

Ministerio de Salud

Dirección Nacional de Planificación de Salud

- Guía para el Análisis de la Situación de Salud

Distrito de GUALACA, provincia de Chiriquí, república de PANAMA

Víctor Pittí Patiño DMD y mi equipo de Salud.

## Ministerio de Salud

### Dirección Nacional de Planificación de Salud

- Guía para el Análisis de la Situación de Salud
  
- Fotografía # 1 Caracterización del Contexto

Los problemas importantes encontrados en el nivel local ,en el distrito de GUALACA son el analfabetismo, la pobreza, escasez de fuentes de empleo, presupuesto distrital insuficiente, recurso humano deficiente en salud, escasa contratación por MINSA del personal de salud necesario para cubrir los servicios en las instalaciones de salud, abandono de la producción agrícola por los campesinos, ocupación de barriadas de reciente formación en la cabecera del distrito, marginación femenina en el área laboral, subvaloración del trabajo doméstico.

- Prioridades identificadas: Incrementar el grado de educación de la población. aumentar la creación pública o privada del empleo, incrementar los programas de asistencia social, mejorar los servicios de agua potable y disposición de excretas a nivel rural, mejorar las infraestructuras de salud existentes y proporcionar recurso humano idóneo en salud preferiblemente que residan dentro del distrito, falta de ambulancia para el traslado de pacientes, falta de transporte institucional para giras y atención de los sub-centros.
- Factores que afectan la gestión en salud....disminución presupuestaria....descentralización tardada....deficiente administración de los recursos.....demanda de atención insatisfecha...injerencia política en la administración y toma de decisiones en salud, falta de mantenimiento de equipos, mobiliario, flota de ambulancias y carros de transporte para giras o movilización, mora quirúrgica, y en las citas con especialistas médicos, interconsultas y referencias a otros niveles sanitarios, dotación insuficiente de insumos y medicamentos.
- Factores que favorecen la oferta de los servicios de salud....atención gratuita a embarazadas y menores de 5 años....laboratorios de control gratis...apoyo nutricional con cremas....atención gratuita a indígenas y tuberculosos y apoyo nutricional sin costo ,medicamentos a un costo razonable.
- convenios internacionales Sí, nuestro país es signatario de convenios internacionales tales como: tratado interamericano de derechos humanos, fundación de américa latina y el caribe para la defensa de los derechos de la mujer, UNICEF convención para la eliminación de toda forma de discriminación contra la mujer. Conferencia de Alma Ata sobre la adopción de una atención primaria y con participación comunitaria. ONU agenda 29 cooperación para modernización y desburocratización de los servicios públicos del estado panameño. La declaración de Santa Fe, Bogotá con aceptación de la descentralización político-administrativa y la creación de municipios saludables.
- Cooperación técnico-financiera para modernizar el estado panameño. Durante los últimos diez años, la comunidad internacional viene impulsando una transformación de la cooperación enfocada a mejorar sus resultados e impactos en la reducción de la pobreza y en el desarrollo global. Panamá adhirió la Declaración de París y el Programa de Acción

de Accra, y viene fortaleciendo su gestión de la cooperación y la consolidación de relaciones más horizontales con sus socios. Dentro de los retos estratégicos del desarrollo, se destaca: la importancia de afianzar y consolidar los procesos alcanzados hasta la fecha para disminuir su vulnerabilidad ante el inestable panorama de la economía global; avanzar de manera conjunta en la reducción de la pobreza, de la pobreza extrema y el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, y trabajar para la protección de bienes públicos globales y regionales en esquemas de responsabilidad compartida.

En el año 2008, el Ministerio de Economía y Finanzas (MEF), puso en marcha el Sistema de Información de Proyectos de Cooperación Técnica no Reembolsable. Desde su inicio, el Sistema ha registrado 129 proyectos, con un presupuesto estimado de B/.174.369.543, del cual el 35% corresponde a contrapartidas de instituciones panameñas. De la información disponible en el Sistema, se destaca una alta concentración geográfica de los programas y proyectos en las regiones con mejores índices económicos y sociales. Los índices de desarrollo humano de las tres provincias que concentran el 50% de la cooperación – Panamá, Chiriquí y Colón– se encuentran por encima del promedio nacional. En términos sectoriales, cerca del 60% de los recursos de cooperación están enfocados al medio ambiente; al apoyo a la industria, el comercio y el turismo; la educación, la cultura y la justicia. Los esfuerzos de la cooperación con relación a los Objetivos de Desarrollo del Milenio, Sistema de Información de Proyectos de Cooperación Técnica no Reembolsable se centran principalmente en los objetivos 1, 7 y 8 –erradicar la pobreza extrema y el hambre, fomentar la sostenibilidad del medio ambiente y promover una alianza mundial para el desarrollo– con baja participación en los objetivos enfocados a la educación universal, la igualdad entre géneros, la reducción de la mortalidad infantil, la mejora de la salud materna y el combate contra el VIH SIDA, el paludismo y otras enfermedades. En las cinco comarcas indígenas, donde los índices de desarrollo humano son más bajos, la cooperación se centra en el tema educativo. La presente Estrategia es la hoja de ruta de la cooperación para el desarrollo en Panamá durante los próximos cuatro años. Es una herramienta que alinea los esfuerzos de la cooperación con las directrices del Plan Estratégico de Gobierno 2010-2014, para ahondar esfuerzos que permitan alcanzar las metas de desarrollo propuestas. Para tal fin, la Estrategia define tres objetivos: Lograr una menor dispersión y una mejor focalización de la cooperación en los temas prioritarios para el desarrollo social y económico del país. Fortalecer la capacidad de las instituciones panameñas de intercambiar experiencias, aprendizajes y buenas prácticas con países de la región. Impulsar relaciones de confianza, transparencia y coordinación con todos los actores vinculados al sistema de cooperación de Panamá. Con relación al desarrollo social, el Plan propone crear oportunidades para todos y todas las panameñas, con énfasis en la población de bajos ingresos, rural e indígena, mediante la formación del capital humano, la reducción de la pobreza y la inclusión social. Para ello, el Gobierno debe centrar sus esfuerzos en garantizar el acceso a servicios de calidad de educación y formación de recurso humano, salud y nutrición, agua potable y saneamiento básico, vivienda digna y transporte público seguro y protección social, así como proteger la seguridad ciudadana y el medio ambiente. Para lograr estos objetivos, el Plan establece tres estrategias prioritarias: a) el desarrollo de capacidades gubernamentales para garantizar instituciones que impulsen las inversiones y los cambios de política y organizativos necesarios; b) el desarrollo de capital humano, con énfasis en los sectores motores de crecimiento; y c) la existencia de fondos gubernamentales y no gubernamentales para maximizar la eficiencia operativa.

- Cooperación en agricultura Para varias de las regiones económicamente más deprimidas, la actividad agropecuaria representa entre el 20 y el 40% de su PIB y emplea cerca del 20-60% de su fuerza laboral. Sin embargo, sus capacidades de producción, comercialización y

exportación siguen siendo bajas. Para impulsar el desarrollo del sector y disminuir los niveles de pobreza en amplias zonas rurales del país, el Gobierno Nacional propone impulsar cultivos de alto margen y con claras ventajas comparativas en el mercado, aumentar la capacidad de la tierra y desarrollar infraestructura adecuada de almacenamiento y comercialización, respetando las necesidades de seguridad alimentaria nacional y los intereses de los pequeños propietarios, pescadores y trabajadores rurales. El apoyo de la cooperación internacional en el sector agropecuario se enfocará a las siguientes áreas de prioridad: Fortalecimiento institucional Desarrollo de capital humano Infraestructura Promoción de la investigación para mejorar la producción agropecuaria. Adopción de estándares sanitarios y certificaciones internacionales. Desarrollo de políticas de asistencia técnica a productores. Mejoramiento de la comercialización y promoción de exportación de productos agropecuarios. Formación técnica en eco-agricultura y en buenas prácticas agropecuarias. Desarrollo de capacidades de asociación en los productores agropecuarios. Formación técnica en transformación y comercialización de productos. Construcción y mejoramiento de sistemas de riego e irrigación. Construcción y mejoramiento del sistema de cadena de frío, almacenamiento y centros de acopio. Construcción y mejoramiento de sistemas de caminos rurales.

- Lucha contra la pobreza...prioridad gubernamental Prioridades para la inclusión social y la reducción de la pobreza El rápido crecimiento económico de Panamá tiene un saldo pendiente con la reducción de la pobreza y con la mejor distribución del ingreso. Si bien los indicadores de cobertura en servicios básicos han mejorado, cerca de un 32.7% de la población vive en situación de pobreza y 14.4% en situación de pobreza extrema. En el país persisten grandes brechas en el acceso a servicios básicos, en detrimento de las poblaciones de bajos ingresos, de zonas rurales y particularmente de las áreas indígenas. Frente a los Objetivos de Desarrollo del Milenio, es necesario un esfuerzo colectivo durante estos cinco años para alcanzar las metas fijadas y convertirse en un referente regional y mundial en el mejoramiento de las condiciones de vida de sus habitantes. Para tal fin, el Plan Estratégico de Gobierno 2010-2014 da prioridad al fortalecimiento de los programas tendientes a la reducción de la pobreza, la inclusión social y la creación de oportunidades para todos y todas las panameñas mediante el impulso a la educación, la salud y nutrición, el saneamiento básico y agua potable, la seguridad ciudadana, la protección social a grupos vulnerables, el medio ambiente y cambio climático y la gobernabilidad. ESTRATEGIA NACIONAL DE COOPERACIÓN INTERNACIONAL PARA EL DESARROLLO • 2010-2014 27 Áreas y estrategias priorizadas para la cooperación enfocada a la inclusión social y la disminución de la pobreza Fortalecimiento institucional Desarrollo de capital humano Educación Infraestructura Salud, nutrición, agua potable y saneamiento básico Vivienda digna y transporte seguro Seguridad ciudadana Protección social y apoyo productivo a grupos vulnerables Medio ambiente y cambio climático Gobernabilidad.

Estrategias: Generación de oportunidades de empleo productivo. Ampliar el acceso de los pobres a los servicios sociales básicos. Empoderamiento de la sociedad civil.

Acciones Prioritarias: Desarrollo Rural. Acceso a servicios sociales básicos. Mejora de la Producción Agrícola y pecuaria. Organización productiva y Mercadeo de productos.

Titulación de la tierra. Acceso al crédito. Para reducir la pobreza urbana se estimula la creación de empleo por parte de la Empresa privada y se ha mejorado la obtención de créditos y asistencia técnica por parte de la pequeña, mediana y microindustria.

Características de la pobreza: hambre y desnutrición. Objetivo reducir drásticamente la desnutrición infantil.

Creación de granjas agrícolas auto-sostenibles en áreas rurales. Mejorar la calidad de la atención de los servicios de salud y la universalización del libre acceso a una

atención adecuada. Panamá ha realizado esfuerzos para mejorar la calidad de la educación y la cobertura. El analfabetismo se ha reducido a un 10.7 %.

- Cooperación interinstitucional para el desarrollo de políticas sociales Fondo de inversión social...mecanismo eficaz en la lucha contra la pobreza. Mides también apoya efectivamente a través de red de oportunidades para apoyo económico a personas de extrema pobreza, 120/65 de apoyo social para no jubilados mayores de 65 años con alguno de los siguientes factores: riesgo social, vulnerabilidad, marginación y pobreza, ángel guardián para discapacitados. centros de alfabetización y de orientación infantil y familiar.
- La interacción de los consejos provinciales técnicos y juntas técnicas municipales con la atención de salud ha mejorado en los últimos años, aunque todavía dista de ser adecuada. Existe un fuerte tortuguismo burocrático que enlentece la toma de decisiones políticas adecuadas y a tiempo para cumplir a cabalidad con una atención de salud expedita, eficiente, solidaria y universal sobre todo de los grupos de riesgo, incorporación de las políticas de salud a los programas sociales regionales.

En la región existe el Consejo Técnico Provincial que, en teoría, coordina las acciones de todas las instituciones estatales con funciones en la provincia. En esas reuniones los Directores de Instituciones Gubernamentales ofrecen un informe periódico de su gestión e informan sobre sus actividades y proyectos para lograr el apoyo de las otras direcciones con algún grado de coordinación interinstitucional. El MINSA en la región tiene relaciones con otros ministerios como el de Educación, Ministerio de la Familia, la Mujer, la Juventud y la Niñez, el MIDA, entre otros, relacionados con la ejecución de programas y proyectos específicos. En los proyectos de interés social y sanitario se recibe el apoyo de instituciones como el FIS, ANAM, el Despacho de la Primera Dama y el gobierno local, a través de las partidas circuitales y locales y en la ejecución de acciones conjuntas de interés comunitario. El MINSA asume su compromiso con las políticas sociales del estado mediante el cumplimiento de las políticas y meta afectación de los perfiles sanitarios de los cambios políticos, sociales, económicos-ambientales, institucionales, derivadas de las primeras y del análisis de la situación de salud. Los programas sociales llevan implícita el cumplimiento con ciertas obligaciones en el aspecto de salud, asistencia a las instalaciones y cumplir con controles y medidas sanitarias.

En el contexto político existe un marcado interés por el cumplimiento de las políticas derivadas de la Agenda Social. Para tal efecto se elaboran perfiles de proyectos que priorizan acciones dirigidas a fortalecer la gestión sanitaria, principalmente de las áreas más postergadas de la región, contenida en los planes regionales (estratégico y operativo). Se hace énfasis en el apoyo económico necesario para lograr el fortalecimiento de la red primaria de atención en la región. Instituciones como el FIS, coordinan con salud la ejecución de proyectos de inversión en el sector de acuerdo con los lineamientos regionales. Sin embargo, existen propuestas para la ejecución de proyectos de interés social y sanitario que aún no han recibido respuesta del nivel nacional.

El carácter interdisciplinario de los elementos principales de la salud ambiental, son: a) la forma en que los factores ambientales afectan a la salud, y b) la forma en que las tendencias ambientales actuales están cambiando los modelos de riesgos para la salud, que responden a eventos presentes en el entorno del hombre y que son la pobreza, el acelerado crecimiento demográfico y el consumo exacerbado de algunos países que mantienen estilos de desarrollo inapropiados.

En este marco, algunos de los factores ambientales que afectan a la salud son: el abastecimiento de agua potable y el saneamiento; la vivienda y el hábitat; la alimentación; la contaminación ambiental; el empleo de productos químicos y los riesgos ocupacionales. Mientras que algunas de las tendencias ambientales que afectan la salud son: la población y los modelos de asentamientos; la pobreza y el subdesarrollo; el incremento en el uso de los recursos; las políticas macroeconómicas; las tendencias transfronterizas; la carencia de equidad social.

El estado de salud de las personas depende, ante todo, de sus interacciones con el ambiente en que viven, a excepción de lo que hacen los rasgos genéticos y hereditarios, las condiciones ambientales y la experiencia, son factores determinantes fundamentales de la salud. Esto desde el ambiente interno en el útero de la madre, hasta el complejo ambiente físico y social que procura en forma adecuada o no, alimentación, agua, vivienda, seguridad, educación, empleo y atención en salud.

El mejoramiento en las condiciones de vida de las personas y con ello de la salud debe ser la meta social del desarrollo. Niveles óptimos de salud en los grupos sociales permiten optimizar el bienestar social y, de esta forma, contribuir a enfrentar enfermedades, discapacidades, muertes y problemas sociales. Por lo tanto, la salud no es un resultado exclusivo de las acciones realizadas por el sector salud, sino que surge como resultado de los compromisos asumidos por los individuos, las comunidades y los gobiernos en políticas y programas que favorecen su protección, así como el fomento de la participación social.

Desde esta perspectiva la presente unidad modular relaciona el ambiente con la salud. e entiende ambiente no sólo desde el punto de vista físico, sino también considerando los aspectos laboral, cultural, educativo, recreativo y familiar, tal y como se planteó en la II Unidad Modular de este curso. Por lo tanto, se estudiarán todas aquellas formas o situaciones que dañen el ambiente, las estrategias para mejorarlo y la gestión preventiva, que permita identificar los riesgos presentes en la diversidad de ambientes.

Además, se consideran en el estudio los riesgos por desastres como parte del ambiente en que vive y se desarrolla el individuo.

Actualmente los principales problemas políticos y sociales que influyen sobre la situación de salud o el desempeño de los servicios de salud son el desempleo, la pobreza, la desnutrición, la falta de oportunidades para el sector rural y los cambios en los hábitos y costumbres de la población.

La inequidad social y económica coexiste simultáneamente con los indicadores económicos positivos anteriormente descritos que poseen a Panamá como parte de la lista de los 5 países en América con la peor distribución de la riqueza. Estas características constituyen una de las principales barreras estructurales de la sociedad panameña, para el logro de lo que el Banco Mundial ha definido como “Desarrollo Inclusivo”. Esto hace que los grupos vulnerables como las mujeres; personas de tercera y cuarta edad; grupos indígenas; grupo de descendencia afro antillana; personas con discapacidad, grupos minoritarios religiosos y de tendencias sexuales específicas, no se vean favorecidos con el desarrollo económico del país.

- En el distrito de GUALACA, con una población promedio de 10300 hab. las enfermedades que aparecen más frecuentemente son de tipo infeccioso y parasitario y la mortalidad se debe mayormente a la prevalencia de enfermedades crónicas como tumores malignos, infarto de miocardio y enfermedad cerebrovascular, Diabetes .

Pirámide de Población GUALACA -2010 2014

- .En casi todos los grupos etarios predominan los hombres.
  - .La población joven - 15 años es de una tercera parte del total.....29%
  - .La población vieja es escasa, cerca del 9%.
  - La población económicamente activa de 15-65 años reúne a la mayor parte de la población.....62 %
  - Nacen más niños que niñas o sobreviven más hasta los 5 años.
  - Algún fenómeno importante disminuyó en un 50% la población femenina que sobrevivió dentro del grupo etario 75-79.
  - Los ancianos de sexo masculino prevalecen con aumento en la esperanza de vida al nacer.
  - Existe una reducción progresiva de la población con cada grupo etario.
- 
- impacto climático y de contaminación ambiental  
Los cambios climáticos, la sequía o la prolongación de la temporada seca bajo la influencia intermitente y parcial de fenómenos como los del Niño han disminuido la productividad agropecuaria y conducido al abandono de los campos de cultivo. Los habitantes de las áreas rurales del distrito se han desplazado a los barrios de la cabecera del distrito y luego buscan empleos en proyectos como construcción de carreteras Chiriquí-Santiago, Dolega-Boquete, hidroeléctricas de Renacimiento . La construcción de varias hidroeléctricas en la región han mermado el caudal de los ríos, aunque también han reforestado el área y creado áreas de reserva forestal y de protección de la fauna .La disminución del caudal de las represas de las hidroeléctricas en la temporada seca o el desbordamiento del agua represada durante el invierno han disminuido la producción de electricidad y aumentado la probabilidad de inundaciones de terrenos de cultivos aledaños a la represa.
  - Participación social • Se refiere a los procedimientos disponibles para que la población general y los distintos agentes influyan en la planificación, gestión, provisión y evaluación de los sistemas y servicios de salud, y a los resultados de dicha influencia.
  - -Participación social en la gestión sanitaria.

- El interés por la participación social en salud no es nuevo. Las políticas promotoras de la participación social han sido introducidas en diferentes etapas del desarrollo de los sistemas de salud. Ya en el siglo pasado las primeras iniciativas de salud pública contaban con la participación de la comunidad para su implementación<sup>12</sup>. No obstante, la orientación y desarrollo de estas políticas están íntimamente ligados al contexto político y social en que se desarrollan. El documento oficial de la conferencia internacional de Alma Ata<sup>1</sup>, descentralización y participación comunitaria aparecen como principios fundamentales sobre los que construir un sistema de salud. Ambos elementos son comprendidos como una forma de acercamiento de los servicios de salud, dando una voz a la población atendida y, al mismo tiempo, aumentando la eficiencia del sistema, al ser éste capaz de responder a las necesidades percibidas y de adaptarse a las condiciones locales. Muchos países redujeron, y continúan reduciendo, el gasto público, disminuyendo, para ello, el papel del Estado en la provisión de los servicios públicos, incluyendo también el sector de la salud.
- La financiación de los sistemas de salud de los países latinoamericanos que siempre había sido insuficiente, se deterioró aún más en la década de los ochenta. El problema se complicó con el aumento en los costes de los servicios de salud y el aumento de la demanda debido al crecimiento demográfico, los cambios epidemiológicos y los nuevos desafíos como el sida.
- En este contexto se desarrollan, por un lado, las políticas de promoción de la salud centradas en la participación social, que ahora toma un nuevo cariz, evolucionando hacia el concepto más amplio de acción social en salud. Por otro lado, se introducen reformas en los sistemas de salud en las que se impulsa la reducción del papel del Estado y un modelo de mercado. Desde este marco conceptual, se percibe al usuario como «cliente» de los servicios de salud y se espera que participe expresando su opinión de los servicios y que éstos, a su vez, actúen consecuentemente.
- Estas transformaciones incluyen la descentralización a niveles regionales o locales como una forma de democratización de los sistemas, en un intento de acercar los niveles de decisión a los ciudadanos y facilitar su participación en el sistema. Además, se busca de esta manera una mayor transparencia y responsabilidad en las acciones de las instituciones públicas frente a la población a la que sirven.
- Además de la participación colectiva, existen formas individuales de interactuar con los servicios de salud, que han sido especialmente fomentadas desde finales de los ochenta y en la década de los noventa, en el contexto de las reformas basadas en el mercado. Esta participación individual puede expresarse como la utilización de los servicios de salud, la negociación de las pautas terapéuticas por un «consumidor o cliente» informado, la expresión de su opinión de los servicios de salud (sugerencias y reclamaciones), el desarrollo de actividades para los servicios, como limpieza o apoyo a campañas de prevención de enfermedades o promoción de la salud (vacunación, limpiezas de los barrios, etc.) o contribución con recursos monetarios o de otra índole.

