especialmente en áreas indígenas que no tienen un establecimiento de salud, se han concentrado en el desarrollo de las acciones de vigilancia, promoción y toma de hisopado.

Oferta de la Caja de Seguro Social (CSS)

La oferta de la Caja del Seguro Social se concentra en atender la demanda de la población asegurada que, según los datos reportados por el Instituto Nacional de Estadística y Censo, muestra un comportamiento variable, ya que la población protegida por la seguridad social es cambiante año tras año (serie 2012 – 2018).

Para el año 2018, la población protegida por la CSS ascendió a 3,202,386 habitantes. Las nuevas inscripciones de asegurados muestran un aumento de 54,443 cotizantes activos entre 2017 y 2018 y de 50,092 pensionados. Del mismo modo, la inscripción de dependientes de asegurados cotizantes aumentó entre 2017 y 2018 en 45,660 personas, donde los hijos (a) reflejaron el mayor

porcentaje de inscripción, con un 74.0%, mientras que para esposa y/o compañera representa un 16.0%, para padre y/o madre fue de 9.9%. El menor porcentaje de inscripción de dependientes fue registrado en la categoría de esposo o invalido con el 0.01 %.

Así mismo, es de resaltar que, en el 2016, la población protegida por la CSS alcanzó 3,026,769 habitantes, es decir al 75.0% de la población total, cifras que al ser comparadas con las cifras del 2015 (2,951,344) mostraron un incremento de 2.6%. Por otro lado, la inscripción de dependientes de asegurados cotizantes fue mayormente de los hijos (a) que reflejaron en 65.6%, padre y/o madre el 20.4 %, esposo o compañero el 11.8 % y la menor proporción fue reportada para la categoría de esposo (a) invalido (a) incluyendo lo compañeros (as) y esposos (as), con el 2.3 %. Los cotizantes activos al 2016 sumaban 1,211,234 personas. Los cotizantes activos para el 2018 correspondían a 1,289,241 personas.

Cuadro No.17. Población protegida por la Caja de Seguro Social en la República, según clase:

Años 2012-18

Clase	2012	2013	2014	2015	2016 (R)	2017 (R)	2018 (P)
Total:	3,116,585	2,805,540	2,877,829	2,951,344	3,026,855	3,102,283	3,202,386
Asegurados cotizantes	1,347,099	1,373,659	1,411,624	1,450,340	1,490,187	1,526,018	1,580,461
Cotizantes activos	1,130,736	1,130,032	1,156,395	1,183,684	1,211,235	1,239,149	1,289,241
Pensionados (1)	216,363	243,627	255,229	266,656	278,952	286,869	291,220
Dependientes	1,769,486	1,431,881	1,466,205	1,501,004	1,536,668	1,576,265	1,621,925
Hijo	1,299,299	1,051,401	1,076,604	1,102,127	1,128,330	1,166,380	1,200,234
Esposa o compañera	283,752	229,615	235,119	240,703	246,428	252,146	259,504
Padre y/o madre	186,268	150,730	154,342	158,013	161,745	157,570	162,009
Esposo o inválido	167	135	140	161	165	169	178

(1) Se refiere a los pensionados por vejez, invalidez, vejez anticipada, sobreviviente, riesgos profesionales y jubilados.

(P) Cifras preliminares.

(R) Cifras revisadas.

Fuente: CS.S. Departamento de Afiliación de las diferentes agencias de la Caja de Seguro Social.

En el análisis de la población asegurada cotizante de la República de Panamá según edad y sexo, para los años 2014 al 2018, refleja que el sexo masculino representa de manera constante, el mayor porcentaje de la población asegurada cotizante, con un 60.0% en 2018.

Para el 2018, se observa que la mayor proporción de la población asegurada cotizante se ubica dentro de las edades de 25 a 44 años, en este bloque de edad se concentran 796,682 asegurados cotizantes, lo que representa el 50.4% cifra que indica que 1 de cada 2 cotizantes tienen entre 25 y

44 años. También es importante mencionar, que el 9.3% de esta población se registra en el grupo de 65 años y más.

Cuadro N.18. Asegurados cotizantes en la República, según sexo y grupos de edad: Años 2014-18

Sexo y grupos de edad	Asegurados cotizantes activos y pensionados				
	2014	2015	2016 (R)	2017 (R)	2018 (P)
Totales:	1,411,624	1,450,340	1,490,187	1,526,018	1,580,461
15-19	23,467	24,111	31,201	30,520	31,611
20-24	119,105	122,372	124,132	125,134	129,596
25-29	183,757	188,797	188,677	192,845	198,341
30-34	196,309	201,693	203,379	208,105	214,710
35-39	183,256	188,282	188,677	191,867	197,653
40-44	162,584	167,043	173,988	177,585	185,978
45-49	136,093	139,827	141,360	145,169	150,153
50-54	109,155	112,149	120,923	125,929	131,171
55-59	89,962	92,429	97,234	101,108	105,593
60-64	75,360	77,427	82,518	85,208	89,402
65 y más	132,576	136,210	138,098	142,548	146,253
Hombres	869,931	893,790	906,832	915,611	948,276
15-19	13,742	14,119	18,834	18,312	18,968
20-24	78,776	80,937	82,517	82,405	85,344
25-29	117,548	120,772	118,393	119,029	122,966
30-34	125,694	129,141	127,362	128,185	132,449
35-39	116,753	119,955	118,394	119,029	123,266
40-44	101,240	104,017	109,424	109,873	116,484
45-49	82,061	84,313	82,532	83,561	85,827
50-54	65,529	67,326	73,563	75,025	77,853
55-59	50,622	52,010	55,623	57,708	59,879
60-64	44,035	45,243	46,641	47,080	48,596
65 y más	73,931	75,957	73,549	75,404	76,644
Mujeres	541,693	556,550	583,355	610,407	632,185
15-19	9,725	9,992	12,367	12,208	12,643
20-24	40,329	41,435	41,615	42,729	44,252
25-29	66,209	68,025	70,284	73,816	75,375
30-34	70,615	72,552	76,017	79,920	82,261
35-39	66,503	68,327	70,283	72,838	74,387
40-44	61,344	63,026	64,564	67,712	69,494
45-49	54,032	55,514	58,828	61,608	64,326
50-54	43,626	44,823	47,360	50,904	53,318
55-59	39,340	40,419	41,611	43,400	45,714
60-64	31,325	32,184	35,877	38,128	40,806
65 y más	58,645	60,253	64,549	67,144	69,609

(P) Cifras preliminares.

(R) Cifras revisadas.

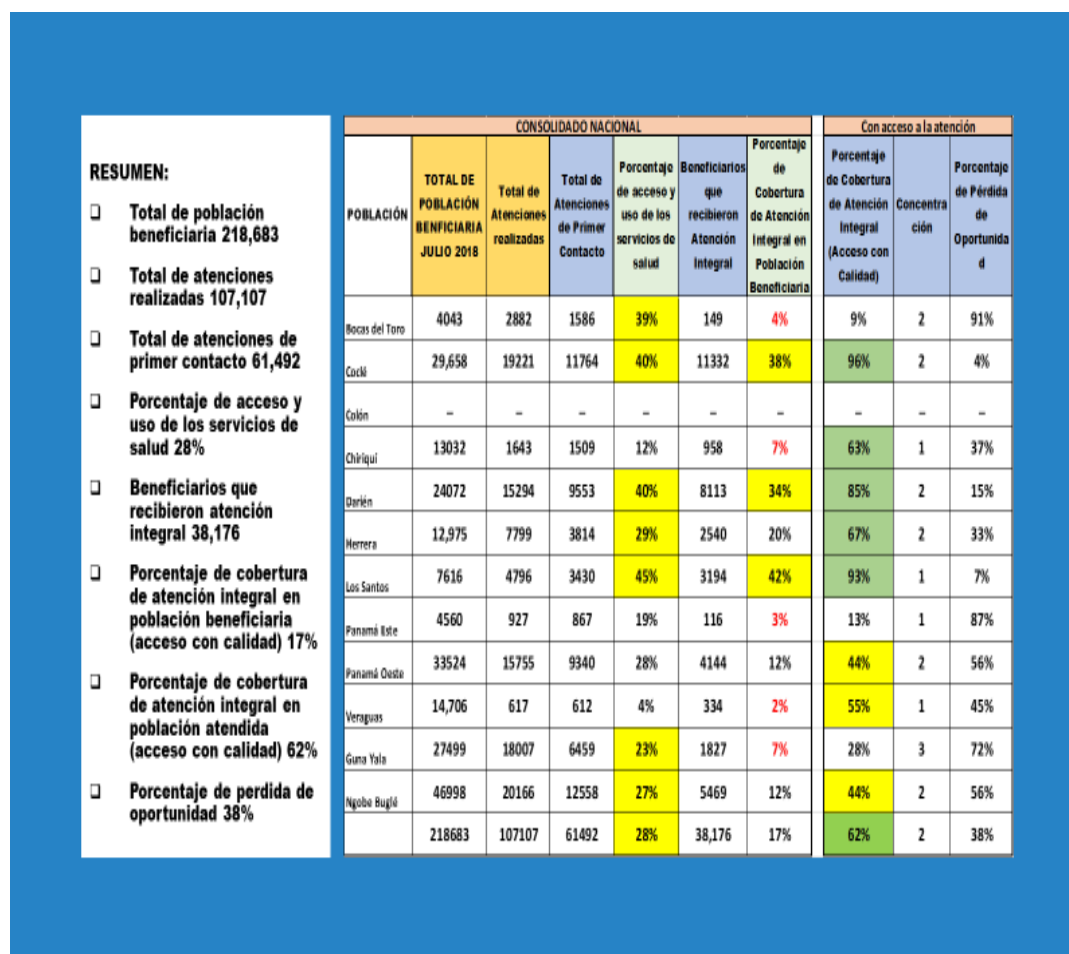
Fuente: Dirección Ejecutiva Nacional de Innovación y Transformación de la Caja de Seguro Social

Indicadores de cobertura y desempeño de la Estrategia de Fortalecimiento de Redes Integradas de Servicios de Salud (FORIS).

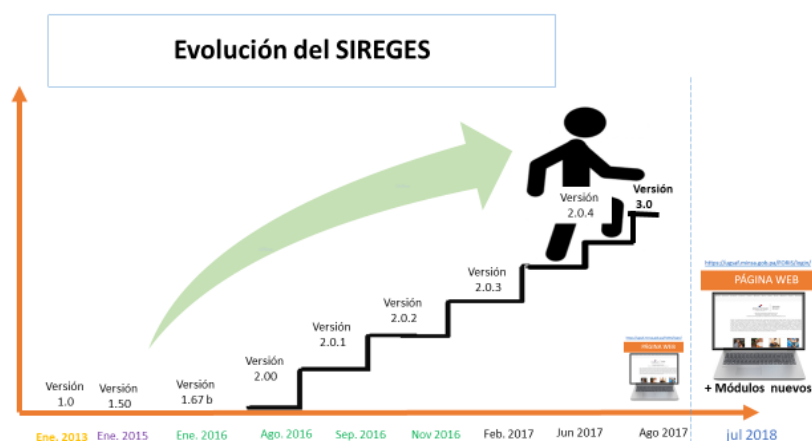
El Programa de Extensión de Coberturas y Fortalecimiento de Redes Integradas de Salud (EEC-FORIS) se implementa en comunidades focalizadas y agrupadas en los denominados Grupos Poblacionales, los cuales están distribuidos en 12 Regiones de Salud de Panamá.

- Durante el período 2019, se inició la ejecución del programa en el mes de marzo, puesto que se estaba trabajando en la implementación de un nuevo modelo de organización de la oferta de servicios, planificación, financiamiento y evaluación de la prestación.
- La Cartera de Prestaciones Priorizadas (CPP) se reorganizó en fichas de atención integral, las cuales recogen las intervenciones priorizadas que el prestador debe ofertar a las personas por curso de vida, durante un año de prestación, en el territorio que está bajo su responsabilidad, para lograr un resultado eficaz en términos de cambios positivos en su estado de salud.
- Esta transición de la reorganización de la cartera de servicios incluyó el desarrollo de la herramienta electrónica **SIREGES WEB**, la cual incluyó además del módulo de evaluación, un módulo de planificación.
- El módulo de planificación tiene el objetivo de dar soporte a los equipos de gestión, poniendo a disposición una herramienta que facilita la elaboración de planes de salud que se deben desarrollar al inicio de la prestación. Ofrece a los supervisores la posibilidad de tener vía web los planes que deben evaluarse y ofrece apoyo técnico.
- Se actualizó el Reglamento Operativo del Programa donde se definieron los alcances de la prestación, el nuevo modelo de evaluación y los indicadores (cuantitativos y cualitativos).
- El nuevo modelo de prestación se ha implementado hasta septiembre 2019 en 57 grupos poblacionales (Fijos e Itinerantes) pertenecientes a la Red Institucional de las 12 Regiones de Salud que están en la EEC.
- Este nuevo enfoque ofrece:
 - Una atención integral y continuada a lo largo del tiempo, enfocada en la persona durante todo su ciclo vital.
 - Hacer énfasis en la prevención y en la promoción, fortaleciendo mensajes claves y buenas prácticas de salud.
 - Mejorar la articulación de la red de servicios asegurando la continuidad de la atención y acceso de las personas a los servicios de salud.

Resultados de FORIS periodo 2019-2020 por Región de Salud, de acuerdo a informe del *Sistema de información del Ministerio de Salud*. 2020



SUBSISTEMA SIREGES



Desde el año 2013, se inició con la implementación de la modalidad local, llamada local puesto que en una misma máquina se encontraba el software y la base de datos individual, sin poderse comunicar con otras máquinas, lo que acarreaba que para poder obtener información se procediera a copiar la base de datos en un Disco compacto (CD) para ser enviada a quien requería tal información, y de esa manera no se detuviera el proceso de captación de datos.

A lo largo de los años, sufrió varias modificaciones en términos de programación para mejorar la captura, hasta lanzar la **versión 3.00** en agosto de 2017, donde se lograron importantes mejoras a este software, ya que se le incorporó un módulo de sincronización, que permitió enviar el 100% de los datos registrados en las bases de datos individuales de cada máquina a una base de datos central en la nube del Ministerio de Salud.

Este acontecimiento propició que paralelamente se llevaran a cabo desarrollos informáticos para la creación de un portal web, a través del cual pudiera el equipo técnico del Ministerio de Salud obtener información sistemática para evaluar la provisión de los servicios de salud y descargar reportes prediseñados para el seguimiento de los beneficiarios.

Actualmente existen dos modalidades:

- Local: Instalado en laptop portátil del MINSA, distribuidas en las 12 Regiones de Salud de la República de Panamá.
- Web: instalado en la nube del MINSA, cuyo acceso (con credenciales) es a través del portal SIREGES <https://ugsaf.minsa.gob.pa/FORIS/login/>.

El subsistema de información SIREGES es una herramienta informática que facilita la captura de datos plasmados en medios físicos, que se generan por los diferentes proveedores de servicios de salud de la CPP, digitalizando documentos o formularios que se utilizan en la atención médica, salud ambiental, consejería y capacitación, entre otras, como también aquellos que se utilizan para la planificación inicial de la prestación de servicios y el seguimiento de la misma; que permitan la toma de decisiones basadas en evidencias.

Otras adecuaciones de la oferta relacionadas al evento pandémico COVID-19

Ante el evento de salud pública de interés internacional por la pandemia del coronavirus y el estado de emergencia nacional decretado por el Gobierno de Panamá debido al aumento de casos, se implementaron acciones como parte del plan operativo nacional del sistema de salud para la prevención y control del nuevo coronavirus, se fortaleció la vigilancia epidemiológica en los puntos de entrada al país (puertos, aeropuertos y puestos fronterizos), la capacidad instalada de los hospitales nacionales de referencia, la red primaria para el manejo de casos y el acondicionamiento de áreas para triage respiratorio.

Para una coordinación más efectiva y dar una respuesta oportuna a la población afectada en cuanto a la disponibilidad de camas y un traslado seguro desde el domicilio del paciente a hoteles-hospitales, albergues, hospitales y de la red primaria a instalaciones de salud con mayor nivel de complejidad y capacidad resolutoria; se activó el Centro Regulador de Urgencias y Emergencias Médicas (CRUEM). El CRUEM ubicado en el edificio 237, Ministerio de Salud, planta baja, labora 24 horas al día los 7 días de la semana, conformado por profesionales de salud idóneos entre médicos especialistas, general, técnico de urgencias médicas y radio operadores.

La Dirección de Provisión de Servicios de Salud, como garante de la efectiva cobertura de los servicios de salud, aplica mecanismos que le permiten la aprobación de jornadas extraordinarias (turnos), mismos que están en concordancia con marco jurídico nacional, que incluye los siguientes Decretos Ejecutivos: Nº. 330 del 8 de noviembre de 2017, Nº. 356 del 20 de septiembre de 2018 y Nº.178 del 27 de mayo de 2019, todos ellos regulan las jornadas extraordinarias (turnos) que realizan los profesionales y técnicos de salud, así como aquellos que se reconozcan al personal administrativo que se desempeña en las áreas hospitalarias y otras instalaciones de Salud de primer nivel de atención. El pago de jornadas extraordinarias forma parte del conjunto de estrategias aplicadas en la red pública de servicios de salud cuyo objetivo durante esta pandemia ha sido garantizar el servicio 24/7 y por tanto, el acceso a la cartera de servicios en la red pública de servicios de salud ambulatorios y hospitalarios, apoyando la implementación del conjunto de estrategias de intervención que se han estado implementado.

Se fortaleció la atención de salud en el primer nivel a través de la Telesalud, que incorpora la Teleconsulta, esta innovación se desarrolló con el propósito de brindar una atención de control de

enfermedad crónica por vía telefónica, desde el Centro de Contacto del Ministerio de Salud a pacientes de 60 años y más con enfermedades crónicas. La primera fase del proyecto estuvo dirigida a la atención de pacientes que regularmente demandan servicios en las instalaciones de salud de Torrijos Carter, Veranillo y Parque Lefevre.

De esta manera se asegura que el paciente reciba una atención oportuna sin tener que acudir a una instalación de salud de mayor complejidad, evitando las descompensaciones de sus patologías crónicas y disminuyendo la demanda de atención en los cuartos de urgencias de la red hospitalaria.

En general, todo el sector salud se ha volcado a adaptar la oferta de sus servicios regulares ante las circunstancias ocasionadas por evento pandémico COVID-19, que de manera inesperada hizo su aparición en el mundo a fines de 2019 y que fue declarada pandemia el 11 de marzo de 2020.

En Panamá, se registra el primer caso de COVID-19 el 9 de marzo de 2020, si bien entre enero y marzo de 2020 se estuvo trabajando en la etapa de preparación y se efectuaron adaptaciones ante la inminente amenaza de la COVID-19, los mayores ajustes que se dieron en la oferta suceden en los meses siguientes, para compensar la demanda generada al aumentar los contagios y poder contener la pandemia de la mejor manera posible.



Caracterización del sistema de salud

Caracterización del sistema regional y proyecciones - Organización y Funcionamiento

El Sistema de Salud está conformado instalaciones del sector público de salud y del sector privado con una población de responsabilidad estimada en 40% para el MINSA, 60% para la CSS y 15% que se atiende en el sector privado teniendo acceso a ambos sistemas (público y privado). El sector público de salud cuenta con 910 instalaciones de salud de las cuales 831 pertenecen al

MINSAL y 79 a la CSS. Todas las instalaciones de salud del país conforman la red de servicios de salud que está en permanente evaluación y gestión de cambio a fin de poder adaptarse a las nuevas exigencias de la demanda, perfeccionamiento de la promoción de la salud, prevención

de las enfermedades en todas las esferas requeridas y a las innovaciones en la práctica clínica, lo que implica un reto permanente en materia de organización y funcionamiento del Sistema de Salud y su respectiva red de servicios. A pesar de que la población beneficiada por la seguridad social es mayor, la Caja de Seguro Social cuenta con un número menor de instalaciones de salud que el Ministerio de Salud, siendo que este último concentra el 91.3% del total de las. Instalaciones de la red pública del país.

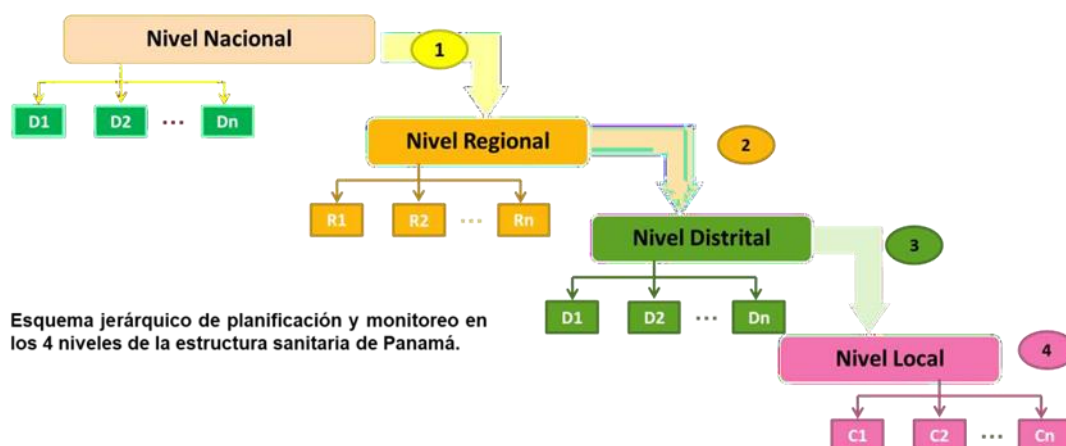
El MINSAL es el ENTE RECTOR de la salud en el país, ejerce el rol de Rectoría de la Salud abordando las dimensiones de salud desarrollando las funciones de regulación, conducción, funciones esenciales de salud pública, modulación del financiamiento, vigilancia del aseguramiento y armonización de la provisión de servicios, de las cuales las tres primeras son intransferibles. La Constitución de la República y el Decreto 1 de 1969 le otorga la responsabilidad de liderar y conducir el Sector Salud, por lo tanto, determina y conduce la Política de Salud y el Plan Nacional de Salud del país. El Nivel Nacional es un ente conductor, normativo técnico para lo cual convoca a los actores involucrados en salud, elabora las Normas de los Programas de Salud, da seguimiento, monitorea y evalúa las acciones del sector, entre otros aspectos. Así mismo, el nivel regional ejerce una función de vigilancia y control en sus áreas de competencia y entre otras cosas operativiza el Plan Nacional de Salud, para lo cual trabaja de la mano con los equipos técnico-administrativos tanto regionales, como locales. Las entidades locales, además ejercen funciones de provisión de servicios de salud, que comprenden la promoción de la salud, prevención, curación, rehabilitación y cuidados paliativos.

El MINSAL cuenta con una estructura orgánica funcional que consta de tres (3) niveles: nacional, regional y local, mismos que cuentan con sus funciones, responsabilidades y competencias, bien definidas en el Manual de Organización y Funciones del MINSAL.

La Política de Salud y Lineamientos Estratégicos 2016- 2025 incluye objetivos estratégicos y líneas de acción por lo cual las actividades que se desarrollan deben tener correspondencia con los mismos. Para el seguimiento a la formulación y desarrollo de los Planes Operativos Anuales (POA's) de las

unidades ejecutoras nacionales, regionales y locales, incluidos los hospitales, existe el Sistema de Monitoreo y Evaluación del Plan Nacional de Salud que una plataforma tecnológica (conocida como SIMEPLANS), que es utilizada institucionalmente. Con la finalidad de utilizar dicha plataforma en el sector se ha capacitado personal de las instituciones del Sector Salud, para que con ello lograr que se integren al uso de esta herramienta, la que viabiliza y apoya tecnológicamente los aportes de cada entidad del sector al Plan Nacional de Salud, como el seguimiento del cumplimiento de las Políticas Nacionales de Salud y de otros compromisos nacionales, tal es el caso de los Objetivos de Desarrollo Sostenible.

SIMEPLANS cuenta con un sistema de semaforización que facilita el monitoreo, seguimiento y evaluación del Plan Nacional de Salud. Este sistema se basa en colores rojo, amarillo y verde, donde el color rojo significa que no se ha cumplido con lo programado, el color amarillo que se ha cumplido parcialmente con lo programado y el color verde significa que se cuenta con las evidencias que indican se ha cumplido con lo programado. La Dirección Nacional de Planificación de Salud (DIPLAN que ejerce el rol de conducción, da seguimiento al cumplimiento de los Planes Operativos (POA's) nacionales, regionales y locales, instrumentos que en su conjunto contribuyen con el alcance del Plan Nacional.





Las diferentes estructuras, desarrollan sus actividades desde la promoción, prevención, atención, rehabilitación, docencias, capacitaciones, investigaciones, basadas en las normas establecidas, con objetivos claramente definidos, que son monitoreadas y evaluadas, se definen limitantes debilidades y estrategias de mejoras para corregir y seguir adelante, adicional el registro de los datos brindan la información que se traduce en resultados, logros, metas cumplidas como indicadores de salud que forman parte de las salidas del sistema en la organización.

Desde la Presidencia de la República se conformó una Comisión de Alto Nivel (CAN), como entidad asesora del sector público de salud, que está conformada por profesionales del MINSA, CSS, representantes de los trabajadores organizados de la salud y los pacientes. Esta entidad procura apoyar a las entidades del sector en el proceso de Unificación del Sistema Público de Salud,

La CAN ha planteado la necesidad de iniciar el proceso paulatino con una coordinación funcional MINSA- CSS, para avanzar hacia una integración y posteriormente a la Unificación del Sistema Público de Salud, dado que actualmente contamos con un Sistema de Salud Público segmentado, con elevados costos de la atención de salud y duplicidad en la prestación y gestión de los servicios de salud.