### **¿Cómo se puede llevar a la práctica la participación social en salud?**

- Es importante destacar que las políticas de participación en salud, en general, son iniciativas promovidas por las propias instituciones y no necesariamente la respuesta a una demanda popular. Por ello, para que la población pueda incorporar su opinión y actividad a los servicios de salud, cualquiera que sea el sistema, éste ha de proporcionar una serie de facilidades para que los ciudadanos, de manera individual o colectiva, puedan interactuar.

En primer lugar, deben existir puertas de entrada a los sistemas de salud, es decir, que se creen mecanismos por los que el ciudadano de manera individual o colectiva pueda implicarse con los servicios. En el contexto de la reforma de los sistemas de salud, se ha procurado fortalecer las estructuras del nivel local que permitan a los ciudadanos expresar sus opiniones sobre los servicios de salud<sup>26</sup>. Algunos de estos mecanismos tienen por objetivo

la participación colectiva: los consejos municipales de salud (donde suelen participar los representantes de los servicios de salud, autoridades locales y la población), la introducción de representantes de la comunidad en las juntas directivas de hospitales y centros de salud o en los comités de calidad. Una limitación a estos mecanismos es la representatividad de los miembros de la comunidad que están presentes, ya que no suelen existir formas que la garanticen como, por ejemplo, elecciones comunitarias a representantes en el consejo de salud. Otros mecanismos que se pueden implementar, como los sistemas de quejas y sugerencias, favorecen la participación individual.

- Otro elemento clave para la participación en el contexto de las reformas de salud es el acceso a la información. La población debe conocer los servicios que se le ofrecen, sus derechos en cuanto a servicios de salud, los mecanismos por los cuales puede interactuar con el sistema, los precios y la calidad de los servicios ofrecidos (en los sistemas que favorecen la competencia entre múltiples proveedores) y los paquetes que se ofrecen y su precio relativo (en las situaciones de competencia entre aseguradoras). Es necesario que se facilite información suficiente al individuo y la colectividad sobre la actuación de los servicios de salud y las posibles acciones para poder determinar cuándo, cómo y quién ha de actuar<sup>27</sup>.
- Ejemplos de participación comunitaria en salud Comités de Salud, Juntas Administradoras de agua que tienen plenos derechos y están reconocidos legalmente mediante Personería Jurídica.

Se ha promulgado la descentralización de los servicios y la participación de la población, como estrategia para contribuir a la reorientación de los servicios de salud, mediante una mejor detección de necesidades y posterior adaptación. Esto sólo es posible cuando los servicios poseen la capacidad de responder a estas demandas. Como mecanismo para obtener estos objetivos se introdujeron en muchos lugares los comités de salud comunitarios, formados por miembros de las comunidades y personal de salud. En una evaluación realizada en Panamá, por ejemplo, se observó que de los numerosos comités de participación en salud creados sólo funcionaban aquellos en que los equipos de salud eran capaces de dar respuesta a las demandas de la población.

- Existe un consenso general de la necesidad de la participación social como condición necesaria para asegurar el sustento y legitimación de las políticas sociales. Muchas constituciones y leyes detallan explícitamente la promoción del ejercicio de participación social en la toma de decisiones que conciernen el destino colectivo, así como afianzar y extender los escenarios de participación democrática en todos los ámbitos públicos. Sin embargo, la instrumentación y desarrollo de esta participación ha sido limitada e irregular. Este informe muestra los resultados de la implementación exitosa de una experiencia de participación social de miembros de comunidades pobres en la evaluación de la provisión de servicios de salud en Panamá. Esta experiencia es destacable porque contribuye al logro de la implementación de políticas sociales con eficiencia, equidad, focalización efectiva de los servicios básicos, desarrollo de los derechos de ciudadanía y fortalecimiento de la sociedad civil. Seguidamente, se explica cada uno de estos aspectos.  
evaluación sistemática de los proveedores de servicios sociales por parte de los usuarios favorece la optimización del uso de recursos del Estado, pues de esta manera los tomadores de decisiones pueden reasignar recursos a los proveedores mejor evaluados. Para que esta evaluación sea más efectiva, los resultados deben estar ligados a incentivos apropiados para influir sobre los proveedores.  
El desarrollo de mecanismos e instrumentos que permitan la participación informada y efectiva de las poblaciones más pobres permite: i) desarrollar su dignidad y autoestima, ii) incorporar sus opiniones y su evaluación de calidad (vista desde el usuario), iii) desarrollar

herramientas más efectivas para focalizar los recursos públicos porque están más adecuados a sus necesidades. Todos los factores mencionados incrementan el acceso de los más pobres a servicios básicos.

En GUALACA funcionan bastante bien las asociaciones destinadas a vigilancia de la distribución y administración de aguas, pero la población se ha mostrado reacia a la formación de los comités de salud, con escasa participación popular, con competencia entre miembros de partidos políticos por dominar y ocupar los puestos principales, algunos con intenciones de obtener beneficios propios directos o indirectos. También los comités de Salud han surgido como respuesta a un deseo de la población de acceder a algún puesto de trabajo en la institución o para indisponer a los miembros del equipo de salud con las autoridades regionales.

- En fechas últimas parece haber nacido una preocupación notable por luchar por nuestras necesidades apremiantes en materia de salud : se han interesado por solicitar la compra de una ambulancia para el Centro de Salud de GUALACA, Para interceder ante las autoridades regionales para que se den nombramientos de personal técnico que preferiblemente vivan en la comunidad de GUALACA, que se prolongue la atención en un horario 3-11 p.m durante algunos días de la semana Lunes, Miércoles y Viernes. Se solicitó la reapertura y atención de salud en los sub-centros de salud de Rincón, Mata Rica. Hornito, Los Ángeles y Paja de Sombrero por lo menos una vez por semana .
- Índice de Desarrollo Humano : Según el índice de Panamá recibió una **evaluación de 0.775**, y resalta por mejoras significativas en la tasa de alfabetización, dentro de la región, a través de programas de enseñanza, tanto para lugares urbanos y rurales, y en los logros educativos en los diversos niveles donde la cobertura y la calidad educativa han mejorado significativamente. También se reflejan mejoras en el mercado laboral, debido al dinamismo que presenta con una tasa de desempleo baja que alcanza el 4.1%.
- El índice por provincias guarda relación con el índice del país. Hay ciertas provincias y comarcas que aun presentan diferencias en cuanto a calidad de vida, pero que cuentan con programas de ayuda social que les ha permitido elevar el ingreso de las familias, para acceder a necesidades básicas.
- La idea de focalizar las políticas públicas, dirigidas a menores de edad que viven en la pobreza, debe procurar mejorar sus condiciones económicas, por ejemplo, a través del acceso a educación de calidad.
- Según el estudio, en el grupo comprendido hasta los 19 años de edad, **hay una gran concentración de individuos por debajo de la línea de la pobreza**. Es evidente, entonces, que para disminuir la pobreza en Panamá hay que invertir en la primera infancia y la juventud.

- Uno de los análisis del informe es el desafío en la formación técnica. Es un tema clave dentro de los países para las actuales y nuevas generaciones, y el reto es lograr la fácil inserción laboral para promover el crecimiento, a través de las carreras técnicas que demande el mercado.
- Panamá tiene los recursos y las condiciones institucionales para llevar a cabo una transformación sostenible de largo plazo. Con un ingreso nacional bruto per cápita de \$8 mil 100 (precios corrientes), es uno de los países económicamente mejor dotados de Latinoamérica. **El 8.8% del presupuesto total del sector público se destina a la educación, un porcentaje bastante alto en relación con los países del área.**
- Aun cuando nuestro país ha alcanzado logros significativos en materia de prevención y control de enfermedades, reflejados en los indicadores de salud, existen fallas importantes en el sistema de provisión de servicios de salud, como la patente inequidad en la cobertura y asignación de los recursos, la insatisfacción en la demanda, la queja permanente de los usuarios en relación a los tiempos de espera para las citas médicas, la mora quirúrgica y al desabastecimiento de medicamentos, insumos y equipos, acentuados por crisis cíclicas en materia sanitaria, tales como la sobre radiación de pacientes, las intoxicaciones masivas por Dietilen-glicol, originando esta última la convocatoria por parte del Órgano Ejecutivo de una Comisión de Garantes con el propósito de proponer la reforma del sistema público de servicios de salud. Posteriormente, una segunda convocatoria del Órgano Ejecutivo, amplía la participación ciudadana a través de la formación de una Mesa de Salud, insertada luego en la Concertación Nacional para el Desarrollo, produciendo el documento “Acuerdos para la transformación del Sistema Público de Servicios de Salud”. Una vez terminados los acuerdos de la Concertación, los integrantes de la Mesa de Salud, empoderados de su papel como representantes de la sociedad panameña, lograron que el Órgano Ejecutivo los convocara para la elaboración de la propuesta del anteproyecto de ley correspondiente. El país enfrenta grandes retos para su desarrollo integral, conceptuado este como la distribución de los beneficios a todas las regiones y su población. La carencia de un desarrollo armónico de las regiones se refleja en su dispar nivel de salud y en la estructuración de las instalaciones y recursos humanos que prestan servicios de salud. Este desarrollo es el clamor de la sociedad, de allí que la Mesa de Salud, en un debate caracterizado por la dedicación, reflexión, el estudio, el respeto, la tolerancia y la amplia participación, concluyó con la elaboración de esta propuesta. Esta propuesta de anteproyecto de ley garantiza el cumplimiento de las obligaciones constitucionales del Estado y recoge las aspiraciones de toda la sociedad panameña de conformidad a los acuerdos de la Concertación Nacional, tales como: \* Que el Sistema Público de Servicios de Salud estará centrado en los usuarios. \* Que el sistema se mantendrá público, sin privatización. \* Que el acceso será universal y efectivo, sin exclusiones. \* Que la transformación será gradual, sólo a través de las fases de coordinación e integración, debidamente evaluadas técnica y socialmente. \* Que se garantizará el financiamiento por parte del Estado para la atención de la población no asegurada. \* Que la Caja de Seguro Social solamente financiará la atención de los asegurados. \* Que no se desmejorarán las condiciones laborales de los funcionarios del sistema. \* Que se garantizará la participación social. \* Que asegurará a todos los niveles de atención la dotación de recursos apropiados, suficientes, necesarios y adecuados. \* Que potencializará la eficiencia, evitando toda duplicidad de oferta. Para la implementación de esta ley, es condición indispensable un cambio de actitud .

Marco legal del MINSA. El fundamento del marco legal, en la mayoría de los países es la Constitución como suprema legislación, que se complementa con la legislación promulgada por un parlamento o legislatura donde se incluyen leyes, códigos, y regulaciones, dados a conocer por distintas instancias reguladoras que guardan estrechos vínculos con la materia de salud y puede ser promovida por distintas instancias, constitucional, presidencial, ministerial o municipal y, tener una trayectoria más allá del periodo del gobierno vigente. El

marco legal de salud de los diferentes países, ha surgido de un proceso sistemático de apoyo a las acciones para la salud pública basadas en la evidencia disponible, junto con las preferencias de la comunidad, las realidades políticas y la disponibilidad de recursos. En Panamá el marco legal en salud, al igual que otros países, ha evolucionado en una compleja combinación de estatutos y regulaciones legales, reglas, normas, protocolos y la práctica real. En la extensa legislación de salud existente en Panamá, se encuentran normativas de nueva creación, en algunas ocasiones actualizadas, considerando su funcionamiento en estatutos obsoletos que están desactualizados, pero sin embargo aún están vigentes, (Ley 66 que crea el Código Sanitario que data de finales de los años cuarenta) y, algunas interrelacionadas entre sí. Ante esta realidad, puede haber lagunas, conflictos e inconsistencias (donde el rol conductor y regulador del Ministerio de Salud, MINSA es compartido por otras instancias que han sido creadas por leyes) entre las diferentes partes que dan forma al marco legal en salud y en consecuencia, al proceso en sí. En el contexto regional de los procesos de reformas del sector salud, Panamá inició en 1996 un proceso de reforma y modernización del sector salud, que ha implicado cambios en la visión de la salud y en la legislación, con la implantación de nuevos modelos de atención y la cooperación institucional entre el Ministerio de Salud (MINSA) y la Caja de Seguro Social (CSS), proceso que aún está en marcha y no ha madurado con la celeridad necesaria.

- Conformación Legal del Sector Salud de Panamá Marco Legal: Constitución Política de la República de Panamá y el Código Sanitario Instituciones Ley que la crea Área de responsabilidad Ministerio de Salud (MINSA) Decreto de Gabinete No.1 del 15 de enero de 1969 Rector del sector salud, proveedor de servicios y financiador
- Caja de Seguro Social (CSS) Ley No.51 de 27 de diciembre de 2005 que reforma la Ley Orgánica Seguridad social, provisión de servicios de salud y financiador
- Instituto de Acueductos y Alcantarillados Nacionales (IDAAN) Ley No. 77 del 28 de noviembre de 1956 Servicios de agua potable, recolección y disposición inocuamente de las aguas servidas en comunidades mayores de 1,500 habitantes, y la red de alcantarillados.
- Autoridad del Ambiente (ANAM) Ley No. 41 de 1 de julio de 1998 Recursos naturales y del ambiente Autoridad Panameña de Seguridad de Alimentos (AUPSA) Decreto Ley No. 11 de 2006 Seguridad de alimentos introducidos al territorio nacional
- Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud (ICGES) Ley No. 78 de 17 de Diciembre de 2003 Investigación en salud Autoridad de Aseo Urbano y Domiciliario Ley No.51 de 29 de septiembre de 2010 Aseo

La creación del Ministerio de Salud por medio del Decreto de Gabinete No.1 del 15 de enero de 1969 y 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. Este Decreto tiene rango de Ley, debido a las características con las que fue emitido en un momento donde no existía Asamblea Legislativa. Las dos entidades financiadoras de los servicios públicos de salud pública y atención médica en el país son el MINSA y la CSS, quienes aportan cerca del 70% de los recursos

## 2: ANÁLISIS DE SITUACIÓN DEL EJERCICIO DEL PAPEL RECTOR DEL MINSA Y DE LA DESCENTRALIZACIÓN DEL SISTEMA A NIVEL REGIONAL, MAYO 2008

Las estimaciones de cobertura asignan el 40% de la población al MINSA y el 60% a la CSS. El MINSA además de ser un importante prestador de servicios de salud es también, el ente rector del Sector Salud y, tiene por mandato constitucional, la responsabilidad de velar por la salud de la población y garantizar que los servicios, sean adecuados para el logro de este objetivo. Tiene, igualmente la responsabilidad legal y formal de fijar la política del sector, regular la actividad de salud, ejercer la función de autoridad sanitaria y coordinar con las otras instituciones del sector público y privado. Está constituido por un nivel normativo, que fija y conduce las políticas .

En el tema de aguas y letrinas, el MINSA tiene la responsabilidad más que nada en el área rural, en poblaciones menores de 1,500 habitantes, dispersas y sin servicio de alcantarillado sanitario. En este campo, el MINSA financia pero no ejecuta la labor de prestación de servicios. El MINSA mediante Resolución No. 28 de 31 de enero de 1994, establece las normas básicas para el uso racional del agua de los acueductos rurales para la protección, conservación de sus fuentes de abasto y su área de influencia y dispone la administración, operación y mantenimiento de los acueductos rurales. El MINSA se constituye en gestor de proyectos en el campo de aguas, pero la administración se hace por medio de las Juntas Administradoras de Acueductos Rurales, como lo establece el Decreto Ejecutivo No. 40 de 18 de abril de 1994, que crea las Juntas Administradoras de Acueductos Rurales, encargadas de administrar y mantener los acueductos en las comunidades rurales y son organismos constituidos, por miembros residentes de la comunidad responsables del abastecimiento de agua potable rural.

- Competencia en nivel de fiscalización en nivel nacional-regional-local del sector salud....

ÓRGANO DE CONTROL Artículo 15.- ÓRGANO DE CONTROL INSTITUCIONAL El Órgano de Control institucional conforme el Sistema Nacional de Control, es responsable de ejecutar el control gubernamental, previstos en la Ley Nro. 27785 - Ley Orgánica del Sistema Nacional de Control y de la Contraloría General de la República, en el Ministerio de Salud y Órganos desconcentrados; está a cargo de las siguientes funciones generales:

- a) Ejercer el control interno posterior a los actos y operaciones del Ministerio de Salud sobre la base de los lineamientos del Plan Anual de Control, a que se refiere el artículo 7 de la Ley, y el control externo a que se refiere el artículo 8 de la Ley, por encargo de la Contraloría General.
- b) Efectuar auditorías a los estados financieros y presupuestales del Ministerio de Salud, así como a la gestión del mismo, de conformidad con las pautas que señale la Contraloría General.
- c) Ejecutar las acciones y actividades de control a los actos y operaciones del Ministerio de Salud, que disponga la Contraloría General, así como las que sean requeridas por el Ministro de Salud.
- d) Efectuar control preventivo sin carácter vinculante, al órgano de más alto nivel del Ministerio de Salud, con el propósito de optimizar la supervisión y mejora de los procesos, prácticas e instrumentos de control interno.
- e) Actuar de oficio, cuando en los actos y operaciones del Ministerio de Salud, se adviertan indicios razonables de ilegalidad, de omisión o de incumplimiento,

informando al Ministro de Salud para que adopte las medidas correctivas pertinentes.

- f) Remitir los informes resultantes de sus acciones de control a la Contraloría General, así como al Ministro de Salud, conforme a las disposiciones sobre la materia.
- g) Recibir y atender las denuncias que formulen los funcionarios, servidores públicos y ciudadanos sobre actos y operaciones del Ministerio de Salud, otorgándole el trámite que corresponda a su mérito y documentación sustentada respectiva.
- h) Formular, ejecutar y evaluar el Plan Anual de control, aprobado por la Contraloría General de acuerdo a es lineamientos y disposiciones vigentes.
- i) Efectuar el seguimiento de as medidas correctivas que adopte el Ministerio de Salud, como resultado de las acciones y actividades de control, comprobando su materialización efectiva, conforme a los términos y plazos respectivos. Dicha función comprende efectuar el seguimiento de los procesos judiciales y administrativos derivados de las acciones de control.
- j) Apoyar a las Comisiones que designe la Contraloría General de a República para la ejecución de las acciones de control en el ámbito del Ministerio de Salud; por disposición de la Contraloría General podrán colaborar en otras acciones de control externo por razones operativas o de especialidad.
- k) Verificar el cumplimiento de las disposiciones legales y normativa interna aplicables al Ministerio de Salud, de las unidades orgánicas y personal de éste.
- l) Formular y proponer el presupuesto anual del órgano de control institucional para su aprobación por al Ministerio de Salud.
- m) Evaluar e informar al Titular del Sector dentro del ámbito de su competencia, sobre el cumplimiento de los planes, programas y metas del Sector en concordancia con los lineamientos y disposiciones impartidas por la Contraloría General,
- n) Evaluar e informar al Titular del Sector dentro del ámbito de su competencia, sobre el cumplimiento de la normativa aplicable a las entidades y órganos desconcentrados del Ministerio de Salud.
- o) Coordinar, integrar y consolidar la información de los órganos de control institucional de las entidades y órganos desconcentrados del Ministerio de Salud, sobre los informes de control emitidos, el cumplimiento de sus planes anuales de control así como la información que deban emitir en virtud de encargos legales o por disposición de la Contraloría General.
- p) Informar a la Contraloría General sobre el funcionamiento y situación operativa de los órganos de control instituidos en los órganos desconcentrados del Ministerio de Salud
- q) Cumplir diligentemente con los encargos, citaciones y requerimientos que le formule la Contraloría General.

r) Otras funciones que establezca la Contraloría General.

- normas sanitaria de control y vigilancia de establecimientos públicos.

Que el Ministerio de Salud cuenta con servidores públicos que ejercen funciones de inspección a los distintos establecimientos que, por su actividad pueden representar un potencial riesgo a la salud de la población; por ende, mediante las inspecciones que se realizan por todos los que componen los inspectores de salud pública, se cumple con el rol importantísimo de vigilancia y control, a fin de poder garantizar el cumplimiento de las distintas normas sanitarias. Que el Decreto 75 de 27 de febrero de 1969 indica que dentro de las funciones generales del Ministerio de Salud está la de mantener actualizada la legislación que regula las actividades del sector salud y las relaciones inter e intra institucionales, los reglamentos y normas para el funcionamiento de los servicios técnico-administrativos y los manuales de operación que deben orientar la ejecución de los programas en el plano nacional, bajo patrones de funcionamiento de eficiencia comprobada. Que de conformidad con la Ley 38 de 31 de julio de 2000, las actuaciones administrativas de las entidades públicas deben ajustarse a las normas de imparcialidad, uniformidad, celeridad y eficacia, garantizando la realización oportuna de la función administrativa, sin menoscabo del debido proceso, con objetividad y apego al principio de estricta legalidad. Que es oportuno y procedente adoptar los formatos de los documentos que permitan a los distintos inspectores de salud públicos, con funciones en el Departamento de Protección de Alimentos, en el Departamento de Control de Vectores, en el Departamento de Control de Zoonosis o en el Departamento de Saneamiento Ambiental, cumplir con sus labores, de conformidad con las normas legales existentes en nuestro país.

**Autorización sanitaria.** la instalación y funcionamiento de establecimientos, públicos o privados destinados a la atención y servicio al público, sólo podrá permitirse previa autorización sanitaria del Ministerio de Salud. A los establecimientos fijos la autorización se otorga mediante licencia sanitaria. El Ministerio ejercerá las acciones de supervisión y control sin perjuicio de las que las municipalidades deban efectuar. El reglamento específico establecerá los requisitos para conceder la mencionada autorización y el plazo para su emisión.

**Licencia sanitaria.** Las oficinas fiscales solo podrán extender o renovar patentes a los establecimientos a que se refiere el Artículo anterior previa presentación de la licencia sanitaria extendida por el Ministerio de Salud.

**Inspecciones.** Para los efectos de control sanitario los propietarios o administradores de establecimientos abiertos al público están obligados a permitir a funcionarios debidamente identificados la inspección a cualquier hora de su funcionamiento de acuerdo a lo que establezca el reglamento respectivo.

## **ALIMENTOS, ESTABLECIMIENTOS Y EXPENDIOS DE ALIMENTOS**

### **DE LA PROTECCION DE LA SALUD EN RELACION CUN LOS ALIMENTOS**

**ARTICULO 124: Definición.** Alimento es todo producto natural, artificial, simple o compuesto, procesado o no, que se ingiere con el fin de nutrirse o mejorar la nutrición, y los que se ingieran por hábito o placer, aun cuando no sea con fines nutritivos.

**ARTICULO 125. De otros Productos que se ingieren.** Para los efectos de la regulación de este Código y sus reglamentos, quedan comprendidas dentro de este artículo:

- a) Las sustancias que se agregan como aditivos a las comidas o bebidas;
- b) Los alimentos para lactantes y niños menores de dos años;
- c) Los alimentos para ancianos;
- d) Alimentos para regímenes especiales;
- e) Las bebidas no alcohólicas;
- f) Las bebidas alcohólicas;
- g) El agua y el hielo para consumo humanos

Fotografía 2. Demanda y Necesidades de Servicios.

Área-corregimientos-lugares poblados-población asegurada-población no asegurada 2011			
GUALACA.....	625.9*	5*	129* 7,326* 1,720
Chiriquí.....	6,547.9*	96*	1,313 *342,444 *80,352

INDICADORES DEMOGRÁFICOS Y DE SALUD DE LA REPÚBLICA DE PANAMÁ: AÑOS 2010 - 2011  
Indicador 2010 2011

Esperanza de Vida (en años).....	75.9	76.9	Área
Urbana .....	77.5	...	
Rural.....	73.4	...	
Sexo Hombres.....	73.3	73.9	
Mujeres.....	78.6	80.1	
Tasa de Crecimiento Natural por 1000 habitantes	14.7	...	
Densidad de Población (Habs. Por Km).....	46.4	48.2	
Distribución de la Población :			
Total de habitantes.....	3,504,483	3,723,821	
Incremento anual (%).....	1.6	1.7	
Área Urbana .....	2,262,765	64.6	...
Rural.....	1,241,718	35.4	...
Sexo Hombres.....	1,765,734	1,871,749	
Mujeres.....	1,738,749	1,852,072	
Grupo de Edad < de 1 Año.....	70,711		
73,715			
1 - 4 Años.....	280,510	291,068	
5 - 9 Años.....	341,709	359,106	
10 - 14 Años.....	329,340	347,346	
15 - 19 Años.....	307,769	325,270	
20 - 59 Años.....	1,837,976	1,957,289	
60 Y Mas Años.....	336,468	370,027	

Fecundidad Tasa General (1,000 mujeres de 10-49 años).....	63.2	64.3
Tasa Global.....	2.4	2.4
Nacimientos Total de Nacimientos Vivos (por 1,000 hab).....		
Nacidos Vivos con Asistencia Profesional (%).....	92.7	93.5
Nacimientos con Atención Institucional (%).....		
Nacidos Vivos con Bajo Peso al Nacer (%) 5/.....	5557	8.8 5677 8.3
Área Urbana 1/.....		Rural
1/.....		
Mortalidad Habitantes.....	16542	4.7 16367 4.4
Menor de un Año.....	910	13.4 971 13.2
Neonatal.....	460	6.8 537 7.3
Post neonatal.....	450	6.6 434 5.9

INDICADORES DEMOGRÁFICOS Y DE SALUD DE LA REPÚBLICA DE PANAMÁ: AÑOS 2010 - 2011 (Continuación)

Indicador 2010 2011 Año

Grupo de Edad (1,000 habs)

1 - 4 Años.....	297	1.1	250	0.9
5 - 14 Años.....	231	0.3	231	0.3
15 - 19 Años.....	311	1.0	311	1.0
20 - 59 Años.....	4218	2.3	4306	2.2
60 Años y más.....	10514	31.2	10243	27.7
No Especificado.....	61	..	55	..
Maternas (10,000 Nacidos Vivos) 2/	41	6.0	59	8.1
Principales Causas (100,000 Habitantes) 2/	16542	472	16367	439.5
Tumores Malignos.....	2525	72.1	2629	70.6
otras... 1919	54.8	1901	51.1	
Enfermedad Cerebrovascular.....	1276	36.4	1354	36.4
Enfermedades Isquémicas del Corazón.....	1851	52.8	1719	46.2
Enfermedad Crónica de las Vías Resp. Inferiores.....	551	15.7	415	11.1
Diabetes Mellitus.....	874	24.9	934	25.1
Otras Enfermedades del Corazón.....	965	27.5	1081	29.0
Enf. por Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH)	533	15.2	440	11.8
Neumonía.....	722	20.6	632	17.0
Enfermedad Hipertensiva.....	359	10.2		
Demás Causas.....	4967	141.7	5262	141.3
Principales Causas en < 1 Año (1000 Nac. Vivos) 2/	910	13.4	971	13.2
Perinatal 284	4.2	348	4.7	
Infecioso 39	0.6	26	0.4	
Neumonía.....	104	1.5	92	1.3
Accidentes, lesiones autoinfligidas, agresiones y otras	49	0.7	29	0.4
Demás Causas.....	222	233	3.2	
Habitantes por Institución.....	3855	3981		
Recurso Humano Médicos por 10,000 Habitantes.....	5121	14.6		
p/ 5551	14.9			

Odontólogos por 10,000 Habitantes.....	1091	3.1	p/	1114	2.9
Enfermeras por 10,000 Habitantes.....	4453	12.7	p/	4744	12.7
Auxiliar de Enfermerías por 10,000 Habitantes.....	4568	13.0	p/	3835	10.3
Indicadores Hospitalarios Camas Hospitalarias por 1,000 Habitantes					
3/.....	8374	2.4	p/	8430	2.3
Porcentaje de Ocupación					
Sector Particular y Oficial 3 /.....	8374	48.9	p/	8430	47.0
Sector Oficial 3/.....	7433	52.6	p/	7548	50.6
Promedios Días de Estancia.....	4.6	p/	5.4		
Egresos Hospitalarios por 1,000 habitantes .....	a/	37.4	a/	40.2	miles).....
1,455,592	1,500,854	miles)...	101,455	69,920	

Cuadro N° 2. INDICADORES DEMOGRÁFICOS Y DE SALUD DE LA REPÚBLICA DE PANAMÁ: AÑOS 2010 - 2011 (Continuación)  
Indicador 2010 2011 Año

N° Tasa Porcentaje N° Tasa Porcentaje

Total de Casas 4/..... 896,050 ...

Sin Agua Potable (%) 4/ ..... 63,679 7.1 ...  
4/.....49,179 5.5 ...

Beneficiadas con Agua Potable (%) 4/..... 92.9 93.4

Exámenes de Laboratorios (en miles)..... 2321880 2,422,146

Coberturas de Inmunización en < de 1 año

Antipolio..... 93.6 91.0

Pentavalente..... 93.6 87.3

Hepatitis..... 88.9 ...

B.C.G..... 98.1 100.0

Coberturas de Atención Crecimiento y Desarrollo

< 1 Años..... 58.3 59.5

1 - 4 Años..... 41.9 44.0

Prenatal (con emb. esp.)..... 80.7 93.7

Prenatal (nacidos vivos ) ..... 94.1 96.0

Planificación Familiar..... 11.7 8.5

Salud Bucal..... 15.8 13.8

Enfermedades Transmisibles Tuberculosis Aparato Respiratorio..... 1347  
38.4 1345 36.1

Tuberculosis Todas las Formas..... 271 7.7 249 6.7

Tosferina..... 22 0.6 36 1.0

Rubeola.....

Sífilis..... 1480 42.2 1307 35.1

Infección Gonococcica

Aparato Genitourinario..... 996 28.4 751 20.2

Diarrea..... 227577 6493.9 218134

GUALACA.....2011..... 10,080

191 99 92 menor de 1 año total-m-f

763 394 369 1-4 años

2,092 1081 1011 5-14 años

917 458 459 15-19 años

2,976 1555 1421 20-39 años

1,111 578 533 40-49 años

848 460 388 50-59 años

1,182 653 529 60 y +

ESTIMACIÓN DE POBLACIÓN SEGÚN GRUPO POBLACIONAL DEL MINISTERIO DE SALUD  
EN LA REPÚBLICA DE PANAMÁ: AÑO 2011. Población- %

Infantil Lactante <1 año..... 73,715 2.0

Pre Escolar 1 - 4 años..... 291,068 7.8

Escolar 5 - 9 años..... 359,106 9.6

10 -14 años..... 347,346 9.3

Adolescente 10 - 14 años..... 347,346 9.3  
 15 - 19 años..... 325,270 8.7  
 Embarazadas esperadas..... 75,052 b/ 7.7  
 Puerperio..... 34,468 c/ 45.9  
 Planificación Familiar (Población femenina 15 - 49 años).... 970,040 d/ 52.4  
 Detección Cervico Uterino y Atención  
 Ginecológica ( Pob. Fem. 15 años y más)..... 1,327,628 d/ 71.7  
 Salud y Producción (Población 20 - 59 años)..... 983,453 26.4  
 Tercera Edad (Población 60 años y más)..... 175,901 4.7

GUALACA.....76.21- 74.31- 78.2      -77.04 -73.34 -80.91

Ambos- M F      ambos M F

Esperanza de vida al nacer 2010 y 2011

GUALACA..... 148- 14.7 -148 -100.0- 0

Nacidos vivos- No- Tasa atendido por profesional- No-% - sin atención médica

Año 2011

AÑO 2011

Hospital José Domingo de Obaldía      8,525- 2,311- 1,167- 8,630 -8,545- 85

Partos-cesáreas-abortos- nacimientos total-vivos-muertos

MORTALIDAD GENERAL Y CON CERTIFICACION MEDICA, SEGÚN PROVINCIA Y DISTRITO DE RESIDENCIA EN LA REPÚBLICA DE PANAMÁ: 2011

GUALACA..... 36- 3.6- 36 -100.0

No-Tasa No- %

DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD EN LA REPÚBLICA DE PANAMÁ: 2010-2011

Total de causas 16,542- 472.0 \_16,367- 439.5 .. No-Tasa 2010-2011

Tumores Malignos.....	2,492	-71.1-	-2,629	-70.6	<b>1</b>
Enfermedades Isquémicas del Corazón.....	1,851	52.8-	<b>2-</b>	1,719	46.2 <b>3</b>
Accidentes, Suicidios, Homicidios y otras Violencias.....	1,809	-51.6	<b>3</b>	1,901	-51.0 <b>2</b>
Enfermedades Cerebrovasculares.....	1,276	36.4	<b>4</b>	<b>4</b>	1,354 36.4 <b>4</b>
Otras Enfermedades Isquémica del Corazón.....	965	27.5	<b>5</b>	1,081	29.0 <b>5</b>
Diabetes Mellitus.....	874	24.9	<b>6</b>	<b>6</b>	934 25.1 <b>6</b>
Neumonía.....	722	20.6	<b>7</b>	<b>7</b>	632 17.0 <b>7</b>
Enfermedades Crónicas de las Vías Respiratorias Inferiores..	551	15.7	<b>8</b>	<b>8</b>	415 11.1 <b>9</b>
[VIH].....	533	15.2	<b>9</b>	<b>9</b>	440 11.8 <b>8</b>
Enfermedades Hipertensivas.....	359	10.2	<b>10</b>	<b>10</b>	403 10.8 <b>10</b>
Las Demás Causas.....	5,110	145.8	..	4,859	130.5

Mortalidad Chiriquí

total - número-tasa, masculino número y tasa, femenino número y tasa 2010 y 2011

**2,104\*** 493.0 \*1,273 \*589.0 \* 831 394.4 2010

**2,137** 486.8 1,287 580.8 850 390.9 2011

Tumores malignos..... **354** 82.9 205 94.9 149 70.7

371 84.5 197 88.9 174 80.0

Accidentes, suicidios, homicidios y otras violencias.....	254	59.5	216	99.9	38	18.0
	235	53.5	201	90.7	34	15.6
Enfermedades isquémicas del corazón.....	251	58.8	149	68.9	102	48.4
	270	61.5	171	77.2	99	45.5
Diabetes mellitus.....	165	38.7	65	30.1	100	47.5
	29.2	53	23.9	75	34.5	
Resto de Enfermedades del sistema respiratorio.....	141	33.0	69	31.9	72	34.2
					0.0	0.0
Enfermedades cerebrovasculares.....	175	97	78.....			2011
Las demás causas.....	939	220.0	569	263.3	370	175.6
		958	218.2	568	256.3	390
					179.4	

GUALACA mortalidad infantil.....	2	-13.5	número-tasa	2010
	1-	6.8	número-tasa	2011

GUALACA mortalidad menores de 1 año..... 1- 6.8

fallecimiento originado por afecciones del periodo perinatal.....2010

Mortalidad por tumores y grupos de edad

-1 año

1-4

5-9

10-14

15-19

20-24

25-29

30-39

40-49

50-59

60-69

70 y +

C16 Estómago..... 323 \* 8.7 1 1 2 16 32 47 80 144

C18 Colón..... 259\* 7.0 2 1 2 8 28 36 54 127 1

C20 Recto..... 72 \*1.9 1 5 4 13 18 31

C22 Hígado 164 \*4.4 1 2 1 3 3 14 25 38 76 1

C25 Páncreas..... 77 \*2.1 1 3 14 21 38

C34 Bronquios y Pulmón..... 247\* 6.6 1 4 11 29 68 132 2

C42 Sistema Hematopoyético..... 211\* 5.7 1 8 6 11 8 4 15 27 30 42 59

C44 Piel..... 535\* 14.4 2 1 3 6 27 44 87 93 251 21

C50 Mama Femenina 2/..... 531\* 40.0 1 2 1 38 122 146 103 117 1

C53 Cuello del Útero.2/..... 504\* 38.0 2 7 46 112 119 89 57 57 15

C54 Cuerpo de Útero..2/..... 111\* 8.4 1 1 11 12 18 40 28

C56 Ovario /4..... 90 \*4.9 1 4 5 10 21 12 24 13

C61 Glándula Prostática....3/..... 1028\* 77.6 1 3 2 16 116 381 485 24

C71 Encéfalo..... 86 \*2.3 5 3 5 1 4 2 8 7 12 19 20

C73 Glándula Tiroides..... 119\* 3.2 1 3 4 9 21 32 24 17 8

C77 Ganglios Linfáticos..... 103\* 2.8 1 3 6 3 6 4 9 9 13 19 28 2

Chiriquí..... 495 32 15 13 19 24 18 34 25 34 37 29 33 26 17 31 19 22 30 37

Casos de SIDA

1984-1993 1994-1995-1996-1997-1998-1999-2000-2001-2002-2003-2004-2005-  
2006-2007-2008-2009-2010 -2011

Comarca NGOBE Bugle..... 90 0 0 0 0 0 0 0 0 3 5 1 1 7 12 4 15 9 18 15

Chiriquí..... 495 -129- 247- 0- 0- 5 21 93 casos de Sida por

Factores de riesgo T-homo-bisexual-heterosexual-transfusión-hemofilia-drogas IV-  
perinatal-no especificado- 1983-2011

Chiriquí..... 495 -344 -69.5 total de casos-letalidad-tasa

Chiriquí..... 101 -23.0\*\*\*\* 2011 dengue clásico

5,401 -1426.1 dengue clásico \*\*\*\*\* 1983-2011

Gualaca..... 491 97 133 50.8 ingresos-nuevos-cobertura -1 año

690 458 232 60.0 I\_N\_C 1-4 años 2011

Gualaca..... 520 66 82 148 148 98.0 69.7

Consultas y cobertura de atención prenatal 2011

Total consultas-ingreso-nuevas.....consultas I+N...nacidos vivos...cobertura1...cobertura  
2

Gualaca... 66 22 33.3 total de ingresos a control prenatal-adolescentes 10-19 años  
Ingresos-adol-%

Gualaca..... 2 0 0 0 1 1 0 0 0 0 0 1 0 0 0

instalaciones 1 CS, 1 sub-centro Paja de Sombrero 2011

2014....ahora contamos con 5 sub-centros, que tendrán atención médica 1 vez/semana

Y hemos solicitado 1 enfermera para que trabaje en cada sub-centro.

Chiriquí.... 573 13.1\* 98 2.2 \*621 14.1 médicos-tasa-odontólogos-tasa-enfermeras-tasa

Chiriquí - hospitales MINSA 2

Atención de urgencia 2009-2011

94,077- 257.7..... 96,698- 264.9..... 79,994- 219.2

Hospital José Domingo de Obaldía 78,513- 215.1\* 82,675 -226.5\* 79,994 219.2

Hospital Oriente Chiricano (San Félix) 15,564- 42.6 \*14,023 38.4

Chiriquí..... 9.9 11.0 11.4 12.1 11.8 % de muertes fetales

Años 2008-2009-2010-2011-2012

Chiriquí..... 126.1 143.2 146.1 140.4 131.9 tasa de mortalidad fetal

Indicador 2011 2012

ESTIMACIONES Y PROYECCIONES DE LA POBLACIÓN TOTAL: AÑOS 2009-13 Panamá

Nacimientos Vivos	74,316	74,708	75,375	75,655	75,429
Tasa Bruta de Natalidad (por mil personas)	.20.64	20.40	20.24	19.97	19.59
Tasa de Fecundidad General (por mil mujeres en edad fértil).....	78.91	78.16	77.70	76.83	75.49
Tasa Global de Fecundidad (promedio de hijos por mujer).....	2.57	2.55	2.55	2.53	2.49
Tasa Bruta de Reproducción.....	1.25	1.25	1.24	1.23	1.22
Tasa Neta de Reproducción.....	1.25	1.24	1.24	1.23	1.21
Edad Media de la Fecundidad (en años).....	27.05	27.05	27.03	27.01	26.99
Defunciones.....	17,572	17,962	18,365	18,614	19,061
Defunciones de Menores de un año.....	1,234	1,195	1,187	1,165	1,147
Tasa Bruta de Mortalidad (por mil personas)...	4.88	4.91	4.93	4.91	4.95
Tasa de Mortalidad Infantil (por mil nacidos vivos):					
Ambos sexos.....	16.60	15.99	15.75	15.40	15.21
Hombres.....	19.46	18.78	18.47	18.07	17.86
Mujeres..... Esperanza de Vida al Nacer (en años):					
Ambos sexos.....	76.64	76.74	76.95	77.16	77.36
Hombres.....	73.69	73.71	73.94	74.15	74.36
Mujeres.....	79.75	79.92	80.12	80.31	80.50
Crecimiento Natural.....	56,745	56,746	57,011	57,041	56,368
Tasa de Crecimiento Natural (por mil personas) .....	15.76	15.50	15.31	15.06	14.64
Saldo Neto Migratorio.....	5,300	5,600	7,000	6,500	6,500
Tasa Neta de Migración (por mil personas).....	1.47	1.53	1.88	1.72	1.69
Tasa de Crecimiento Exponencial (por cien personas).....	1.70	1.68	1.70	1.66	1.61
Tasa de Crecimiento Geométrico (por cien personas).....	1.72	1.69	1.71	1.67	1.62

Distrito de Gualaca **10235**.....52%-48%  
 Gualaca cabecera.....**5879**.....2999/2880.....**57**. %....1  
 Hornito.....**1294**.....710/584.....**13** %....3  
 Los Angeles.....**752**.....391/361.....7.3 %....4  
 Paja de Sombrero ..**685**.....391.....294.....6.7 %....5  
 Rincón.....**1625**.....856/769.....**16** %....2

Menores de 1 año.....**183**  
 1-4..... 734  
 5-9.....1005  
 10-14.....1077  
 15-19.....927....465  
**20-49**.....**4082**.....1952  
 50-59.....929  
 60 y +.....**1298**

Provincia -Población Estimada (2012) -% Incremento Poblacional-  
 SuperficieTerritorial- Densidad Poblacional -% Población urbana  
 Nacimientos vivos registrados  
 Chiriquí -442,058 -0.69 -6,490.9 -68.10-52-8,734

7. INDICADORES SOCIO-ECONÓMICOS AÑO 2012 Panamá  
 Producto Interno Bruto (PIB) 1/ Millones de balboas de 1996 **25,787** Variación  
 porcentual anual del PIB, a precios de 1996 1/ Porcentaje **10.8**

Producto Interno Bruto per cápita 2/ Balboas de 1996 6,808  
 Índice Nacional de Desarrollo Humano 3/ Índice 0.78  
 Índice de Precios al Consumidor Nacional (Variación porcentual, año 2012/2011)  
 5.7  
 Costo canasta familiar en balboas (Diciembre 2012) 317.55  
 Tasa de desempleo Total 4/ Porcentaje 4.0  
 Porcentaje de población ocupada respecto a la PEA 5/ Porcentaje 96.0  
 Porcentaje de actividad de la población de 15 años y más 6/ Porcentaje 63.5  
 Porcentaje de actividad de la población masculina de 15 años y más 79.6  
 Porcentaje de actividad de la población femenina de 15 años y más 48.4  
 Porcentaje de la población bajo la línea nacional de pobreza 25.8 Porcentaje de  
 la población bajo la línea nacional de pobreza extrema 10.4  
 Gasto público social (en millones de balboas) 6,264.40  
 Gasto público social per cápita (en balboas) 1,653.90  
 Gasto en Salud como porcentaje del PIB 5.2  
 Gasto en Salud como porcentaje del Gasto Público Total 14.5  
 Gasto en Salud como porcentaje del Gasto Público Social 30.1  
 Gasto en Salud Pública por habitante (en balboas) 498.1  
 Cobertura de casas con agua potable / Porcentaje (2010) 93.35 Cobertura de  
 casas con disposición de excretas / Porcentaje (2010) 94.51  
 Porcentaje de la población asegurada por la Caja de Seguro Social 81.4  
 Asegurados cotizantes 1304,061  
 Asegurados dependientes 1,778,968 1

Chiriquí 14.2 2.3 15.5  
 Indicador Médicos Odontólogos Enfermeras  
 República Total 15.9 3.3 13.6

Comentarios Indicadores de salud Asistencia profesional en el parto El porcentaje de nacimientos vivos con asistencia profesional en el parto es un indicador que permite conocer la forma en que llegan a la población, los programas que se desarrollan dentro del sistema de salud. En este sentido, las cifras del 2012 indican que el 94.3 por ciento de los nacimientos vivos en la República reciben esta asistencia. El análisis a nivel de provincia de este indicador permite señalar que los porcentajes más altos de cobertura los registraron Los Santos con 99.7 por ciento, Panamá y Herrera con 99.5 por ciento, Chiriquí con 98.8 por ciento y Colón con 97.3 por ciento.