Desde el año 2014, se vienen implementando en las instalaciones de salud el Sistema Electrónico de Información de Salud (**SEIS**), con el objetivo de mejorar las soluciones informáticas integrales, innovadoras y de calidad, que redundan en beneficio del personal de salud y como consecuencia de los pacientes, brindando una atención expedita y de calidad. En la actualidad 191 instalaciones del

Ministerio de Salud cuentan con este sistema, en dos versiones. xHis que es utilizada en las instalaciones de tercer nivel, y el eSiap, aplicada en las instalaciones de primer nivel de atención.

A partir del mes de agosto del 2021, el Ministerio de Salud, cumpliendo con el compromiso de avanzar con la modernización de las plataformas tecnológicas, desarrolló el proceso de migración de las aplicaciones tecnológicas del Sistema Electrónico de Información de Salud xHis y eSiap, a el ESCRITORIO CLÍNICO, que es una sola aplicación que unifica las ya existentes, permitiendo la interacción entre ambas, y mejorando las soluciones integrales, que redundan en beneficio de la atención oportuna y de calidad de los pacientes.

Niveles de Atención y Cartera de Servicio.

Desde la perspectiva organizacional, los niveles de atención tienen una conformación definida, competencias establecidas y carteras de servicios que permiten desarrollar dichas competencias. Es así como a continuación pueden observarse esas características.

1er. NIVEL DE ATENCIÓN

Puesto de Salud

- Dependencia; Centro de Salud.
- Ubicación; Áreas rurales de difícil acceso.
- Recurso Humano; ayudante de Salud o Asistente Salud.
- Atendido Periódicamente, equipo básico de Salud del centro de Salud responsable o por el equipo de salud itinerante.

Cartera de Servicio: Promoción y prevención de la Salud; Primeros Auxilios, otros.

Sub centro de Salud

- Dependencia; Centro de Salud.
- Ubicación; áreas de Difícil acceso.
- Recurso Humano; Auxiliar de Enfermería (Técnico) o Enfermera permanente.
- Atención Periódica; Equipo básico de Salud del Centro de Salud que dependen o por equipo de Salud Itinerante.

Cartera de Servicio:

Promoción y prevención de la Salud; Primeros Auxilios; Atención Médica y enfermería programada a la Población (controles de Salud y Atención de Morbilidad).

Centros de Promoción de la Salud

- Dependencia; Centro de Salud.
- Ubicación; áreas de la comunidad.
- Recurso Humano; Participa el equipo básico de salud.

Cartera de Servicio: Participación Social y Educación; Comunicación para la Salud;

Organización comunitaria.

Centros de Salud Básico

Recurso Humano: médico, odontólogos, enfermeras, auxiliares o técnica de enfermería, farmacéuticos, Inspector de Saneamiento Ambiental y Vectores, otros.

Cartera de Servicio: Promoción y Prevención de la Salud; Diagnóstico y tratamiento de problemas de Salud; Saneamiento básico y ambiental.

Centro de Salud con Especialidad Cartera de Servicio

- Promoción de la Salud.
- Prevención de la Salud.
- Atención en general, controles de salud, otros.
- Servicios de Urgencias Diagnóstico y tratamiento de problemas de salud por Medicina General y Especialistas. Servicios de apoyo al diagnóstico y tratamiento, como laboratorios, radiografías, farmacias otros.
- Saneamiento básico y Ambiental.

Centro de Salud con Camas

Recurso Humano: Médicos Generales y Especialistas, Odontólogos, Enfermeras, auxiliares o Técnico de Enfermería, Farmacéutico, Laboratorista, Técnica de Saneamiento Ambiental, y/o vectores, Especialistas de Gineco-Obstetricia, Pediatría y otros según perfil epidemiológico.

Cartera de Servicio

- Promoción de la Salud.
- Prevención de la Salud.
- Atención en general, controles de salud, otros
- Diagnóstico y tratamiento de problemas de salud.
- Apoyo al diagnóstico y tratamiento (laboratorio, farmacia, radiólogos y otros).
- Saneamiento básico y ambiental.
- Atención de parto normal.

Características: Mayor capacidad resolutive, Dotado de camas, Actúa como centro de

referencia para Centros Básicos.

MINSA - CAPSI

Recurso Humano: Médicos Generales y Especialistas Gineco-Obstetricia, Pediatría, Odontólogos, Enfermeras, auxiliares o Técnico de Enfermería, Farmacéutico, Laboratorista, Técnica de Saneamiento Ambiental, y/o vectores y otros según perfil epidemiológico.

Cartera de Servicio

- Promoción de la Salud.
- Prevención de la Salud.
- Atención en general, controles de salud, otros. Diagnóstico y tratamiento de problemas de salud. Apoyo al diagnóstico y tratamiento (laboratorio, farmacia, radiólogos y otros).
- Saneamiento básico y ambiental.
- Centro de referencia.
- Atención de parto normal.

Características

Instalación de mayor grado de complejidad que busca desarrollar un nuevo modelo de instalación incorporando recursos humanos y tecnología de información y comunicación (TICs) que facilite a la población una atención integral, continua e integrada a la red de servicios a nivel regional y nacional, en el marco de la Estrategia Renovada de Atención Primaria de Salud y acorde al modelo de Atención Individual, Familiar, Comunitario y Ambiental.

- Fortalecer la estrategia de atención primaria de salud Mejoramiento de la calidad de atención en los servicios de salud del país.
- Incrementar las coberturas de atención a las áreas de mayor pobreza e inaccesibilidad.

CENTRO REINTEGRA

- Recurso Humano: Estos centros de atención integral funcionan con un equipo multidisciplinario integrado por terapeuta de lenguaje, terapeutas ocupacionales, fisioterapeutas, fonoaudiología, trabajador social y psicología.
- Carteras de Servicios de Salud
- Cuenta con fonoaudiología, medicina física (fisioterapia), problemas de lenguaje y sicología, estimulación temprana, lesiones, parálisis cerebral, parálisis facial, movilidad reducida, fracturas de codo, mala postura, entre otras.

Características:

- La inclusión y la atención a personas con diferentes tipos de discapacidad física y sensorial fueron creadas para descentralizar la atención.
- Describir la patología o enfermedad, identificando su causa, sus repercusiones en la vida cotidiana, su evolución en el futuro, y las expectativas de mejora.
- Determinar las necesidades de tratamiento del paciente y su familia.
- Plantear objetivos de tratamiento realista y comprobable.

Además, permite establecer los criterios base a partir de los cuales se espera una mejora, lo que facilita valorar el cumplimiento de los objetivos terapéuticos planteados.

2do. NIVEL DE ATENCIÓN

Poli centro de Salud

Recurso Humano: Médicos Generales y Especialistas, Odontólogos, Enfermeras, auxiliares o Técnico de Enfermería, Farmacéutico, Laboratorista, Técnica de Saneamiento Ambiental, y/o vectores, Especialistas de Gineco-Obstetricia, Pediatría y otros según perfil epidemiológico.

Cartera de Servicio:

- Promoción de la Salud.
- Prevención de la Salud.
- Atención en general, controles de salud, otros.
- Centro de referencia.
- Diagnóstico y tratamiento de problemas.
- Cirugía ambulatoria.
- Urgencias.
- Apoyo al diagnóstico y tratamiento (laboratorio, farmacia, imagenología, radiografías y otros).
- Saneamiento básico y Ambiental.

Características:

- Es un centro ambulatorio, de referencia a todos los centros de salud de menor complejidad de la red de servicios de Salud.
- Brinda atención enfatizando en un diagnóstico oportuno, la terapia eficaz y eficiente y la rehabilitación precoz y la investigación clínica y biopsicosocial.

Hospital de Área

- Ubicación; áreas rurales, alejada de la cabecera de provincia.
- Recurso Humano: Médicos Generales y Especialistas, Odontólogos, Enfermeras, auxiliares o Técnico de Enfermería, Farmacéutico, Laboratorista, Técnica de Saneamiento Ambiental, y/o vectores, Especialistas de Gineco-Obstetricia, Pediatría y otros según perfil epidemiológico.

Cartera de Servicio

- Atención ambulatoria.
- Promoción de la Salud.
- Prevención de la Salud.
- Atención en general, controles de salud, otros.
- Diagnóstico y tratamiento de Problemas de la Salud.
- Urgencias las 24 Horas.
- Apoyo al diagnóstico y tratamiento (farmacia, laboratorio, radiografías y otras).
- Hospitalización.
- Salud ambulatoria.

Características

Completa la capacidad resolutive de las instalaciones de menor complejidad y realizan servicios ambulatorios y de hospitalización.

Hospitales Regionales

Recurso Humano; médico especialistas y subespecialistas según perfil epidemiológico, enfermeras, técnica de enfermería y/o auxiliares de enfermería, laboratorista, farmacéutico, radiólogo, nutricionista, psicóloga, trabajador social y técnica de apoyo al sistema de atención.

Cartera de servicio

- Atención ambulatoria.
- Hospitalización en medicina Interna, Gineco-obstetricia, pediatría, psiquiatría, cirugía y medicina General.
- Apoyo al diagnóstico y tratamiento (fisioterapia, imagenología, laboratorio, farmacia).
- Urgencia las 24 horas.

Características

- Centro de referencia final de la demanda de la atención en la Región de Salud.
- Recibe referencia de las Instalaciones del II y I nivel de atención.

3er. NIVEL DE ATENCIÓN

HOSPITALES NACIONALES

Recurso Humano: médicos especialistas y subespecialistas según perfil epidemiológico, enfermeras, técnica de enfermería y/o auxiliares de enfermería, laboratorista, farmacéutico, radiólogo, nutricionista, psicóloga, trabajador social y técnica de apoyo al sistema de atención.

Cartera de Servicio

- Atención ambulatoria.
- Hospitalización en medicina Interna, Gineco-obstetricia, pediatría, psiquiatría, cirugía y medicina General.
- Apoyo al diagnóstico y tratamiento altamente especializados (fisioterapia, imagenología, laboratorio, farmacia),
- Servicio de Urgencia de alta resolución.
- Consulta quirúrgica, cirugía general y cirugía especializada.
- Consulta Médica, Consulta externa y especialidades.
- UCI unidad de cuidados intensivos y semi intensivos, coronaria y de quemados.
- Banco de sangre.
- Resultados de patología.
- Lavandería y dietética.

Características

- Centro de referencia final de la demanda de la atención a nivel nacional.
- Recibe referencia de las Instalaciones del II y I nivel de atención.
- Atención especializada.
- Sede de educación universitaria en Salud tanto en pregrado como en postgrado en su campo específico de acción.
- Son Instalaciones de alta tecnología.

Hospitales Supra Regionales

Recurso Humano: médicos, médicos especialistas y subespecialistas según perfil epidemiológico, enfermeras, técnica de enfermería y/o auxiliares de enfermería, laboratorista, farmacéutico, radiólogo, nutricionista, psicóloga, trabajador social y técnica de apoyo al sistema de atención.

Cartera de Servicio

- Sub especialidades quirúrgicas
- Unidad Coronaria de cuidados intensivos.
- Trasplantes de órganos y tejidos
- Servicios de urgencia de alta resolución
- Servicios auxiliares de diagnóstico y tratamientos altamente especializados.

Características

La estructura de un hospital está especialmente diseñada para cumplir las funciones de prevención, diagnóstico y tratamiento de enfermedades.

Instituto Especializado

Recurso Humano: Equipo multidisciplinario: médicos, médicos especialistas, cirujanos, enfermeras, auxiliares, otros.

Cartera de servicio: Atención ambulatoria, pre y post hospitalaria de alta complejidad y de internación hospitalaria de especialidades y subespecialidades.

Características

Constituyen Instalaciones de referencia para la atención de todos los niveles de complejidad.

Ofrecen la más alta tecnología de servicios para satisfacer las necesidades de un sistema orgánico. Para investigaciones científicas y/o atención patológica específica como el cáncer y rehabilitación.

Centros Nacionales Especializados en Salud

Recurso Humano: Equipo multidisciplinario: médicos, médicos especialistas, cirujanos, enfermeras, auxiliares, otros.

Cartera de Servicios

- Atención ambulatoria pre y post hospitalaria de alta complejidad y de internación
- hospitalaria de especialidades y subespecialidades.
- Constituyen instalaciones de referencia para la atención de todos los niveles de complejidad.
- Dirigidos a ofrecer la más alta tecnología.
- Trasplantes de órganos de tejidos
- Centros toxológicos.
- Tratamiento de cáncer.

- Politraumatismos, quemaduras de gran extensión corporal.
- Atención de enfermedades secuelizantes.

Características

En estas unidades serán previstas las atenciones por patologías específicas que requieran de alta tecnología.

En otro aspecto, surgen proyectos como MI SALUD PRIMERO, donde se establece la inversión 50 millones de balboas en el mejoramiento de toda la red primaria de instalaciones, para el 2016.

Cuadro No.19. Capacidad en las instalaciones de salud, según servicio. por provincia, comarca indígena: marzo 2019.

	Total		Bocas del Toro	Coclé	Colón	Chiriquí	Darién	Herrera	Los Santos	Panamá		Panamá Oeste	Veraguas	Comarca Indígena	
	Número	Porcentaje (3)								Ciudad	Resto de la provincia			Kuna Yala	Ngäbe Buglé
Total:	9,012	100	317	548	462	1,763	139	421	364	3,135	911	371	454	63	64
Camas	8,205	91	280	503	437	1,638	126	394	343	2,782	846	348	412	49	47
Camas de hospitalizaci	6,216	69	212	390	343	1,033	105	340	268	2,249	616	292	332	36	-
Medicina General	330	3.7	25	14	24	47	72	18	42	5	5	30	15	33	-
Medicina Interna	899	10	44	98	80	95	-	56	33	255	90	108	40	-	-
Ginecología	493	5.5	-	68	68	42	-	16	4	151	63	57	24	-	-
Obstetricia	557	6.2	39	1	-	135	7	39	22	217	31	-	66	-	-
Pediatría	1,045	11.6	78	64	34	199	19	32	19	424	83	37	56	-	-
Cirugía	771	8.6	26	83	80	79	6	54	19	273	87	25	39	-	-
Ortopedia	266	3	-	18	2	81	-	36	9	61	13	10	36	-	-
Oftalmología	10	0.1	-	1	1	4	-	1	-	1	-	1	1	-	-
Otorrinolaringología	32	0.4	-	-	-	4	-	10	1	11	5	-	1	-	-
Psiquiatría	114	1.3	-	1	1	19	-	-	-	64	-	21	8	-	-
Neumología	78	0.9	-	3	1	13	-	-	-	48	1	-	12	-	-
Cardiología	125	1.4	-	1	-	35	-	4	7	72	-	1	5	-	-
Urología	65	0.7	-	1	1	6	-	16	1	15	8	-	17	-	-
Otros (4)	1,431	15.9	-	37	51	274	1	58	111	652	230	2	12	3	-
Camas de observación	1,035	11.5	54	68	69	198	12	38	43	279	102	53	64	13	42
Camas de recobro	662	7.3	12	24	9	346	9	7	28	96	113	3	10	-	5
Camas de cuidados int	292	3.2	2	21	16	61	-	9	4	158	15	-	6	-	-
Cunas de recién nacidos	807	9	37	45	25	125	13	27	21	353	65	23	42	14	17

Fuente: INEC. CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA DE PANAMÁ

Se observa un incremento sostenido del recurso médico, tanto en medicina general como en medicina especializada. En 2017 se contaba con 6,513 médicos, cifra que aumentó a 6,706 en 2018 y a 6,932 en 2019. El porcentaje de médicos especialistas alcanzó en ambos años (2018 y 2019) cifras porcentuales cercanas al 47.0%, lo que indica que cerca de 1 de cada 2 médicos nombrados era especialista. Por otro lado, cerca de 4 de cada 10 médicos contratados eran

médicos generales con cifras porcentuales de 39.9% en 2018 y 42.0% en el 2019, lo que representa un incremento de 2% en la proporción de médicos generales nombrados en 2019 con respecto al 2018. En tanto que, un porcentaje ligeramente más elevado de médicos internos y residentes fue nombrado en el 2018, con un diferencial de 1% para cada categoría profesional.

Cuadro No.20. Médicos(as) en las instalaciones de salud en la República, por sexo, según especialidad. Marzo de 2018-19.

Especialidad	Médicos(as)							
	2018				2019			
	Número	Porcentaje	Sexo		Número	Porcentaje	Sexo	
			Hombres	Mujeres			Hombres	Mujeres
Total	6,706	100	3,735	2,971	6,932	100	3,852	3,080
Con especialidad	3,183	47.5	2,009	1,174	3,269	47	2,059	1,210
Medicina General	2,676	39.9	1,331	1,345	2,912	42	1,457	1,455
Médicos(as) Residentes	307	4.6	162	145	259	3.7	121	138
Médicos(as) Internos(as)	522	7.8	222	300	472	6.8	203	269
Catedráticos(as) Universitarios(as)	18	0.3	11	7	20	0.3	12	8

(1) La información fue suministrada por la instalación en la cual presta servicio, y en algunos casos, con base en la mayor jornada de trabajo.

(2) La diferencia que se observa entre los subtotales y los parciales se debe al redondeo. Cantidad nula o cero.

Fuente: INEC

De igual forma, se observa un incremento sostenido del nombramiento del recurso odontológico, tanto general como especializado. Para el 2017 se contaba con 1,246 odontólogos, cifra que aumentó a 1,284 en 2019. Los porcentajes de odontólogos generales y especialistas se encuentran muy distantes, alcanzando para 2019 tan solo un 21.8% de odontólogos especialistas y un 71.6% de odontólogos generales, lo que denota las limitantes de acceso a la atención odontológica especializada por parte de la población en general.

Cuadro No.21. Odontólogos(as) en las instalaciones de salud en la República, por sexo, según especialidad. Marzo de 2018-19

Especialidad	2018				2019			
	Número	Porcentaje	Sexo		Número	Porcentaje	Sexo	
			Hombres	Mujeres			Hombres	Mujeres
Total	1,232	100	477	755	1,284	100	507	777
Con especialid:	279	22.6	124	155	280	21.8	123	157
Odontología G	876	71.1	313	563	919	71.6	345	574
Odontólogo(a)	28	2.3	16	12	29	2.3	13	16
Odontólogo(a)	6	0.5	2	4	1	0.1	1	-
Catedrático(a)	43	3.5	22	21	55	4.3	25	30

La información fue suministrada por la instalación, en la cual presta servicio, y en algunos casos, con base en la mayor jornada de trabajo.

Fuente: INEC

El equipo de enfermería para el año 2019, se incrementó en un 11% con relación al año 2018. El mayor incremento lo representó el aumento de contrataciones (659 nombramientos), de

enfermeras(os) básico que incluye técnicos de enfermería e instrumentistas. El número de personal en este cargo representa el 70.8 por ciento del total en el año 2019.

Cuadro No.22. Enfermeras(os) en las instalaciones de salud en la República, por sexo, según especialidad. Marzo de 2018-19

Especialidad	2018				2019			
	Total	Porcentaje	Sexo		Total	Porcentaje	Sexo	
			Hombres	Mujeres			Hombres	Mujeres
Total	6,256	100	597	5,659	6,913	100	705	6,208
Con especialidad	1,139	18.2	51	1,088	1,146	16.6	49	1,097
Licenciatura en Ciencias de Enfermería	795	12.7	53	742	786	11.4	49	737
Enfermeras(os) básicas (Incluye instrumentistas)	4,237	67.7	491	3,746	4,896	70.8	604	4,292
Catedráticas(os) Universitarias(os) (Incluye Docencia)	85	1.4	2	83	85	1.2	3	82

Fuente: Datos del INEC. Elaboración de DASTS

Sistemas Regionales de Salud

El sistema de salud de Panamá se organiza en 15 regiones de salud que se han organizado con la finalidad de ofrecer servicios de salud más efectivos, eficientes y equitativos a las diferentes poblaciones del país. En general coinciden con la división geográfica del país, excepto para las provincias de Panamá, Bocas del Toro y Chiriquí. Cada región cuenta con una población de responsabilidad, aunque se aplican criterios de accesibilidad geográfica y no se niega a la atención a ninguna persona nacional o extranjera que solicite servicios de salud en las instalaciones públicas que conforman las redes regionales de prestación de servicios. En los sistemas regionales de salud también se integran las instalaciones privadas.

Sistemas Regionales de Salud. República de Panamá. Año: 2019





Instrumentos de gestión

Evaluación de las Funciones Esenciales de Salud Pública

La conducción, la regulación y el desempeño de las once (11) Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP) son consideradas como responsabilidades exclusivas de la Autoridad Sanitaria Nacional (ASN), mientras que la armonización de la provisión de los servicios de salud, la modulación del financiamiento y la vigilancia del aseguramiento, son responsabilidades compartidas con otras

instancias tanto del sector salud como a nivel intersectorial. Las funciones esenciales de salud pública se identifican como un componente común y transversal, tanto a las responsabilidades exclusivas como a las compartidas de la Autoridad Sanitaria Nacional.

El Ministerio de Salud, en colaboración con la Organización Panamericana de la Salud (OPS), consideró oportuno y de importancia evaluar el desempeño de las Funciones Esenciales de Salud Pública, permitiendo analizar el grado de avance en el desarrollo de esta dimensión rectora indelegable y de las capacidades existentes, en miras del fortalecimiento de la salud pública en Panamá.

Los resultados de la medición del desempeño de las FESP deben permitir al Ministerio de Salud la identificación de aquellos factores críticos a considerar, para desarrollar planes o estrategias de fortalecimiento de la “infraestructura” de salud pública, entendida como el conjunto de recursos humanos, fórmulas de gestión y recursos materiales necesarios para dicho propósito.

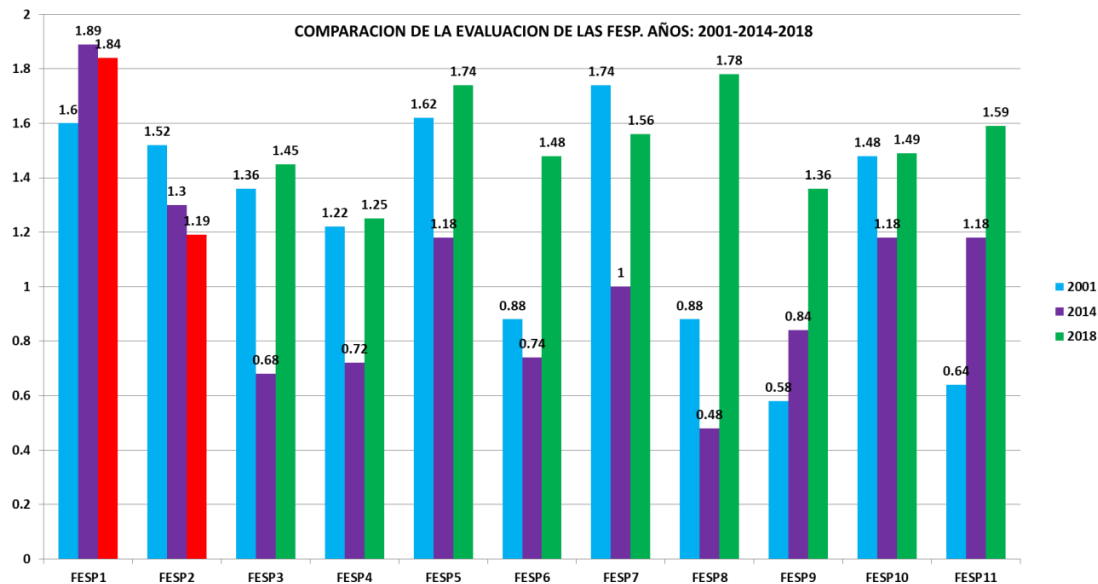
Esta medición resulta aún más pertinente en períodos como el actual, marcado por el impostergable desafío de hacer el Sistema de Salud más adecuado a la satisfacción de las necesidades de salud de la población. En estos procesos, la salud pública está llamada a jugar un rol fundamental, ya que es en su ámbito de acción donde se juega la posibilidad de lograr mayor equidad en el acceso a mejores condiciones de salud.

El objetivo de la medición del desempeño de las Funciones Esenciales de Salud Pública es identificar las fortalezas y las debilidades de la práctica de la salud pública para permitir un diagnóstico operacional de las áreas de trabajo que requieren mayor apoyo. Otro de sus objetivos es fortalecer la infraestructura de salud pública, entendida en su sentido más amplio, para incluir las capacidades humanas y materiales necesarias para el buen desempeño de su práctica.

Como Antecedentes podemos acotar que para el Año 2001, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en colaboración con el Centros de Control y Prevención de Enfermedades (CDC), Centro Latinoamericano de Investigaciones en Sistemas de Salud (CLAISS) y en amplia consulta regional, desarrolló un instrumento de medición del desempeño de las Funciones Esenciales de Salud Pública, propias de la Autoridad Sanitaria Nacional (ASN), como parte de la iniciativa "La Salud Pública en las Américas".