Es importante señalar, que las comarcas Emberá y Ngäbe Buglé con 45.7 y 56.8 por ciento, representaron los porcentajes más bajos de cobertura.

Nacimientos vivos con bajos peso al nacer Los nacimientos vivos, con un peso de menos de 5 libras y 9 onzas, son considerados por la Organización Mundial de la Salud como nacimientos con bajo peso al nacer. Este indicador no solamente mide el grado de desnutrición de los niños y niñas al nacer,

sino que, en cierta forma, muestra el estado de salud que presentan las madres. Según cifras del 2012, el 8.0 por ciento de los nacimientos vivos registrados en la República mostraron esta condición. En el caso de las ciudades de Panamá este porcentaje fue de 9.8 y el de Colón con 6.9 por ciento.

**Mortalidad** En el 2012, se dieron 17,350 defunciones en la República, con una tasa de mortalidad de 4.6 muertes por cada 1,000 habitantes. Al comparar esta cifra con la de 2008, se observó que hubo 2,235 muertes más, lo cual indicó un incremento porcentual de 12.9 por ciento. También es importante destacar, que del total de defunciones en el ámbito nacional, 95.3 por ciento fueron con certificación médica; sin embargo, para la Comarca Kuna Yala esta situación es desventajosa, ya que solo el 41.2 por ciento de las defunciones poseen certificación médica.

En cuanto a la mortalidad por sexo, se aprecia que en los hombres es mayor la tasa de mortalidad con 5.3 defunciones por cada mil habitantes y en las mujeres con una tasa de mortalidad de 3.8 defunciones por cada mil habitantes. Por otro lado, el comportamiento de las cifras a nivel del país evidencia que a partir del primer año de edad, la mortalidad presenta niveles bajos y es a partir de los 60 años donde la mortalidad empieza a incrementarse con más intensidad, situación que también ocurre con la mortalidad que se da en los menores de un año, que para el 2012 es de 14.6 defunciones por cada mil habitantes.

Al comparar el 2012 con respecto al 2008, se observó disminución de 491 lo que representa en términos relativos un 5.0 por ciento, con respecto a las defunciones fetales.

El estudio de la mortalidad por causa, muestra en primer lugar de importancia los tumores malignos con una tasa de mortalidad de 75.5 defunciones por cada cien mil habitantes.

En segundo lugar están las defunciones por Accidentes, lesiones autoinfligidas, agresiones y otra violencia con 50.0 por cada cien mil habitantes y

en tercer lugar con una tasa de 43.1 defunciones por cada cien mil habitantes, están las enfermedades isquémicas del corazón.

**Recursos de salud Instalaciones de salud** En el 2012 funcionaron 861 instalaciones de salud en la República. De este total, 7.1 por ciento eran hospitales, 31.4 por ciento centros de salud y policlínicas y 61.6 por ciento sub-centros y puestos de salud.

Al comparar esta cifra con la del 2008, que fue de 858 instalaciones, se observó aumento de 0.4 por ciento de instalaciones. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LAS INSTALACIONES DE SALUD EN LA REPÚBLICA: AÑO 2012

	0	10	20	30	40	50	60	70
Sub-centros y puestos de salud								
Centros de salud y policlínicas								
Hospitales								
Porcentaje	7.1%	31.4%	61.6%					

La distribución porcentual de estos recursos por provincia indicó que Panamá con 23.3 por ciento, Chiriquí con el 12.3 por ciento y Veraguas con 10.7 por ciento representaron los más altos; la Comarca NGOBE BUGLE fue la más alta con 11.0 por ciento; sin embargo, las comarcas Kuna Yala con 2.3 por ciento y la EMBERA con 2.0 por ciento, mostraron menos instalaciones.

**CAMAS** En las instalaciones de salud de la República existían 2.3 camas por cada mil habitantes para el 2012. La provincia de Panamá concentró el 50.2 por ciento de las camas, seguido de la provincia de Chiriquí con un 17.1 por ciento y luego, la provincia de Veraguas con 6.8 por ciento, el resto de las provincias con un 25.8 por ciento. Cabe señalar, en este punto, que es notable la disparidad entre las áreas, dado que la urbana concentra el 80.8 por ciento y la rural solo el 19.2 por ciento. Médicos Durante el quinquenio en estudio, es notable el incremento de los médicos que

prestan servicios en las instalaciones de salud que funcionan en la República. Al comparar el 2012 con 2008, se observa un aumento del 19.4 por ciento, que en cifra absoluta corresponde a 1,170 médicos.

Educación...Comentarios Indicadores de educación Matrícula En el 2012, se matricularon 1,033,785 alumnos en el país; de este total, el 42.3 por ciento corresponde a la educación primaria, el 29.0 por ciento a la educación, pre-media y media, la educación universitaria representa un 13.6 por ciento y el resto de los niveles educativos absorben el 15.1 por ciento.

Durante el quinquenio 2008-12 se observó un aumento de 56,128 en la matrícula de alumnos nuevos, lo que representó un 5.4 por ciento, al comparar el 2008 respecto al 2012. Al analizar las cifras por sexo en la educación primaria, se observa que la participación de los hombres es mayor con un 51.8 por ciento y las mujeres con un 48.2 por ciento; sin embargo, para la educación pre-media y media esta situación es inversa, ya que las mujeres representan el 50.7 por ciento y los hombres el 49.3 por ciento. Tasa bruta de escolarización En la educación primaria, la tasa fue de 101.7 por ciento a nivel del país. Para los hombres este indicador es mayor, ya que tiene una tasa de 103.1 por ciento y para las mujeres de 100.2 por ciento; no obstante, en la educación pre-media y media esta tasa es de 73.3 por ciento, donde las mujeres, con una tasa de 75.8 por ciento, están más escolarizadas que los hombres, ya que estos alcanzan el 70.9 por ciento. Reprobación escolar La tasa de reprobación de la educación primaria oficial para el 2012 es de 5.6 por ciento y para la particular de 0.4 por ciento. Cabe señalar, que las provincias de Bocas del Toro, Coclé, Darién y Los Santos se han mantenido en estos cinco últimos años, sin tener alumnos reprobados en las escuelas particulares.

Al final de este mismo año, los alumnos matriculados en las escuelas oficiales y particulares de la educación pre-media y media del país registraron una tasa de reprobación de 10.6 por ciento y 3.3 por ciento, respectivamente. Deserción escolar La tasa de deserción escolar de la educación primaria en la República alcanzó el 1.0 por ciento. El porcentaje de hombres con el 1.2 por ciento, es más alto que el de las mujeres con 0.8 por ciento. Al observar este indicador por provincia, el porcentaje más alto lo presentó Darién con 2.4 por ciento y entre las comarcas indígenas, la Ngäbe Buglé con el 3.0 por ciento.

En este mismo sentido, la tasa de deserción de la educación pre-media y media oficial en la República es de 3.5 por ciento, pero se observó que existe diferencia a nivel de provincias y comarcas indígenas, como es el caso de Bocas del Toro con 5.8 por ciento, Chiriquí con 4.0 por ciento, Coclé con 3.6 por ciento y comarcas indígenas, la Ngäbe Buglé con 8.5 por ciento y Kuna Yala con 6.5 por ciento, representan las tasas más altas por provincia, y comarcas indígenas, respectivamente. Graduados El análisis de las cifras permitió señalar que durante el 2012, se graduaron 71,533 alumnos en la educación pre-media y media de todo el país. De este total, el 79.5 por ciento correspondieron a las escuelas oficiales y el 20.5 por ciento a las particulares. Igualmente del total de graduados, las mujeres representaron el 53.2 por ciento y los hombres el 46.8 por ciento.

Gastos en educación La distribución porcentual del gasto, efectuado por el Gobierno Central a la Educación Panameña en la República, indicó que el 26.1 por ciento se destinó a la educación preescolar y primaria; el 22.2 por ciento a la pre-media y media; el 19.9 por ciento a la universitaria; el 2.2 por ciento a la especial, el 1.7 por ciento a la educación de adultos y alfabetización y el 27.8 por ciento a los gastos del Ministerio de Educación, la asignación del gobierno a la Universidad de Panamá, Universidad Tecnológica, Instituto Nacional de Deporte, Instituto Nacional de Cultura, Instituto Panameño de Rehabilitación Especial, Instituto para la Formación y Aprovechamiento de los Recursos Humanos e Instituto Nacional de Formación Profesional y Capacitación para el Desarrollo Humano. Finalmente, el costo total anual por alumno en la República durante el 2012 alcanzó B/. 1,275.00; en la educación preescolar y primaria el costo

por alumno fue de B/. 790.00, en la pre-media y media de B/.1,198.00 y en la universitaria de B/.2,737.00.

Chiriquí...495 32 15 13 19 24 18 34 25 34 37 29 33 26 17 31 19 22 30 37

SIDA 1984-1993-1994-.....2011

Bolsones Desprotegidos GUALACA 2014

Se ubican principalmente en las áreas más alejadas del distrito, como los corregimientos de Hornito y Los Angeles ejemplo cabecera de Chorchita, Fortuna, Soledad, Galerita, Gualaquita.

Los riesgos que presentan son problemas de saneamiento-falta de letrinas

Embarazo en adolescentes, falta de empleo, analfabetismo.

Oberturas de vacunación en el distrito

Polio 89 % , BCG 97 % , hepatitis B 97 % , pentavalente 93 % , rotavirus 93 % ,

MMR 95 % ,Hepatitis A 94 % ,MR 83 % ,Tda 90 % , influenza 87 %

Personal que trabaja en el CS de GUALACA

Víctor Pittí Patiño, Luis de Gracia, Miriam Cedeño médicos generales = 3

Doland Boutet, Numalo Scott odontólogos =2

Yariela Ríos, Esther Pitti, Ruby Araúz = 3 enfermeras generales

María Quintero- Demetrio Tapia = 2 técnicos en enfermería

Mirtala Samudio-Kerly Juárez- Jaime Mendoza = 3 asistentes de registros médicos

Karinsa Rosas Licenciada en laboratorio clínico

Juan Moreno ayudante de laboratorio trabaja para CSS

Administrativos ; Abdiel Ríos, Danny Quiroz, Kathia Guerra , Leydis Solís,

Melvin Reyes, Nitza Avila, Erika Vega = 7

Mario Vega asistente de Farmacia—trabaja para CSS

Rubiela Miranda- asistente de Odontología

Victor Rodríguez ....estimulación temprana

## Sanearamiento ambiental-tendencias a futuro

En 2005, el monitoreo de la calidad del agua puso de manifiesto que 15% de los ríos estaban altamente contaminados con sustancias orgánicas biodegradables, pero en 2008 solo lo estaban 0,4% .A nivel nacional, un promedio de 91,8% de las viviendas (9) recibe agua apta para el consumo humano a través de acueductos y 94,5% cuenta con servicios sanitarios, pero en la población indígena persisten coberturas bajas. Solo en la ciudad de Panamá se generan diariamente de 900 a 1.200 toneladas de basura. En 2010, la mayoría de los sitios de acopio de residuos del país no cumplían con los requerimientos mínimos de vertederos controlados (8). Las tierras secas y degradadas ocupan 27% del territorio nacional y en ellas viven aproximadamente medio millón de personas, la mayoría en pobreza o pobreza extrema. Son improductivas y la deforestación es notable; abarcan cinco provincias y una comarca indígena. El aumento de la extensión de las áreas protegidas de 34,3% en 2006 a 38,7% en 2009, contribuye a la conservación de los bosques. Al creciente parque automotor se le atribuye 90% de la contaminación del aire). En 2009 se establecieron políticas públicas sobre la prohibición del uso de combustibles con plomo, que impusieron límites permisibles a las emisiones de gases para todo tipo de vehículos.

El control del comercio internacional de los contaminantes orgánicos persistentes, su eliminación y movimientos transfronterizos, se regula a partir de la ratificación de los Convenios de Rotterdam, Estocolmo y Basilea. Mediante resolución No. 210 de 2009 ) se prohibió el lindano En 2008, por cada panameño se utilizaba al menos tres kilogramos de agroquímicos, cantidad seis veces superior a la utilizada en América Central. De 2006 a 2008, el volumen de plaguicidas agrícolas aumentó de 5,6 a 7,2 millones de kilogramos, predominantemente los insecticidas organofosforados más peligrosos.

Según la Dirección Nacional de Operaciones del Tránsito de la Policía Nacional, en el período 2005–2010 se registraron 249 defunciones por accidentes de tránsito.

Las causas principales fueron la violación de las normas sobre límites velocidad, la ausencia de cinturón de seguridad, la ingesta de bebidas alcohólicas y el uso del celular al conducir.

En 2007 se registraron 61.352 incidentes delictivos y 64.893 en 2008, de los cuales 54,4% se notificaron en la provincia de Panamá.

De 2007 a 2010 se reconocieron 1.393 violaciones, con un aumento del riesgo de 12% anual. Según la Defensoría del Pueblo, la violencia doméstica fue el segundo delito más denunciado (hubo 51 mujeres asesinadas en 2007 y 72 en 2010). Murieron 1.531 hombres y 306 mujeres en 2009 por accidentes, suicidios y homicidios, y otras causas externas. De acuerdo con el Boletín Estadístico 2009 del Ministerio de Salud, la tasa de homicidios por 100.000 habitantes aumentó de 19,3 en 2008 a 23,0 en 2009. Entre 2007 y 2010 ocurrieron 892 eventos generadores de emergencias y desastres (inundaciones 57,8%, incendios 15,4%, deslizamientos de tierra 10,4%, desmoronamiento de estructuras 9,7% y vendavales 6,7%, que afectaron directamente a 4,9% de la población.<sup>3</sup> Los estados de emergencia nacional por inundaciones y deslizamientos que tuvieron lugar en diciembre 2008 y diciembre de 2010 provocaron pérdidas humanas y de infraestructura de salud y, por primera vez, el cierre temporal del Canal de Panamá. Se cuenta con una política nacional de gestión integral en caso de desastres.

## **Condiciones De Salud Y Sus Tendencias**

### **PROBLEMAS DE SALUD DE GRUPOS ESPECÍFICOS DE POBLACIÓN**

#### **Salud materna y reproductiva**

Los tumores malignos de mama aumentaron de 109 por 100.000 habitantes en 2002 a 169 por 100.000 en 2009, mientras que los tumores malignos cérvico-uterinos disminuyeron de 127 por 100.000 habitantes en 2002 a 112 por 100.000 en 2009.

En 2008, el Ministerio de Salud incorporó la vacuna contra el virus del papiloma humano para las adolescentes de 10 años, con una cobertura de 42% en 2009 y 67% en 2010.

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva de 2009, 48,8% de las mujeres casadas o unidas utilizan algún método moderno de planificación familiar; la esterilización femenina es el método más utilizado (16,8%). El uso de métodos modernos en las áreas de población indígena es de 19,0%. Sin embargo, datos del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos indican que en 2010 la prevalencia de uso de anticonceptivos en las mujeres en edad fértil fue de 11,8%.

En 2009, la tasa de natalidad fue de 19,8 por 1.000 habitantes, pero tuvieron cifras superiores a la tasa nacional las provincias de Bocas del Toro (31,5), Colón (21,8) y Darién (21,4), así como las comarcas Guna Yala (27,6), Emberá (23,0) y Ngäbe–Buglé (33,4). La tasa global de fecundidad fue de 2,4 hijos por mujer en 2006 y 2,3 en 2010. Hay zonas con tasas de fecundidad por encima de la tasa nacional (2), como el área rural y las comunidades indígenas (Bocas del Toro 3,76 y Guna Yala 3,79 hijos por mujer).

La atención institucional del parto en 2009 ascendió a 95,7% a nivel nacional, y por profesional calificado, a 96,0% (99,9% en las zonas urbanas y 84,7% en las rurales); en la comarca Ngäbe–Buglé, 61,3% de los partos recibió atención profesional. La tasa de mortalidad materna descendió de 83,6 por 100.000 nacidos vivos en 2006 a 24,9 por 100.000 en 2010, pero en las comarcas indígenas se registraron tasas de 90 por 100.000 nacidos vivos (Ngäbe–Buglé) y 246 por 100.000 (Guna Yala). El 75% de las defunciones se atribuyeron a causas obstétricas directas: trastornos hipertensivos asociados al embarazo, hemorragia, aborto e infección.

## Menores de 5 años

La mortalidad infantil descendió de 14,8 por 1.000 nacidos vivos en 2006 a 11,9 por 1.000 en 2010, pero hay áreas con tasas de mortalidad infantil muy por encima del indicador nacional, como Bocas del Toro (26,6 por 1.000), la comarca Emberá (32,1 por 1.000) y la comarca Guna Yala (22,3 por 1.000). La tasa de mortalidad de los menores de 5 años descendió de 19,9 defunciones por 1.000 nacidos vivos en 2006 a 17,1 por 1.000 en 2009. Para que en 2015 la tasa de mortalidad en los menores de 5 años disminuya dos tercios de la observada en 1990 (meta de los Objetivos de Desarrollo del Milenio: 8,1 defunciones por 1.000 nacidos vivos), el ritmo de descenso debería ser de 1,5 puntos por año desde 2009 hasta 2015.

### Adolescentes

Los problemas de salud de los adolescentes se asocian con patrones de conducta que imponen riesgos, por ejemplo: 19,8% de las mujeres de 15 a 19 años son madres o están embarazadas, con mayor frecuencia en las áreas rurales e indígenas. La morbilidad en este grupo incluye además la violencia. Del total de homicidios en el país, 15,1% afectaron a personas de 10 a 19 años y estuvieron relacionados con las disputas entre pandillas. En el grupo de edad de 15 a 19 años se notificaron las siguientes infecciones de transmisión sexual: vaginitis aguda y vulvo-vaginitis; virus del papiloma humano; enfermedad pélvica inflamatoria; gonorrea, con una razón hombre/mujer de 5:1; sífilis, con una razón hombre/mujer de 0,7:1, y herpes genital, con una razón hombre/mujer de 0,2:1 (28).

### Adultos mayores

Las proyecciones demográficas indican que en los próximos 50 años habrá un aumento del grupo de 65 y más años, que representará 17% de la población y demandará mayor asistencia social y atención de salud. Panamá tiene el índice de envejecimiento más alto de América Central: 5,9%. En 2010, la esperanza de vida al nacer fue de 60,0 años en la población de las comarcas indígenas y 75,9 años en el resto de la población (78,6 años para las mujeres y 73,4 para los hombres).

### Pueblos étnicos

La población indígena aumentó de 10,7% en 2005 a 12,0% en 2010. La situación de las comarcas indígenas difiere mucho de la del resto de las provincias: en el período 2006–2010, la esperanza

de vida en cualquiera de las tres comarcas indígenas estaba por debajo del indicador nacional. Los datos correspondientes a 2007–2009 muestran que en las comarcas indígenas la tasa de mortalidad infantil siempre fue mucho más elevada que la tasa nacional, y en dos de las comarcas tiende a aumentar.

En la sociedad Ngäbe–Buglé, las mujeres sufren mayor marginación y pobreza que el resto de su pueblo, y son particularmente vulnerables ya que ocupan un papel secundario. Inician su vida marital prácticamente desde el momento de la menarquia, tienen muchos hijos (el hombre es quien decide el número), su acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva es limitado (por insatisfacción con los proveedores de servicios de salud no indígenas y por razones culturales), y sus tasas de mortalidad materna son elevadas.

### Discapacitados

La prevalencia nacional de discapacidad es de 11,3% (30), con un rango de 2,7% (Emberá) a 15,6% (Veraguas). Las provincias y comarcas que tienen una prevalencia superior al promedio nacional son Guna Yala, Herrera, Darién, Coclé, Ngäbe–Buglé, Chiriquí y Los Santos. La prevalencia es mayor en las mujeres (12,4%) que en los hombres (10,4%) y aumenta con la edad: 6% en los menores de 20 años, 7% en los de 20 a 39, 20% en los de 40 a 64 años y 42% en los mayores de 65 años.

La tasa de mortalidad general no ha presentado mayores cambios entre 2006 (4,4 defunciones por 1.000 habitantes) y 2009 (4,5 por 1.000). Fue mayor en los hombres (5,3 por 1.000) que en las mujeres (3,7 por 1.000). En el cuadro 2 se presentan las 10 principales causas de mortalidad en 2010. Las causas de mortalidad difieren según las provincias: las enfermedades del sistema circulatorio y los tumores malignos son las primeras causas de muerte en Chiriquí, Coclé, Herrera, Los Santos, Panamá y Veraguas, mientras que las enfermedades infecciosas y parasitarias constituyen la primera causa de muerte en Bocas del Toro y las comarcas Guna Yala y Ngäbe–Buglé. La tasa de mortalidad infantil descendió de 14,8 por 1.000 nacidos vivos en 2006 a 12,2 por 1.000 en 2009 y 11,9 por 1.000 en 2010. Sin embargo, este indicador refleja importantes desigualdades al desagregar los datos por provincia y por área. En el área rural, en 2009 se registró una tasa de mortalidad infantil de 15,8 por 1.000 nacidos vivos (408 defunciones), mientras que ese mismo año en el área urbana la tasa fue de 10,1 por 1.000 nacidos vivos (429 defunciones).

## MORBILIDAD

### Enfermedades transmisibles

#### Enfermedades transmitidas por vectores

La tasa de morbilidad por malaria disminuyó de 50,6 por 100.000 habitantes en 2006 a 11,9 en 2010 (32). Se observó la misma tendencia en el índice parasitario anual (IPA), que bajó de 0,5 en 2006 a 0,1 en 2010,<sup>5</sup> así como en la mortalidad (tres defunciones entre 2006 y 2008). Las comarcas indígenas, Darién y Panamá Este, aportaron 70% de los casos totales, causados predominantemente por *Plasmodium vivax*. De 2006 a 2010 se notificaron 18.987 casos de dengue, con una tasa de letalidad de 10,6%.<sup>6</sup> El año 2009 fue el de mayor incidencia en el período, con

7.469 casos (131,0 por 100.000 habitantes); en 2006 hubo 4.326 casos (75.89 por 100.000 habitantes).<sup>7</sup> Circularon los serotipos del dengue 1, 2 y 3.

## **Enfermedades prevenibles por vacunación**

En diciembre de 2007 se aprobó la Ley de Vacunas. Entre 2007 y 2010, la cobertura de vacunación en los menores de 1 año aumentó de 88,0% a 93,6% para la pentavalente (DPT–Hib–HepB), de 88% a 95% para la antipoliomielítica y de 66% a 88% para la vacuna contra rotavirus. La cobertura con la BCG se mantuvo en 100%, y con la antineumocócica conjugada, introducida en 2010, se logró una cobertura de 47,5%. En los niños de 1 año, la cobertura con la vacuna contra el sarampión, la parotiditis y la rubéola aumentó de 84% a 100%. La introducción de nuevas vacunas en el esquema de inmunización, tales como contra la hepatitis A, el toxoide tetánico diftérico acelular (Tdap), la vacuna contra el virus del papiloma humano y la antineumocócica de polisacáridos, así como la búsqueda intensiva de desertores e inasistentes en los municipios y la oferta de una serie de oportunidades de vacunación dirigida a la población más vulnerable, han servido para aumentar las coberturas.

No se han presentado casos autóctonos de sarampión desde 1995, de síndrome de rubéola congénita desde 2000 y de rubéola desde 2002. Tampoco se han notificado casos de tétanos neonatal ni de fiebre amarilla.

## **Zoonosis**

En el período 2006–2010 no se han registrado casos de rabia humana ni de rabia canina. En bovinos, la rabia transmitida por murciélagos hematófagos es endémica en el área de Panamá Este, Darién y Colón. Durante el período 2006–2010, la tasa promedio anual de infecciones de origen alimentario fue de 43,3 por 100.000 habitantes. De los casos notificados, 7% correspondieron a salmonelosis y 4% a shigelosis; se desconoce la etiología del restante 89% de los casos. Se registraron 79 casos de leptospirosis en el período 2006–2010. La mayoría de los casos graves se diagnosticaron en hospitales, ya que se trata de una enfermedad poco reconocida en los servicios de atención primaria. A pesar de la subnotificación, se han comunicado casos en todas las regiones de salud del país, con mayor frecuencia en las regiones de salud Metropolitana, San Miguelito y Colón.

De mayo a julio de 2010 se presentó un brote de encefalitis equina en la frontera entre Darién y Panamá que afectó a personas y a equinos. Se registraron 179 casos sospechosos en seres humanos, de los que siete se confirmaron en el laboratorio: cuatro casos de encefalitis equina del este, dos mixtos de encefalitis equina venezolana y encefalitis equina del este, y un caso de encefalitis equina venezolana. Todos los casos hospitalizados se presentaron en menores de 15 años.

## **Enfermedades desatendidas y otras infecciones relacionadas con la pobreza**

Se notificaron cuatro casos de lepra en 2006 y otros cuatro en 2008. El 60% de los casos se clasificó como lepra lepromatosa y 20% como lepra tuberculoide. Las áreas del país donde la leishmaniasis cutánea es endémica se encuentran en Bocas del Toro, Coclé, Colón y Panamá Oeste, las cuales notificaron 73% de todos los casos entre 2006 y 2010 (13.169 casos). De 2006 a 2009 se registró una disminución marcada de la incidencia (114,9 por 100.000 en 2006 y 54,1 por

100.000 en 2009).<sup>8</sup> En 2010, la tasa de incidencia fue de 98,06 por 100.000 habitantes.<sup>9</sup> La tasa de incidencia de la enfermedad de Chagas fue de 0,9 por 100.000 en 2006 y 1,4 por 100.000 en 2009. Las áreas de mayor riesgo son Panamá Metropolitana, Panamá Oeste y Panamá Este.

## **VIH/sida y otras infecciones de transmisión sexual**

Entre los años 2005 y 2010 se notificaron 4.985 casos de sida y 4.379 de infección por el VIH (32,33), con una prevalencia nacional de VIH/Sida de 0,9% en personas de 15 a 49 años. En 2010 la razón hombre/mujer fue de 3:1 para el sida y 1,8:1 para el VIH (34). En 2009, la prevalencia en embarazadas de VIH/sida a nivel nacional fue de 0,3% (32). La cobertura con tratamiento antirretroviral en personas con infección avanzada fue de 56% (28); la cobertura con pruebas en mujeres embarazadas (35) aumentó de 8,0% en 2003 a 74,9% en 2009.

En 2010, si se consideran únicamente los 11 casos confirmados de sífilis en recién nacidos, la tasa de sífilis congénita nacional fue de 0,16 por 1.000 nacidos vivos; los casos sospechosos sumaron 39<sup>10</sup> (36).

## **Tuberculosis**

La tasa de incidencia de tuberculosis disminuyó de 52,7 por 100.000 habitantes en 2006 a 40,5 por 100.000 en 2010 (37). Las comarcas Ngäbe–Buglé, Guna Yala y la región de Bocas del Toro presentaron la mayor incidencia. La enfermedad afecta a todos los grupos de edad y la incidencia es más elevada en los hombres. En más de 90% de los establecimientos de salud se aplica la estrategia de tratamiento acortado bajo observación directa. La tasa de éxito del tratamiento se mantuvo en 79% y el abandono superó el 10% (fue más significativo en las comarcas indígenas). El índice de positividad para el VIH fue de 14,9% en los casos nuevos de tuberculosis y de estos, 12,3% pertenecían a casos de tuberculosis con baciloscopia positiva.

## **Enfermedades emergentes**

Las enfermedades por hantavirus se han notificado en las provincias centrales del país: Los Santos, Coclé y Veraguas. Desde 1999 hasta 2009 se registraron 135 casos de síndrome pulmonar por hantavirus, con una tasa de incidencia acumulada de 4,3 casos por 100.000 habitantes y una letalidad de 18,5%. Los hombres han sido los más afectados, con 60,2% de los casos (14). En cuanto a la influenza, en mayo de 2009 se confirmó el primer caso de influenza A(H1N1), con un potencial pandémico. Durante la pandemia se notificaron 2.268 casos sospechosos y se confirmaron 812 (36%), con una tasa de incidencia de 23,5 por 100.000 habitantes y 12 defunciones (una tasa de mortalidad de 0,3 por 100.000 habitantes) (34). No se han registrado casos de cólera desde 1997.

## **Enfermedades crónicas no transmisibles**

### **Enfermedades cardiovasculares**

Las enfermedades del aparato circulatorio constituyen la principal causa de muerte en la gran mayoría de las provincias. En 2007, la tasa de mortalidad por enfermedades del aparato circulatorio fue de 4.172 por 100.000 habitantes y en 2009, de 4.551 por 100.000.

## Neoplasias malignas

La tasa de defunciones por tumores malignos mostró pocas variaciones: fue de 2.464 por 100.000 habitantes en 2007 y 2.433 por 100.000 en 2009. Las principales localizaciones fueron próstata; estómago; tráquea, bronquios y pulmón; colon, recto y ano, y mama (38).

## Diabetes sacarina

La incidencia de diabetes sacarina fue de 180,3 por 100.000 habitantes en 2006 y 157,5 por 100.000 en 2009 (39). Entre 2006 y 2008, el número total de defunciones estuvo por encima de 800 por 100.000 habitantes, y en 2009 fue de 744 por 100.000 habitantes. En 2010 se notificó una tasa de mortalidad de 19,3 por 100.000 habitantes. Entre las principales causas de mortalidad en Panamá, la diabetes sacarina es la única que afecta más a las mujeres que a los hombres.

## Enfermedades nutricionales

Los niveles de desnutrición han disminuido (40) pero en las áreas indígenas, de pobreza extrema, va en aumento. La deficiencia de peso para la edad afecta a 12,4% de los menores de 5 años y la de peso para la talla, a 62,0%; estos valores triplican la prevalencia nacional. El crecimiento en este grupo de edad es inadecuado, pero se agudiza en el de 12 a 24 meses. Según el patrón de referencia de la OMS, los niños indígenas de 5 años tienen 9,2 cm menos de estatura que los del área urbana y 6,9 cm menos que los del área rural.

Se registraron importantes adelantos en el programa de suplementación con vitamina A (41) en las zonas indígenas, donde se localiza el problema de deficiencia de micronutrientes. En 2010, el programa de yodación (42) de la sal demostró que 0,5% de los escolares tenía yodurias inferiores a 50 µg/l y que 1,7% de las muestras de sal tenían menos de 20 mg por kg (42).

De acuerdo con el patrón de la OMS, la obesidad infantil disminuyó de 11,8% en 2003 a 9,8% en 2008. Sin embargo, en 33,1% de los prescolares se encontraron factores de riesgo de sobrepeso (40).

## Trastornos mentales

Según la encuesta nacional de 2007 sobre salud y calidad de vida, 5,3% de los encuestados había tenido un diagnóstico de depresión. Este diagnóstico figuraba entre los 10 principales correspondientes a enfermedades crónicas. En 2010, el Ministerio de Salud señaló que en sus instalaciones se realizaron 39.943 consultas ambulatorias por esta causa y que 54,3% de las consultas fue hecho por mujeres. El Instituto Nacional de Salud Mental, antiguo hospital psiquiátrico nacional, redujo el número de camas de 200 en 2006 a 165 en 2010. Los tres primeros diagnósticos de egreso en 2010 fueron el trastorno bipolar, los trastornos por uso de sustancias y la esquizofrenia. En 2007 la tasa de suicidio fue de 5,09 por 100.000 habitantes. En 2006 se realizó una evaluación de la atención de la salud mental en Panamá (43).

## Factores de riesgo y protección

En 2008 se aprobó la Ley 13, que adopta medidas para el control del tabaco y sus efectos nocivos en la salud (44). La Encuesta Nacional de Salud y Calidad de Vida de 2010 puso de manifiesto que 22,8% de los entrevistados fumaban; de estos, 70,5% eran hombres. En 2010 comenzaron a funcionar tres clínicas para inducir el abandono del hábito de fumar. En cuanto al consumo de drogas, 97,1% de los encuestados negó haber consumido otro tipo de sustancias en su vida. Sin embargo, los trastornos por el uso de sustancias psicoactivas ocuparon el segundo lugar entre los principales diagnósticos de egreso hospitalario del Instituto Nacional de Salud Mental, tanto en 2006 como en 2010. El consumo per cápita en mayores de 15 años fue de 6,9 litros de alcohol puro/año en el mismo período.

## **EL PAPEL DE LA RECTORÍA EN SALUD**

El Ministerio de Salud tiene a su cargo la determinación y conducción de la política de salud del Gobierno, de acuerdo con el Decreto de Gabinete N° 1 del 15 de enero de 1969 y el Estatuto Orgánico de Salud.

La regulación, la conducción y el desempeño de las funciones esenciales de salud pública son responsabilidades exclusivas del Ministerio de Salud, en tanto que la armonización de la provisión de los servicios de salud, el financiamiento y la vigilancia del aseguramiento son responsabilidades que comparte con la Caja de Seguro Social (CSS) y el Ministerio de Economía y Finanzas. Comparte también algunas funciones de conducción con otras instituciones: el Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud; el Consejo Técnico de Salud, que es responsable de otorgar la autorización para el libre ejercicio de la profesión médica, y la Autoridad Nacional del Ambiente, encargada de la regulación ambiental.

## **DESEMPEÑO DE LOS SISTEMAS DE SALUD**

Panamá cuenta con un sistema de seguridad social clásico, administrado por la CSS, basado en dos marcos legales: la Constitución Nacional, que en el artículo 109 consagra el derecho de los ciudadanos a la seguridad social, y la Ley Orgánica de la CSS, que busca garantizar la sostenibilidad financiera del seguro de invalidez, vejez y muerte, y establece la obligatoriedad de la CSS de prestar servicios preventivos y coordinar acciones y servicios con el Ministerio de Salud. Los programas de la CSS están orientados a la protección en caso de enfermedad. Según el Departamento de Planificación de la CSS, en 2010 esta tenía 2.651.510 beneficiarios registrados, lo que representaba 75,6% de la población.

## **GASTO Y FINANCIAMIENTO EN SALUD**

Panamá destina un importante porcentaje del PIB a la salud, con una tendencia al alza: 8,4% en 2006, 8,6% en 2008 y 10,5% en 2010. Aunque el gasto de bolsillo descendió entre 2006 y 2010, sigue siendo alto: 30,7% en 2010. De 2006 a 2009, el gasto público en salud se mantuvo en 5% y representó 14% del gasto público total. En 2010 se destinó 77,8% del gasto público en salud a financiar la seguridad social. La inversión per cápita en salud del Estado fue de US\$ 962 (45).

El Ministerio de Salud cuenta con la Ley de Gratuidad, orientada a la atención de la madre y el niño. Sin embargo, se cobran algunos de los servicios especializados destinados a este grupo de

población, lo que repercute en el gasto de bolsillo y limita el acceso a los más pobres. Los hospitales del tercer nivel y los institutos especializados de carácter nacional poseen una figura administrativa denominada "Patronato", presidida por una junta directiva encabezada por el Ministro de Salud, que complementa el financiamiento público asignado con las cuotas de recuperación o copagos; estos pagos no representan más de 1% del costo real del servicio ni más de 5% de los recursos disponibles. Aunque este mecanismo no es muy ágil ni eficiente, pues la red pública no puede identificar a los afiliados a la CSS y la recuperación es muy lenta, aporta recursos administrados directamente por la región o por los patronatos.

## **SERVICIOS DE SALUD**

El sistema de salud está constituido por los sectores público y privado. El sector público, compuesto por el Ministerio de Salud y la CSS, cubre a 90% de la población; la Caja es la mayor proveedora de servicios de salud. El sistema está organizado en 14 regiones sanitarias (recientemente se crearon dos nuevas: la Región de Salud de Arraiján y la Región de Salud de Panamá Norte. Esta red está compuesta por 909 establecimientos de diversa complejidad (2) y se caracteriza por una distribución inequitativa de los establecimientos y de los recursos humanos, que se concentran en las cabeceras urbanas, y por una segmentación en la cartera de servicios. Mantienen subsidios cruzados, duplican su oferta, compiten entre sí y no hay una clara separación de funciones. Esta situación provoca inequidad, un debilitamiento de la rectoría y un aumento de los costos.

En las comarcas indígenas el único proveedor es el Ministerio de Salud, que ofrece servicios ambulatorios con un paquete básico de incipiente adecuación cultural. La población indígena y la que habita en zonas apartadas no tienen acceso a los servicios debido a barreras económicas y geográficas, pero, sobre todo, por falta de infraestructura y personal técnico disponible.

La fragmentación del sistema también se refleja en que los hospitales de referencia nacional, financiados por el Estado, tienen independencia jurídica y modelos de gestión privada (patronatos), situación que limita y debilita la rectoría.

En 2010 el Ministerio de Salud elaboró el modelo de atención primaria de salud individual, familiar, comunitario y ambiental (46). El mismo responde al Plan Estratégico de Gobierno y al Decreto Ejecutivo 531 de julio de 2009, que insta a crear los centros de atención primaria de salud innovadores en el marco de la estrategia renovada de atención primaria de salud. Con este mandato, el Ministerio inició la construcción y el equipamiento de 7 hospitales y 35 establecimientos de atención primaria bastante completos.

En materia de control de la calidad de la atención, se requieren mayores esfuerzos. El Ministerio y la CSS realizan convenios con otros países para la contratación de médicos extranjeros, y con las universidades, para la formación acelerada de técnicos, profesionales y especialistas.

## **Medicamentos y otros productos sanitarios**

El país cuenta con una política nacional de medicamentos orientada al acceso a medicamentos de calidad, con criterios de bioequivalencia e intercambiabilidad, como un mecanismo de abaratamiento de los costos (47); en este marco se constituyó la Comisión Nacional Sectorial de Farmacovigilancia (48).

# Conocimiento, Tecnología, Información Y Gestión De Recursos

## PRODUCCIÓN CIENTÍFICA EN SALUD

La investigación científico-técnica se rige por el Sistema Nacional de Investigación (49), encargado de promover la investigación a través de acciones que conlleven el aumento del número y la calidad de los investigadores que trabajan en el desarrollo científico y tecnológico, así como del número de centros de investigación públicos y privados. Forman parte del Sistema Nacional de Investigación la Secretaría Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación; la Autoridad Nacional para la Innovación Gubernamental, y el Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud.

De acuerdo con el Plan Estratégico Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación 2010–2014 (50), Panamá presenta importantes debilidades tanto en materia de disponibilidad de recursos humanos altamente calificados como de infraestructura para el desarrollo de las actividades de ciencia, tecnología e innovación. El país invierte 0,26% del PIB en investigación, desarrollo e innovación, y cuenta con solo 476 investigadores que trabajan a tiempo completo. Estos son valores bajos, aun en el contexto latinoamericano en el que la inversión promedio en investigación, desarrollo e innovación es de 0,7% del PIB, y el promedio de investigadores es de 1,0 por 1.000 miembros de la población económicamente activa.

## Gestión de la información

El país ha incorporado progresivamente herramientas de gestión de la información para la atención sanitaria. Se dispone del sistema de fichas técnicas para consultas sobre productos para la salud humana. Existen además los sistemas de manejo de suministros humanitarios, de auditoría de expedientes, de registro de oferentes y catálogos de proveedores, de registros sanitarios y de registro de consejo; este último permite capturar el expediente curricular de médicos y técnicos.

## Tecnología

El Ministerio de Salud puso en funcionamiento el Hospital Virtual, que presta un servicio de tele radiología mediante el cual varios hospitales se mantienen interconectados vía Web para la consulta y el diagnóstico por imágenes.

## RECURSOS HUMANOS

De acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística y Censo, en las instalaciones de salud había 4.404 médicos (uno por cada 742 habitantes) en 2006 y 4.904 (uno por cada 704 habitantes) en 2009. En 2006 había un enfermero por cada 869 habitantes, proporción que ascendió a uno por cada 780 habitantes en 2009. Los médicos se concentran en la ciudad de Panamá, donde hay 2.561, un poco más de la mitad de todos los médicos para un tercio de la población total del país. En 2008, en la ciudad de Panamá había 32,3 médicos por 10.000 habitantes, mientras que en la provincia de Darién había solo 5,7 médicos por 10.000 habitantes.

Pese a que se han alcanzado altos niveles de escolaridad primaria y secundaria, persisten deficiencias en el sistema educativo. Las universidades públicas y privadas ofrecen una amplia oferta a nivel de grado, pero presentan un desarrollo incipiente de posgrados y de doctorados. Es notoria la carencia de infraestructura (equipamiento, laboratorios, acceso a bibliografía especializada) para llevar a cabo actividades de investigación y desarrollo.