Este instrumento, después de ser probado en tres países de la Región – Bolivia, Colombia y Jamaica – fue presentado ese año al Consejo Directivo de la OPS y se aprobó una resolución que promovía su aplicación en la Región. Por su parte, la Reunión de Secretarios de Salud de Centroamérica y la República Dominicana (RESSCAD) resolvió su aplicación en los países de la subregión y la presentación del informe preliminar en el seno de dicha instancia en agosto de

Gráfico No.52. Resultado de la Evaluación de la FESP 2018



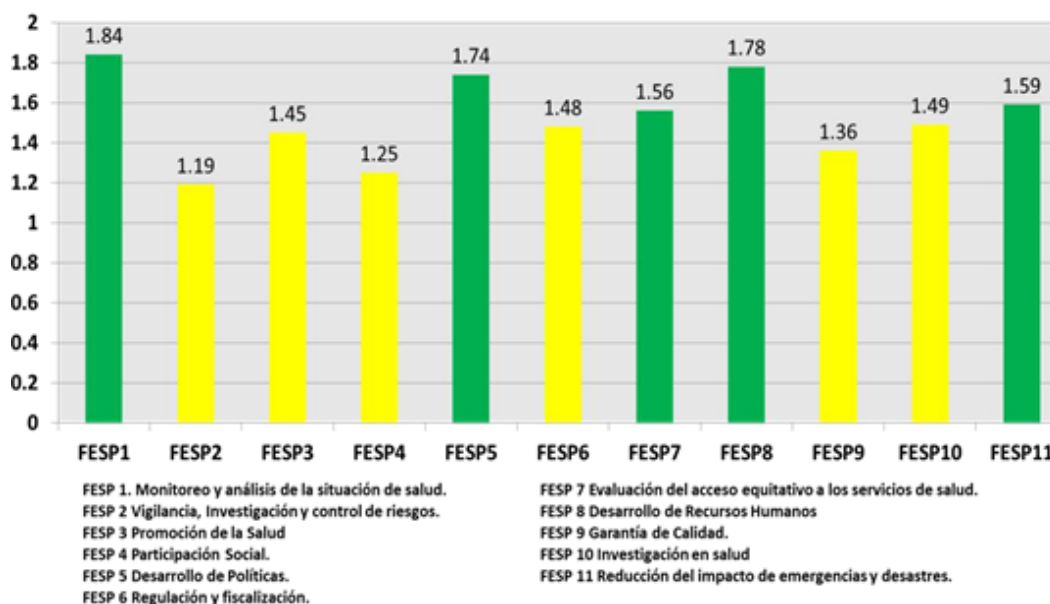
Esta medición resulto pertinente para el periodo actual, marcado por la declaración explícita de “cambiar” y hacer el sistema de salud más adecuado a la satisfacción de las necesidades de salud de la población.

Dado que en el país se toman decisiones hoy respecto al destino de los recursos dirigidos al apoyo de los procesos de fortalecimiento del sistema de salud para logro de la cobertura universal en salud y bienestar, contar con diagnósticos precisos de las áreas de mayores carencias en materia de desarrollo de la salud pública resulta valioso a la hora de tomar decisiones de inversión dirigidas a su fortalecimiento. La medición precisa de las falencias actuales es muy importante para el gobierno y para las agencias de cooperación técnica y financiera involucradas en salud.

Finalmente, hoy está presente en todos los procesos de cambio, es la introducción de una cultura de evaluación de resultados derivados del uso de ingentes y crecientes recursos que se destinan al cuidado de la salud de la población. El instrumento de medición propuesto se orientó

fundamentalmente a la medición del desempeño de las autoridades sanitarias en materia de salud pública. El resultado de su aplicación y el análisis dinámico de los resultados obtenidos se invertirán en el cierre de las brechas de recursos, capacidades y procedimientos previamente detectados.

Gráfico No.53. Resultados de la evaluación intermedia de las Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP) en Panamá. Año 2018



Fuente: Datos de DIPLAN - MINSA

Evaluación de la calidad de las historias clínicas

La historia clínica constituye la piedra angular de todo el sistema de información sanitario a nivel primario y hospitalario, por tal razón, la calidad de la misma es un tema esencial y se materializa en las siguientes áreas:

- Manuales de procedimiento para el cumplimiento del registro de los documentos clínicos y la organización de la historia clínica en forma de guías y protocolos de atención.
- La monitorización y evaluación de historias clínicas para determinar su calidad y proponer medidas de mejora.
- La auditoría de expedientes clínicos es un estudio sobre la historia clínica que se llevan a cabo de forma habitual para conocer su calidad y que se basan en la revisión de los documentos de esta.
- La historia clínica es un documento esencial para la asistencia sanitaria, y ha de reunir una serie de características en cuanto a: contenido informativo, ordenamiento lógico, carácter documental y legitimidad legal.

El proceso de auditoría es una evaluación de Calidad. La calidad, no es más que el grado en que la historia cumple una serie de requisitos establecidos previamente y trabaja sobre la base de registros de lo realizado y evalúa la calidad de ellos, contempla la calidad de la atención médica y ha demostrado que hay una relación directa entre la calidad de los registros y la calidad de la atención prestada. Establece reglas generales orientadas a ordenar el manejo del expediente clínico, deben ser cumplidas con exactitud por todo el personal de salud que maneja el expediente clínico.

Finalidad de la auditoría:

- Mejorar la calidad de la Atención y sus resultados.
- Educación médica.
- Uso de estándares e indicadores.

RESULTADOS DE ACCIONES DEL 2017 INDICADOR DE RESULTADO	
Promedio del Índice de Calidad en auditoria de expedientes para instalaciones de primer nivel de atención por grupo de edad para 2016: Partos: 0.52, Neonatos: 0.76, Menores de 1 año: 0.67, 1 a 5 años: 0.58, Embarazadas: 0.66. (Según Auditoria 2017).	Índice de Calidad en auditoria de expedientes para instalaciones de primer nivel de atención en todos los grupos de edad en el rango de 1.00 a 0.61 (excelente - limitada). Fuente: Auditoria de Expedientes 2018.
Promedio del Índice de Calidad en auditoria de expedientes para instalaciones hospitalarias (MINSa) por procesos, para 2017: Datos Generales: 9.8, Datos Hospitalarios: 8.1, Estudio Clínico: 8.4, M.R. Clínicos del Médico: 7.4, M.R. Clínicos de la Enfermera: 8.6, Tratamientos: 7.6, Resumen Clínico: 4.6, Presentación del Expediente: 5.8. (Según Auditoria 2017).	Índice de Calidad en auditoria de expedientes para instalaciones hospitalarias de edad en el rango de 1.00 a 0.61 (excelente - limitada). Fuente: Auditoria de Expedientes 2018.
Hospitales MINSa con Programa de Humanización implementado a diciembre 2017: Hospital Santo Tomás, Hospital del Niño, Hospital Nicolás Solano, Hospital Cecilio Castellero, Hospital Anita Moreno, Hospital Aquilino Tejeira, y Hospital de Bocas del Toro.	100% de Hospitales MINSa implementando el Programa de Humanización. Fuente: Informes de giras de capacitación y seguimiento de programa de Humanización.
Instalaciones de la red primaria con Programa de Humanización implementado a diciembre 2017. REGIÓN METROPOLITANA: CS de Río Aabjo, Policentro de Parque Lefebre, MINSa CAPSI de Pacora. REGIÓN DE COCLÉ: CS de Río Hato, CS de Olá, CS de Penonomé, CS de Toabré CMI La Pintada, CS de La Loma. REGIÓN DE SAN MIGUELITO: CS de Amelia Denis de Icaza, CS de Cerro Batea. REGIÓN DE PMÁ OESTE: CS de El Espino, MINSa CAPSI Magali Ruiz, CS Pto Caimito, CS Altos de San Francisco, CS Bejuco, CS Rosa Tazón (Chame). REGIÓN BOCAS DEL TORO: CS Rambala, CS Changuinola, CS Miramar, CS El Silencio, CS La Mesa, CS Ojo de Agua y MINSa CAPSI Finca 30.	% de instalaciones de primer nivel de atención implementando el Programa de Humanización. Fuente: Informes de giras de capacitación y seguimiento de programa de Humanización.

Se han incorporado las auditorias de expedientes clínicos en los equipos básicos de salud de la red fija e itinerante.

Capacitación de 13 Regiones de Salud sobre la auditoria de expediente electrónico, mediante la aplicación del instrumento o formulario validado.

Inducción sobre nuevos lineamientos del Programa de Extensión de Coberturas y Fortalecimiento de las Redes Integradas de Salud a equipos de gestión, equipos regionales y equipos básicos de salud.

Otros Instrumentos de Gestión

- La elaboración y aplicación de los Convenios para el uso del SEIS, que transfieren la responsabilidad de la implementación del SEIS, a los Directores Regionales, de Hospitales y Directores Locales, quienes realizan labores gerenciales y administrativas en su espacio geográfico poblacional de responsabilidad.
- El desarrollo de las auditorías técnicas al llenado completo y adecuado de los expedientes clínicos de salud físicos o electrónicos, en instalaciones de salud.
- Perfil del Sistema de Salud en Panamá.

Evaluación de la Calidad de las Historias Clínicas

Logros en auditoría de expedientes electrónicos

La ejecución de este proceso de auditoría se mantiene en constante adaptación, al igual que la implementación del expediente electrónico, y sienta una línea base para evidenciar la evolución de la calidad del registro de las atenciones en la herramienta SEIS.

En 2019 se inicia el auditó de 82 instalaciones en 13 Regiones de Salud. Se excluyen de este proceso las Regiones de Guna Yala y Ngäbe Buglé, que mantienen uso exclusivo de expediente clínico físico.

Para el 2019 dentro de la implementación de la auditoria, además del grupo de menor de 1 año y del menor de 1 a 5 años, se anexa la realización en 2 grupos más como los son el de adulto y del adulto con enfermedades crónicas, revisando en este la atención a las morbilidades como obesidad, obesidad mórbida, síndrome metabólico, la hipertensión, la diabetes y la hipertensión combinada con diabetes mellitus, como prueba piloto se realiza en las regiones de Panamá Norte, Panamá Metro, Panamá Oeste. Se está en proceso de terminar la confección del informe consolidado con los resultados de las auditorias en físico y electrónico 2019.

AUDITORÍA DE EXPEDIENTES CLÍNICOS DE EGRESOS HOSPITALARIOS

La DPSS a través del DME tiene como uno de sus ejes de acción la evaluación de la calidad del registro de las historias clínicas hospitalarias de expedientes físicos y electrónicos.

Las auditorías de las historias clínicas hospitalarias permiten conocer el grado de cumplimiento de los objetivos; cuánto nos acercamos a ellos; cuál es la brecha. Además, permiten identificar las causas de esas brechas y cómo pueden disminuirse para lograr la prestación de un servicio de calidad.

En 2019, el proceso de auditoría de egresos hospitalarios incluyó el registro de las historias clínicas hospitalarias de 10 hospitales del país en tres fases (cada cuatrimestre).

Se utilizaron dos formularios (expediente físico y electrónico), en ambos se recolectaron datos mediante una serie de preguntas cuyas respuestas se encuentran en el expediente clínico y abarca todos los procesos de atención hospitalaria.

Criterios evaluados	Instalación de salud						
	HDN (%)	HAM (%)	HJPFS (%)	HLCHF (%)	HROCH (%)	HJDDO (%)	HST (%)
Datos generales	99,30	95,07	88,17	91,02	98,36	99,78	97,85
Datos de hospitalización	98,50	84,39	75,81	74,16	75,60	96,63	95,68
Estudio clínico	93,00	95,07	88,83	80,05	57,76	96,63	93,66
Manejo de los registros clínicos del médico	57,60	87,45	81,17	62,48	71,47	78,33	76,61
Manejo de los registros clínicos de enfermería	95,30	95,36	84,52	83,07	88,74	96,14	91,05
Tratamientos	77,40	76,21	72,28	63,43	79,73	81,75	80,81
Resumen clínico	78,00	86,93	54,70	73,88	16,87	61,00	44,84
Presentación de la historia clínica	64,20	67,73	49,89	57,33	56,31	59,56	72,97
Total	82,91	86,03	74,42	73,17	61,07	83,73	81,68

Fuente: Sistema de información. Sistema de auditoría de expedientes. Ministerio de Salud. 2019.

En términos numéricos, hay variación de hospital a hospital. Hay rubros que merecen atención especial por dos razones: porque son fallas de vieja data que persisten y porque son aspectos muy sensitivos en la calidad de atención, siendo estos los siguientes:

1. Ausencia de historias clínicas y en algunas historias clínicas no se consigna el diagnóstico.
2. Expedientes sin cierre, nota de evolución o sin nota diaria y en las mismas hay ausencia de nombre y firma del médico tratante.

Resultados expediente electrónico.

Criterios evaluados (%)	HNAS	HAT	HCAC
Datos generales	92,80	96,25	83,46
Datos de hospitalización	89,57	71,57	89,85
Estudio clínico	80,34	42,22	74,89
Manejo de los registros clínicos del médico	95,58	35,50	47,14
Manejo de los registros clínicos de enfermera	74,40	50,61	52,04
Tratamientos	73,75	67,75	60,18
Resumen clínico	50,50	17,00	9,02
Presentación de la historia clínica	96,40	52,20	49,77
TOTAL	81,66	54,13	58,30

Fuente: Sistema de información. Sistema de auditoría de expedientes. Ministerio de Salud. 2019.

Se observó un uso irregular del expediente electrónico en cada hospital y en cada servicio, lo que dificulta sacar conclusiones. Persiste el uso simultáneo del expediente físico y el electrónico, aspecto que constituye un gran nudo crítico.

AUDITORÍA TÉCNICA EXTERNA DE LA PROVISIÓN DE LA CARTERA DE PRESTACIONES PRIORIZADAS - CPP

Auditoría de expedientes clínicos de la cartera de prestaciones priorizadas

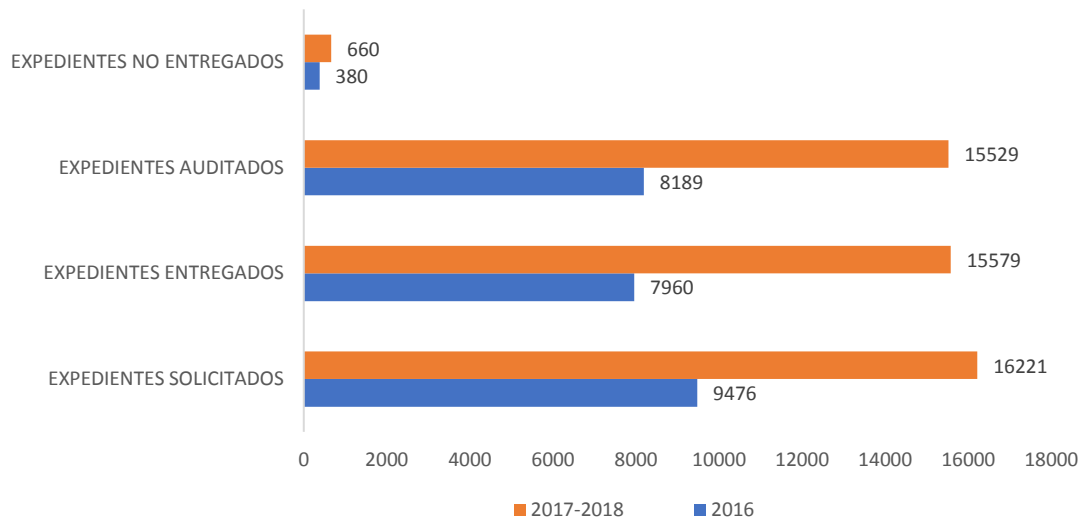
1. El Despacho Superior del Ministerio de Salud, en acuerdo con la UGSAF y el Banco Interamericano de Desarrollo, delegan a la Dirección de Provisión de Servicios de Salud/ Departamento de Monitoreo y Evaluación la responsabilidad de la auditoría de las actividades registradas en los expedientes clínicos de la cartera de prestaciones priorizadas, desarrolladas por nueve empresas prestadoras de servicios de salud, durante los períodos de abril de 2016 a marzo de 2017, de abril de 2017 a marzo de 2018 y de julio a diciembre de 2018.

2. El DME trabajó la adecuación de los Instrumentos de Recolección de Datos según los indicadores de desempeños que establece el Reglamento Operativo. Más allá de la evaluación del cumplimiento de los indicadores se incluye en los formularios reactivos para la valoración de la calidad de la prestación del servicio.

- Instrumento 1: Evaluación de la atención a la embarazada (indicador 1, 2, 3, 4, y 5).

- Instrumento 2: Evaluación al menor de un año (indicador 6 y 7).
- Instrumento 3: Evaluación de la atención al niño/a de 1 a 5 años (indicador 8 y 9).
- Instrumento 4: Evaluación de la atención a la población general de 15 a 70 años:
 - Evaluación de PAP (indicador 5)
 - Evaluación de Sintomáticos Respiratorios (indicador 10)
- Instrumento 5: Evaluación de la Ronda 6

Gráfico No.54. Auditoria técnica externa. Periodos: 2016, 2017-2018



Fuente: Depto. de Monitoreo y Evaluación Informe 2019

Fuente documental: Sistema de información. Ministerio de Salud. 2020.

El total de expedientes auditados 15,529 y no entregados: 660.

SISTEMA DE ABASTECIMIENTO Y SUMNISTRO

Como parte de este ASIS es importante contemplar el Sistema de Abastecimiento y suministro, así como las adecuaciones realizadas al mismo ocasionadas por la necesidad de hacer frente a la pandemia COVID-19 en el año 2020. Para el 2019, las compras de insumos y medicamentos requeridos para brindar la atención en salud siguieron el esquema de atención regular:

Un total de B/. 42,898,690.66 fueron destinados al abastecimiento de las instalaciones de las 15 regiones de salud y hospitales regionales. Se realizaron compras en las cinco categorías de insumos sanitarios, prevaleciendo las adquisiciones en medicamentos, en las cuales se invirtió el 74.6% de los recursos. Las compras regulares del 2020 tuvieron un comportamiento similar al año 2019,

aunque las adquisiciones en medicamentos alcanzaron el 72.8%, incrementándose la inversión en la adquisición de material médico quirúrgico.

Cuadro No.23. Insumos y medicamentos adquiridos para la atención de salud. Año 2019.

CATEGORÍA DE INSUMO	Año 2019		Año 2020	
	Nº DE RENGLONES	MONTO TOTAL	Nº DE RENGLONES	MONTO TOTAL
MEDICAMENTOS	318	32,031,906.00	405	30,791,525.70
LABORATORIO	394	6,322,389.70	381	4,310,790.31
MEDICO QUIRÚRGICO	180	3,430,700.61	215	5,562,203.80
IMAGENOLOGÍA	25	728,688.35	22	588,993.98
ODONTOLOGIA	7	B/. 385,006.00	10	B/. 1,002,158.64
TOTAL	924	42,898,690.66	1,033	42,255,672.43

Fuente. Dirección de medicamentos e insumos para la salud. Ministerio de Salud.

Adicionalmente, se destinaron B/.63,897,406.01 para compras específicamente relacionadas a la atención del evento pandémico COVID-19, según detalles que pueden apreciarse en el cuadro a continuación. En el cuadro a continuación se detallan las compras específicas destinadas a tal fin. Para la atención de la pandemia por COVID-19 en Panamá se adquirieron insumos de bioseguridad para la protección del personal de salud y de los pacientes. Adicionalmente, se adquirieron insumos de laboratorio, insumos médico-quirúrgicos, imagenología y medicamentos, entre otros. Estos insumos fueron distribuidos en las siguientes instalaciones de salud: Hospital Integrado Panamá Solidario, Instituto Nacional de Medicina Física y Rehabilitación INMFRE, Centro de atención para pacientes moderados por COVID-19 (Figali), Hospital Santo Tomás, Hospital San Miguel Arcángel y los Hospitales Regionales. Se apoyó a los hospitales con la adquisición de oxígeno médico y sus recargas.

Cuadro No.24. Insumos y medicamentos adquiridos para la contingencia de Covid-19. año 2020

CATEGORÍA DE INSUMO	N° DE RENGLONES	MONTO TOTAL
MEDICAMENTOS	227	7,069,048.36
LABORATORIO	115	45,506,756.66
MEDICO QUIRÚRGICO	135	10,566,677.24
IMAGENOLOGÍA	7	47,736.44
OXIGENO MÉDICO	1	707,187.31
TOTAL	485	63,897,406.01

Fuente. Dirección de medicamentos e insumos para la salud. Ministerio de Salud.

Los insumos de laboratorio adquiridos suplieron las necesidades requeridas para la aplicación de pruebas de diagnóstico de Covid-19. Estos insumos fueron distribuidos a los Centros de Hisopado y Equipos de Trazabilidad. También se compraron medios de transporte y reactivos para la aplicación de las pruebas de PCR y pruebas rápidas de antígenos para Covid-19.

Como se mencionó, las compras de insumos y medicamentos debidas a la contingencia por COVID-19 alcanzaron un monto de B/.63,897,406.01, que sumado a las compras regulares arroja un total de B/.106,153,078.00 que fueron destinado a la adquisición de insumos y medicamentos para la atención en salud, durante el año 2020.



Financiamiento de los servicios de salud MINSA

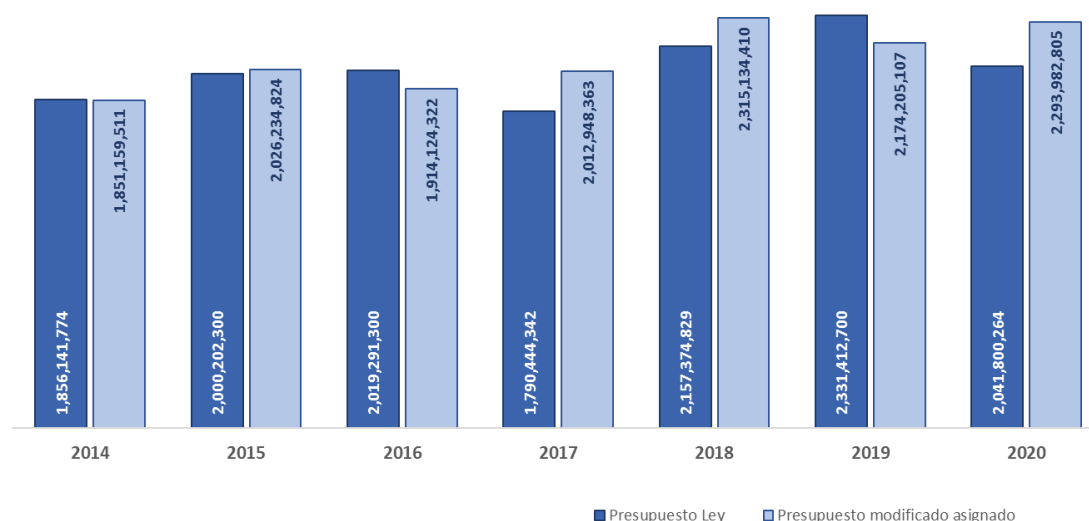
En la asignación de recursos a través de los años, el MINSA ha logrado la implementación, seguimiento y evaluación de planes y proyectos operativos, así como proyectos de inversión dirigidos a mejorar la salud de la población panameña, con intervenciones en los factores

DIRECCIÓN NACIONAL DE PLANIFICACIÓN EN SALUD-DASTS

determinantes y condicionantes de la salud, y en la implementación de una cobertura universal con atención integral, de calidad y más humana. Con los recursos financieros asignados se desarrollan acciones para incrementar y perfeccionar la coordinación con las entidades que componen el sector salud, cumpliendo así, con el rol de Rector del Sector Salud tal como lo prevé la Constitución de la República, y de esta forma coadyuvar a que la población que se encuentra dentro del territorio nacional logre mejor bienestar y condición de vida.

El Presupuesto de la institución, está conformado por los componentes de funcionamiento e inversión. Tradicionalmente, las necesidades financieras para poder cumplir con la prestación de los servicios de salud a la población, y fortalecer la regulación y conducción del sector salud, han superado con creces los presupuestos recomendados

Gráfico No.55. Presupuesto ley y presupuesto modificado asignado. años 2014-2020



Fuente: Depto. de Formulación y evaluación de presupuesto y proyectos de inversión-Dir. Nal. de Planificación en salud. MINSA

Informe de ejecución presupuestaria del Ministerio de Salud.

El Presupuesto inicial o Ley del Ministerio de Salud para el año 2020, fue de B/.2,041.8 millones; no obstante, se recibieron recursos adicionales para la compra de vacunas y atender gastos generados por la pandemia de COVID-19 en el país, por lo que el Presupuesto Modificado anual neto del Ministerio de Salud fue de B/.2,294.0 millones. Al cierre del año fiscal el porcentaje de ejecución total de la Institución fue de 91.8% (Cuadro de ejecución presupuestaria por programa).

Es importante aclarar que en el presupuesto de funcionamiento se incluye los siguientes recursos:

- B/.3,000,000 para la COVID-19, de Emergencia Nacional.
- B/.603,434.00 Comité de Salud,
- B/.21,113,073.00 Personal Transitorio, Contingente, Prestaciones,
- B/.5,078,324.00 Turnos Extras,
- B/.20,000,000.00 Vacunas COVID-19,
- B/.3,948,554.00 para las plataformas de Centros de Llamadas,
- B/.688,797.00 para insumos médicos, medicamentos,
- B/.538,285.00 para Instituto Conmemorativo Gorgas Turnos Extras.

Cuadro no.25. Ejecución presupuestaria del MINSA, por programa, al 31 de diciembre del 2020
(en balboas)

PROGRAMA	PRESUPUESTO LEY	PRESUPUESTO MODIFICADO	ASIGNADO A LA FECHA	EJECUCIÓN TOTAL PRESUPUESTARIA	PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	PAGADO
TOTAL	2,041,800,264	2,293,982,815	2,293,982,815	2,105,757,403	91.8	1,636,206,511
FUNCIONAMIENTO	1,737,614,447	1,835,388,303	1,835,388,303	1,671,215,846	91.1	1,398,399,360
Salud Pública	419,253,807	483,693,860	483,693,860	461,663,911	95.4	379,491,476
Provisión de Atención	296,080,880	327,013,244	327,013,244	318,408,488	97.4	278,063,721
Transferencias Varias	352,503,400	350,831,935	350,831,935	339,334,594	96.7	272,168,677
Fondo de Adm. de Hospitales	3,822,100	2,532,820	2,532,820	1,316,810	52.0	1,102,374
Fondo de Servicios Varios	15,526,100	16,815,380	16,815,380	8,310,273	49.4	2,729,063
Transferencias al Sector Públi	650,428,160	654,501,064	654,501,064	542,181,770	82.8	464,844,048
INVERSIÓN	304,185,817	458,594,512	458,594,512	434,541,557	94.8	237,807,151
Construcción y Mej. de Inst. de Salud	53,339,670	5,622,408	5,622,408	5,431,728	96.6	336,587
Salud Ambiental	104,321,523	9,664,706	9,664,706	3,781,137	39.1	2,287,669
Equipamiento de Inst. de Salud	14,460,000	11,700,263	11,700,263	10,980,108	93.8	5,655,071
Otros Proyectos de Inversión	28,334,600	181,623,788	181,623,788	164,872,674	90.8	49,314,501
Transferencias de Capital	103,730,024	249,983,347	249,983,347	249,475,910	99.8	180,213,324

Nota: En el Presupuesto de Funcionamiento se incluye recursos COVID-19 B/.3,000,000 de Emergencia Nacional, B/.603,434.00 Comité de Salud, B/.21,113,073.00 Personal Transitorio, Contingente, Prestaciones, B/.5,078,324.00 Turnos Extras, B/.20,000,000.00 Vacunas COVID-19, B/.3,948,554.00 para las plataformas de Centros de Llamadas, B/.688,797.00 para insumos médicos, medicamentos y B/.538,285.00 para Instituto Conmemorativo Gorgas Turnos Extras.