## Salud Y Cooperación Internacional

Panamá es miembro del Sistema de la Integración Centroamericana (SICA) y participa en diferentes organismos de coordinación en materia de salud: Reunión del Sector Salud de Centro América y República Dominicana, Consejo de Ministros de Salud de Centro América, Consejo de Ministras de la Mujer de Centro América, Consejo Centro Americano de Instituciones de Seguridad Social, y Foro Centroamericano y República Dominicana de Agua Potable y Saneamiento.

Con la estrategia de la OPS/OMS de cooperación técnica entre países, Panamá ejecutó 10 proyectos conjuntos con las naciones de América Central y el Caribe sobre salud mental, rehabilitación, violencia urbana y temas relacionados con el Reglamento Sanitario Internacional. Con el Banco Interamericano de Desarrollo, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, el Fondo para el Logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, el Organismo Internacional de Energía Atómica, el Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente, la Agencia Japonesa de Cooperación Internacional, el Banco Mundial, el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo y la OPS/OMS, así como con México y el Fondo Argentino de Cooperación Sur-Sur y Triangular, ejecutó 31 proyectos en el sector salud por un monto aproximado a los US\$ 12 millones. También trabaja en un proyecto de saneamiento de la Bahía de Panamá, que tiene un costo estimado en US\$ 321 millones.

## Síntesis Y Perspectivas

Panamá se clasifica como un país de ingreso mediano-alto. Con poco más de la mitad de su población concentrada en las dos ciudades principales, empieza a presentar una dinámica poblacional similar a la de los países desarrollados: una proporción mayor de adultos y ancianos, y una disminución de la población joven. En cuanto al patrón de mortalidad, predominan las enfermedades crónicas, a excepción de las comarcas indígenas de Guna Yala y Ngäbe-Buglé, donde las enfermedades infecciosas y parasitarias siguen siendo las principales causas de muerte.

El país destina un porcentaje significativo del PIB a la salud, porcentaje que muestra una tendencia al alza; sin embargo, el gasto de bolsillo sigue siendo alto (30,7% en 2010), y el gasto social en salud, como porcentaje del gasto público social, ha disminuido en comparación con el de 2005. El sector público de salud atiende a 90% de la población, pero la concentración de establecimientos, servicios y recursos humanos en las áreas urbanas hace que su distribución sea inequitativa, y que la población indígena y la que habita en zonas apartadas tengan un acceso limitado a la atención de salud. Existen también razones económicas y falta de infraestructura y de recursos humanos capacitados que influyen negativamente en el estado de salud de la población menos favorecida. Es así que la población indígena tiene mayores tasas de morbilidad y mortalidad general, y sus tasas de mortalidad materna, perinatal e infantil son las más elevadas. En la comarca Ngäbe-Buglé, la tasa de mortalidad infantil es dos veces más alta que la tasa del país, y la tasa de

mortalidad materna está muy por encima del promedio nacional, hechos que imponen un gran desafío para el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

En el futuro, si se aplicara a cabalidad el Plan Estratégico de Gobierno 2010–2014, se podría dar un paso importante hacia la disminución de las desigualdades en salud en Panamá. Este Plan Estratégico tiene dos ejes prioritarios: la formación de capital humano para el desarrollo y la inclusión social. El eje de inclusión social abarca la reducción de la malnutrición, la expansión de los sistemas de abastecimiento de agua potable, el aumento de la cobertura y de la calidad de los servicios básicos de salud, el acceso a una vivienda digna, el establecimiento de un sistema de transporte público seguro y eficiente en la ciudad de Panamá, la aplicación de medidas preventivas para la seguridad ciudadana y el fortalecimiento del sistema de protección social.

Riesgos a la salud y sitios prioritarios

. La deficiencia de hierro es la deficiencia nutricional más prevalente y la principal causa de anemia a escala mundial <sup>1</sup>. En los países en vías de desarrollo los grupos más afectados son los niños y adolescentes, debido a sus mayores requerimientos determinados por el crecimiento, y en la mujer en edad fértil por la pérdida de hierro debida al sangramiento menstrual o a las mayores necesidades de este mineral por el embarazo. Este aumento de las necesidades no es cubierto por la dieta habitual la que tiene cantidades insuficientes de hierro y/o presenta una baja biodisponibilidad de este nutriente.

La deficiencia de hierro puede prevenirse mediante el consumo de una dieta adecuada, reducción de las pérdidas anormales de hierro, la fortificación de los alimentos con hierro y la suplementación con hierro medicinal.

La Academia Americana de Pediatría recomienda suplementar a los lactantes con hierro medicinal a lo largo del primer año de vida, comenzando a los 4 meses de edad en los lactantes de término y no después de los 2 meses en los de pretérmino. Las dosis sugeridas son de 1 mg/Kg/día de hierro en los lactantes nacidos de término y 2 mg/kg/día para los de pretérmino, con un máximo diario de 15 mg <sup>25</sup>. La OMS ha publicado normas para la suplementación de los diferentes grupos etéreos y para la embarazada. En la embarazada para países como el nuestro que presentan una prevalencia moderada de anemia, se recomienda suplementar con hierro medicinal a partir del segundo trimestre de la gestación en una dosis diaria de 60 mg de hierro elemental. En la terapia de la anemia ferropriva se utilizan compuestos de hierro de buena biodisponibilidad en una cantidad diaria de 35 mg/kg de hierro elemental al niño y 80 a 120 mg en el adulto fraccionado en 2 dosis, administradas preferentemente alejadas de las comidas, para evitar las interacciones con los ligandos inhibidores presentes en la dieta. La Hb se recupera habitualmente al mes del tratamiento, requiriéndose un tratamiento adicional por 2 a 3 meses para repletar los depósitos de hierro.

2005- Riesgo por contaminación por insecticidas.

Diversos laboratorios del mundo producen actualmente nada menos que 13 millones de compuestos sintéticos. Algunos imitan sustancias naturales, mientras que otros son completamente artificiales. Las sustancias químicas se utilizan en todos los sectores de la economía, desde la agricultura y la alimentación al textil, pasando por el papel y los productos farmacéuticos. Sólo en el mercado europeo se reportan que circulan unos 100,000 productos químicos; la mayoría de toxicidad mal

conocida por la insuficiente información científica en relación con la posibilidad de efectos nocivos sobre el medio ambiente y la salud a medio y largo plazo. El uso de sustancias químicas se ha generalizado en todas las actividades económicas, incluso en la vida doméstica. Muchas de ellas pueden entrañar, sin la adopción de determinadas precauciones, riesgos para la salud y el medio ambiente. Los riesgos químicos pueden ser debidos, bien a factores intrínsecos a los propios productos, bien a factores externos relacionados fundamentalmente con la inseguridad con la que se manipulan. Dada su complejidad y la rapidez de su desarrollo, los productos químicos deberían haber sido objeto, en los últimos años, de investigaciones sistemáticas sobre su incidencia en el medio ambiente, pero no ha sido así. Sin embargo, se han detectado en el hombre y en el medio ambiente efectos indeseables graves. Se han encontrado productos tóxicos en el aire, el agua y el suelo, por no hablar de los alimentos.

La Cumbre de la Tierra, celebrada en Rio de Janeiro, Brasil, en Junio de 1992, marcó un hito importante en el objetivo de lograr un desarrollo nacional e internacional que satisfaga las necesidades del presente sin comprometer la capacidad de las generaciones futuras para satisfacer sus propias necesidades<sup>1</sup>. Cuando 150 líderes de mundo adoptaron los principios de la Declaración de Rio y la Agenda 212 como vía hacia el desarrollo sostenible del siglo XXI, reconocieron la importancia de invertir en la mejora de la salud y el medio ambiente de las personas, como requisito indispensable para alcanzarlo.

De igual manera se identifican los grupos de sustancias químicas a evaluar en el trabajo, a saber: • Sustancias químicas de uso agrícola: plaguicidas y fertilizantes. • Plaguicidas para la salud pública, la industria y el uso doméstico. • Productos derivados del petróleo. • Sustancias químicas industriales. • Sustancias químicas de consumo público como los productos de limpieza y desinfección, los solventes, las pinturas y otros.

En nuestros días, el hombre está elaborando diferentes sustancias químicas que no se encuentran concurrentes en el mundo y las está utilizando en las empresas, en las actividades agrícolas, en la medicina, y en una inusitada heterogeneidad de aplicaciones hogareñas. Hasta 1990, la Agencia para la Protección del Ambiente y la Organización Mundial de la Salud habían detectado que existían aproximadamente unas 63,000 sustancias sintetizadas por el hombre de uso cotidiano, de las cuales 4000 corresponden a fármacos, 5,000 a aditivos de alimentos, 10,000 para productos cosméticos, 10,000 se utilizan en productos de uso doméstico, 5,000 son de uso textil, 1,500 obedecen a la elaboración de plaguicidas y 9,000 a otros menesteres.<sup>3</sup> Es de admitir y ratificar que el empleo correcto de estas sustancias ha expandido la calidad de la vida de millones de personas en el mundo. No obstante, el menoscabo del ambiente, por sustancias químicas ha originado un comprometido perjuicio de la salud humana y una formidable avería al ecosistema. Bastantes de estos latentes riesgos para el hombre y su ambiente han sido revelados, pero otros pueden producirse hasta después de un importante lapso de tiempo. Por esta razón, es de trascendental interés que si los riesgos y peligros para el hombre superan los beneficios que puedan otorgarnos estas sustancias químicas, entonces su uso debe ser examinado e imparcialmente valorado y reglamentado.

La desnutrición es el resultado de la interacción entre el consumo inadecuado de alimentos y las infecciones frecuentes. Estos resultan ser consecuencias del acceso inadecuado a alimentos y a servicios de salud y saneamiento insuficientes. El estado de nutrición de la madre antes y durante el embarazo determina la salud de la madre y el estado de salud del feto y el recién nacido. La baja estatura, el bajo peso preembarazo y

La poca ganancia de peso durante el embarazo, son determinantes importantes del retardo en el crecimiento intrauterino. Durante la infancia y la niñez, las infecciones recurrentes y la alimentación inadecuada, particularmente de energía, proteína, vitamina A, hierro y cinc, contribuyen al retardo en crecimiento y la deficiencia de micronutrientes. La evidencia sugiere que el impacto de intervenciones nutricionales durante la infancia es mayor si ocurren antes de los dos años de edad. La etapa de gestación y los primeros 3 años de vida representan una etapa crítica para el crecimiento. •

La pobreza tiene una distribución espacial bien definida, con un fuerte aumento en las áreas rurales, especialmente en las comarcas indígenas, donde casi toda la población (90%) vive en pobreza extrema. Por lo tanto, los grupos más pobres son las poblaciones rurales y particularmente los indígenas que, además presentan las mayores prevalencias de desnutrición crónica en los niños y de bajo peso en las embarazadas. Debido a su alta dispersión, son grupos a los que resulta difícil llegar tanto con los servicios básicos, como acueductos, como con una atención de salud adecuada. La anemia y las parasitosis son frecuentes en estas poblaciones pero, la deficiencia de hierro constituye un problema tanto en áreas rurales como urbanas.

#### Productos agrícolas y alimentos procesados, distrito de GUALACA, CHIRIQUÍ

El cultivo de maíz es un rubro de importancia para el consumo nacional tanto para humanos como para la industria avícola; el cual se ha visto afectado este año por los altos costos del combustible y factores climatológicos (sequías e inundaciones). En el ciclo 2012-2013, se programó la siembra de 32,142 hectáreas en los tres sistemas de producción de maíz (mecanizado, a chuzo con tecnología y a chuzo tradicional) con la participación de 11,498 productores. Al mes de noviembre se registra la siembra de 27,960 hectáreas, beneficiando a 6,320 productores, con superficie cosechada de 3,031 hectáreas y producción de 197,461 quintales, correspondiente a la siembra mecanizada, chuzo con tecnología y chuzo tradicional. Bajo el sistema mecanizado, se sembraron 19,823.37 hectáreas de maíz la distribución de la superficie sembrada y cosechada por provincia. Se han cosechado 590.20 hectáreas de 142 productores, con una producción de 53,242 quintales, cuyos rendimientos están en 90 quintales por hectárea. En lo referente a maíz a chuzo con tecnología; Chiriquí con 1,926.90 hectáreas, seguido de Los Santos con 1,359 y Herrera con 906 hectáreas. En maíz a chuzo tradicional, también Chiriquí, se encuentra en primer lugar de siembra con 911.68 hectáreas, luego Darién con 558.74, seguido de Buena Vista, Colón con 547.24 hectáreas.

**Poroto** En el período 2012-13, se sembraron de 1,531 hectáreas, beneficiando a 865 productores, los rendimientos por hectárea registraron un incremento de 20.28 quintales a 23.73 quintales. Se realizó la siembra de las parcelas establecidas con semillas de poroto variedad IDIAP-R2 Y R3, en las provincias de Chiriquí, Veraguas, Herrera, Coclé, Panamá Oeste y Área Comarca.

**Arroz** Consumo anual de este rubro es de 7.0 millones de quintales limpio y seco. Se importó 1.3 millones de quintales para abastecer el consumo nacional, de los cuales 214,000 quintales corresponden al contingente ordinario según acuerdo de la Organización Mundial del Comercio (OMC), del consumo total el 74% se cubre con la producción nacional. El arroz es un cultivo de importancia en la dieta de los panameños y este año se ha visto afectado debido al incremento del costo de combustible a nivel mundial, factores climatológicos (sequías e inundaciones). En el ciclo 2012-2013, se programó la siembra de 70,352 hectáreas de arroz con 1,462 productores para una producción esperada de 7,312,664 quintales. Al día 7 de diciembre se registra 58,451

hectáreas sembradas de 1,280 productores, que representan el 83% de avance de siembra. De este total el 86 % está sembrado en secano (50,092 hectáreas) y el 14% (8,359 hectáreas) con tecnología de riego. El mayor porcentaje de siembra se registra en la provincia de Chiriquí con un 38%, seguido de Veraguas con un 15%, Chepo con el 12%, Coclé y Los Santos con el 15%, el resto de las provincias con un 4%(Herrera, Darién y Bocas del Toro).

Papa Se programó la siembra de 1,000 hectáreas, con una producción estimada de 565,000 quintales; al mes de noviembre se registra, la siembra de 474.46 hectáreas establecidas con 131 productores, lo que representa un 47% de avance con respecto a lo programado. Se ha cosechado 474.46 hectáreas con una producción de 282,802 quintales y un rendimiento de 596 quintales por hectárea. Los precios al productor por quintal se incrementan de B/.16.00 a B/.20.00 el quintal y al consumidor nacional en B/.1.04/kilogramo, se ha registrado un acumulado de 13,756 quintales de papa importadas. Cebolla La proyección de siembra de cebolla es de 865 hectáreas con 288 productores, con una producción estimada en 516,800 quintales; de las cuales, al mes de noviembre, se registra un avance de siembra de 241.74 hectáreas que representa un 28% de avance con respecto al programado; con una producción de 141,304 quintales con rendimientos de 584.58 quintales por hectárea.

La proyección de siembra de cebolla es de 865 hectáreas con 288 productores, con una producción estimada en 516,800 quintales; de las cuales, al mes de noviembre, se registra un avance de siembra de 241.74 hectáreas que representa un 28% de avance con respecto al programado; con una producción de 141,304 quintales con rendimientos de 584.58 quintales por hectárea. Los precios de cebolla ofertados al productor se han incrementado de B/.30.00 a B/.40.00 el quintal. La tendencia de los precios al consumidor de octubre a noviembre se ha de incrementar debido al déficit de 124,000 quintales. El precio de la cebolla nacional al consumidor se mantiene en B/.1.87/kilogramo y la cebolla importada en B/.2.09/kilogramo.

Hortalizas En el período 2012-13 (noviembre), se sembraron 1,037 hectáreas de hortalizas (tomate industrial, tomate de mesa, pimentón, ají dulce, brócoli, repollo, lechuga, apio, zanahoria, habichuela, remolacha, lechuga, achiote, chayote, culantro), beneficiando a 1,830 productores, con superficie cosechada de 629 hectáreas y producción de 467,213 quintales. La siembra de hortalizas en mayor escala en las provincias de Chiriquí, Los Santos (tomate industrial) y en menor cuantía en el resto de las provincias.

Frutales Cucurbitáceas La cantidad de hectáreas sembradas para este rubro, en el período 2012-13 (noviembre), fue de 702 hectáreas (melón, sandía, zapallo, pepino, calabacín), beneficiando a 548 productores, con superficie cosechada de 81 hectáreas y producción de 51,269 quintales. La siembra de cucurbitáceas en mayor escala correspondió a las provincias de Los Santos, Herrera, Chiriquí, Coclé, Veraguas y en menor cuantía, a Panamá Este, Oeste y Colón. Piña El avance de la siembra y cosecha del cultivo de la piña en el mes noviembre es de 2,210.76 hectáreas, con 204 productores, de las cuales se cosecharon 292 hectáreas Con una producción de 517,042 quintales y rendimientos de 1,770.69 quintales/hectárea.

En la Región No.1, Chiriquí este cultivo ha logrado una recuperación anual de la producción, pese a los daños por fenómenos climatológicos. En este sentido se han aplicado tecnologías con la introducción de variedades de semillas saneadas, incremento de densidad de siembra, manejo de plaga y manejo del fruto; lo que se refleja con un incremento de hasta 75 cientos por hectárea con relación al periodo anterior que fue de 480 cientos por hectárea. En el proyecto de inversión para Fortalecimiento del Cordón Fronterizo se evaluaron resultados de parcelas demostrativas hasta la fase de cosecha en los distritos de Barú y Renacimiento y se han trasplantado 4 nuevas parcelas en Barú; obteniendo un incremento significativo de producción en Barú con rendimientos de hasta 75 mil plátanos por hectárea y mayor sobrevivencia de plantas. En el período 2012-13, se sembraron de

6,820 hectáreas, beneficiando a 3,189 productores, los rendimientos por hectárea registraron un incremento de 112.01 cientos por hectárea, con producción de 413,841 cientos. La producción más alta fue en la provincia Chiriquí, con 400,041 cientos en 5,990 hectárea.

Café La producción promedio este año fue de 12,796 hectáreas de café, cultivadas por 4,494 productores, distribuida principalmente en la provincia de Chiriquí con el 68.9% de la superficie y el 32.15% de los productores. La actividad genera aproximadamente 30,000 empleos en forma permanente y 70,000 empleos eventuales, durante la cosecha. Las variedades cultivadas son Caturra, Catuai, Bourbon, Catimor, Típica, Geisha y Robusta.

En el marco del Plan Sequía, se construyeron 130 abrevaderos en los distritos de Guararé, Macaracas y Los Santos, que beneficiaron a igual número de productores dedicados a la producción de ganado de leche, ceba y doble propósito y se realizó la construcción de 30 pozos o reservorios para proveer agua a productores ubicados en el Arco Seco; 52 cajas para elaboración de pacas manuales y 16 moldes circulares para la confección de ensilaje. Entrega a las Direcciones Regionales de Extensión Agropecuaria y al Instituto Nacional de Agricultura (INA) de 42,200 kilogramos de semilla de pasto mejorado para la siembra de 8,440 hectáreas, beneficiando 2,813 productores; se brindó apoyo técnico e insumos para la siembra de 214 hectáreas de sorgo forrajero y 300 hectáreas de caña de azúcar.

Provincia Cantidad de Empresas Actividad Agroindustrial Chiriquí 4..... Procesamiento de Plátano y yuca, frutas (naranja, piña, etc.) productos lácteos, dulces y galletas

Gualaca se encuentra ubicada en la zona central de la provincia- con grado alto de pobreza 64%-27% y pobreza extrema, con producción de bovinos, pollos, naranja, arroz.

Problemas con la disposición de residuos sólidos y líquidos, contaminación de ríos y quebradas. Existe crecimiento desordenado urbano en David, problemas ambientales y territoriales asociados, disponibilidad de agua para consumo humano, manejo de aguas servidas y desechos sólidos. También es notorio el declive de la actividad agrícola.

Conclusiones que surgen como producto del análisis de los indicadores demográficos en relación con la salud-enfermedad de la población de su área de influencia. • La estructura por grupos de edad presenta rasgos propios de población en proceso de envejecimiento, producto de una disminución de la fecundidad y el aumento de la esperanza de vida al nacer. • Existe una disminución en las tasas de mortalidad materna y de los menores de un año. • Aumento progresivo del porcentaje de población urbana. • Flujo migratorio negativo (mayor número de personas abandonaron la provincia respecto al número de inmigrantes)

• Lo anterior implica un cambio progresivo en el perfil epidemiológico, con el aumento en la demanda de enfermedades crónicas y degenerativas. • Se reflejan mejores condiciones de salud en la población (acceso, cobertura y ofertas de servicios). Sin embargo la situación no es homogénea en toda la región, y adquiere rasgos dramáticos en otros distritos, como Renacimiento, San Félix y Remedios. • El fenómeno de urbanización agrega factores de riesgo propios de las zonas urbanas a la población rural que emigra hacia las ciudades o

cabeceras de distrito (violencia, adicción, cambios en los hábitos nutricionales, promiscuidad sexual, entre otras).