Fuente: Ministerio de Salud. Datos: Dir. Finanzas. Preparado por depto. de Presupuesto e Inversiones-Dir. Nacional de Planificación.

Presupuesto de funcionamiento: Informe de ejecución presupuestaria del Ministerio de Salud.

El Presupuesto asignado Anual para el año 2020 en Gastos Corrientes fue de B/.1,835.4 millones. La ejecución alcanzó el 91.1%. Este Presupuesto para Gastos Corrientes, está compuesto de dos componentes:

- Gastos de Operaciones: corresponden principalmente a los Servicios Personales, los Servicios No Personales, Materiales y Suministros y las Asignaciones Globales, cuyo total fue de B/. 992,308,717 millones de balboas.

- Las Transferencias Corrientes: son los recursos económicos que el Gobierno aporta a los Patronatos para su funcionamiento, a la Caja de Seguro Social en concepto de aportaciones del Estado, en el cumplimiento a disposiciones de la Ley Orgánica de esa institución; a la Autoridad de Aseo Urbano Domiciliario, al Instituto Conmemorativo Gorgas y al IDAAN entre otras, este monto ascendió a B/.843,079,586 millones.

Presupuesto de inversiones

El Presupuesto Modificado Anual en concepto de inversiones del año 2020, fue de B/.458.6 millones. El traslado de partida interinstitucional de B/.95.4 millones al Programa Saneamiento de Panamá, afectó notablemente el monto del Programa de Inversiones de este año.

Al 31 de diciembre 2020 el Presupuesto Asignado fue de B/.458.6 millones, de los cuales se ejecutaron B/. B/.237.8 millones, correspondientes al 94.8 % de pagos reflejados.

Proyectos de inversiones según estructura programática, a los cuales se le asignó presupuesto para el 2020:

- **Construcción y Mejoramiento a Instalaciones de Salud:** Con un presupuesto asignado en su totalidad por B/.5.6 millones, correspondiente a rehabilitación, ampliación y construcción de las instalaciones de Salud.
- **Salud Ambiental:** Con un presupuesto asignado para el periodo 2020 de B/.9.7 millones; se le realizó traslado interinstitucional por B/. 2.7 millones, para las obras de acueductos integrales. En este sector de Salud Ambiental se localizan los Proyectos de Construcciones de Acueductos Rurales, de la Dirección del Subsector de Agua Potable y Alcantarillado Sanitario (DISAPAS).
- **Equipamiento de Instalaciones de Salud:** Con un presupuesto asignado de B/.11.7 millones, que corresponde a proyectos de Mejoramiento a la Red Nacional de Telemedicina, Equipamiento de Instalaciones de Salud, Desarrollo Sistema de Expediente Electrónico, Equipamiento Plataforma Tecnológica Citas, entre otros.
- **Otros Proyectos de Inversiones,** corresponden a la Unidad de Gestión de Salud Administrativa y Financiera (UGSAF), con un presupuesto asignado en su totalidad por B/.181.6 millones. En estas asignaciones están los Proyectos de Mejoramiento de Iniciativa de Salud, Fortalecimiento

de Redes Integrales (Foris), implementación del Sistema Informática, Estudio de Erradicación de la Malaria y Fondo de Emergencia Nacional.

- **Transferencias de Capital a Empresas Públicas**, se refiere a los Programas de Transferencia de recursos al IDAAN, al Instituto Conmemorativo Gorgas, a la Autoridad Panameña Seguridad de Alimentos y la Autoridad de Aseo Urbano Domiciliario, para lo cual se aprobó un Presupuesto Ley de B/.103.7 millones; y recibió un traslado interinstitucional por B/.146.3 millones, para reforzar la asignación del IDAAN B/.61.3 Millones, al Instituto Conmemorativo Gorgas B/.5.0 millones relacionados con la COVID-19 y a la Caja de Seguro Social 8/.80.0 millones también para la atención de la COVID-19. Esto en atención a la Resolución de Gabinete No. 11 de 13 de marzo de 2020, por lo que se refleja un Presupuesto Modificado de B/.250.0 millones.

Presupuesto para la COVID-19

El Ministerio de Salud, recibió recursos adicionales, para atender los gastos de COVID-19, a través de cuarenta (40) Traslados de Partida, en atención a la Resolución de Gabinete N° 11 de 13 de marzo de 2020; en la cual se declara el Estado de Emergencia Nacional, como consecuencia de los efectos generados por la enfermedad infecciosa COVID-19, autorizando adquisición de equipos, bienes, servicios, personal transitorio y contingente requeridos; amparados por la Resolución de Gabinete N° 38 de 14 de julio de 2020, que autoriza la asignación de nuevos recursos financieros al Ministerio de Salud para atender, de manera inmediata, las necesidades generadas por la COVID-19.

En total se han recibido B/.210,612,655 millones: destinados a Medicinas B/.3.0 millones; equipo para el Hospital Santo Tomas B/.963.0 mil; Comité de Salud B/.603.4 mil; personal transitorio, contingente, XIII mes, prestaciones y turnos extras B/.26.2 millones; equipamiento y operaciones del Hospital Modular Panamá Solidario en Albrook B/.8.3 millones; habilitación de Hospital en el Instituto Nacional de Medicina Física y Rehabilitación (INMFRE) B/.4.0 millones; Hoteles Solidarios COVID-19 8/.9.1 millones; Hospitales y Patronatos B/.19.1 millones; mesa conjunta de compras de materiales, insumos de laboratorio, instrumental médico quirúrgicos y equipos B/.95.2 millones; al Instituto Conmemorativo Gorgas B/.5.5 millones; a la Unidad de Gestión de Salud Administrativa y Financiera (UGSAF) B/.12.5 millones; para vacunas COVID-19 B/.20.0 millones, para la Plataforma de los Centros de Llamadas B/.3.9 millones, habilitación Hospital temporal FIGALI B/.1.5 millones y para insumos médicos y medicamentos B/.688.8 mil a través del Fondo Farmacia y Drogas.



Resumen de los resultados de la ENSPA 2019.

La polarización epidemiológica global se caracteriza por una sustitución del perfil epidemiológico donde predomina la mortalidad por enfermedades no transmisibles. Por otro lado, se observa que las tasas de fertilidad han disminuido, por lo que la carga de la enfermedad se desplaza desde los grupos de edad más jóvenes a los de edad más avanzada, posicionando las enfermedades no transmisibles como prioridad. Sin embargo, factores como la pobreza y las desigualdades en el desarrollo humano y los determinantes sociales de la salud, la inequidad en la distribución de ingreso y el consumo, en conjunto con una infraestructura deficiente de los servicios de salud en ciertas regiones, conllevan a contar con áreas en donde predominan las enfermedades transmisibles.

Panamá no escapa a estos cambios por lo que debe enfrentar retos demográficos similares a los de países desarrollados, con las exigencias que ello representa para las políticas públicas en salud, la equidad social y el ejercicio de los derechos humanos. Es por ello, que la Encuesta Nacional de Salud de Panamá (ENSPA) contribuirá a ubicar a la salud y no a la enfermedad como meta de las políticas públicas sanitarias panameñas, a la planificación y evaluación de los programas de salud y al fortalecimiento del proceso estratégico de toma de decisiones en la planificación y gestión de la salud pública nacional.

Así mismo, el equipo investigador visualiza que los resultados de la ENSPA, que se presentan en este informe, son un insumo trascendental para identificar los retos en materia de salud, con miras a los próximos años y para formular las estrategias adecuadas para hacerle frente a los cambios y retos demográficos, ya que son un complemento a la información que aportan los registros nacionales de prevalencia e incidencia, dado que no existe otro sistema de información que pueda entregar un diagnóstico oportuno de las diferentes patologías y de la percepción de bienestar de la población.

La ENSPA ha permitido la medición de la magnitud y la prevalencia de los problemas de salud, es un estudio epidemiológico pionero en su tipo en nuestro país, donde se evaluaron conjuntamente determinantes de la salud, el acceso, uso y calidad de servicios de salud, factores ambientales, nutricionales, antropométricos y biomarcadores en adultos y menores de la población panameña, cuyo principal objetivo fue: **“Conocer la condición de salud y de enfermedad, así como sus factores protectores y de riesgos, que impactan a la población residente en la República de Panamá”**.

Este estudio, de carácter voluntario, tuvo un diseño muestral aleatorio que alcanzó representatividad a nivel nacional, regional, distrital para todo el país, excepto en los distritos de Panamá y San Miguelito, donde su representatividad alcanzó hasta el nivel de corregimiento. El diseño muestral también consideró la representatividad a nivel urbano, rural e indígena del total del país y de cada región de salud. La población objetivo incluyó a toda la población del país, con representatividad para la población de 0 a 14 años y la de 15 años y más. La medición de biomarcadores se trabajó con una muestra cuya representatividad es nacional.

La muestra seleccionada estuvo constituida por 20,118 viviendas particulares ocupadas distribuidas en 1,437 unidades primarias de muestreo (UPM's) y 20,118 individuos de 15 años y más, aplicándose

una muestra en espejo o multiplicación por dos, para la investigación de la población de menos de 15 años. Para la medición de biomarcadores, se trabajó con una submuestra de **6,715** personas de 15 años y más y de **6,590** menores de 0 a 14 años. La decisión de trabajar con una submuestra se sustentó en la logística, complejidad y costos que representaba la medición de los mismos, por lo que la representatividad de los resultados plasmados en este informe es a nivel del total del país y por región de salud, para los dominios urbano, rural e indígena. El porcentaje de participación de los hogares fue de 89.5%, en tanto que durante la aplicación del cuestionario a las personas de 15 años y más, se obtuvo un porcentaje de participación de 89.4%.

Los instrumentos de recolección de datos, sus instructivos y las formas de consentimiento y asentimiento informado fueron sometidos a las consideraciones bioéticas y a las pruebas de lenguaje, en población de nivel socioeconómico medio y bajo, indígena y no indígena. Los instrumentos fueron aplicados durante el trabajo de campo por encuestadores, tecnólogos médicos, técnicos de enfermería o nutricionistas debidamente entrenados. La encuesta fue aplicada en el lenguaje español, pero se contó con intérpretes o interpretadores interculturales, cuando fue necesario en las comarcas indígenas.

Los principales resultados del estudio fueron los siguientes:

Distribución de la población en la República de Panamá

- A nivel nacional en el año 2019, se estimó una población de 4,295,737 personas, de los cuales 1,168,256 eran menores de 15 años.
- Un 50.5% de la población eran varones y un 49.5% eran mujeres.
- De un total de 1,144,608 VPO que participaron en este estudio, aproximadamente 2 de cada 3 (63%) estaban ubicadas en el área urbana, en tanto que, cerca de 1 de cada 3 (29%) se localizaban en el área rural y 8% en el área indígena.
- La presencia de menores de 15 años fue reportada en cerca de 2 de cada 3 hogares (67.5%).

Características de las viviendas

- En cerca de 10 de cada 100 hogares se reportaron condiciones de hacinamiento.
- El 84.7% de las viviendas tenían techo predominantemente de metal (zinc, aluminio u otro), el 15.3% estuvo distribuido entre materiales como el concreto o tejas.

- El 44.8% de las viviendas se abastecen de agua para consumo mediante acueducto particular dentro de la vivienda.
- La disponibilidad de viviendas con servicio sanitario fue de 93.1%.
- El 47.1% de las viviendas en el país cuentan con tanque séptico y cerca de tres de cada diez (28.9%) disponen de alcantarillado.
- El lugar donde predominantemente la familia orina o evacúa fue el servicio sanitario o excusado con un 78.8%, un 16% utiliza letrinas y el 5.3% restante orina o evacúa utilizando sistemas no sanitarios.
- Cerca de 9 de cada 10 hogares (88.5%) utilizan la electricidad como medio predominante para alumbrar la vivienda, seguido de los paneles solares y otros medios.
- El 62.1% de las viviendas tienen acceso a servicios formales de recolección de la basura y un 9.3% a servicios informales.
- El 11% de los hogares de todo el país entierran la basura y cerca de 8% la depositan en un contenedor público.

Ingreso familiar

- El 12.6% de los hogares entrevistados manifestó que no recibe ningún ingreso familiar mensual
- Un 17.2% recibe entre 1 y 199 balboas al mes.
- Cerca de 1 de cada 4 familias (26.6%) recibe entre 200 y 499 balboas.
- Hay 2.9 veces más hogares del área indígena que indicaron no tener ningún ingreso familiar mensual (36.1%) con relación al promedio nacional.
- En el área rural se duplican los hogares sin ingreso familiar mensual con respecto al área urbana (16.2% vs 7.9%), estimándose diferencias significativas entre las áreas.

Fuente de ingreso familiar

- Tres de cada diez familias indicaron que su fuente de ingreso era procedente del trabajo informal (52.8%).

Apoyo financiero gubernamental

- Al indagar sobre el apoyo financiero gubernamental recibido en los últimos 12 meses, a nivel de país, se encontró que el 66.3% de los hogares habían recibido algún tipo de apoyo, siendo la beca universal la más reportada con un 37%, seguida de la ayuda del programa 120 a los 65 con 10.6%.

Gasto familiar mensual

- Un 16.9% de las familias desconoce el gasto familiar mensual.
- El 59.1% de los hogares gastan mensualmente menos de 500 balboas.

Ingreso mensual promedio en balboas de las personas de 15 años y más

- Las personas de 15 años y más declararon en 15.1% no tener ingreso mensual.
- Un 14.2% de las personas refieren no saber su ingreso mensual.
- A nivel nacional el agrupamiento de 200 a 499 balboas representó la distribución porcentual más alta presentada en la ENSPA para esta categoría de ingreso mensual a nivel nacional (23.6%).
- El agrupamiento de 1 a 199 balboas de ingreso mensual en el área indígena tuvo una proporción de 65.8%.

Gasto mensual promedio en balboas de las personas de 15 años y más

- Las personas de 15 años y más presentaron porcentajes más altos de gasto mensual en las opciones de: “no saben” (26%) y “300 a 399 balboas” (9.1%).
- Para el grupo de 200 a 499 balboas, los hombres (32.2%) tuvieron una proporción mayor de gastos mensuales que las mujeres (30.9%).

Gasto en salud realizado en los últimos 12 meses

- La mediana más alta del gasto en salud se estimó en 135.0 balboas para el rubro de tratamientos y terapias no farmacológicas (prótesis, gafas, entre otras) y para hospitalización por todas las causas en B/. 83.66.
- La mediana de los tratamientos y terapias no farmacológicas en las mujeres fue más alta que la de los hombres, con un diferencial de 3.96 balboas, mientras que en las hospitalizaciones por cualquier causa gastaron más los varones con un diferencial de B/. 25.86 con respecto a las mujeres.
- Las mujeres gastaron más en seguros privados que los hombres con un diferencial de B/. 30.76.
- Los hombres gastaron menos en cirugías que las mujeres con una variación de B/. 25.65 .
- El gasto en medicamentos fue similar en ambos sexos.
- La mediana del gasto en seguros privados fue más alta en el grupo de edad de 60 a 64 años (B/.597.53). En el servicio de cirugías se presentaron altas medianas de gasto en salud en los quinquenios: 15 a 19 años (B/.489.21), 55 a 54 años (B/.119.51), mientras que el gasto en medicamentos fue similar en todos los grupos de edad.

Escolaridad en personas de 15 años y más

- Los niveles máximos alcanzados de escolaridad a nivel nacional fueron:
 - Un 9.1% escolaridad primaria incompleta
 - Un 15.6% escolaridad primaria completa
 - Un 26.6% escolaridad secundaria incompleta
 - Un 25.1% escolaridad secundaria completa
 - Un 9.4 de escolaridad universitaria completa
- Un 3.6% se reportó no tener escolaridad

Estado civil

De los 3,110,503 personas de 15 años y más residentes en el país:

- Tres de cada diez (30.4%) declararon estar solteros
- El 28.2% manifestaron estar casados.
- El 31.5% manifestaron tener una unión libre.
- Los separados y divorciados sumaron 4.2%
- Los viudos representaron un 5.6%.

Estado laboral

- Tres de cada 10 (30.3%) declararon tener un trabajo remunerado y en tanto que, cerca de 7 de cada 10 (69.7%) dijeron no tenerlo.

Tiempo de traslado de su casa al lugar donde realiza sus actividades diarias

- Los tiempos de traslado de la casa al lugar donde se realizan las actividades diarias a nivel nacional fueron:
 - Menos de 30 minutos: 47.8%
 - Entre 31 minutos y 60 minutos: 17.0%
 - Entre 61 minutos y 90 minutos: 6.9%
 - Entre 91 minutos y 115 minutos: 2.3%
 - Más de 115 minutos: 3.2%
 - No viaja en auto ni transporte público: 22.8%

Exposición a riesgos laborales en personas de 15 años y más

- De los riesgos laborales estudiados, estos fueron los cinco más frecuentes:

- La exposición a las partículas de polvo y las temperaturas extremas fueron reportadas por uno de cada 5 personas (21.3%).
- El estrés, ansiedad y depresión fueron reportados por 18.3% de la población.
- El 17.5% manifestaron la exposición laboral al ruido.
- Un 12.8% reportaron exposición solar excesiva.

Grupo sociocultural auto percibido en personas de 15 años y más

A nivel nacional se reportan los siguientes grupos socioculturales en orden de frecuencia:

- Mestizo (trigueño, culiso, mulato, mestizo) 50.2%
- Blanco 19.6%.
- Afroamericano (negro, moreno, zambo) 15.8%
- Indígena 11.2%.
- Asiático (chino, japonés, coreano, etc.) 0.3%
- Otros 2.8%.

Urgencias en el último año

- Los tres motivos de asistencia a urgencias más frecuentes fueron: crisis asmática, diarrea con deshidratación y politraumatismo, representando el 29.5% de las consultas.
- El 67.5% de la demanda de los servicios de urgencias fue cubierto por en la red pública ambulatoria: de los cuales 32.0% fueron instalaciones del MINSA y 35.5% de la CSS.

Percepción de la calidad de la atención en urgencias y disposición de regresar

- Tres de cada cuatro hogares manifestaron que la calidad de la atención recibida en urgencias fue muy buena o buena con un diferencial de 21% y 54.2%, respectivamente, frente al 7.3% que indicaron que había sido mala o muy mala.
- Cerca de 9 de cada 10 (92.6%) indicaron que regresarían a recibir atención a la misma instalación de salud.

Consulta ambulatoria sin hospitalización

- El motivo más frecuente para la consulta ambulatoria sin hospitalización fue el control de salud que fue reportado por 8 de cada 10 familias (80.7%), seguida de la atención de urgencias con 22.6%.
- Cerca de 1 de cada 2 (52.4%) acudió a consulta ambulatoria sin hospitalización a instalaciones de la red ambulatorias del MINSA y que, el 35.9% solicitaron atención en instalaciones ambulatorias de la CSS, para un total de 78.3%.

- La mediana del tiempo de espera para la atención fue de 60 minutos, (primer cuartil: 30 minutos, tercer cuartil: 150 minutos).
- La mediana del tiempo de consulta fue de 5 minutos (primer cuartil un minuto y tercer cuartil: 30 minutos).
- La mediana del tiempo para llegar a la consulta fue de 30 minutos (primer cuartil 15 minutos y tercer cuartil: 60 minutos).
- Con respecto a disponibilidad de ingresos para cubrir la atención de salud de su familia, el 73.2% respondió que siempre o casi siempre podría cubrir los gastos de atención de salud.

Atención hospitalaria

- El 23.1% de los hogares reportaron haber acudido a instalaciones hospitalarias de alta complejidad y especialización (tercer nivel) para atender sus necesidades de hospitalización.
- Cerca de 2 de cada 3 hogares (67.2%) manifestaron que demandaron servicios de hospitalización en la red de hospitales de segundo nivel y uno de cada 5 (20.6%) lo hizo en instalaciones de menor complejidad que tenían camas (centros de salud, policentros, MINSA-CAPSI y hospitales rurales), independientemente de pertenecer o no al MINSA o a la CSS.
- El 6.7% de los hogares indicaron haber utilizado hospitales o clínicas privadas para la hospitalización de alguno de sus miembros en el último año.

Exposiciones más frecuentes alrededor de la vivienda o en la comunidad

- A nivel nacional hubo ocho situaciones alrededor de la vivienda cuyas prevalencias fueron reportadas como las más frecuentes: La presencia de ratones, moscas, mosquitos y otras alimañas (49.4%), la presencia de perros y gatos callejeros (45.4%), la poca vigilancia policial (45.2%), la falta de aceras (40.0%), la falta de parques y áreas verdes (34.2%), falta de área para el deporte (33.9%), la mala condición de las calles y caminos (31.6%) y la falta de instalaciones de salud (31.6%).

Exposiciones en el hogar a diversas condiciones de riesgo

- Las ocho condiciones de riesgo en la vivienda que se preguntaron en el cuestionario, donde respondieron “siempre” o “casi siempre” a las mismas a nivel nacional, fueron en orden de frecuencia: presencia de mosquitos, ratones, cucarachas, escorpiones, culebras y otras alimañas (44.1%); presencia de animales domésticos (41.3%); calor excesivo (40.0%); poca ventilación (27.6%); exceso de ruidos (16.4%); partículas de polvo, humo u olores (17.4%); sustancias tóxicas (6.3%) y contaminación industrial (4.1%).

Percepción de seguridad pública y de salubridad de los alrededores de la vivienda

- A nivel nacional, un 78.0% de las viviendas cuentan con alrededores donde sus habitantes se sienten “muy bien” o “bien” en relación con la seguridad pública del ambiente.
- A nivel nacional, un 79.3% de las viviendas tienen alrededores considerados como “muy saludables” o “saludables”.

Disfunción familiar según las categorías del Apgar familiar

- A nivel nacional, se aprecia que un 4.2% de las viviendas cuentan con disfunción familiar severa, mientras que un 14.3% presentan disfunción familiar moderada. Es decir que un 18.5% de las familias panameñas presentan algún grado de disfunción familiar.

Distribución porcentual de personas de 15 años y más según si han o no presenciado alguna situación de violencia en los últimos 12 meses

- A nivel nacional, un 4.2% de las personas de 15 años o más refieren haber presenciado alguna agresión o situación violenta.
- No hay diferencias estadísticamente significativas en la proporción de personas que han presenciado alguna situación de violencia en los últimos 12 con relación al sexo.
- La proporción de personas que han presenciado alguna situación de violencia disminuye al aumentar la edad, desde una proporción de 8.3% en personas menores de 20 años hasta 1.8% en personas de 80 años y más.

Distribución porcentual de personas de 15 años y más que han presenciado alguna agresión o situación de violencia en los últimos 12 meses, según los tipos de violencia más frecuentes

- A nivel nacional, entre aquellos que han presenciado alguna agresión o situación de violencia, las cuatro más frecuentes fueron: las agresiones verbales (63%); golpes, patadas y puñetazos (44.7%); agresiones con objeto cortantes (22.6%) y agresiones con armas de fuego (21.1%).
- Para cada una de las situaciones mencionadas, excepto para las agresiones por objeto cortantes, no hay diferencias estadísticamente significativas por sexo. En relación con el reporte de agresiones por objeto cortantes, se aprecia que tres de cada diez varones que reportaron alguna agresión o situación de violencia (29.9%) refieren haber presenciado este

tipo de agresiones, mientras que dicha proporción fue de tres de cada veinte en mujeres (14.6%)

Distribución porcentual de personas de 15 años o más que han presenciado alguna agresión o situación de violencia en los últimos 12 meses según los lugares donde se presenciaron las mismas con más frecuencia

- A nivel nacional, entre aquellos que han presenciado alguna agresión o situación de violencia, se aprecia que son cuatro lugares donde se presenciaron éstas con mayor frecuencia: la vía pública (52.9%), el hogar (30.5%), el trabajo (12.0%) y en el transporte público (10.9%).
- De los lugares mencionados en el punto anterior, se observa que entre aquellos que han presenciado alguna agresión o situación de violencia, las agresiones que ocurren en el trabajo son reportadas con mayor frecuencia por varones (19.7%) que por mujeres (3.5%) con diferencias estadísticamente significativas por sexo. En tanto que los demás lugares mencionados, no presentan diferencias estadísticamente significativas. No hay diferencias estadísticamente significativas por edad ni por área.

Proporción de viviendas según la presencia de personas con discapacidad

- A nivel nacional, un 7.3% de las viviendas cuenta con alguna persona que tenga algún tipo de discapacidad. No hay diferencias significativas entre las áreas urbana, rural e indígena.
- En aquellas viviendas, donde habitaba al menos una persona con discapacidad, los tres tipos más frecuentes fueron: la discapacidad física o motora (45.1%), seguida de la discapacidad visual (39.3%) y la discapacidad intelectual (24.2%).

Prescripción y/o realización de exámenes de laboratorio en la última consulta médica.

- A nivel nacional, aproximadamente 2,048,812 personas de 15 años y más refieren haberse realizado controles de salud en el último año, los cuales representan un 65.4% de dicha población.
- Cerca de 6 de cada 10 personas de 15 años y más se le ordenaron exámenes de laboratorio en su última consulta médica.
- A medida que aumenta la edad se incrementa la proporción de personas de 15 años y más a las que el médico le ordena pruebas de laboratorio, esto se visualiza con mayor claridad a partir de los 45 años cuando se supera la cifra estimada para el país.

- De aquellas personas de 15 años o más que acudieron a realizarse exámenes de laboratorios, cerca de la mitad (47.5%) lo hizo en la Caja de Seguro Social (CSS), un 37% lo hizo en el Ministerio de Salud (MINSAL) y un 15.5% lo hizo en una institución privada

Vacunación

- Una persona de cada 10 (9.6%) de 15 años o más refiere no haberse vacunado.
- Con relación a las razones por las cuales las personas de 15 años y más que dijeron no haberse vacunado después de cumplir los 15 años, se encontró que aparte de otras razones que fue reportado por aproximadamente 1 de cada 2 personas, “no tengo tiempo” y “no confié en las vacunas” fueron las causas más reportadas, donde cerca de 1 de cada 4 personas se pronunciaron en este sentido.

Planificación familiar

- Dos de cada 3 personas de 15 años y más negaron haber recibido charlas de planificación familiar.
- Cerca de la mitad de las personas que indicaron que habían recibido charlas sobre planificación familiar, manifestaron que ellas o su pareja están planificando en la actualidad.
- Los 5 métodos de planificación familiar más utilizados por la población de 15 años y más, que reportó estar utilizando en la actualidad algunos de ellos fueron: preservativo masculino o condón (37.7%), inyecciones (30.6%), pastillas anticonceptivas (19.4%), salpingectomía (7.8%) y dispositivo intrauterino (5.2%).

Seguridad Vial (personas de 15 años y más)

- El 68% de las personas de 15 años y más manifestaron que no viajan en bicicleta o en moto.
- Soló 11.6% de las personas de 15 años y más reconoció que siempre usan el casco cuando viajan en bicicleta o en moto.
- Tres de cada 10 personas dijeron que no viajan en auto (31.2%).
- Entre los que viajan en auto 7 de cada 10 indicaron que usan siempre el cinturón de seguridad cuando viajan en la parte delantera.
- Cerca de 7 de cada 10 personas también declararon que nunca usan el cinturón de seguridad cuando viajan en la parte trasera del auto.
- Cerca de 9 de cada 10 personas (85.6%) dijeron que siempre utilizan las aceras.
- Ocho de cada diez personas (83.6%) manifestaron que siempre utilizan los pasos elevados para cruzar la calle.

- Ocho de cada diez personas (83.7%) manifestaron que siempre utilizan los semáforos para cruzar la calle.
- Tres de cada cuatro (75.1%) utiliza los hombros para deambular.
- Cerca de 3 de cada 10 (28.7%) de las personas de 15 años y más reportaron haber subido siempre o a veces a un vehículo terrestre con un conductor que ha tomado alcohol.
- Aproximadamente 8 de cada 10 personas de 15 años y más indicaron que en los últimos 30 días nunca han conducido un vehículo en estado de embriaguez, o mareado, con reflejos alterados, somnoliento y sólo 5.3% dijo que habían utilizado conductor designado.

Estado de salud

- Nueve de cada diez personas (88.2%) refieren que su estado de salud es bueno (71.8%) o muy bueno (16.4%). Uno de cada diez (11.0%) refiere que es malo y 0.8% muy malo.
- Al pedir que valoraran su condición de salud mediante un puntaje (entre 0 y 100), se aprecia que la mediana fue de 85 puntos (primer cuartil 75 puntos y tercer cuartil 96 puntos).

Número de controles de salud

- Un 27.7% de las personas de 15 años y más refiere no haberse realizado ningún control de salud en los últimos 12 meses, un 55.6% refirió haberse hecho entre uno y dos controles y el 16.7% restante refirió haberse hecho tres controles de salud o más.

Prescripción, acceso y uso de medicamentos

- En poco más de la mitad de las viviendas (55.8%) se refiere que le recetaron medicamentos a algún miembro del hogar durante la visita del médico.
- Entre aquellos que se les recetó medicamentos, poco más de tres de cada cuatro refieren que consiguieron todos los medicamentos (78.2%).
- Un 8% refieren haber usado medicamentos recomendados por alguien distinto al médico durante último año.
- Un 3.3% refiere haber adquirido antibióticos sin receta médica.
- De aquellos que se les recetó algún medicamento, al valorar la adherencia a los mismos, usando la escala de Morisky de 4 ítems, se aprecia que uno de cada cinco (21.1%) presenta una adherencia alta, un 55.8% una adherencia media y un 22.9% una adherencia baja.

Diversidad dietética

- El 85.0% de los hogares presentaron una diversidad alimentaria alta, ya que ingirieron de 6 a más grupos diferentes de alimentos en las últimas 24 horas.

- El 64.7% de los menores entre 6 a 23 meses presentaron una diversidad alimentaria adecuada, encontrándose que la mitad (52.9%) de los menores entre 6 a 11 meses, no cumplieron con la diversidad alimentaria mínima de 4 grupos o más, lo cual fue 1.7 veces mayor que el grupo de 12 a 17 meses (30.8%) y 2.7 veces mayor que el de 18 a 23 meses (19.9%). Reportándose una prevalencia de lactancia materna exclusiva en menores de 6 meses del 24.3%.
- El consumo de 5 o más porciones de frutas y vegetales al día fue 2.7% en los menores a partir de los 2 años hasta la vida adulta.
- El 51.2% de la población de 15 años y más reportaron nunca agregar sal a las comidas preparadas antes de comer o mientras comen, un consumo semanal de alguna fritura del 68.5% y de bebidas azucaradas del 62.1% alcanzando, este último, en los menores de 2 a 14 años el 65.8%.

Estado nutricional de los diferentes grupos poblacionales

- En los menores de 5 años la prevalencia de desnutrición crónica fue de 15.8% de los cuales 11.7% correspondían a baja talla moderada y 4.1% baja talla severa.
- La obesidad en las personas de 18 años y más fue estimada en más de 1 de cada 3 adultos, mientras que el exceso de peso (sobrepeso y obesidad) actualmente es diagnosticado en 7 de cada 10 personas.
- Seis de cada diez personas de 20 años o más presentaron a adiposidad abdominal (Circunferencia abdominal ≥ 80 cm en las mujeres o ≥ 94 cm en los hombres).
- A nivel nacional 8 de cada 10 embarazadas presenta un tipo de malnutrición y de estas 7 tienen un exceso de peso.

Niveles de micronutrientes

- La prevalencia de anemia en los menores de 6 a 59 meses fue estimada un 14%.
- En los menores de 5 a 14 años, la anemia representa un problema de salud pública leve con una estimación puntual menor del 8.0%
- La deficiencia de vitamina A en los menores de 6 a 71 meses, fue estimada en 3.6 %. En los menores de 5 a 9 la deficiencia leve de vitamina A fue estimada en 3.1% sin detectarse deficiencia severa.
- No se detectaron menores de 5 a 9 años con carencia de vitamina B9 sérica (folato) pero sí se detectó un 11.6% de menores con carencia de folato eritrocitario.

- En el caso de la vitamina E, no se detectaron menores por debajo del rango esperado en una población sana.
- La prevalencia de anemia en las mujeres en edad fértil fue estimada en 23.4% de las cuales, 14.7% correspondían a valores de anemia leve y 7.6% presentaron anemia moderada.
- A nivel nacional 16.4% de las mujeres embarazadas presentaron anemia.
- A nivel nacional un 72.0% de las mujeres en edad fértil presentó depleción de las reservas de hierro, y de estas 21.3% llegó a desarrollar anemia ferropriva.
- En las mujeres en edad fértil a nivel nacional, se reportó una carencia de folato sérico en 11.2% y de folato eritrocitario en 9.5%.
- A nivel nacional, 7.3% de las personas de 60 años y más presentó carencia de folato sérico y 11.9% carencia de folato eritrocitario.
- El 37.1% de las personas de 15 años o más presentó una concentración de vitamina B12 inferior a lo recomendado, de estos 25.6% reportó una deficiencia marginal y 11.5% tenían deficiencia.
- En las mujeres en edad fértil, la deficiencia de calcio, definida según los límites del laboratorio (<2.2 mmol/L), alcanzó una prevalencia de 19.2%

Salud Mental

➤ Satisfacción Personal

- La percepción de la apariencia física fue valorada como muy bien y bien por el 97.3% de las personas de 15 años y más, sin diferencias significativas por sexo.
- Cerca de 9 de cada 10 personas de 15 años y más manifestaron sentirse muy bien y bien con sus habilidades para aprender información nueva, sin diferencias significativas por sexo.
- El 97.3% de personas de 15 años y más, indicaron sentirse muy bien y bien con sus habilidades para tomar decisiones, sin diferencias significativas por sexo. En tanto que 2.7% indicó sentirse mal y muy mal con respecto a estas habilidades, más mujeres que hombres optaron por estas categorías.
- El 97.1% reconoció estar satisfecho con sus habilidades para realizar sus obligaciones en casa.
- Aproximadamente 9 de cada 10 personas de 15 años y más indicaron estar satisfecho con sus habilidades para realizar sus obligaciones en el trabajo.

- El porcentaje ponderado a partir de los 5 criterios previamente mencionados mostró que la satisfacción personal fue de 96.6% para el país.

➤ **Valores y creencias**

- Cerca de 9 de cada 10 personas de 15 años y más indicaron sentirse muy bien o bien con el apoyo de sus amigos.
- El 97.1% de la población de 15 años y más manifestó estar satisfecho con el apoyo que reciben de su familia.
- Aproximadamente 9 de cada 10 personas (97.4%) de 15 años y más manifestaron sentirse muy bien o bien con sus capacidades para apoyar a otros.
- El 98% de las personas de 15 años y más manifestó sentirse muy bien y bien con el apoyo de sus jefes.
- El 93.8% de las personas de 15 años y más manifestó sentirse muy bien y bien con el apoyo de sus compañeros.
- A nivel nacional, el porcentaje ponderado a partir de los 5 criterios se observó que los valores y creencias alcanzaron el 95.2%

Uso de productos de tabaco

- La prevalencia de vida de uso de productos de tabaco fue de 9.2%.
- La prevalencia de vida de uso de productos de tabaco con humo fue de 8.9%
- La prevalencia uso en los últimos 30 días de productos de tabaco con humo alcanzó 4.9%.
- La prevalencia uso en los últimos 30 días de productos de tabaco alcanzó 5.0%.
- El cigarrillo es el producto de tabaco con humo más utilizado por los fumadores de 15 años y más con cifras cercanas al 40%.
- Nueve de cada diez exfumadores tenían años de haber dejado de fumar.
- La prevalencia de vida de uso de productos de tabaco sin humo fue de 0.3%.
- La prevalencia uso en los últimos 30 días de productos de tabaco sin humo alcanzó 0.2%.
- La prevalencia de vida de uso de productos de tabaco fue de 9.2%.
- La prevalencia de vida de uso de sistemas electrónicos administradores o no de nicotina fue de 0.8%.
- La prevalencia uso en los últimos 30 días de sistemas electrónicos administradores o no de nicotina alcanzó 0.4%.

Consumo de bebidas alcohólicas

- La prevalencia de vida de consumo de bebidas alcohólicas fue de 31.6%.

- La prevalencia de consumo de bebidas alcohólicas en los últimos 12 meses fue de 18.1%.
- La prevalencia de consumo de bebidas alcohólicas en los últimos siete días fue de 8.2%.

Consumo de sustancias que causan dependencia

- La prevalencia de vida de consumo de sustancias que causan dependencia fue de 1.1%.
- La prevalencia de consumo de sustancias que causan dependencia en los últimos 30 días fue de 0.3%.

Practica de juegos de azar

- El 17.7% de las personas de 15 años y más practicaban juegos de azar en los últimos 12 meses, sin diferencias estadísticamente significativas por sexo.
- El 5.9% de las personas de 15 años y más que practicaban juegos de azar refirieron hacerlo diariamente.
- Entre aquellos que practicaban juegos de azar en los últimos 30 días, poco menos de uno de cada 10 (9.1%) refirieron hacerlo en periodos de más de 12 horas.

Ansiedad, Depresión y Psicosis.

- La aplicación de la prueba SQR-20 relacionadas con ansiedad evidenciaron que un 3.3% de las personas de 15 años y más presentaron riesgo de ansiedad.
- La prueba SRQ-20 cuenta con preguntas orientadoras para identificar síntomas relacionados al riesgo de sufrir de depresión. Cerca de 1 de cada 3 (32.3%) personas reportaron entre 1 y 4 de estos síntomas, un 3.4% indicó que presentan entre 5 y 7 de dichos síntomas y menos del 1% (0.9%) dijeron que tenían 8 síntomas o más.
- La prueba SQR integra preguntas sugestivas de psicosis, las cuales indican que una de cada cuatro personas puede estar en riesgo de padecer psicosis.

Riesgo de Suicidio

- Al indagar sobre 6 síntomas relacionados con el riesgo de suicidio percibido en los últimos 30 días, que se incluyeron en la ENSPA, se encontró que de las 98,031 personas de 15 años y más un 3.2% respondió haber pensado que estaría mejor muerto o ha deseado estar muerto, el 1.7%, 1.6% y 1.5% respondieron que han pensado en el suicidio, han querido hacerse daño y que, a lo largo de su vida alguna vez ha intentado suicidarse, respectivamente. Muy cercanos al 1% estuvieron aquellos que manifestaron que han planeado suicidarse y que han intentado suicidarse.

Salud sexual y reproductiva

➤ **Embarazo**

- Un 3.7% de las mujeres en edad fértil (de 15 a 49 años) estaban embarazadas.
- El 14.5% de las embarazadas reportaron no haberse realizado ningún control prenatal.

➤ **Paridad y embarazo**

- Un 86.8% de las mujeres de 15 años y más refirieron haber estado embarazadas.
- Tres de cada cuatro mujeres (76.9%) que han estado embarazadas refieren haber tenido un parto vaginal con su último hijo.

➤ **Detección de cáncer de mama.**

- Una de cada cuatro mujeres (31.5%) refiere haberse hecho un examen de mama en el último año, una de cada diez (9.6%) entre uno y dos años previos y un 9.0% refiere habérselo hecho hace más de dos años.
- Poco menos de la mitad (46.6%) refiere nunca haberse hecho un examen de mamas.
- Poco más de la mitad de las mujeres entre 40 y 70 años (54.2%) cumplen con la norma de realizarse una mamografía por lo menos una vez cada dos años.
- Poco más de la mitad (55.5%) refiere nunca haberse hecho un examen de mamas.

➤ **Detección de cáncer de cuello uterino**

- Cuatro de cada cinco mujeres (79.6%) refiere haberse hecho un examen de Papanicolau cervicovaginal.
- Poco más de tres de cada cuatro mujeres (74.2%) de las que se realizaron un examen de Papanicolau cervicovaginal, éstas lo hacen anualmente, un 14.1% lo hacen bianualmente, un 5.1% lo hacen cada 5 años y un 6.6% lo hacen cada 10 años.

➤ **Detección de cáncer de próstata**

- Poco más de la mitad de los varones de 40 años y más (55.5%) refiere haberse hecho un examen de niveles de antígeno prostático específico (PSA).
- Poco menos de dos de cada cinco varones de 40 años y más (38.4%) refirieron realizarse un examen de tacto rectal.

Salud bucal

- Una de cada cinco personas de 15 años y más (20.2%) refieren nunca haberse realizado un examen salud bucal y, poco más de dos de cada cinco (42.4%) lo hacen anualmente.
- Un 16.8% se realiza un examen de salud bucal cada 6 meses y un 10.3% lo hace cada tres meses.

- El 98.5% refiere el uso del cepillo dental, el 31.3% refiere el uso de pasta dental, el 31.0% el uso del hilo dental y el 39.1% refiere uso de enjuague bucal.
- El 98.7% de los que utilizan cepillo dental refieren que tienen el mismo para uso propio.
- El 7.1% refiere cepillarse los dientes una vez al día, el 49.3% lo hace dos veces al día, el 39.7% lo hace tres veces al día, el 3.6% refiere hacer más de 3 veces al día y menos de 1% (0.3%) refiere nunca hacerlo.
- El 80.8% de los niños había acudido al dentista al menos una vez en la vida.

Salud del menor de 15 años

➤ Escolaridad

- Un poco menos de dos tercios de los menores de 15 años (60.8%) se encontraban asistiendo a la escuela al momento de la encuesta.

➤ Estado de salud, familiar, violencia y discapacidad

- En el 59.3% de los menores de 15 años el estado de salud reportado fue “bueno”, mientras que en un cuarto de estos el estado de salud fue reportado como “muy bueno”. Solamente en el 0.7% de estos la respuesta fue “mal” o “muy malo”.
- En el 84.3% de los menores encuestados se reportó un buen funcionamiento familiar, mientras que se observó disfunción moderada y severa en el 11.5% y el 4.2% de los casos, respectivamente.

➤ Violencia

- Un 2.6% reportó haber sido víctima de cualquier tipo de violencia al menos una vez en su vida.

➤ Discapacidad

- Un 2.0% reportó haber sido diagnosticado con algún tipo de discapacidad.
- Los tipos de discapacidad más frecuentemente reportados fueron:
 - Discapacidad intelectual (0.9%).
 - Discapacidad física (0.6%).
 - Discapacidad visual (0.5%).
 - Discapacidad mental (0.3%).

➤ Medidas preventivas y vacunación

- Cerca de cuatro de cada cinco niños (79.8%) con edades comprendidas entre los 16 días y los 14 años cumplidos se realizan un control de salud anual o sin menores de

un año se han realizados el número de controles correspondientes para su edad en meses.

- El 95.5% dijo contar con la tarjeta de vacunación de los menores a su cargo, y adicionalmente un porcentaje del 96.7% afirmó que lleva al menor a vacunar cuando es requerido.
- Un 55% refiere que a los menores le ordenaron exámenes de laboratorios en su última consulta. Entre los que les ordenaron dichos exámenes, un 89.3% se realizó los mismos y entre estos últimos un 86.9% sabe el resultado.
- Entre niños de 12 meses de edad o menos, el 80% se realizó el tamizaje neonatal metabólico, el 69.1% el auditivo y el 57% el neonatal cardíaco.

➤ **Enfermedad diarreica y enfermedades respiratorias**

- Uno de cada diez niños de 0 a 4 años (10.0%) padeció enfermedad diarreica en las últimas dos semanas.
- Poco menos de uno de cada cuatro niños de 0 a 4 años (23.5%) padeció una enfermedad respiratoria en las últimas dos semanas.

➤ **Salud mental**

- El estado de salud mental en niños de 4 a 14 años fue evaluado usando el cuestionario de capacidades y dificultades “SDQ-Cas”: 71.8% de los menores obtuvo un puntaje normal, 13.9% un puntaje limítrofe y 14.3% una puntuación anormal.

➤ **Consumo de productos de tabaco, alcohol y otras sustancias que causan dependencia**

- Las prevalencias de consumo de alcohol (10 a 14 años) en la vida, en el último año y en los últimos 30 días fueron de 4.9%, 2.1% y 1.6%, respectivamente.
- La prevalencia de vida de consumo de productos de tabaco con humo en niños entre 10 y 14 años fue de 3%.
- La prevalencia de vida de consumo de productos de dispensadores de nicotina y similares en niños entre 10 y 14 años fue de 0.4% y la de consumo en los últimos 30 días fue de 0.1%.

➤ **Salud sexual y reproductiva**

- Un 69.7% de los menores entre 12 y 14 años reportó haber estado expuesto a temas relacionados con enfermedades de transmisión sexual, un 73.1% a temas sobre VIH-SIDA y 71.8% a temas sobre embarazo.
- Un 1% de los menores entre 12 y 14 años reportó haber tenido relaciones sexuales.

- Un 64.5% de los menores que han tenido relaciones sexuales refieren que han usado preservativos y un 8.4% refieren que han quedado embarazadas o han embarazado a alguien.
- **Prevalencia nacional de enfermedades no transmisibles en menores de 15 años.**
 - Prevalencia de diabetes: 194 casos/100,000 habitantes
 - Prevalencia de enfermedades no congénitas del corazón: 194 casos/100,000 habitantes.
 - Prevalencia de enfermedad renal: 77.3 casos/100,000 habitantes.
 - Prevalencia de alergia crónica: 3565.9 casos/100,000 habitantes.
 - Prevalencia de anemia falciforme, talasemia y otras hemoglobinopatías: 966.9 casos/100,000 habitantes.
 - Prevalencia de síndrome de Down: 140.3 casos/100,000 habitantes.
 - Depresión: 77 casos/100,000 habitantes.
 - Trastornos autistas: 222.5 casos/100,000 habitantes.
- **Lesiones en menores de 15 años.**
 - La prevalencia de lesiones en el último año fue de 1.5%.
- **Enfermedades transmisibles**
 - Prevalencia de leishmaniasis: 2291 casos/100,000 habitantes.
 - Prevalencia de tuberculosis 298 casos/100,000 habitantes.
 - Prevalencia de hepatitis viral 191 casos/100,000 habitantes.
 - Prevalencia de infección por HIV 1.9 casos/100,000 habitantes.
 - Incidencia acumulada de dengue en los últimos 12 meses 2106 casos/100,000 habitantes.
 - Incidencia acumulada de influenza en los últimos 12 meses 121.9 casos/100,000 habitantes.
 - Incidencia acumulada de leishmaniasis en los últimos 12 meses 57 casos/100,000 habitantes.
 - Incidencia acumulada de zika en los últimos 12 meses 3.9 casos/100,000 habitantes.

Incidencia acumulada de tumores malignos en personas de 15 años y más.

- La incidencia acumulada nacional, un año previo a la entrevista del antecedente médico de tumores malignos, fue de 187.4 casos/100,000 habitantes.
- Los varones tuvieron una incidencia acumulada, un año previo a la entrevista, del antecedente médico de tumores malignos, de 268.6 casos/100,000 habitantes y las mujeres la tuvieron en 106.8 casos/100,000 habitantes.

Prevalencia de Hipertensión Arterial en personas de 18 años y más

- A nivel nacional, estimamos que el 42.3% presentaron hipertensión arterial definida mediante antecedente médico y/o uso de tratamiento farmacológico en las últimas dos semanas y/o diagnosticada por tensiómetro.
- Con relación al sexo, a nivel nacional se encontró que los varones demostraron una prevalencia de hipertensión arterial de 45.0% y las mujeres 39.8%. Esta diferencia es estadísticamente significativa.
- El área urbana presentó una prevalencia de 45.1%, la rural fue de 41.0% y el área indígena presenta una prevalencia inferior (13.1%) con diferencias estadísticamente significativa entre las tres.

Prevalencia del antecedente médico de diabetes mellitus en personas de 15 años y más

- La prevalencia del antecedente médico de la diabetes mellitus a nivel nacional fue de 5.8%.
- Las mujeres presentan una prevalencia del antecedente médico de diabetes mellitus de 6.9%, mientras que entre los varones es de 4.8%. Esta diferencia es estadísticamente significativa.

Controles de Salud en personas de 15 años y más con antecedente de diabetes mellitus

- La mitad de las personas de 15 años y más (54.4%) en la República de Panamá, con antecedentes de diabetes mellitus, refiere realizarse mediciones de hemoglobina glicosilada.
- Poco menos de dos de cada cinco personas de 15 años y más (37.6%) en la República de Panamá, con antecedentes de diabetes mellitus, se realizan revisiones oftalmológicas.
- A nivel nacional, poco menos de dos de cada cinco personas de 15 años y más (37.6%) de la República de Panamá, con antecedente médico de diabetes, se realizan una revisión de los pies.
- Poco más de la mitad de las personas de 15 años y más (52.9%) con antecedente médico de diabetes, reportaron realizarse mediciones de glicemia en casa.
- Poco más de la mitad (55.8%) de las personas con antecedente de diabetes mellitus, se realizan revisiones de albúmina en orina.

Complicaciones de la diabetes mellitus en personas de 15 años y más

- A nivel nacional, un 34.4% de las personas con el antecedente médico de diabetes mellitus, refirieron disminución de la visión; un 7.9% refirieron daño a la retina y un 4.5% refirieron pérdida de la visión

- A nivel nacional, un 14.3% de las personas con el antecedente de diabetes mellitus, refirieron presentar dolor, ardor o pérdida de sensibilidad en las plantas de los pies, un 6.4% de las personas con dicho antecedente refirieron tener úlceras en miembros inferiores y un 3.2% reportaron que se les había amputado una parte de su cuerpo.
- La prevalencia de otras complicaciones graves de la diabetes mellitus en personas con el antecedente de dicha condición, fueron de 1.5% para diálisis renal, 2.6% para el infarto agudo al miocardio y 2.1% de haber tenido un coma diabético.

Prevalencia de diabetes mellitus en la submuestra

- A nivel nacional en la submuestra (aquellos que les realizaron pruebas de laboratorio), estimamos que 14.4% personas sufren de diabetes mellitus definida mediante antecedente médico, uso de medicamentos antidiabéticos en las últimas 12 horas previo a la toma de muestras, glicemia en ayunas de por lo menos 12 horas elevada (niveles ≥ 126 mg/dl) y/o hemoglobina glicosilada o A1C elevada (niveles $\geq 6.5\%$).

Dislipidemia en la submuestra (personas de 15 años y más)

Entre aquellos que fueron evaluados con laboratorios, (participantes de la submuestra), se apreció que

- Un 39.2% tenían niveles de colesterol > 200 mg/dL
- Un 21.9% tenía niveles de colesterol LDL > 100 mg/dL
- Un 53.1% tenían niveles de colesterol HDL menores a los valores normales de hombres y de mujeres, respectivamente.
- Un 38.0% tenían niveles de triglicéridos > 150 mg/dL.