PRINCIPALES RIESGOS A LA SALUD Y LOS DISTRITOS EN LOS QUE SE DEBE PRIORIZAR LAS INTERVENCIONES. Entre los principales riesgos a la salud podemos mencionar: · Baja cobertura de letrínación · Baja cobertura de agua potable en las viviendas · Uso de plaguicidas · Disposición inadecuada de los desechos sólidos comunes y peligrosos. · Desempleo – Pobreza · Estilos de Vida No Saludables · Deterioro de la infraestructura Sanitaria · Insuficiente organización social Los distritos en que deben ser priorizadas las intervenciones son: · Los distritos del Oriente Chiricano: San Lorenzo, San Félix, Remedios y Tolé · Barú, Bugaba, Boquete y Renacimiento en cuanto a plaguicidas. · Renacimiento, Barú, Tolé y Gualaca en cuanto a **infraestructura sanitaria**. · Gualaca, Dolega, David y Alanje en cuanto a **participación social**.

En 2005, el desarrollo de la acuicultura en Panamá, se desarrolló en 9 354,49 ha para el cultivo de camarones marinos 152,45 ha de estanques y 800 m<sup>3</sup> , para el cultivo de peces de agua dulce y 84 663 ha en embalses.

Los sistemas de cultivo se contemplan desde extensivos a hiperintensivos, en estanques de tierra o revestidos de plástico y uso de aireadores para los camarones y de extensivos a intensivos para los peces.

Los principales rubros de exportación acuícola lo conforman los camarones marinos (nauplios y postlarvas y producto entero o cola congelado), las truchas y la tilapia proveniente de la pesca en los grandes embalses.

El cultivo de tilapia a nivel comercial se desarrolla en jaulas flotantes (800 m<sup>3</sup> ) en el área de Lagarterita, provincia de Panamá (distrito de La Chorrera) y en estanques en la provincia de Chiriquí (distrito de Gualaca, Dolega).

En GUALACA, 3.45 porcentaje de hectárea reforestada por programas privados.

Se le conoce con el nombre de Embalse Barrigón por el proyecto Estí, con una superficie de 2,74 kilómetros cuadrados (José Victoria, 2004, comunicación personal), localizado en la comunidad de La Esperanza, corregimiento de Gualaca, distrito de Gualaca, provincia de Chiriquí. No se cuenta con infraestructura pesquera ni acuícola. El principal uso del cuerpo de agua es para generación eléctrica con una capacidad de 120 KW.

Condiciones de Saneamiento básico 2000-2010-2012

% de población con disposición de agua potable 85.1-68.4-71.1

% de la población con disposición adecuada de residuos sólidos –rural 0-0-30.1

% de la población con disposición adecuada de aguas residuales y servidas -rural 82.1-88.5-95.9

% de instalaciones con disposición adecuada de desechos hospitalarios peligrosos 0-0-0

Incidencia de pobreza por distrito GUALACA total -pobres-pobreza extrema

0.88 - 0.61 -0.27

Causas de Morbilidad GUALACA 2014

Influenza 969

Caries de la dentina 833

Rinofaringitis aguda 586

Gastroenteritis 470

Infecciones agudas de sitios múltiples 404

Hipertensión arterial 404

IVU 385

Faringitis 329

Obesidad 297

Morbilidad menores de 1 año

1. influenza
- 2- rinofaringitis
- 3- diarrea
- 4- pioderma
- 5- constipación

Morbilidad 1-4 años

1. influenza
2. rinofaringitis
3. diarrea
4. faringitis
5. pioderma

morbilidad 5-9 años GUALACA 2014

- 1- caries de la dentina
- 2- influenza
- 3- rinofaringitis
- 4- diarrea
- 5- faringitis aguda

morbilidad 10-14 años GUALACA 2014

- 1-influenza
- 2- rinofaringitis
- 3- diarrea
- 4- faringitis
- 5-parasitosis intestinal

## Morbilidad 15-19 GUALACA 2014

- 1- influenza
- 2- IVU
- 3- Rinofaringitis
- 4- Gastritis
- 5- Vaginitis

Los recursos hídricos superficiales y subterráneos contenidos dentro de la cuenca hidrográfica del río Chiriquí, constituyen el principal elemento natural que garantiza y permite el desarrollo socioeconómico dentro de esta importante cuenca hidrográfica.

La cuenca del Río Chiriquí se ubica en la parte sur occidental del país, en la vertiente del Pacífico, Provincia de Chiriquí, entre las coordenadas 8° 15' y 8° 50' de latitud norte y 82° 10' y 82° 30' de longitud oeste. El área total de la cuenca es 1,905 km<sup>2</sup> y es una de las más importantes del territorio nacional por su alto rendimiento (está por arriba de los 72 l/s/km<sup>2</sup>). Sin embargo al igual que otras cuencas de la vertiente Pacífico, está padeciendo del problema de la distribución temporal de caudales con una regulación natural entre enero y abril que varía del 7% al 15%, y en el período de lluvias, de mayo a diciembre, de un 85% al 93% del escurrimiento.

Esta región del país se ha caracterizado por un auge económico el cual involucra un aumento en la productividad de bienes, lo que conlleva a un aumento de las actividades agropecuarias, domésticas, hidroeléctricas, industriales y turísticas y un aumento en el consumo de agua para el desarrollo de estas actividades.

El patrón de drenaje de la cuenca es principalmente de tipo dendrítico, lo cual indica la presencia de suelos homogéneos y materiales geológicos como rocas sedimentarias blandas, tobas volcánicas y depósitos glaciales. No obstante, localmente se presentan ciertas variantes de este patrón de drenaje como son, el patrón de drenaje rectangular y el angulado que se origina en fallas, fracturas y sistemas de unión del material geológico más resistente.

Se estima que en el área de la cuenca del Río Chiriquí reside una población de aproximadamente 172 mil habitantes. En esta parte del país se desarrolla una actividad económica bastante diversificada lo que se refleja en que el sector agropecuario sólo ocupa una pequeña proporción del total de la población ocupada que reside en ella (14.2%), sin embargo, esta situación está determinada principalmente por la parte del distrito de David que se encuentra dentro de la cuenca, en la cual predominan las actividades urbanas no agropecuarias.

En términos de superficie dedicada a actividades agropecuarias, ésta representa el 4.8% de la superficie dedicada a estos fines en el total del país. El producto agropecuario del área cubierta por la cuenca se ha estimado para el año 2000 en 30.8 millones de balboas (a precios de 1996), los que representan el 6.2% del PIB total del sector para ese año; ello se explica tanto por los cultivos temporales y permanentes y la ganadería. A nivel de producto, los que más aportan al PIB agropecuario estimado para la cuenca son el café, el ganado vacuno, las aves (gallinas, patos y gansos) y el arroz, en ese orden. En tanto, la proporción de la producción agropecuaria que es autoconsumida por los productores, no obstante es significativa, está por debajo del promedio estimado para el país (16.4% en la cuenca y 18.7% para el país), este autoconsumo se concentra principalmente en productos tales como el banano, plátano, naranja, maíz y caña de azúcar.

Uno de los principales problemas que hay que atender es mejorar y elevar el nivel de producción de agua a través de la reforestación de las zonas de captación abastecedoras de acueductos rurales y plantas potabilizadoras, como también disminuir los niveles de contaminación de las aguas producto de las descargas de las actividades agropecuarias, lo cual ha motivado al Gobierno Nacional a través de la Autoridad Nacional del Ambiente a elaborar la presente propuesta de Proyecto de “**Reforestación y de Manejo Integrado de Cuencas Hidrográficas**” cuyos componentes son: 1. Diagnóstico Ambiental y Plan de Manejo 2. Producción de Plantones en viveros escolares comunitarios e institucionales; 3. Reforestación, 4. Capacitación, Educación Ambiental y Creación de los Comités de Cuencas.

En la cuenca del río Chiriquí tres importantes áreas protegidas ocupan parte de su superficie: el Parque Nacional Volcán Barú, la Reserva Forestal de Fortuna y el Parque Internacional La Amistad, estas dos últimas áreas consideradas como una de las mejores conservadas, por el alto porcentaje de conservación de su cobertura boscosa. En Panamá se deforesta por una variedad de razones relacionadas con la estructura socioeconómica y con prácticas obsoletas de producción agropecuaria, que además de acabar con una riqueza natural invaluable e irremplazable, destinan la mayoría de las tierras afectadas por el desmonte a actividades agrícolas y pecuarias de baja productividad. Estas prácticas conducen a la subutilización de los recursos naturales, la degradación de los suelos y un desequilibrio del régimen hidrológico.

Las fuentes de agua, en especial las fuentes de abastecimiento para uso doméstico en las áreas rurales, sufren de severos problemas ocasionados por las deficiencias en el manejo de suelos, la deforestación, la sedimentación, la contaminación, y sobre todo por las variaciones estacionales en adición al Fenómeno El Niño. El deterioro de los ecosistemas acentuado por la grave contaminación ambiental, la demanda creciente de recursos para satisfacer los intereses y las necesidades de la población; la disponibilidad de agua dulce, representa un alto riesgo para la vida útil de estos sistemas de abastecimiento de agua.

Como uno de los efectos inmediatos sobre el recurso agua, como resultado de los procesos de uso del suelo en actividades agropecuarias de carácter intensiva y el cual no ha logrado medirse en su totalidad es el uso permanente de insecticidas, pesticidas y fungicidas, utilizados en la producción agrícola, los cuales generan efectos negativos sobre las aguas superficiales y subterráneas, ecosistemas, comunidades y visitantes quienes, sin saberlo, identifican la producción agrícola como un atractivo turístico.

La participación de la sociedad civil en la gestión del agua es muy baja, por lo que se requiere acciones estratégicas urgentes para solucionar los problemas relacionados al manejo eficiente de este recurso.

#### 1. **Ejecución de un Programa Integral de Reformas y Modernización del Sistema Nacional de Salud.**

1.1. Con base en la visión “la sanidad es un problema de todos” se devolverá a los **Comités de Salud** su rol protagónico y se vincularán —salvaguardando sus autonomías— a las tareas organizativas y funcionales del sistema de salud a lo largo y ancho de la República.

1.2. Se apoyará la gestión organizada de las comunidades en relación con la provisión de agua, eliminación de vectores, manejo de la basura, letrinización y protección ambiental.

#### 2. **Servicios Básicos e Infraestructura**

Se ejecutarán drásticas medidas de prevención, mitigación y restauración de los ecosistemas deteriorados; se manejará adecuadamente los recursos naturales y el entorno humano, con la participación de entidades especializadas, organizaciones de base y gobiernos locales.

Se atenderá el dilema entre productividad y ambiente con la comunidad, a través de la organización y participación ciudadana fiscalizadora. La creación de empresas comunitarias, servicios ambientales de silvicultura, ecoturismo rural, reciclaje de desechos sólidos y tratamiento de aguas residuales.

La coordinación multisectorial garantizará los procedimientos requeridos para:

Educar a la población acerca del uso y protección de la calidad de las aguas.

Conservar y proteger las cuencas hidrográficas del país.

Minimizar los daños por inundaciones y desborde de ríos.

Desarrollar un programa hidráulico nacional integrado, que provea el uso, captación, conservación y protección del agua, para que la población la reciba en el lugar y momento necesarios y con la calidad adecuada.

Las principales actividades socioeconómicas del país se han concentrado en las cuencas hidrográficas de la vertiente del Pacífico en donde se ubican las principales ciudades y centros poblados. Se desarrollan actividades agropecuarias, industriales y comerciales fundamentalmente. En este sentido, el impacto general de estas actividades ha provocado la casi desaparición de la cobertura boscosa en estas cuencas, ha acelerado los procesos de erosión, sedimentación y contaminación de los cuerpos de agua, lo cual ha provocado un desequilibrio o alteración del régimen hidrológico y todo esto ha traído como consecuencia el agravamiento de la escasez de agua en la época seca y el incremento de los caudales pico con riesgos de inundaciones en la época de lluvia.

La disponibilidad de agua es esencial para el bienestar y el desarrollo de las comunidades y centros poblados. Su desabastecimiento desmejora la calidad de vida. También provoca que la producción sea escasa, lo que trae como consecuencia el desempleo, desnutrición, insalubridad y migración de las zonas rurales hacia las ciudades.

- Por otro lado, la Reserva Forestal Fortuna, con 19 000 hectáreas y una zona de amortiguamiento de 500 hectáreas adicionales, habitada por campesinos e indígenas dedicados a la agricultura básica [4], fue creada por el Decreto Ejecutivo N° 68 el 21 de septiembre de 1976, estableciendo entre sus considerandos que en “la región montañosa del Valle de la Sierpe existen formaciones de bosques que por su ubicación cumplen funciones de interés en la regulación del régimen de las aguas, protección de suelo y albergue de la fauna silvestre” y que “en los alrededores de estas montañas nacen los ríos Chiriquí y Hornito y muchas quebradas que constituyen recursos hídricos importantes para la utilización en el Proyecto Hidroeléctrico Fortuna”.

Las características propias del área la declaran con suelos frágiles, muy sensibles a la erosión y a los movimientos de masa, y por lo tanto a los procesos de sedimentación sobre el lago. En el relieve aparecen como ocurrencia típica los tipos de erosión laminar, erosión por arroyamiento (se pueden apreciar en un amplio número de barrancos y cárcavas) y flujos rocosos y coladas de lodo. A este

respecto la cobertura vegetal es de suma importancia. Basta señalar que durante el período de la construcción del oleoducto transístmico, que atravesó pequeñas porciones de algunas subcuencas del vaso colector de aguas de lago, las magnitudes del sedimento en suspensión se multiplicaron por diez; y sólo el paso de los años y la implementación de costosas medidas de control, de ingeniería dura y revegetación, han logrado reducir la cantidad de sedimentos a unas tres veces más de la cantidad en las condiciones originales. Lo mismo sucedió con la construcción de la carretera transístmica, que atraviesa parte de la cuenca del Río Hornito, la cual tiene aún en nuestros días grandes dificultades para estabilizar las paredes de sus cunetas en amplios segmentos del vaso colector, las que erosionan rápidamente por la alta precipitación y velocidad de las escorrentías, depositándose el sedimento en el lago artificial.

Asimismo el área es de alta sismicidad, y si bien el fenómeno no representa un alto riesgo para la propia presa, los especialistas aseguran que sí ha ayudado a desestabilizar las áreas impactadas por obras humanas.

Almengor (1990), manifiesta incluso que un factor de desestabilización son las vibraciones causadas por los grandes camiones que hoy día cruzan la carretera Chiriquí-Bocas del Tecnocencia, Vol. 4, N°2 165 Toro. En otras palabras pues, la combinación de material suelto profundo, no consolidado (tobas), fuertes pendientes, alta intensidad de las lluvias y sismicidad, con los cortes de suelo y compactación, eliminación de vegetación y vibraciones por efectos de camiones, puede tener efectos sinérgicos de muy alto riesgo en términos de erosión, deslizamientos y otros desastres.

El problema consiste en que este ruido se dará simultáneamente en las 46 torres, día y noche, con su fuente extendida ubicada en el fondo de esa hoya inmensa que representa el valle de la cuenca alta del río, una singular formación orográfica resultante de los eventos tectónicos que hicieron que el río Chiriquí y Hornito fluyeran hacia el Pacífico, en lugar de como lo hicieron en algún período anterior de su historia geológica, hacia el Atlántico

Los fenómenos naturales pueden ser clasificados de la siguiente manera: a. Geológicos. b. Hidrometeorológicos. Los fenómenos geológicos son los asociados a sismos, deslizamientos de tierra, derrumbes, avalanchas, actividad volcánica, entre otros. Los fenómenos hidrometeorológicos son los asociados a las lluvias intensas, tornados, huracanes, etc. Es importante considerar el tema del calentamiento global, pues tiene una marcada influencia en el clima del planeta por lo que se comenta del cambio climático. Calentamiento global es un término utilizado habitualmente en dos sentidos:

#### Actividades económicas- gualaca

GUALACA produce arroz, marañón, guayaba, papaya, aguacate, piña-Mata Rica, La Mina con pequeños agricultores de tomate, café y pimentón. Está muy difundida la ganadería, los proyectos acuícolas y hay cobre en la cuenca del río Chorchá.

1718 productores agropecuarios en el distrito de GUALACA, 49 % en la cabecera del distrito-censo 2000.

Productores agropecuarios- área en hectáreas 2010 distrito de GUALACA y corregimientos.

Gualaca.....  
954- 21,491.

Gualaca (Cabecera).....  
370 -9,793.

Hornito..... 176 -2,361.

Los Ángeles.....110- 4,037.

Paja de Sombrero.....110 -2,870.

Rincón ..... 188 - 2428

Eventos naturales-desastres provincia Chiriquí 2006 eventos número-casas afectadas-  
destruidas

Chiriquí..... 7 -325 -3

Deslizamiento..... 1 - -

Inundación..... 4 -311- 3

Sismo..... 1 - -

Vendaval..... 1- 14 -

## Saneamiento Ambiental

Para que las acciones de este programa sean eficaces, es imprescindible que se consulten las necesidades de la población. Además es preciso que en su planificación, ejecución y evaluación se

cuenta con la participación activa y responsable de los funcionarios del sector salud y de los miembros de las comunidades.

Con base en este concepto se ha diseñado este plan dinámico de trabajo para la construcción de acueductos rurales, pozos rurales y letrinas sanitarias, lo que solucionaría algunos de los problemas existentes de eliminación de excretas y dotación de agua potable a las comunidades rurales. Es interesante destacar que estas comunidades harían el aporte sustancial de toda la mano de obra no especializada, y serían responsables de la operación y mantenimiento del acueducto.

### **G.7.3.1 Dotación de agua potable**

El agua puede ser un elemento conductor de microorganismos transmisores de enfermedades. Entre las enfermedades que se contraen por la ingestión de aguas contaminadas se pueden citar las siguientes: tifoidea, paratifoidea, disentería amebiana y hepatitis. El peligro de adquirir estas enfermedades se halla especialmente en las áreas rurales.

Con los sistemas de abastecimiento de agua potable a las comunidades se evita el uso de agua de fuentes contaminadas. El agua subterránea puede considerarse potable; por lo general estas aguas no requieren tratamientos, y pueden utilizárselas en acueductos, pozos tubulares y pozos brocales bien protegidos y convenientemente ubicados.

#### **i. Descripción del programa de dotación de agua potable**

A continuación se presentan algunos criterios que hay que tener en cuenta para la selección de las comunidades que serán beneficiadas con el programa de acueductos:

- Que haya necesidad de solucionar el problema de agua a base de acueducto.
- Que se cuente con una población concentrada, aproximadamente entre 200 y 500 habitantes. Algunas comunidades tendrían poblaciones fuera de este rango por razones especiales
- Que exista una fuente de abastecimiento de agua preferiblemente por gravedad, a una distancia no mayor de cuatro kilómetros, a fin de que pueda ser utilizada sin necesidad de diseñar sistemas de tratamiento o equipos de bombeo.
- Que sea accesible al tránsito de equipo pesado o que tenga sistemas organizados de comunicación fluvial o marítima.
- Que la comunidad acepte formar o utilice, si ya ha sido formada, una agrupación local cuya directiva sea capaz de despertar el interés de toda la comunidad a fin de obtener de ésta la participación activa en la construcción de la obra y de aportar el costo del tanque de almacenamiento, toda la mano de obra no especializada y materiales locales. La asignación de toda la mano de obra no especializada más el valor del tanque de almacenamiento se valora en el 20 por ciento del costo del acueducto.

Para la selección de comunidades del programa de pozos rurales deberá tenerse en cuenta lo siguiente:

- Contar con un pozo de bombeo manual, esto es un sistema de abastecimiento de agua en una comunidad que resuelve el problema de evitar el uso de aguas de fuentes contaminadas, y como tal debe estar bien ubicado, bien protegido y bien instalado.

- Estos pozos se construirán en terrenos públicos de comunidades dispersas, de 20 a 200 habitantes, y su construcción debe aprovecharse también para interesar a las comunidades en resolver el problema de eliminación de excreta y basuras, mejoramiento de las viviendas y otras actividades tendientes a organizar la comunidad para resolver problemas de saneamiento básico.
- Cuando la dotación de agua potable se haga a base de pozos perforados, la comunidad, a través de alguna agrupación local colaborará con el hospedaje y alimentación de los operarios y en el suministro de la mano de obra no especializada. Una vez terminado el pozo, esta agrupación velará por la mejor utilización del mismo.
- Cuando la dotación de agua se haga por pozos brocales la comunidad hará la excavación y ayudará al personal del Ministerio en el revestimiento e impermeabilización del mismo. Iguales cuidados se deben tener en relación con el manejo y uso del equipo de bombeo.
- Proporcionar facilidades para el almacenamiento de materiales y equipos, así como responsabilizarse por la custodia y conservación de los mismos.
- Proporcionar, a precio razonable, alojamiento y alimentación al personal del programa que trabajará en la obra.
- Administrar, operar y mantener el acueducto una vez construido por medio de una Junta Administradora Local previamente adiestrada, que se regirá conforme a las normas que haya establecido el Ministerio de Salud.
- Promover y participar en acciones ulteriores de desarrollo local, tales como trabajo cooperativo; mejoras de salud y de saneamiento ambiental; trazado y urbanización de la localidad, y obras de interés material, cultural y recreativo.

### **G.7.3.2 Eliminación de excretas**

La evacuación de excretas es una parte muy importante del saneamiento ambiental, y así lo señala el Comité de Expertos en Saneamiento del Medio Ambiente de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Las otras medidas enumeradas por el Comité son la instalación de un sistema adecuado de abastecimiento de agua potable y la lucha contra los insectos y vectores patógenos. En vastas regiones del mundo, la evacuación higiénica de excretas constituye uno de los más apremiantes problemas sanitarios.