Enfermedad renal crónica

- La prevalencia del antecedente médico de enfermedad renal crónica en personas de 15 años o más fue 0.4%.
- La prevalencia de antecedente médico de enfermedad renal crónica fue superior en los hombres (0.6%), con respecto a las mujeres (0.2%). Esta diferencia es estadísticamente significativa.

Prevalencia de enfermedad renal crónica en la submuestra

- A nivel nacional, en la submuestra se estimó que un 4.8% de la población presentó enfermedad renal crónica, definida mediante la composición del antecedente médico y/o tasa de filtración glomerular estimada menor a $60 \text{ ml/min/1.73 m}^2$ y/o albuminuria mayor o igual a 30 mg/g de creatinina.

Prevalencia del antecedente médico de enfermedad mental y neurológica (esquizofrenia, ansiedad y depresión)

Dentro de los antecedentes médicos de enfermedades mentales en este estudio, a nivel nacional encontramos las siguientes prevalencias:

- Depresión con 1,737 casos /100,000 habitantes.
- Ansiedad con 1625 casos/100,000 habitantes.
- Convulsiones con 423.1 casos/100,000 habitantes.
- Enfermedad de Parkinson con 120.5 casos/100,000 habitantes.
- Esquizofrenia con 118.2 casos/100,000 habitantes.

Antecedentes familiares de enfermedades no transmisibles y otras condiciones crónicas

- A nivel nacional, los nueve antecedentes familiares de enfermedades no transmisibles y otras condiciones crónicas estudiados, presentaron las siguientes proporciones:
- Hipertensión arterial con 41.8%
- Diabetes mellitus con 29.5%
- Cáncer con 17.4%
- Colesterol o triglicéridos elevados con 16.8%
- Obesidad con 10.6%
- Infarto agudo al miocardio en algún familiar de menos de 50 años con 5.6%
- Insuficiencia renal con 4.3%
- Convulsiones con 3.9%
- Enfermedades mentales como depresión y esquizofrenia 3.0%
- Diagnóstico de demencia en algún familiar 2.2%

Accidentes y lesiones padecidas en los últimos 12 meses según sexo, edad, área y región de salud

- A nivel nacional 2.1% de las personas refirieron haber tenido una lesión o accidente en los últimos 12 meses.
- Los varones sufrieron más accidentes y lesiones (2.6%) que las mujeres (1.7%) con diferencias estadísticamente significativas entre ambos sexos.

Enfermedades transmisibles

- La incidencia acumulada nacional de leishmaniasis en personas de 15 años y más los últimos 12 meses reportada fue de 46 casos por cada 100,000 habitantes.
- La incidencia acumulada nacional de dengue en personas de 15 años y más los últimos 12 meses reportada fue de 781.4 casos por cada 100,000 habitantes.

- La prevalencia de infección por HIV en personas de 15 años y más los últimos 12 meses reportada fue de 129.7 casos por cada 100,000 habitantes.
- La incidencia acumulada nacional de sífilis en personas de 15 años y más los últimos 12 meses reportada fue de 31.9 casos por cada 100,000 habitantes, reportada exclusivamente en varones.
- La incidencia acumulada nacional de infección por virus papiloma humano (VPH) en personas de 15 años y más los últimos 12 meses reportada fue de 105 casos por cada 100,000 habitantes, reportada exclusivamente en mujeres.
- La prevalencia nacional de infección por *Helicobacter pylori* en personas de 15 años y más los últimos 12 meses reportada fue de 1671.5 casos por cada 100,000 habitantes.
- La incidencia acumulada nacional de infección por *Helicobacter pylori* en personas de 15 años y más los últimos 12 meses reportada fue de 593 casos por cada 100,000 habitantes.

Introducción

El Ministerio de Salud (MINSa), como ente rector del sector salud, reconoce y entiende la importancia de generar y proveer la información necesaria y aprovechar la disponible para una mejor caracterización de la salud de la población. Es fundamental que la información sea puesta eficientemente al alcance, tanto de entidades gubernamentales, profesionales sanitarios, como de la población general y de organizaciones no gubernamentales, para garantizar una participación útil y documentada de todos los actores en las decisiones sanitarias, cada día más multidisciplinarias y globalizadas. En este contexto surge la necesidad de elaborar encuestas de salud poblacionales periódicas que faciliten el monitoreo, seguimiento y evaluación de la salud de toda la población, y la planificación y adopción de medidas de salud pública, constituyéndose así en un instrumento fundamental en la evaluación de las políticas sanitarias. Frente a esta realidad, el MINSa determina el diseño, ejecución y análisis de la Encuesta Nacional de Salud de Panamá (ENSPA).

Con la ENSPA se busca aportar información oportuna y relevante de la situación de salud existente para actualizar el conocimiento sobre el proceso salud-enfermedad, evaluar los programas institucionales, contar con una base científico-técnica para la toma de decisiones y para el diseño o modificación de políticas públicas en materia de salud.

Corregir el abordaje de la salud plantea la necesidad de conocer la percepción de la salud que tienen las personas, entendiendo que esta medición pueda abarcar su propia salud, la salud familiar, comunitaria y ambiental. Las encuestas han sido y son un instrumento indispensable en la medición de la salud, ya que reflejan la contribución de distintos factores sociales, ambientales y de estilos de vida en la salud de la población, que van más allá de la mera producción de servicios del sistema sanitario. Para que los resultados que surgen de la aplicación de encuestas cumplan con estos atributos, es necesario que se utilicen instrumentos de generación de información apropiados, válidos y comparables a nivel nacional e internacional, de allí la importancia del proceso de validación que se realizó previo al trabajo de campo de la ENSPA (1).

El objetivo principal de la ENSPA fue “Conocer la condición de salud y de enfermedad, así como sus factores protectores y de riesgo que impactan a la población residente en la República de Panamá”, el cual se alcanzó mediante el desarrollo de 14 objetivos específicos.

La ENSPA ha permitido la medición integral de la condición de salud en una muestra representativa de la población. El trabajo de campo se llevó a cabo en 1,437 unidades primarias de muestreo, implicando la participación de 20,118 viviendas particulares ocupadas y ese mismo número de personas de 15 años y más. En el caso de los menores de 15 años se aplicó una muestra en espejo. El porcentaje de participación en el estudio fue de 85.4%.

También se realizaron algunos biomarcadores cuyo material biológico se obtuvo a partir de una submuestra calculada en 6,715 personas de 15 años y más, al igual que a 6,590 menores de 15 años, con un porcentaje de participación de 75.3% y de 42.5%, respectivamente.

Un innovador propósito de la ENSPA fue contar con un banco de suero donde previo consentimiento informado, a muchos de los adultos seleccionados en la submuestra, se les conservará el suero residual. El objetivo de este banco es poder evaluar la asociación entre biomarcadores de predicción, pronósticos y diagnósticos de las enfermedades no transmisibles (enfermedades cardiovasculares, metabólicas, oncológicas, renales y otras prioritarias para el MINSA) y factores de riesgo y de protección conocidos y no conocidos en la población adulta y el adulto mayor, incluyendo la valoración de otros biomarcadores de nutrición y de otras enfermedades prevenibles, que sean de importancia para la salud pública. El porcentaje de participación en el banco de suero, de los adultos (≥ 18 años) de la submuestra para la medición de biomarcadores, fue de 60.4%.

El trabajo de campo se llevó a cabo de junio a diciembre de 2019, durante el mismo se aplicaron 3 instrumentos: la encuesta del hogar, la encuesta del adulto de 15 años y más y la encuesta del menor de 15 años. Los datos de la encuesta y las medidas antropométricas fueron capturados directamente en una tableta, mientras que la información acerca de los biomarcadores fue provista por el Hospital Nacional encontrándose los siguientes porcentajes de participación según encuesta:

Instrumento – Mediciones	Muestra esperada	n (porcentaje de participación %)		
Cuestionario del Hogar	20,118	18,017 (89.5)		
Cuestionario del Adulto – 15 años y más	20,118	17,997 (89.4)		
Cuestionario del Menor – Menores de 15 años	12,268	10,486 (85.4)		
Toma de Presión Arterial y frecuencia cardiaca	19,342	14,946 (77.3)		
Biomarcadores				
Submuestra de Biomarcadores (15 años y más)	6,715	5,212 (77.6)		
• Mujeres en edad fértil	524	798 (152.3)		
• Adultos de 60 años o más	1,010	1058 (104.8)		
• Vitamina B12	4,023	3,639 (90.4)		
Submuestra de Biomarcadores (menores de 15 años)	6,590	2,801 (42.5)		
• 6 meses a 59 meses	2,151	992 (46.1)		
• 4 a 9 años	2,232	994 (44.5)		
• 10 a 14 años	2,207	815 (36.9)		
Banco de Suero-ENSPA (participantes de 18 años y más)	4,872	2,937 (60.2)		
Medidas Antropométricas	Total	Peso	Talla ^a	Circunferencia abdominal
Personas de 15 años y más	20,118	16,321 (81.1)	16,308 (81.1)	15,870 (78.9)
Menores de 15 años	12,268	10,265 (83.6)	10,239 (83.4)	N/A
Menores de 5 a 15 años	6,298	N/A	N/A	5,346 (84.9)

^aSe mide la longitud en personas menores de dos años

N/A. No aplica

Los instrumentos de recolección de datos de la ENSPA recogieron información sobre la salud percibida, salud mental, estado nutricional, morbilidad, discapacidad y calidad de vida, entre otros. Además, aportan información sobre los factores determinantes de la salud, es decir, aquellos factores de riesgo y/o protectores, tales como las características socioeconómicas, culturales y ambientales, las condiciones de vida y trabajo y las conductas relacionadas con la salud o estilos de vida. También proporcionan información de acceso y utilización de los servicios de salud, tanto de promoción, prevención, curación o de rehabilitación de la población, gastos en salud, siendo una de sus principales ventajas la obtención de información sobre aquellas personas que no utilizan los servicios sanitarios, dado que suelen tener un ámbito poblacional.

En todo momento se preservaron los principios bioéticos aplicándose los consentimientos y asentimientos informados y los participantes pudieron comunicarse para mayores aclaraciones con el investigador principal u otro miembro del equipo investigador.

Los resultados que se presentan en este informe fueron sometidos a la rigurosidad estadística que exigen los estudios poblacionales, cumpliendo con los criterios de expansión establecidos durante la planificación de este estudio, por tanto aportan información útil no sólo para definición y monitoreo de las necesidades, sino que también dan evidencia de las diferencias y desigualdades entre grupos sociales, debido a que el mismo cuenta con datos que caracterizan variables como: la clase social, el sexo, la etnia o residencia. Con esta información se facilita la focalización y priorización de acciones e intervenciones dirigidas a la atención de los grupos con mayores necesidades, muy útil para una planificación sanitaria más equitativa.

Estos resultados son relevantes porque Panamá no cuenta con registros nacionales de incidencia de enfermedades (a excepción del cáncer y las enfermedades de notificación obligatoria), siendo la ENSPA una herramienta poderosa para la caracterización integral de la condición de salud, a partir de una muestra representativa de la población. En adición, permite el establecimiento de la línea base para la estimación y cuantificación de la magnitud y asociación de factores de riesgo y protección de numerosas enfermedades.

Los tomadores de decisión podrán formular nuevas hipótesis para reorientar políticas de salud y efectuar estudios futuros a escala nacional, basados en los conocimientos y en la evidencia científica nacional y reciente generada por la ENSPA.

Con este informe se inicia la etapa de divulgación de los resultados de este estudio, de conformidad con los compromisos adquiridos con la población, los líderes de la comunidad y las autoridades locales, que se consolidará tras una conferencia de prensa, de conformidad con lo establecido en el plan de difusión y mediante la página web: <http://www.gorgas.gob.pa/SIGENSPA/INICIO.htm> con enlace a www.minsa.gob.pa. Este proceso incluirá a las autoridades de los pueblos originarios.

Reflexiones:

- En cuanto al aspecto socio económico, Panamá cuenta en este momento y por un poco más de 10 años, con una población en edad económicamente activa importante, para el desarrollo socio económico, por lo que es importante tomar acciones encaminadas al aprovechamiento de esta coyuntura a favor del país y crear las bases para el sostenimiento de la población de forma equitativa y sostenida. Muestran los datos estadísticos, el aumento de la población en edad mediana en las regiones de Herrera, Los Santos, Coclé, Panamá y Veraguas, por lo que podrían ser consideradas para las acciones prioritarias en miras de asegurar las condiciones de salud de población dependiente mayor. Y al mismo tiempo funciona como resultados de evaluación de las acciones encaminadas a mejorar los procesos de éstas, en las otras regiones del país.
- A pesar de los esfuerzos, el país continúa registrando niveles de pobreza preocupantes, por áreas y/o región. De igual forma los resultados relacionados a la desigualdad, no son prometedores. Por lo que las acciones de gran importancia desarrolladas podrían ser reevaluarlas de cara a mejorar los resultados y su impacto en la salud de la población del país.
- La deserción en las escuelas es un problema reiterativo, es por ello que su evaluación integral para determinar sus causas es imprescindible. Investigar y analizar la situación de cada niño en su entorno familiar y social, además de la condición económica, es una necesidad toda vez que conocer la situación redundaría en beneficios de la población escolar del país. Atender este problema, es imperante, ahora con más urgencia por las consecuencias de la pandemia. Este aspecto preocupante del país también tiene repercusiones en su desarrollo y crecimiento socio económico.
- El país, ha tomado acciones importantes para mejorar el sistema de vida que procura reducir la afección del medio ambiente, sin embargo, se debe tomar en cuenta el crecimiento de la población, pues este crecimiento provoca el uso de áreas que deben mantenerse y cuidar para proteger a la población de los efectos ambientales que cada vez son las frecuentes y más fuertes, tal como demuestran las estadísticas y las evaluaciones del cambio en el ambiente. Esto lo demuestra, por ejemplo, el crecimiento en número de las áreas urbanas por región, demostrando el desplazamiento de las personas del campo, a la ciudad, en búsqueda de mejores condiciones de vida, está comprobado que el crecimiento no controlado, provoca el uso de áreas de forma desordenada, afectando al medio ambiente, que es necesario cuidar y mantener. En adición, este crecimiento no controlado que provoca las afectaciones sobre el

medio ambiente ejerce presión sobre el sistema de salud, que debe mejorar su capacidad instalada para poder cubrir las necesidades y demandas de salud de esta población. Así mismo, deben efectuarse acciones puntuales en cada área rural, por ejemplo, en las actividades agropecuarias podrían ser efectivas para el desarrollo de estas áreas caracterizadas por sus bondades y fortalezas.

- En relación con la salud de los habitantes, los datos estadísticos, muestran la consistencia en el tiempo de las enfermedades que causa la deficiente salud de la población, y además que son enfermedades prevenibles. La mayoría de las personas mueren por causa de enfermedades no transmisibles. Las acciones proactivas para la disminución de este efecto, como la educación de la población en las conductas y vida sana, son importantes y urgentes, entre otras acciones preventivas de la salud.
- Es importante revisar la situación de salud tomando en cuenta el lugar de procedencia de las personas, toda vez que se observa que, las causas de muerte y de morbilidad varían con cada región de salud y/o provincia. Desde los datos del año 2000, utilizados para este informe, se muestra el incremento de muertes por tumores malignos, siendo las regiones de Herrera y Los Santos, las regiones que registran la mayor tasa de muerte por esta causa, seguidas de Chiriquí, Panamá Metro y San Miguelito. Es importante reevaluar el registro de los datos estadísticos de mortalidad en la provincia de Panamá Metro, toda vez que en ella se encuentran las instalaciones de salud con mayor capacidad instalada para la atención de los enfermos con tumores malignos o con otras afecciones complejas, sin embargo, no es el lugar de origen de la persona enferma. Además, las mismas regiones (Herrera y Los Santos) registran la mayor tasa de muerte por diabetes, seguido de las enfermedades cerebrovasculares. Por otro lado, la obesidad va en incremento en el país.
- El comportamiento incremental de las muertes maternas se hace notar cada año, situación que impacta negativamente en el cumplimiento de los compromisos adquiridos por el país con respecto a las metas específicas de los ODS. Frente a esta situación se hace impostergable evaluar esta situación, con el objetivo de identificar los factores determinantes de las muertes maternas y sus relaciones con la condición de la mujer, las que atañen a la familia, a la comunidad y el entorno social en general.
- Además, la mortalidad infantil, neonatal y posneonatal, registra aumento en todo el país. La mayor causa de muerte infantil se ha dado por ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal. Es importante profundizar en las causas de muerte en cada una de las regiones de

salud del país, Las comarcas indígenas y Bocas Del Toro, registran la más elevada tasa desde el año 2014.

- La evidencia científica ha demostrado, mientras que la OMS y otras Agencias de Naciones Unidas, así como expertos internacionales han reiterado que la hipertensión arterial, obesidad, la diabetes, pacientes fumadores, los problemas del corazón, son factores de riesgos que impactan en la severidad y gravedad de la infección por el SAR-Cov- 2, complicando la condición clínica de los pacientes, sus síntomas y agravando los problemas de salud ocasionados por este virus. Estas enfermedades se colocan entre las principales 10 causas de muerte en el país, reportando las tasas de mortalidad más elevadas en Panamá. La toma de decisiones encaminada al fortalecimiento de las acciones preventivas incluyendo la educación de la población, es cada vez más un reto que debe ser enfrentado para el logro de cambios sustantivos en los estilos de vida.
- Una estrategia muy importante es accionar la unificación de los servicios de salud en el país, para de esta forma utilizar de forma efectiva y eficiente las instalaciones, el recurso humano y los insumos de salud del país, con miras a asegurar la atención de la población.
- Sobre el presupuesto, cada vez más es necesario la focalización del gasto que debe traducirse en el uso óptimo de los recursos, lo que implica la planificación y ejecución del presupuesto con base en resultados, articulado para evitar la duplicidad en las inversiones que se realicen de cara al fortalecimiento de la capacidad instalada en los servicios de públicos de salud dirigidos a nuestra población, con ello podría mejorarse la coordinación entre las dos instituciones públicas responsables de la prestación de servicios de salud.
- Del mismo modo, es esencial direccionar los recursos suficientes y necesarios para que el MINSA pueda cumplir con el ejercicio pleno de la función de Rectoría en Salud.
- Propiciar la creación de un equipo de investigación y análisis de causas de morbilidad y de mortalidad caracterizada por área de nacimiento y residencia, encaminado a definir con base científica, las determinantes del entorno que llevan a enfermar a la población. De esta forma la toma las decisiones del estado, podrán ser focalizadas de acuerdo con las características propia de cada región o área de la población.
- Es importante evaluar los detalles económicos, social y cultural de la región para lograr determinar las acciones puntuales que ayuden a la mejora de la condición de salud de la población infantil.

- Fortalecer los procesos locales de monitoreo de las acciones anuales, y sus resultados, con miras a reevaluar las acciones de acuerdo con los resultados para hacer más efectivas y eficientes las intervenciones. Creemos que la herramienta de SIMEPLANS, podría ser utilizada más allá de la efectividad presupuestaria y que las regiones la utilicen para también revisar la ejecución de las acciones y sus resultados en la salud de la población.



Glosario de Términos

Carga de Enfermedad: Es todo efecto adverso, daño o deterioro y causa de pérdida de bienestar, entre otros contra la salud de la población. Este concepto pretende detectar los Problemas más importantes y contribuir en la definición los servicios que se requieren para resolver al máximo la carga de enfermedad.

Crecimiento total anual: Es el incremento medio anual total de una población, vale decir el número de nacimientos menos el de defunciones, más el de inmigrantes y menos el de emigrantes, durante un determinado período

Densidad de población: Se expresa, de ordinario, como el número de personas por unidad de superficie.

Discapacidad: Se refiere a cambios en el funcionamiento físico, social o emocional del individuo.

Edad mediana de la población: Es un indicador del grado de envejecimiento de la estructura por edades de la población. Es una medida estadística de posición que se expresa como la edad que divide la población en dos grupos de igual número de personas.

Esperanza de vida al nacer: Representa la duración media de la vida de los individuos, que integran una cohorte hipotética de nacimientos, sometidos en todas las edades a los riesgos de mortalidad del período en estudio.

Incidencia: Es una medida del número de casos nuevos de una enfermedad en un período determinado

Índice de envejecimiento de la población: Es el cociente entre la población 65 años y más y la población de menores de 15 años. En estudios sobre envejecimiento poblacional suele utilizarse como el cociente entre la población 60 años y más y la población de menores de 15 años.

Población económicamente activa: En general se considera población económicamente activa al conjunto de personas, de uno u otro sexo, que están dispuestas a aportar su trabajo para la producción de bienes y servicios económicos. Generalmente cada país determina la edad de inicio de la investigación de actividad económica que puede variar en el tiempo y en distintas fuentes (censos y encuestas especializadas). El CELADE para lograr una mejor armonización de las cifras considera la población económicamente activa aquella que, según lo establecido por cada país en cada momento o fuente sea considerada PEA y además tenga 15 o más años edad

Población económicamente activa: Comprende a la población de 15 y más años de edad que suministra la mano de obra disponible para la producción de bienes y servicios en el país, clasificada en ocupada y desocupada.

Población urbana y población rural: Se han considerado como población urbana a aquellas que residen en áreas urbanas. El concepto de área urbana es determinado según criterios que suelen ser diferentes entre países y en el tiempo. Para efectos de estimación de la población urbana se utilizó las poblaciones urbanas identificadas en cada censo de población sin considerar las diferencias de criterio existentes entre países y en diferentes censos de cada país. Los criterios de definición de la población urbana aplicados en los censos de América Latina pueden ser consultados, además de las publicaciones censales, en la página WEB del CELADE.

Porcentaje de mujeres en edad fértil: Corresponde a la relación del número de mujeres de 15 a 49 años con respecto al total de mujeres, multiplicado por cien.

Porcentaje de ocupación de camas: Es la relación entre pacientes-días reales hospitalizados y la capacidad máxima de pacientes-días durante un período dado multiplicado por 100.

Prevalencia: proporción de individuos de un grupo o una población, que presentan una característica o evento determinado. Por lo general, se expresa como una fracción, un porcentaje o un número de casos por cada 10 000 o 100.000 personas.

Prevalencia de subalimentación, mide la probabilidad que, seleccionando un individuo al azar de la población, tenga una ingesta calórica menor que las necesidades de energía alimentaria propias de este individuo.

Producto interno bruto (PIB): es una magnitud macroeconómica que expresa el valor monetario de la producción de bienes y servicios de demanda final de un país o región durante un período determinado, normalmente de un año o trimestrales.

Razón de mortalidad materna: Número anual de mujeres fallecidas por causas relacionadas con el embarazo y el parto por cada 100 000 nacidos vivos.

Relación de dependencia (demográfica): Es la medida comúnmente utilizada para medir la necesidad potencial de soporte social de la población en edades inactivas por parte de la población en edades activas. Es el cociente entre la suma de los grupos de población de menos de 15 y de 65 y más años, y la población de 15 a 64 años de edad. En estudios sobre envejecimiento poblacional suele utilizarse como el cociente entre la suma de los grupos de población de menos de 15 y de 60 y más años y la población de 15 a 59 años de edad.

Subalimentación, o hambre crónica: Dieta alimentaria insuficiente por las cantidades ingeridas o la escasez de nutrientes

Tabla de Mortalidad: Llamada también Tabla de Vida. Es un modelo teórico que describe el comportamiento de la mortalidad en una población según la edad de sus integrantes. Es la historia de la vida de un grupo hipotético o cohorte de personas, que va disminuyendo paulatinamente a medida que mueren sus componentes

Tasa bruta de mortalidad: Es el cociente que se obtiene de dividir, el número de defunciones ocurridas en una población en un año dado, entre el número medio de personas que la forman para ese mismo año.

Tasa Bruta de Natalidad: Llamada también tasa bruta de natalidad. Es el cociente que se obtiene de dividir, el número de nacimientos vivos ocurridos en una población en un año dado, entre el

Tasa de Alfabetización: Proporción de la población adulta de 15 y más años de edad que es letrada, expresada como porcentaje de la correspondiente población, para un determinado sexo, en un determinado país, territorio o área geográfica, en un punto de tiempo específico, usualmente a mitad de año. Para propósitos estadísticos, una persona es letrada si, con entendimiento, puede leer y escribir una comunicación corta y simple sobre su vida cotidiana.

Tasa de crecimiento natural: Es el cociente entre el crecimiento natural anual (nacimientos menos defunciones) de un determinado período y la población media del mismo período. Puede definirse también como la diferencia entre las tasas brutas de natalidad y de mortalidad.

Tasa de Emigración: El número de emigrantes que salen de una zona de origen por 1.000 habitantes de dicha zona.

Tasa de migración, o tasa neta de migración: Es el cociente entre el saldo neto migratorio anual correspondiente a un período determinado y la población media del mismo período.

Tasa de mortalidad fetal: Llamada también razón de mortalidad fetal. Es el cociente que se obtiene de dividir el número de defunciones fetales, independientemente de la duración del embarazo, ocurridas en una población en un año dado, entre el número de nacimientos vivos ocurridos en esa población para el mismo año.

Tasa de Mortalidad Infantil: Es la probabilidad que tiene un recién nacido, de morir antes de cumplir un año de vida. En la práctica se define como el cociente entre las defunciones de menores de un año, ocurridas en un lapso, y los nacimientos vivos ocurridos en el mismo tiempo.

Tasa de Mortalidad Materna: El número de defunciones de mujeres debido a complicaciones durante el embarazo y el alumbramiento por 100.000 nacidos vivos en un año determinado.

Tasa de Mortalidad Neonatal: El número de defunciones de niños menores de 28 días en un año determinado por 1.000 nacidos vivos en ese año.

Tasa de Mortalidad Perinatal: El número de muertes fetales después de 28 semanas de embarazo (muertes fetales tardías) más el número de muertes de niños menores de 7 días por cada 1.000 nacidos vivos.

Tasa General de Fecundidad: El número de nacidos vivos por 1.000 mujeres de 15 a 49 años de edad en un año determinado

Tasa Neta de Migración: Es la relación entre la diferencia de inmigrantes y emigrantes y la población de una región, expresado como positiva o negativa dependiendo de la magnitud de las corrientes migratorias, por mil personas



Referencias

BANCO MUNDIAL: PANORAMA GENERAL DE PANAMÁ THE GLOBAL COMPETITIVENESS REPORTR 2019:
http://www3.weforum.org/docs/WEF_TheGlobalCompetitivenessReport2019.pdf

CEPAL. AGENDA 2030, DESARROLLO SOSTENIBLE. AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE:
<https://www.cepal.org/es/temas/agenda-2030-desarrollo-sostenible/america-latina-caribe-foro-politico-alto-nivel>

CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA DE PANAMÁ. ESTIMACIONES Y PROYECCIONES DE POBLACIÓN: https://www.inec.gob.pa/publicaciones/Default2.aspx?ID_CATEGORIA=3&ID_SUBCATEGORIA=10

DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD, MINISTERIO DE SALUD DE PANAMÁ: <http://appwebs.minsa.gob.pa/procedimientos/ProgramaNutricion/>

ENSPA 2019. INFORME DE RESULTADOS. MINISTERIO DE SALUD Y EL INSTITUTO CONMEMORATIVO GORGAS: http://www.gorgas.gob.pa/SIGENSPA/Informe_general.htm

ESTRATEGIA NACIONAL DE MOVILIDAD ELÉCTRICA DE PANAMÁ. INFORME DE SITUACIÓN NACIONAL. FEBRERO 2019: <https://movelatam.org/wp-content/uploads/2019/06/ENME-Panama-Informe-de-Situacion.pdf>

GABINETE SOCIAL. INFORME DEL INDICE DE POBREZA MULTIDIMENSIONAL: <http://www.gabinetesocial.gob.pa/wp-content/uploads/2019/12/>

IDAAN PANAMÁ. BOLETÍN ESTADÍSTICO: <https://www.idaan.gob.pa/boletin-estadisticos-historico/>

INDICE DE DESEMPEÑO AMBIENTAL (EPI): <https://epi.yale.edu/epi-results/2020/component/epi>
<https://epi.yale.edu/epi-results/2020/country/pan>

INEC, CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA DE PANAMÁ: <https://www.inec.gob.pa/publicaciones/Default.aspx>

MEDUCA: INFORME DE EVALUACIÓN PISA: [http://www.meduca.gob.pa/sites/default/files/WEB/pisa/PISA2018_Panam%C3%A1_ResumenEjecutivo_\(1\)-compressed.pdf](http://www.meduca.gob.pa/sites/default/files/WEB/pisa/PISA2018_Panam%C3%A1_ResumenEjecutivo_(1)-compressed.pdf)

<https://www.meduca.gob.pa/direccion-plane/estadisticas>

MEF-MDS-INEC. INFORME DE INDICE DE POBREZA MULTIDIMENSIONAL DE PANAMÁ: <https://www.mides.gob.pa/wp-content/uploads/2017/06/Informe-del-%C3%8Dndice-de-Pobreza-Multidimensional-de-Panam>

MIDES. INFORME DE INDICE DE POBREZA MULTIDIMENSIONAL DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES DE PANAMÁ. AÑO 2018: <https://www.mides.gob.pa/wp-content/uploads/2019/05/IPM-NNA.-Panama%C4%9B-2018-web.pdf>

MINISTERIO DE AMBIENTE. SISTEMA NACIONAL DE INFORMACIÓN AMBIENTAL. INFORME DE RESULTADOS DE DIAGNÓSTICO DE COBERTURA DE BOSQUES: <https://www.sinia.gob.pa/index.php/cobertura-boscosa/ano-2019/por-provincia>

<https://www.miambiente.gob.pa/panama-entrega-compromiso-a-la-convencion-de-las-naciones-unidas-sobre-cambio-climatico/?print=pdf>

MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS. BALANCE FISCAL PRELIMINAR A MARZO 2020: <https://www.mef.gob.pa/documentos/balance-fiscal/>

MINISTERIO DE SALUD DE PANAMÁ. PROPORCIÓN DE ADOLESCENTES EMBARAZADAS: http://minsa.b-cdn.net/sites/default/files/publicacion-general/transparencia_a_marzo_2020.pdf

MINISTERIO DE SALUD. INFORMACIÓN DE CONTROL DE CONSUMO DE TABACO: <http://www.minsa.gob.pa/informacion-salud/control-del-consumo-del-tabaco>

MINISTERIO DE SALUD. INFORME DE EJECUCIÓN PRESUPUESTARIA: http://minsa.b-cdn.net/sites/default/files/publicacion-general/informe_ejecucion_octubre_2020.pdf

MINISTERIO DE SALUD. INFORME EPIDEMIOLÓGICO: <http://www.minsa.gob.pa/informacion-salud/epidemiologia>

MINSA-PLAN ESTRATEGICO MULTISECTORIAL DE VIH EN PANAMÁ: http://minsa.b-cdn.net/sites/default/files/programas/plan_estrategico_multisectorial_en_vih_de_panama.pdf

MINSA-REGES: <http://www.minsa.gob.pa/informacion-salud/anuarios-estadisticos>

NACIONES UNIDAS. PERSPECTIVA DE LA POBLACIÓN MUNDIAL 2019: <https://population.un.org/wpp/DataQuery/>

OMS, UNICEF, WFP, 1,000 DAYS. DOCUMENTO NORMATIVO SOBRE EMACIACIÓN:
http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255730/WHO_NMH_NHD_14.8_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

ONISIDA. Estadísticas Mundiales de VIH 2019:
https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_FactSheet_es.pdf

PANAMÁ LIBRE DE TABAJO: www.panamalibredetabaco.com

PANAMA SOLIDARIO: <https://www.panamasolidario.gob.pa>

PNUD. INFORME SOBRE EL DESARROLLO HUMANO 2019:
http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr_2019_overview_-_spanish.pdf

UNICEF: <https://www.unicef.org/panama/>

UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE PANAMÁ. EVALUACIÓN DE LAS EMISIONES DE CO₂ Y EL FACTOR DE EMISIÓN DE CO₂ DE LA RED ELÉCTRICA DE PANAMÁ SEGÚN PNE 2015-2050:
https://www.researchgate.net/publication/340570755_PAPER_EMISIONES_CO2_PANAMA

Anexos

Anexo 1. Estimación del total de la población de la República, según grupo de edad. Años 2015-2025, 2030

Estimación al 1 de julio												
AÑOS	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2030
TOTAL	3,975,404	4,037,043	4,098,135	4,158,783	4,218,808	4,278,500	4,337,406	4,395,414	4,452,823	4,509,530	4,565,559	4,834,846
0-4.....	370,005	370,725	370,675	370,261	369,996	369,747	369,312	368,461	367,647	366,853	366,045	364,119
0....	74,426	74,412	74,312	74,242	74,183	74,147	73,948	73,432	73,400	73,360	73,311	72,900
1....	74,190	74,146	74,137	74,043	73,977	73,924	73,893	73,700	73,189	73,161	73,125	72,784
2....	74,281	74,078	74,035	74,028	73,936	73,872	73,820	73,791	73,599	73,091	73,065	72,782
3....	73,916	74,218	74,016	73,975	73,968	73,877	73,815	73,764	73,735	73,545	73,038	72,807
4....	73,192	73,871	74,175	73,973	73,932	73,927	73,836	73,774	73,724	73,696	73,506	72,846
5-9.....	362,768	363,595	364,928	366,458	367,710	368,881	369,622	369,593	369,197	368,956	368,722	365,112
5....	72,748	73,173	73,852	74,157	73,955	73,915	73,910	73,821	73,759	73,709	73,681	72,888
6....	72,676	72,721	73,147	73,826	74,130	73,929	73,890	73,885	73,795	73,734	73,685	72,907
7....	72,585	72,659	72,704	73,130	73,809	74,114	73,914	73,874	73,869	73,781	73,719	72,925
8....	72,468	72,576	72,650	72,695	73,121	73,802	74,106	73,906	73,867	73,864	73,774	72,943
9....	72,291	72,466	72,575	72,650	72,695	73,121	73,802	74,107	73,907	73,868	73,863	73,449
10-14...	358,651	360,177	361,445	362,470	363,266	363,859	364,693	366,033	367,568	368,821	369,982	369,741
10...	72,172	72,355	72,530	72,639	72,714	72,760	73,186	73,866	74,172	73,971	73,931	73,695
11...	71,997	72,248	72,430	72,606	72,715	72,790	72,837	73,264	73,943	74,248	74,046	73,792
12...	71,778	72,083	72,333	72,517	72,693	72,803	72,878	72,925	73,351	74,030	74,332	73,921
13...	71,516	71,873	72,177	72,428	72,612	72,789	72,899	72,975	73,022	73,447	74,124	74,073
14...	71,188	71,618	71,975	72,280	72,532	72,717	72,893	73,003	73,080	73,125	73,549	74,260
15-19...	345,556	349,908	353,511	356,486	359,157	361,199	362,736	364,022	365,058	365,855	366,434	372,371
15...	70,606	71,295	71,726	72,084	72,389	72,641	72,826	73,004	73,114	73,189	73,232	74,369
16...	69,825	70,710	71,400	71,831	72,189	72,495	72,748	72,934	73,112	73,221	73,294	74,512
17...	69,326	69,933	70,818	71,509	71,940	72,300	72,606	72,860	73,046	73,222	73,329	74,820
18...	68,441	69,429	70,037	70,923	71,614	72,047	72,406	72,714	72,968	73,152	73,326	74,622
19...	67,358	68,541	69,530	70,139	71,025	71,716	72,150	72,510	72,818	73,071	73,253	74,048
20-24...	323,080	327,790	332,785	337,992	342,939	348,015	352,377	355,992	358,981	361,656	363,685	368,735
25-29...	310,893	313,211	315,804	318,627	321,839	325,444	330,159	335,161	340,366	345,300	350,342	365,756
30-34...	298,533	301,592	304,663	307,778	310,632	313,232	315,578	318,194	321,036	324,250	327,833	352,399
35-39...	285,652	288,510	291,349	294,150	297,232	300,607	303,682	306,774	309,903	312,760	315,353	329,717
40-44...	270,190	274,032	277,685	281,104	284,199	286,909	289,784	292,644	295,465	298,550	301,912	316,465
45-49...	241,273	247,932	254,145	259,860	265,049	269,266	273,110	276,779	280,206	283,313	286,024	300,950
50-54...	207,085	212,756	218,331	224,482	230,756	237,555	244,163	250,336	256,018	261,183	265,389	282,171
55-59...	168,288	175,577	182,878	189,481	195,779	201,747	207,351	212,872	218,952	225,154	231,866	259,465
60-64...	131,310	136,739	142,517	148,622	155,052	161,839	168,943	176,071	182,520	188,684	194,528	224,131
65-69...	101,172	105,170	109,387	113,896	118,700	123,736	128,960	134,528	140,407	146,598	153,124	184,702
70-74...	76,627	79,521	82,527	85,652	88,880	92,365	96,138	100,129	104,381	108,913	113,654	141,416
75-79...	54,802	56,993	59,263	61,626	64,065	66,614	69,256	72,013	74,873	77,832	81,011	100,488
80-84...	35,778	37,319	38,925	40,611	42,357	44,184	46,068	48,037	50,076	52,191	54,389	66,903
85 y mé	33,741	35,496	37,317	39,227	41,200	43,301	45,474	47,775	50,169	52,661	55,266	70,205

Fuente: Datos del INEC-Contraloría General de la República de Panamá

Anexo 2. Estimación y proyección de la población, según sexo y grupos de edad: años 2015-2025, 2030

EDAD	2015		2019		2020		2021		2022		2023		2024		2025		2030	
	HOMBRES	MUJERES	HOMBRES	MUJERES	HOMBRES	MUJERES	HOMBRES	MUJERES	HOMBRES	MUJERES	HOMBRES	MUJERES	HOMBRES	MUJERES	HOMBRES	MUJERES	HOMBRES	MUJERES
TOTAL	1,995,69	1,979,709	2,115,458	2,103,350	2,144,802	2,133,698	2,173,761	2,163,645	2,202,083	2,193,331	2,230,085	2,222,738	2,257,734	2,251,796	2,284,996	2,280,563	2,416,014	2,418,832
0 a 4	189,032	180,973	189,046	180,950	188,923	180,824	188,707	180,605	188,277	180,184	187,864	179,783	187,461	179,392	187,050	178,995	186,085	178,034
0	38,036	36,390	37,915	36,268	37,898	36,249	37,798	36,150	37,534	35,898	37,518	35,882	37,498	35,862	37,473	35,838	37,267	35,633
1	37,901	36,289	37,797	36,180	37,769	36,155	37,755	36,138	37,658	36,042	37,397	35,792	37,383	35,778	37,365	35,760	37,195	35,589
2	37,949	36,332	37,775	36,161	37,745	36,127	37,718	36,102	37,705	36,086	37,608	35,991	37,348	35,743	37,335	35,730	37,195	35,587
3	37,760	36,156	37,790	36,178	37,744	36,133	37,715	36,100	37,688	36,076	37,675	36,060	37,579	35,966	37,320	35,718	37,205	35,602
4	37,386	35,806	37,769	36,163	37,767	36,160	37,721	36,115	37,692	36,082	37,666	36,058	37,653	36,043	37,557	35,949	37,223	35,623
5 a 9	185,219	177,549	187,796	179,914	188,401	180,480	188,786	180,836	188,774	180,819	188,576	180,621	188,457	180,499	188,341	180,381	186,517	178,595
5	37,155	35,593	37,778	36,177	37,758	36,157	37,756	36,154	37,711	36,110	37,682	36,077	37,656	36,053	37,643	36,038	37,240	35,648
6	37,112	35,564	37,864	36,266	37,762	36,167	37,743	36,147	37,741	36,144	37,695	36,100	37,667	36,067	37,641	36,044	37,247	35,660
7	37,060	35,525	37,696	36,113	37,853	36,261	37,752	36,162	37,732	36,142	37,730	36,139	37,685	36,096	37,656	36,063	37,254	35,671
8	36,994	35,474	37,340	35,781	37,690	36,112	37,847	36,259	37,745	36,161	37,726	36,141	37,725	36,139	37,679	36,095	37,260	35,683
9	36,898	35,393	37,118	35,577	37,338	35,783	37,688	36,114	37,845	36,262	37,743	36,164	37,724	36,144	37,722	36,141	37,516	35,593
10 a 14	183,004	175,647	185,416	177,850	185,734	178,125	186,177	178,516	186,864	179,169	187,650	179,918	188,292	180,529	188,887	181,095	188,788	180,953
10	36,834	35,338	37,124	35,590	37,150	35,610	37,370	35,816	37,718	36,148	37,875	36,297	37,773	36,198	37,753	36,178	37,698	36,057
11	36,741	35,256	37,120	35,595	37,162	35,628	37,189	35,648	37,407	35,837	37,754	36,189	37,911	36,337	37,808	36,238	37,683	36,109
12	36,626	35,152	37,104	35,589	37,164	35,639	37,206	35,672	37,230	35,695	37,448	35,903	37,795	36,235	37,950	36,382	37,746	36,175
13	36,487	35,029	37,057	35,555	37,151	35,638	37,211	35,688	37,251	35,724	37,275	35,747	37,492	35,955	37,838	36,286	37,816	36,257
14	36,316	34,872	37,011	35,521	37,107	35,610	37,201	35,692	37,258	35,745	37,298	35,782	37,321	35,804	37,538	36,011	37,905	36,355
15 a 19	176,060	169,496	183,074	176,083	184,134	177,065	184,931	177,805	185,585	178,437	186,111	178,947	186,520	179,335	186,818	179,616	189,875	182,496
15	36,006	34,600	36,929	35,460	37,061	35,580	37,157	35,669	37,249	35,755	37,306	35,808	37,345	35,844	37,367	35,865	37,952	36,417
16	35,598	34,227	36,816	35,373	36,975	35,520	37,107	35,641	37,201	35,733	37,292	35,820	37,349	35,872	37,387	35,907	38,013	36,499
17	35,326	34,000	36,674	35,266	36,861	35,439	37,020	35,586	37,149	35,711	37,242	35,804	37,333	35,889	37,389	35,940	38,155	36,665
18	34,854	33,587	36,491	35,123	36,713	35,334	36,900	35,506	37,056	35,658	37,185	35,783	37,278	35,874	37,368	35,958	38,035	36,587
19	34,276	33,082	36,164	34,861	36,524	35,192	36,747	35,403	36,930	35,580	37,086	35,732	37,215	35,856	37,307	35,946	37,720	36,328
20 a 24	163,902	159,178	174,159	168,780	176,772	171,243	179,023	173,354	180,865	175,127	182,388	176,593	183,750	177,906	184,786	178,899	187,391	181,344
25 a 29	157,066	153,827	162,533	159,306	164,397	161,047	166,836	163,323	169,395	165,766	172,055	168,311	174,577	170,723	177,148	173,194	185,033	180,723
30 a 34	150,699	147,834	156,412	154,220	157,658	155,574	158,793	156,785	160,069	158,125	161,482	159,554	163,107	161,143	164,935	162,898	177,493	174,906
35 a 39	145,948	141,704	149,725	147,507	151,334	149,273	152,777	150,905	154,215	152,559	155,680	154,223	157,019	155,741	159,240	157,113	165,389	164,328
40 a 44	135,557	134,633	142,835	141,364	144,249	142,660	145,734	144,050	147,158	145,486	148,530	146,935	150,006	148,544	151,588	150,324	158,389	158,076
45 a 49	120,509	120,764	132,530	132,519	134,702	134,564	136,697	136,413	138,594	138,185	140,364	139,842	141,967	141,346	143,366	142,658	150,659	150,291
50 a 54	102,807	104,278	114,708	116,048	118,116	119,439	121,428	122,735	124,534	125,802	127,406	128,612	130,031	131,152	132,188	133,201	140,855	141,316
55 a 59	82,805	85,483	96,489	99,290	99,474	102,273	102,281	105,070	105,051	107,821	108,094	110,858	111,199	113,955	114,545	117,321	128,455	131,010
60 a 64	63,888	67,422	75,497	79,555	78,840	82,999	82,346	86,597	85,866	90,205	89,057	93,463	92,110	96,574	95,011	99,517	109,740	114,391
65 a 69	48,696	52,476	56,953	61,747	59,351	64,385	61,869	67,091	64,559	69,969	67,407	73,000	70,415	76,183	73,591	79,533	89,060	95,642
70 a 74	36,342	40,285	41,974	46,906	43,590	48,775	45,329	50,809	47,178	52,951	49,157	55,224	51,275	57,638	53,496	60,158	66,755	74,661
75 a 79	25,486	29,516	29,650	34,435	30,773	35,841	31,963	37,293	33,204	38,809	34,494	40,379	35,830	42,002	37,271	43,740	46,157	54,351
80 a 84	16,203	19,074	19,074	23,283	19,871	24,313	20,693	25,375	21,551	26,486	22,438	28,831	23,360	28,831	24,314	30,075	32,075	37,087
85 y más	14,472	19,269	17,607	23,593	18,483	24,818	19,391	26,083	20,344	27,431	21,332	28,837	22,358	30,303	23,421	31,845	29,557	40,648

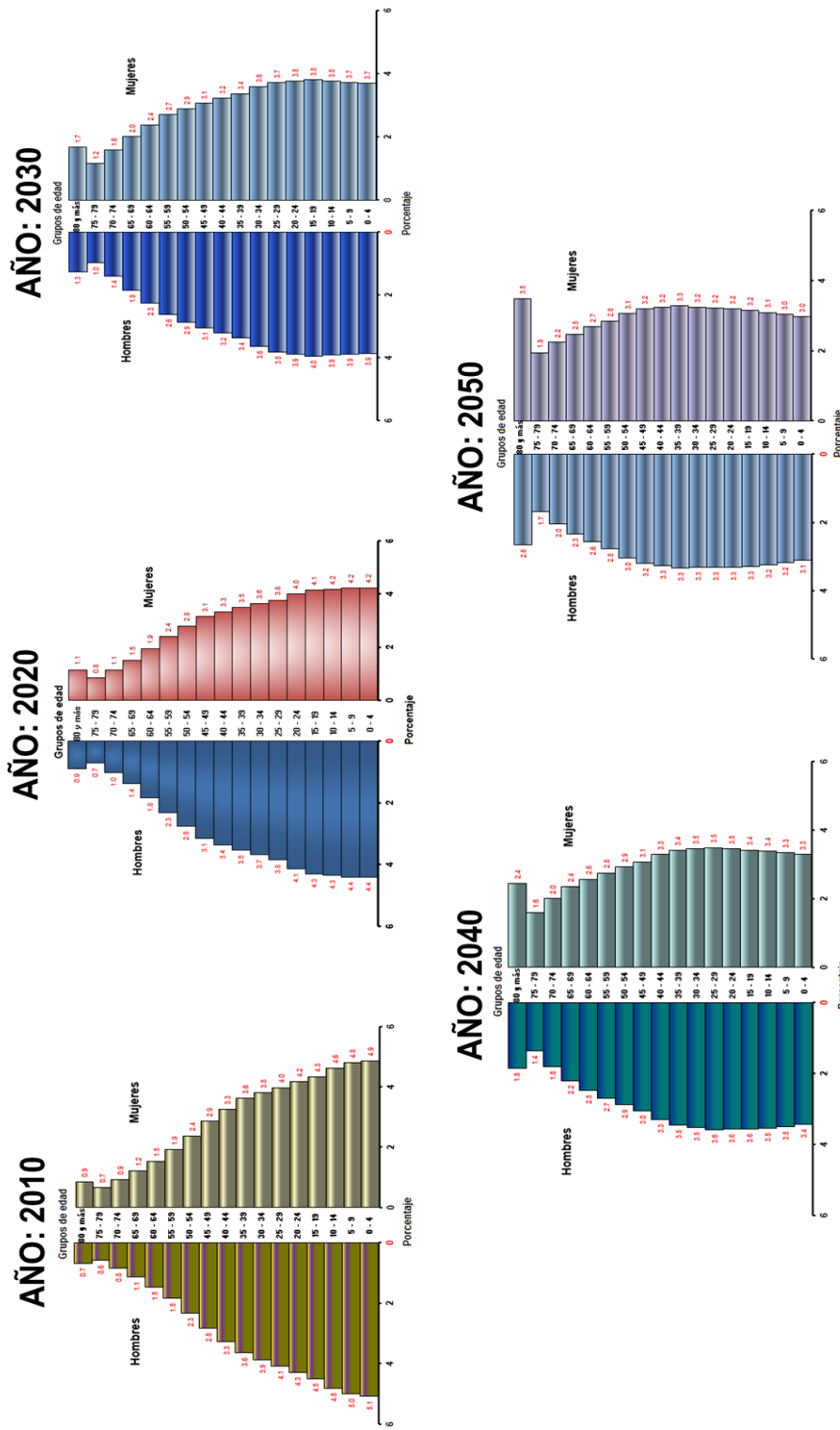
Fuente: Datos del INEC-Contraloría General de la República de Panamá

Anexo 3. Indicadores demográficos, según estimaciones y proyecciones de la población.

Indicador	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
FECUNDIDAD																
Nacimientos Vivos	74,708	75,375	75,655	75,429	75,363	75,338	75,224	75,136	75,068	75,013	74,803	74,265	74,223	74,173	74,111	74,034
Tasa Bruta de Natalidad	20.40	20.24	19.97	19.59	19.26	18.95	18.63	18.33	18.05	17.78	17.48	17.12	16.89	16.66	16.43	16.22
Tasa de Fecundidad General	78.16	77.70	76.83	75.49	74.37	73.33	72.25	71.25	70.33	69.47	68.54	67.35	66.65	65.97	65.31	64.68
Tasa Global de Fecundidad	2.55	2.55	2.53	2.49	2.46	2.43	2.40	2.37	2.34	2.31	2.27	2.24	2.22	2.19	2.17	2.15
Tasa Bruta de Reproducción	1.25	1.24	1.23	1.22	1.20	1.19	1.17	1.16	1.14	1.13	1.10	1.09	1.08	1.07	1.06	1.05
Tasa Neta de Reproducción	1.24	1.24	1.23	1.21	1.20	1.18	1.17	1.15	1.14	1.13	1.10	1.09	1.08	1.07	1.06	1.05
Edad Media de la Fecundidad (en años)	27.05	27.03	27.01	26.99	26.97	26.94	26.92	26.90	26.88	26.86	26.83	26.81	26.79	26.77	26.75	26.72
MORTALIDAD																
Defunciones	17,962	18,365	18,614	19,061	19,402	19,862	20,278	20,633	21,180	21,461	22,019	22,379	22,909	23,458	23,969	24,406
Defunciones de Menores de un año	1,195	1,187	1,165	1,147	1,126	1,112	1,094	1,072	1,061	1,036	1,022	995	982	-9	954	936
Tasa Bruta de Mortalidad	4.91	4.93	4.91	4.95	4.96	5.00	5.02	5.03	5.09	5.09	5.15	5.16	5.21	5.27	5.32	5.35
Tasa de Mortalidad Infantil																
Ambos Sexos	15.99	15.75	15.40	15.21	14.94	14.75	14.54	14.27	14.13	13.81	13.67	13.40	13.23	13.07	12.88	12.64
Hombres	18.78	18.47	18.07	17.86	17.56	17.36	17.15	16.78	16.66	16.30	16.11	15.84	15.66	15.47	15.29	14.97
Mujeres	13.07	12.89	12.59	12.42	12.19	12.02	11.80	11.63	11.47	11.20	11.10	10.84	10.69	10.54	10.34	10.19
Esperanza de Vida al Nacer (en años):																
Ambos Sexos	76.74	76.95	77.16	77.36	77.55	77.75	77.94	78.13	78.32	78.51	78.67	78.88	79.06	79.23	79.41	79.58
Hombres	73.71	73.94	74.15	74.36	74.57	74.78	74.99	75.19	75.39	75.59	75.78	75.97	76.16	76.35	76.54	76.72
Mujeres	79.92	80.12	80.31	80.50	80.68	80.87	81.05	81.23	81.41	81.58	81.71	81.93	82.09	82.26	82.43	82.59
CRECIMIENTO NATURAL																
Crecimiento Natural	56,746	57,011	57,041	56,368	55,962	55,476	54,946	54,504	53,888	53,553	52,784	51,886	51,313	50,715	50,142	49,629
Tasa de Crecimiento Natural	15.50	15.31	15.06	14.64	14.30	13.95	13.61	13.30	12.96	12.69	12.34	11.96	11.67	11.39	11.12	10.87
MIGRACIÓN INTERNACIONAL																
Saldo Neto Migratorio	5,600	7,000	6,500	6,500	6,500	6,500	6,500	6,500	6,500	6,500	6,500	6,500	6,500	6,400	6,300	6,200
Tasa Neta de Migración	1.53	1.88	1.72	1.69	1.66	1.64	1.61	1.59	1.56	1.54	1.52	1.50	1.48	1.44	1.40	1.36

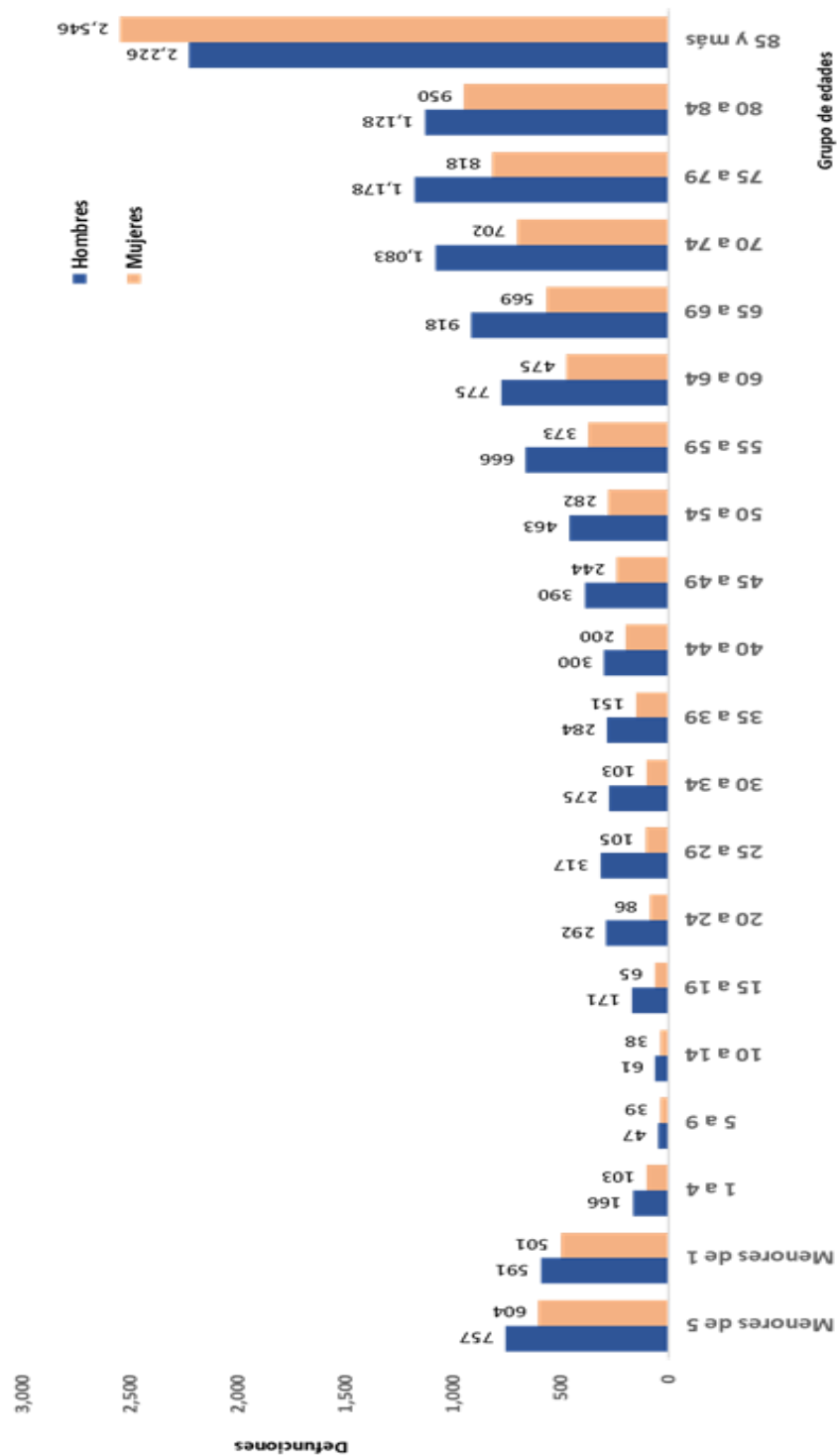
Fuente: INEC, informe de estadísticas vitales. Elaborado por DASTS-DIPLAN
NOTA: Las tasas están expresadas por mil, excepto las del crecimiento total que están multiplicadas por cien

Anexo 4. Pirámides poblacionales de la República, por sexo y grupos de edad.
Año 2010 a 2050 por décadas



Estimaciones y proyecciones de acuerdo Censo 2010
Fuente: Departamento de Registros y Estadísticas de Salud. - Minsa.

Anexo 5. Número de Defunciones en la República, según grupo de edad, por provincia y comarcas indígenas. año 2018



Fuente: Datos de estadísticas vitales del INEC. Contraloría General de la República.
 Elaborado por DASTS-DIPAN

Anexo 6. Defunciones de menores de un año en la República, por provincia y comarca indígena de residencia, según sexo y edad: año 2018

Sexo y edad (días y meses)	Total	Bocas del Toro	Coclé	Colón	Chiriquí	Darién	Herrera	Los Santos	Panamá	Panamá Oeste	Veraguas	Kuna Yala	Emberá	Ngabe Buglé
TOTAL	1,092	95	52	70	144	23	12	9	350	149	48	8	4	128
Menores de 28 días	661	44	39	44	86	17	7	6	244	95	30	5	2	42
Menos de 1 día	150	5	11	14	13	7	2	2	60	17	9	2	-	8
1 día	86	11	2	5	7	2	1	2	35	16	3	-	-	2
2 días	60	4	1	5	10	1	-	-	26	7	4	-	-	2
3 días	45	6	4	2	7	1	-	-	10	9	1	2	-	3
4 días	39	2	2	1	9	-	1	-	16	3	2	-	-	3
5 días	29	2	2	2	5	-	1	1	9	4	1	-	-	2
6 días	24	-	1	1	3	3	-	-	11	2	-	-	-	3
7 días	20	2	1	1	2	-	-	-	5	7	-	-	-	2
8 a 13 días	87	8	4	5	12	-	1	1	35	13	1	-	-	7
14 a 20 días	52	2	7	2	11	1	-	-	13	6	4	-	1	5
21 a 27 días	69	2	4	6	7	2	1	-	24	11	5	1	1	5
28 días a 11 meses	431	51	13	26	58	6	5	3	106	54	18	3	2	86
28 días a 1 mes	156	9	3	14	24	1	2	-	59	20	12	1	-	11
2 meses	49	4	2	2	8	2	-	2	8	6	3	-	-	12
3 meses	48	12	2	2	8	-	-	-	11	4	2	1	-	6
4 meses	43	3	1	1	5	1	1	-	11	7	-	1	-	12
5 meses	14	2	-	-	-	1	2	-	1	1	-	-	1	6
6 meses	23	6	-	-	4	-	-	-	2	7	-	-	-	4
7 meses	20	1	-	2	2	-	-	-	4	2	-	-	-	9
8 meses	19	1	1	3	3	-	-	1	3	-	1	-	1	5
9 meses	11	3	1	-	1	-	-	-	-	2	-	-	-	4
10 meses	22	8	2	1	1	1	-	-	1	4	-	-	-	4
11 meses	26	2	1	1	2	-	-	-	6	1	-	-	-	13
Hombres	591	53	34	33	77	14	7	6	191	75	28	5	3	65
Menores de 28 días	364	29	29	23	45	10	4	4	134	45	17	3	1	20
Menos de 1 día	83	3	8	9	6	4	1	1	36	7	5	-	-	3
1 día	52	8	2	3	5	1	1	1	19	9	1	-	-	2
2 días	28	3	1	-	7	1	-	-	11	3	2	-	-	-
3 días	27	4	2	1	4	-	-	-	7	5	1	2	-	1
4 días	21	1	1	1	5	-	1	-	8	2	2	-	-	-
5 días	15	-	2	1	1	-	-	1	5	2	1	-	-	2
6 días	9	-	-	1	1	3	-	-	3	-	-	-	-	1
7 días	9	1	1	-	2	-	-	-	2	2	-	-	-	1
8 a 13 días	54	5	3	3	6	-	1	1	24	7	1	-	-	3
14 a 20 días	28	2	5	1	4	-	-	-	7	3	2	-	1	3
21 a 27 días	38	2	4	3	4	1	-	-	12	5	2	1	-	4
28 días a 11 meses	227	24	5	10	32	4	3	2	57	30	11	2	2	45
28 días a 1 mes	84	7	1	3	12	1	2	-	33	11	9	1	-	4
2 meses	30	2	2	2	6	1	-	1	4	5	-	-	-	7
3 meses	22	2	-	1	5	-	-	-	7	2	2	-	-	3
4 meses	24	1	-	1	4	1	1	-	5	3	-	1	-	7
5 meses	8	1	-	-	-	1	-	-	1	-	-	-	1	4
6 meses	8	2	-	-	-	-	-	-	1	3	-	-	-	2
7 meses	14	1	-	2	1	-	-	-	3	1	-	-	-	6
8 meses	8	-	1	-	1	-	-	1	1	-	-	-	1	3
9 meses	7	3	-	-	1	-	-	-	-	1	-	-	-	2
10 meses	10	4	1	-	1	-	-	-	-	3	-	-	-	1
11 meses	12	1	-	1	1	-	-	-	2	1	-	-	-	6
Mujeres	501	42	18	37	67	9	5	3	159	74	20	3	1	63
Menores de 28 días	297	15	10	21	41	7	3	2	110	50	13	2	1	22
Menos de 1 día	67	2	3	5	7	3	1	1	24	10	4	2	-	5
1 día	34	3	-	2	2	1	-	1	16	7	2	-	-	-
2 días	32	1	-	5	3	-	-	-	15	4	2	-	-	2
3 días	18	2	2	1	3	1	-	-	3	4	-	-	-	2
4 días	18	1	1	-	4	-	-	-	8	1	-	-	-	3
5 días	14	2	-	1	4	-	1	-	4	2	-	-	-	-
6 días	15	-	1	-	2	-	-	-	8	2	-	-	-	2
7 días	11	1	-	1	-	-	-	-	3	5	-	-	-	1
8 a 13 días	33	3	1	2	6	-	-	-	11	6	-	-	-	4
14 a 20 días	24	-	2	1	7	1	-	-	6	3	2	-	-	2
21 a 27 días	31	-	-	3	3	1	1	-	12	6	3	-	1	1
28 días a 11 meses	204	27	8	16	26	2	2	1	49	24	7	1	-	41
28 días a 1 mes	72	2	2	11	12	-	-	-	26	9	3	-	-	7
2 meses	19	2	-	-	2	1	-	1	4	1	3	-	-	5
3 meses	26	10	2	1	3	-	-	-	4	2	-	1	-	3
4 meses	19	2	1	-	1	-	-	-	6	4	-	-	-	5
5 meses	6	1	-	-	-	-	2	-	-	1	-	-	-	2
6 meses	15	4	-	-	4	-	-	-	1	4	-	-	-	2
7 meses	6	-	-	-	1	-	-	-	1	1	-	-	-	3
8 meses	11	1	-	3	2	-	-	-	2	-	1	-	-	2
9 meses	4	-	1	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	2
10 meses	12	4	1	1	-	1	-	-	1	1	-	-	-	3
11 meses	14	1	1	-	1	-	-	-	4	-	-	-	-	7

Fuente: Datos del INEC, Contraloría General de la República
Elaborado por DASTS-DIPLAN

Anexo 7. Principales causas de morbilidad atendidas en las instalaciones del Ministerio de Salud de Panamá, según sexo. Año 2019

CAUSAS	TOTAL		
	T	H	M
Total de atenciones en la República	2,219,558	902,180	1,317,378
Rinofaringitis aguda (resfriado comun)	319,270	143,982	175,288
Gastroenteritis y colitis de origen no especificado	130,852	61,858	68,994
Hipertensión Esencial (Primaria)	100,557	35,542	65,015
Obesidad, no especificada	73,618	23,511	50,107
Infeccion de vias urinarias, sitio no especificado	67,476	14,588	52,888
Lumbago no especificado	44,462	20,662	23,800
Otras infecciones agudas de sitios multiples de vias respiratorias superiores	42,156	19,093	23,063
Faringitis aguda, no especificada	40,962	17,679	23,283
Parasitosis intestinal, sin otra especificacion	33,048	15,817	17,231
Gastritis, no especificada	32,219	10,583	21,636
Cefalea	29,946	9,658	20,288
Asma, no especificada	28,796	13,389	15,407
Pioderma	27,703	13,722	13,981
Influenza con otras manifestaciones respiratorias, virus no identificado	25,409	11,171	14,238
Alergia no especificada	24,242	9,575	14,667
Dermatitis, no especificada	22,624	9,694	12,930
Dolor en articulacion	22,470	8,494	13,976
Amigdalitis aguda, no especificada	20,688	9,562	11,126
Escabiosis	19,093	8,020	11,073
Otros dolores abdominales y los no especificados	18,340	6,420	11,920
Fiebre, no especificada	18,182	9,374	8,808
Diabetes mellitus, no especificada, sin mencion de complicacion	16,106	5,148	10,958
Anemia de tipo no especificado	15,057	6,114	8,943
Infección aguda de las vías respiratorias superiores, no especificada	14,795	6,863	7,932
Nausea y vomito	14,660	6,064	8,596
Dispepsia	13,404	4,959	8,445
Bronquitis aguda, no especificada	13,174	6,280	6,894
Otitis media, no especificada	12,439	5,658	6,781
Infección viral, no especificada	12,278	5,966	6,312
Constipación	11,440	4,622	6,818

Fuente Documental: Sistema de Información de Estadísticas de Salud - SIES - Base de Dato de Morbilidad.

Fuente Institucional: Dirección de Planificación - Departamento de Registros y Estadísticas de Salud.

Anexo 8. Población de responsabilidad del IDAAN para el 2019

COBERTURA DEL SERVICIO DE AGUA POTABLE, POR REGIÓN: AÑOS 2016-19																
Región/Comarca	Población (Habitantes)										Cobertura del Servicio de Agua Potable					
	Responsabilidad IDAAN (comunidades con 1,500 y más habitantes principalmente las concentradas en las zonas urbanas).				Población servida con Agua Potable											
	2016	2017	2018	2019 (P)	2016	2017	2018	2019 (P)	2016	2017	2018	2019 (P)	2016	2017	2018	2019 (P)
TOTAL	3,040,800	3,137,220	3,187,251	3,235,651	2,925,804	3,002,843	3,062,836	3,125,552	96%	96%	96%	96%	96%	96%	96%	97%
Arraiján	276,993	283,441	289,845	296,187	262,655	272,571	277,563	284,339	95%	96%	96%	96%	95%	96%	96%	96%
Bocas del Toro	101,100	109,601	114,171	114,792	53,043	54,774	57,013	61,900	52%	50%	50%	50%	52%	50%	50%	54%
Coclé (*)	112,507	119,607	120,620	121,622	124,784	126,787	134,985	139,035	111%	106%	111%	112%	111%	106%	112%	114%
Colón	188,009	196,103	199,192	203,796	158,150	162,894	166,152	169,475	84%	83%	84%	83%	84%	83%	83%	83%
Chiriquí	321,404	326,294	328,487	330,633	238,516	258,265	262,715	270,630	74%	79%	74%	80%	74%	79%	80%	82%
Panamá Este y Darién	51,000	58,823	59,765	60,680	43,096	44,172	47,077	48,580	85%	75%	85%	79%	85%	75%	79%	80%
Herrera	70,255	76,273	76,428	76,551	96,167	106,264	107,137	109,796	137%	139%	137%	140%	137%	139%	140%	143%
Los Santos	55,723	65,225	65,290	65,367	77,999	79,563	82,583	84,083	140%	122%	140%	126%	140%	122%	126%	129%
Panamá Metropolitana	1,520,289	1,545,475	1,572,400	1,599,017	1,524,761	1,536,018	1,560,039	1,583,027	100%	99%	100%	99%	100%	99%	99%	99%
Panamá Oeste	219,488	227,099	230,757	235,829	213,528	226,551	229,029	231,988	97%	100%	97%	99%	97%	100%	99%	98%
Veraguas	103,056	107,817	108,319	108,673	133,106	134,984	138,543	142,699	129%	125%	129%	128%	129%	125%	128%	131%
Comarca (**)	20,976	21,462	21,977	22,504	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Kuna Yala	14,115	14,407	14,721	15,042	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Emberá	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ngabe Buglé	6,861	7,055	7,256	7,462	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Fuente: Boletín estadístico No. 33 del IDAAN.
(**) El IDAAN no tiene presencia, solo brinda asistencia técnica en estos lugares a solicitud por escrito de la parte interesada

Anexo 9. Instalaciones de salud C.S.S y MINSA, por denominación. Año 2019

INSTALACIONES DEL MINISTERIO DE SALUD Y CAJA DE SEGURO SOCIAL POR DENOMINACIÓN, SEGÚN REGIÓN																
DE SALUD: Año 2019																
Región de Salud	Total	MINSA	CSS	Hospitales			Caja de Seguro Social			Instituto Nacional	MINSA CAPSI	Centro de Promoción	Policentro	Centro de Salud		
				MINSA	CSS	Patronato	ULAPS	CAPPS	Policlínica					Total	Funcionan	No Funcionan
Total	932	855	77	18	15	4	15	21	26	2	16	8	6	190	189	1
Bocas del Toro	56	51	5	1	3	0	1	0	1	0	1	0	0	12	11	1
Coclé	94	89	5	1	1	0	1	0	3	0	0	3	0	18	18	0
Colón	74	69	5	0	1	0	1	0	3	0	0	0	1	12	12	0
Chiriquí	121	103	18	0	2	1	3	9	4	0	2	0	2	30	30	0
Darién	65	65	0	3	0	0	0	0	0	0	1	0	0	6	6	0
Herrera	43	39	4	2	1	0	0	2	1	0	2	1	0	13	13	0
Los Santos	46	41	5	4	0	0	0	3	2	0	4	0	0	10	10	0
Panamá Este	64	62	2	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	10	10	0
Panamá Oeste	80	71	9	1	0	0	4	2	3	0	3	1	0	10	10	0
Panamá Metro	46	32	14	0	4	3	2	3	5	2	1	2	2	16	16	0
Panamá Norte	6	5	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	2	2	0
San Miguelito	14	9	5	1	1	0	1	1	2	0	0	0	0	7	7	0
Veraguas	94	90	4	2	1	0	1	1	1	0	2	1	0	18	18	0
Comarca Kuna Yala	21	21	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	16	16	0
Comarca Ngöbe Buglé	108	108	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	10	10	0
														481	481	81
														98	98	10
														108	108	10
														10	10	1
														33	33	3
														8	8	0
														55	55	0
														41	41	10
														45	45	1
														46	46	2
														2	2	0
														20	20	0
														9	9	2
														45	45	8
														2	2	0
														1	1	0
														0	0	0
														65	65	16
														3	3	2
														95	95	16

Fuente Documental: Listado de Instalaciones de Salud de las Regiones de Salud

Fuente Institucional: Dirección Nacional de Planificación, Departamento de Registros y Estadística. Ministerio de Salud

Anexo 10. Número de funcionarios en las instalaciones de salud del MINSA.
Panamá diciembre 2019-diciembre 2020.

CARGOS	TOTAL 2019	TOTAL 2020	DIFERENCIA
TOTAL...	17,610	19,165	1,555
CARGOS ADMINISTRATIVOS	6,422	6,588	166
CARGOS DE LEYES ESPECIALES	11,188	12,577	1,389
ESTADISTICOS DE SALUD I	173	168	(5)
ESTADISTICOS DE SALUD II	406	424	18
ESTADISTICOS DE SALUD III	322	335	13
ASISTENTES DE CLINICA	131	129	(2)
TEC EN URGENCIAS MEDICAS	56	73	17
MEDICOS INTERNOS	393	354	(39)
MEDICOS RESIDENTES	118	93	(25)
MEDICOS GENERALES	1,267	1,612	345
MEDICOS ESPECIALISTAS	643	688	45
TEC ASIST ODONTOLOGICA	168	169	1
ODONTOLOGOS INTERNOS	40	27	(13)
ODONTOLOGOS	559	594	35
PSICOLOGOS GENERAL	49	51	2
PSICOLOGOS CLINICOS	31	30	(1)
ASISTENTES DE FARMACIA	362	376	14
FARMACEUTICOS	338	351	13
AUXILIAR DE LAB CLINICO	24	23	(1)
ASISTENTE DE LAB CLINICO	180	190	10
LABORATORISTAS CLINICOS	286	311	25
CITOTECNOLOGOS	5	13	8
HISTOTECNOLOGOS	8	9	1
TEC ELECTROCARDIOGRAFIA	12	15	3
TECNICO EN ENFERMERIA NIVEL I	780	1,197	417
TECNICO EN ENFERMERIA NIVEL II	968	924	(44)
ENFERMERAS BASICAS	1,867	2,365	498
ENFERMERAS JEFE INICIAL	28	27	(1)
ENFERMERAS JEFE INTERMEDIA	39	37	(2)
ENFERMERAS JEFE SUPERIOR	34	33	(1)
TECNICOS EN RADIO. MEDICA I	103	113	10
ASIST TEC RADIO MEDICA	11	11	-
TECNICO EN TERAPIA RESPIRATORIA	2	26	24
TEC ELECTROENCEFALOGRAFIA	1	1	-
TERAPEUTA OCUPACIONAL	15	14	(1)
TERAPEUTA DE VOZ Y LENGUAJE	9	9	-
AUX DE TER OCUPACIONAL	5	5	-
AUX DE FISIOTERAPIA	4	4	-
ASIST DE FISIOTERAPIA	8	8	-
FISIOTERAPEUTA KINESIOLOGO	119	121	2
TEC EN EST TEMPORANA Y ORIENT F	16	20	4
TEC EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOG	25	25	-
NUTRICIONISTAS	75	79	4
EDUCADOR PARA LA SALUD I	37	24	(13)
EDUCADOR PARA LA SALUD II	56	68	12
INSP TEC SANEAMIENTO AMBIENTAL	285	300	15
TEC CONTROL DE VECTORES	426	425	(1)
TRABAJADORES SOCIALES	120	119	(1)
CIENCIAS AGRICOLAS	52	51	(1)
PROTESISTA ORTESISTA	1	1	-
MEDICOS VETERINARIOS	135	144	9
ASISTENTE DE SALUD	376	371	(5)
OPTOMETRAS	3	3	-
FONOAUDILOGOS	8	9	1

Anexo 11. Número de casos de SIDA reportados en la Republica, por región de salud. Años: 1984 – 2018

Región de Salud	Total	Periodo de 1984 a 1999	Años 2000-2018																		
			2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Total:	17,673	3,408	611	720	719	678	699	792	801	741	877	723	852	779	785	723	828	724	613	1,173	427
Bocas del Toro	286	14	1	1	2	6	9	9	21	7	12	7	23	5	17	18	17	18	5	51	43
Coclé	321	62	11	6	19	10	9	14	15	10	21	15	18	10	21	25	15	9	4	24	3
Colón	2,565	408	120	140	136	163	128	135	155	77	149	105	123	163	109	74	105	94	74	67	40
Chiriquí	1,007	155	25	34	39	27	33	26	17	31	19	22	31	42	50	67	58	30	56	164	81
Darién	58	5	1	3	2	2	0	3	6	2	3	4	0	1	3	4	2	4	8	4	1
Herrera	166	44	5	4	6	4	4	6	6	5	2	7	10	3	5	9	8	6	7	20	5
Los Santos	161	27	5	4	7	4	8	7	5	8	2	4	7	10	4	4	6	7	19	18	5
Panamá Este	451	54	7	9	15	11	8	15	18	22	22	14	20	19	30	23	34	28	36	50	16
Panamá Oeste	1,902	335	75	65	72	79	68	84	77	110	97	86	101	108	87	95	77	77	58	109	42
Panamá Metro	6,571	1,562	224	292	260	228	269	303	285	313	365	307	314	272	286	203	247	230	174	344	93
San Miguelito	3,058	667	130	148	138	125	145	157	163	137	156	126	159	107	108	114	158	100	56	136	28
Panamá Norte	138															1	2	22	47	57	9
Veraguas	222	57	2	5	7	8	6	9	9	6	9	4	9	11	11	21	8	10	2	27	1
Comarca kuna Yala	137	18	5	6	10	7	9	13	10	8	2	5	11	4	4	5	11	5	1	0	3
Comarca Ngobe Bugle	617	0	0	3	5	2	1	7	12	5	18	16	25	24	50	60	80	84	66	102	57
No Especificado	13	0	0	0	1	2	2	4	2	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0

Fuente Documental: Departamento de Epidemiología. Sección de Estadística
Fuente Institucional: Departamento de Registros Médicos y Estadística. MNSA.



**MINISTERIO
DE SALUD**