La insuficiencia y la falta de condiciones higiénicas de los medios de evacuación de heces infectadas provoca la contaminación del suelo y de las aguas. Esas condiciones son especialmente propicias para que ciertas especies de moscas pongan sus huevos, se críen, se alimenten en el material no evacuado y transmitan infecciones. También atraen a los animales domésticos, roedores e insectos, los cuales propagan las heces y en ocasiones pueden ser causa de intolerables molestias.

La insuficiencia de los sistemas de evacuación de excretas está ligada frecuentemente con la falta de suministro de agua adecuado y de otros medios de saneamiento, y por lo general tiene que ver con el bajo nivel económico de la población rural. Ese conjunto de circunstancias, todas las cuales influyen sobre la salud, hace difícil saber cuál es la intervención de cada uno de esos elementos en la transmisión de enfermedades. Sabido es, sin embargo, que existe una relación entre la evacuación de excretas y el estado de salud de la población. Esa relación tiene un doble carácter directo e indirecto.

Su carácter directo se pone de manifiesto en la reducción de la incidencia de ciertas enfermedades cuando la evacuación de excretas se lleva a cabo en las debidas condiciones. Entre esas enfermedades figuran el cólera, las fiebres tifoidea y paratíficas, la disentería, las diarreas infantiles, la anquilostomiasis, la ascariasis, la bilharziasis y otras infecciones

intestinales e infestaciones parasitarias análogas. Esas enfermedades causan estragos entre los lactantes, cuya inmunidad es escasa y cuyo vigor no es con frecuencia suficiente para hacer frente a la infección una vez que ésta se consolida. Otra prueba de esa relación directa es la que se desprende de una comparación entre las cifras sobre la mortalidad infantil debida a diarreas y enteritis en diferentes países.

Un buen ejemplo del efecto de la evacuación higiénica de excretas sobre la incidencia de las fiebres tifoidea y paralíticas es el que citan Fail y Geyer. En el Estado de Virginia Occidental (Estados Unidos de América), la ejecución de un programa de construcción de letrinas hizo que la tasa de mortalidad debida a esas enfermedades disminuyera en dos tercios, para reducirse finalmente a cero.

#### i. Participación de la comunidad

La experiencia adquirida en todos los países del mundo demuestra que los programas de saneamiento rural, uno de cuyos elementos esenciales es la evacuación higiénica de excretas, no pueden llevarse a cabo con éxito sin la participación de la comunidad local. Para que sea verdaderamente eficaz, el saneamiento del medio, función básica de todo servicio sanitario integrado, necesita la comprensión, el apoyo y la participación activa de la población interesada. El mejoramiento puramente técnico de las condiciones del medio, sin una educación del público en higiene y saneamiento, basada en las costumbres, tradiciones y creencias locales ha resultado una y otra vez efímero.

Una medida del éxito de un programa de saneamiento rural es su capacidad para mantenerse por sí mismo y desarrollarse. Para lograr ese objetivo es necesario encontrar el medio de granjearse el apoyo popular y de vencer la resistencia de la población. Para ambas cosas, la educación sanitaria popular tiene una importancia decisiva. En relación con el primer punto, debe tratarse de que la estructura y la organización del programa se ajusten al sistema económico y social de la localidad. Más importante todavía es la convivencia de hacer participar al público en el programa. Para conseguir el segundo objetivo se necesitará la colaboración de un educador sanitario competente. Es muy probable que incluso antes de que llegue el momento de vencer la resistencia de la población, el educador sanitario tenga que luchar contra la apatía e inercia seculares que pesan sobre ella. Por ejemplo, la falta de instalaciones adecuadas de evacuación de excretas en una localidad sugiere inmediatamente a dicho educador la necesidad de construir letrinas. Sin embargo, la población puede no estar dispuesta a ello ni interesada en disponer de esos servicios, y hasta puede ser hostil a su instalación. En tales circunstancias, insistir en la inmediata introducción de letrinas en esa comunidad no sería medida prudente.

Esta fase de la educación sanitaria es efectivamente la más difícil en la evolución de un programa de construcción de letrinas. Una vez superada, el programa avanzará a un ritmo más rápido. En las zonas rurales de algunos países de América Latina, por ejemplo, donde se están poniendo en práctica programas sanitarios comunales desde hace algún tiempo, son las familias casi exclusivamente las que se encargan de la construcción de las letrinas. En estos casos, el departamento de sanidad se limita a prestar el asesoramiento necesario y las placas de hormigón, a precio de costo o gratuitamente. En muchos lugares la demanda de placas de hormigón es siempre superior a las existencias disponibles.

La experiencia ha demostrado que el factor más importante para conseguir la participación de la comunidad es hacer que intervengan activamente en el programa miembros de todos los sectores de la población. Es necesario también que el público comprenda cuál es la finalidad del programa. Eso puede lograrse actuando por conducto del Comité de Salud, o en caso de que no lo haya por conducto de un comité local organizado, formado por los elementos más destacados y respetados de la comunidad. La asimilación y la práctica de los principios científicos de la evacuación de excretas por parte de los propios aldeanos supondrá un nuevo progreso que sólo se conseguirá haciendo que aquéllos participen en los estudios preliminares, en la elaboración y en la dirección del programa. Hay que suponer que el ritmo inicial será más bien lento, y que por lo tanto convendrá distribuir las sucesivas fases del programa a lo largo de un cierto período de tiempo. No obstante, el trabajo de saneamiento no puede darse por terminado con la construcción del primer retrete o letrina; en realidad, no ha hecho más que comenzar. Los inspectores sanitarios o los educadores para la salud, o las enfermeras de salud pública, según las circunstancias, deben mantener un continuo contacto con la familia para estimular a sus miembros y enseñarles a utilizar y conservar aquel servicio, cuya construcción supone con frecuencia un trabajo largo y laborioso. El continuo proceso educativo que eso supone exige la cooperación de todo el personal del departamento sanitario, el cual sólo puede considerar que su trabajo ha sido coronado por el éxito cuando la familia ha llegado a aceptar la letrina como elemento de su modo de vida, y que está dispuesta a conservarla, reconstruirla, darle un nuevo emplazamiento en caso necesario e incluso a propagar entre sus vecinos las enseñanzas recibidas. Hay que advertir que el tiempo y una suficiente continuidad en el personal y en la organización son elementos esenciales para que los programas de saneamiento rural tengan verdadera eficacia.

#### ii. Recomendaciones para la eliminación de excretas

Para la eliminación sanitaria de las excretas hay que tomar en consideración las características de la comunidad en donde se trabaja. La construcción de letrinas es el recurso inmediato para controlar la eliminación de excretas y evitar la contaminación del suelo, agua y alimentos.

Se recomienda la construcción de letrinas o inodoros conectados a tanques sépticos o inodoros con drenaje hidráulico en base a los criterios siguientes:

- En las zonas rurales en donde no existen sistemas de acueductos y alcantarillados se usan los servicios de hueco o letrinas.
- En los lugares en donde no hay sistema de alcantarillado pero sí acueducto, se deben construir inodoros conectados a tanques sépticos.
- En las comunidades con sistema de acueductos y alcantarillados se utiliza el inodoro con drenaje hidráulico conectado al sistema de alcantarillado.

Las viviendas que van a ser edificadas a corto plazo en las zonas del Chucunaque y de La Palma-Sambú suman un total de 2 934. A todas esas viviendas se les debe construir por lo menos una letrina o servicios de hueco para la eliminación de excretas, pues esto es un requisito indispensable para evitar la contaminación de los suelos y el agua y ayudar a mejorar la calidad ambiental.

### G.7.3.3 Control de artrópodos

El papel de los artrópodos en la transmisión de las infecciones del hombre y animales fue reconocido por vez primera en los últimos años del siglo XIX. Este descubrimiento dio la primera luz sobre la epidemiología de algunas enfermedades, las cuales han alterado el curso de la historia determinando el desarrollo económico de la civilización humana durante siglos. A pesar de la importancia que revisten estas infecciones tan comunes, que se transmiten diariamente de hombre a hombre por contacto y que son transmitidas por insectos incluyen algunas de las más devastadoras plagas y pestes de las épocas antigua y moderna, especialmente la fiebre amarilla, la peste bubónica, el tifus, la malaria y la encefalitis equina.

Afortunadamente para el hombre, los artrópodos muestran un alto grado de especificación con respecto a su capacidad para transmitir la infección. Ciertas enfermedades son transmitidas por moscas, otras por mosquitos, otras más por garrapatas, piojos o pulgas. En general, una especie no lleva a cabo su papel de vector a otra. Un grupo determinado, como por ejemplo el mosquito aedes puede transmitir la fiebre amarilla y el dengue, pero no transmite la malaria, que es función del mosquito anopheles. El fracaso para identificar al vector exacto en la transmisión de la infección en determinada localidad llevará inevitablemente a tomar medidas de control muy caras y poco exitosas, las cuales obviamente no tienen valor si se dirigen en contra de un agente que no es culpable.

En términos generales, el control de los artrópodos se obtiene mediante la combinación de varios métodos, como por ejemplo: prevención de la infestación del vector; eliminación de los lugares de crianza; destrucción de las larvas; destrucción de los vectores adultos.

Desde el punto de vista preventivo se recomiendan las siguientes medidas para disminuir la incidencia de enfermedades transmisibles por artrópodos.

- Lograr la inmunización a través de vacunas contra las enfermedades transmisibles.
- Utilización de vestimentas adecuadas, que sólo dejen al descubierto las manos y la cara.
- Utilización de viviendas cubiertas de mallas para la protección durante las horas del sueño y evitar la penetración de estos artrópodos a las viviendas.
- Utilización de ciertos productos de acción repelente contra estos artrópodos para la protección del vestuario y lugares descubiertos del cuerpo.

.

CHIRIQUÍ 195,125 incineración o quema 134490 terreno baldío 9558 entierro 48908

Río-quebrada 1197 otra 973

CHIRIQUÍ producción de agua potable 2010 56 millones de m3

1990-2000-2010 población con-sin agua potable

Chiriquí 65.3 -34.7 ----82.3 -17.7 -----87.9 -12.1

Defunciones por mes-gualaca-2012 Gualaca..... 44 4 8 3 3 4 5 2 3 2 4 4 2

GUALACA nacidos vivos 2012.....160

## 2. INDICADORES DEMOGRÁFICOS nacional 2012

Población estimada Numero 3.787,511

Población < 1 año Numero 74,389

Población 1 - 4 años Numero 291,715

Población 0 - 4 años Numero 366,104

Población 5 - 9 años Numero 360,379

Población 10 - 14 años Numero 350,991

Población 15 - 19 años Numero 330,330

Población 20 - 29 años Numero 615,873

Población 30 - 39 años Numero 565,791

Población 40 - 49 años Numero 476,912

Población 50 - 59 años Numero 336,386

Población 60 - 64 años Numero 116,385

Población > 65 años Numero 268,360

Población femenina 15 - 49 años Numero 984,684

Razón de dependencia (habitantes) Porcentaje 55.12

Población urbana estimada Porcentaje 66

Tasa estimada crecimiento anual Porcentaje 1.71

Densidad poblacional hab./ km2 Numero 48.86

Tasa de migración x 1,000 habitantes 1.72

Nacimientos registrados Numero 75,486

Nacimientos estimados Numero 75,655

Tasa bruta de natalidad estimada x 1,000 habitantes 19.97

Tasa de natalidad registrada x 1,000 habitantes 19.9

Tasa bruta de mortalidad registrada x 1,000 habitantes 4.6

Tasa bruta de mortalidad estimada x 1,000 habitantes 4.9

Tasa bruta de mortalidad infantil x1,000 nacidos vivos 14.35

Tasa bruta de mortalidad infantil estimada x1,000 nacidos vivos 15.4

Tasa de mortalidad de menores de 5 años registrada x1,000 nacidos vivos 18.3

Tasa de mortalidad de menores de 5 años estimada x1,000 nacidos vivos 20.05

Tasa de mortalidad materna registrada x 100,000 n.v. x 100,000 nacidos vivos 64.91

Tasa global de fecundidad Promedio Hijos por Madre 2.53

Esperanza de vida al nacer; total. Promedio de años 77.16

Esperanza de vida al nacer; mujeres. Promedio de años 80.31

Esperanza de vida al nacer; hombres. Promedio de años 74.15 1

### 3. INDICADORES DE MORTALIDAD REGISTRADA 2012 N° TASA 1/ NACIONAL

Mortalidad estimada 18,614 5.0

Mortalidad registrada 17,350 4.6

Defunciones por estados morbosos mal definidos 494 0.13

Defunciones certificadas por médicos % 16,526 95.3

Defunciones infantiles registradas 1,083 14.3

Defunciones de 1 - 4 años 297 1.01

Defunciones en < de 5 años debida a Enfermedad Diarreica Aguda 66 0.18

Defunciones en < de 5 años debida a Infección Respiratoria Aguda 17 0.05

Defunciones por causa maternas; total \* 100,000 n.v. 49 64.9

Defunciones por enfermedades transmisibles; total 1,791 0.47

Defunciones por enfermedades transmisibles femeninas 693 0.71

Defunciones por enfermedades transmisibles masculino 1,098 1.13

Defunciones por neoplasias total 2,927 0.77

Defunciones por neoplasias femenino 1,330 1.36

Defunciones por neoplasia masculino 1,597 1.65

Defunciones por enfermedades del sistema circulatorio; total 4,667 1.23

Defunciones por enfermedades del sistema circulatorio femenino 2,042 2.08

Defunciones por enfermedades del sistema circulatorio masculino 2,625 2.71

Defunciones por causas externas; total 1,896 0.5

Defunciones por causas externas; femenino 239 0.24

Defunciones por causa externas; masculino 1,657 1.71

Defunciones por suicidio, total 135 0.03

Defunciones por suicidio; femenino 18 0.02

Defunciones por suicidio; masculino 117 0.12

Defunciones por accidentes transporte; total 494 0.13  
Defunciones por accidentes transporte; femenino 82 0.08  
Defunciones por accidentes transporte; masculino 412 0.43  
Defunciones por homicidio; total 712 0.19  
Defunciones por homicidio; femenino 41 0.04  
Defunciones por homicidio; masculino 671 0.69

Enfermedades crónicas GUALACA 2014

HTA Ing-Nuevo-Reconsulta 35-362-1854

DM 9-82-623

Osteoartrosis 1-63-83

EPOC 2-49-77

### 3. INDICADORES DE MORBILIDAD POR ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES 2012 NIVEL NACIONAL

Prevalencia de hipertensión arterial total 38.5  
Prevalencia de hipertensión arterial masculino 42.9  
Prevalencia de hipertensión arterial femenino 36.6  
Prevalencia de diabetes mellitus 2; total 9.5  
Prevalencia de diabetes mellitus 2; masculinos 10.3  
Prevalencia de diabetes mellitus 2; femenino 9.1 3.2  
Neoplasias Malignas (cáncer) ( 2010 )  
Casos nuevos registrados de cáncer 5143 146.8  
Casos nuevos registrados de cáncer; masculino 2535 143.6  
Casos nuevos registrados de cáncer; femenino 2608 150.0

Casos nuevos registrado de cáncer de mama de la mujer 2/ 549 15.7

Casos nuevos registrados de cáncer de cuello de útero 2/ 461 37.2

Casos nuevos registrados de cáncer de piel 529 15.1

Casos nuevos registrados de cáncer de bronquios y pulmón 215 6.1

Casos nuevos registrado de cáncer de colon 241 6.9

## INDICADORES BÁSICOS DE PAÍS

### VEINTE PRIMERAS CAUSAS DE CONSULTA EXTERNA

Nº casos

TASAS 2/

J00.X Rinofaringitis aguda (resfriado común) 283,869 7,494.9

A09.X Diarrea y gastroenteritis 116,028 3,063.4

I10.X Hipertensión esencial (primaria) 77,767 2053.2

N39.0 Infección de vías urinarias 63,726 1682.5

J11.1 Influenza con otras manifestaciones respiratorias 52,537 1387.1

M54.5 Lumbago 51,096 1349.1

J02.9 Faringitis aguda 50,935 1344.8

L08.0 Pioderma 50,541 13334.4

B82.9 Parasitosis intestinal 49,188 1298.7

E66.9 Obesidad 46,854 1237.1

J06.8

Otras infecciones agudas de sitios múltiples de vías respiratorias superiores

45,464 1200.4

R51.X Cefalea 33,441 882.9

K29.7 Gastritis, no especificada 32,859 867.6

J45.9 Asma, no especificada 32,024 845.5

M25.5 Dolor en articulación 24,829 655.5

B86.X Escabiosis 23,385 617.4

L30.9 Dermatitis, no especificada 22,808 602.2

J06.9 Infección aguda de las vías respiratorias superiores, no especificada 20,208 533.5

T78.4 Alergia no especificada 19,555 516.3

J03.9 Amigdalitis aguda, no especificada 19,258 508.5

Chiriquí 442,058 -0.69- 6,490.9- 68.10 -52 -8,734

Provincia

Población Estimada (2012)

% Incremento Poblacional

Superficie Territorial

Densidad Poblacional

% Población urbana

Nacimientos vivos

## INDICADORES SOCIO-ECONÓMICOS AÑO 2012

Producto Interno Bruto (PIB) 1/ Millones de balboas de 1996 25,787

Variación porcentual anual del PIB, a precios de 1996 1/ Porcentaje 10.8

Producto Interno Bruto per cápita 2/ Balboas de 1996 6,808

Índice Nacional de Desarrollo Humano 3/ Índice 0.78

Índice de Precios al Consumidor Nacional (Variación porcentual, año 2012/2011) 5.7  
Costo canasta familiar en balboas (Diciembre 2012) 317.55

Tasa de desempleo Total 4/ Porcentaje 4.0

Porcentaje de población ocupada respecto a la PEA 5/ Porcentaje 96.0

Porcentaje de actividad de la población de 15 años y más 6/ Porcentaje 63.5

Porcentaje de actividad de la población masculina de 15 años y más 79.6

Porcentaje de actividad de la población femenina de 15 años y más 48.4

Porcentaje de la población bajo la línea nacional de pobreza 25.8

Porcentaje de la población bajo la línea nacional de pobreza extrema 10.4

Gasto público social (en millones de balboas) 6,264.40

Gasto público social per cápita (en balboas) 1,653.90

Gasto en Salud como porcentaje del PIB 5.2

Gasto en Salud como porcentaje del Gasto Público Total 14.5

Gasto en Salud como porcentaje del Gasto Público Social 30.1

Gasto en Salud Pública por habitante (en balboas) 498.1

Cobertura de casas con agua potable / Porcentaje (2010) 93.35

Cobertura de casas con disposición de excretas / Porcentaje (2010) 94.51

Porcentaje de la población asegurada por la Caja de Seguro Social 81.4

Asegurados cotizantes 1,304,061

Asegurados dependientes 1,778,968

## **Centro de Salud de Gualaca**

**Accesibilidad geográfica, económica, cultural**

**1. Comunidades con menor grado de accesibilidad geográfica acorde al tiempo, económica y cultural:**

<b>COMUNIDAD</b>	<b>TIEMPO</b>
AGUACATAL	1 HR 30 min
BRAZO DE MONO O BAJO MONO	2 HR
CALLE LARGA	5 MIN.
CERRO SABANA	1 HR
DOS BRAZOS DEL ESTI	2 HR
GUALAQUITA	1 HR 30 MIN.
LA TOLLOSA	1 HORA
LONDRES	1 HR 30 MIN.
LONDRES ARRIBA	1 HR 40 MIN.
LOS NARANJOS	1 HR
PAN DE AZUCAR	1 HORA
ALTO NUEVO DE FORTUNA	4 HRS 30 MIN.
BAJO LARGO	3 HRS 30 MIN.
CERRO PRIETO	3 HRS
EL CEDRO	5 HRS
EL NISPERO	3 HRS 30 MIN.
ENTRE RIOS	1 HR 30 MIN
FORTUNA	4 HRS 30 MIN.
GUAYABO NEGRO	2 HRS
LAS MARIAS	5 HRS
LAVADERO	1 HR 15 MIN
MASIGAL	3 HRS
PANDURA	3 HRS 30 MIN.
PEÑA BLANCA	2 HRS
PRESION O CHIMENEA	1 HR 50 MIN.
PUEBLO NUEVO	1 HR
QUEBRADA NUEVA	1 HR
SIGUA	5 HRS 30 MIN
SITIO PRESA	1 HR
ALTO BONITO	1 HR 15 MIN.
BAJO BONITO	1 HR 15 MIN.
CAÑA BLANCA	2 HRS 30 MIN.
CHORCHITA	2 HR

CHORCHITA ARRIBA (P)	2 HR
CORDILLERA	2 HRS 30 MIN.
EL HIGO	2 HRS 15 MIN.
EL MACHO	2 HRS 15 MIN.
GALERITA O CERRO GALERITA (P)	3 HRS
LAS HUACAS	2 HRS 15 MIN.
LOS ANGELES	1 HR 15 MIN.
LOS ANGELES ARRIBA	1 HR 35 MIN.
LOS BONGOS	1 HR 25 MIN.
LOS LADRILLOS	1 HR 25 MIN.
SARDINA	1 HR 25 MIN.
CALABAZAL	1 HR 40 MIN.
BAJO CHORCHA	1 HR 40 MIN.
BAJO GUALACA	2 HRS
LA VICTORIA	1 HR 10 MIN.
PERU	1 HRS 15 MIN
QUEBRADA LAJA	1 HR
REDONDITO	1 HR

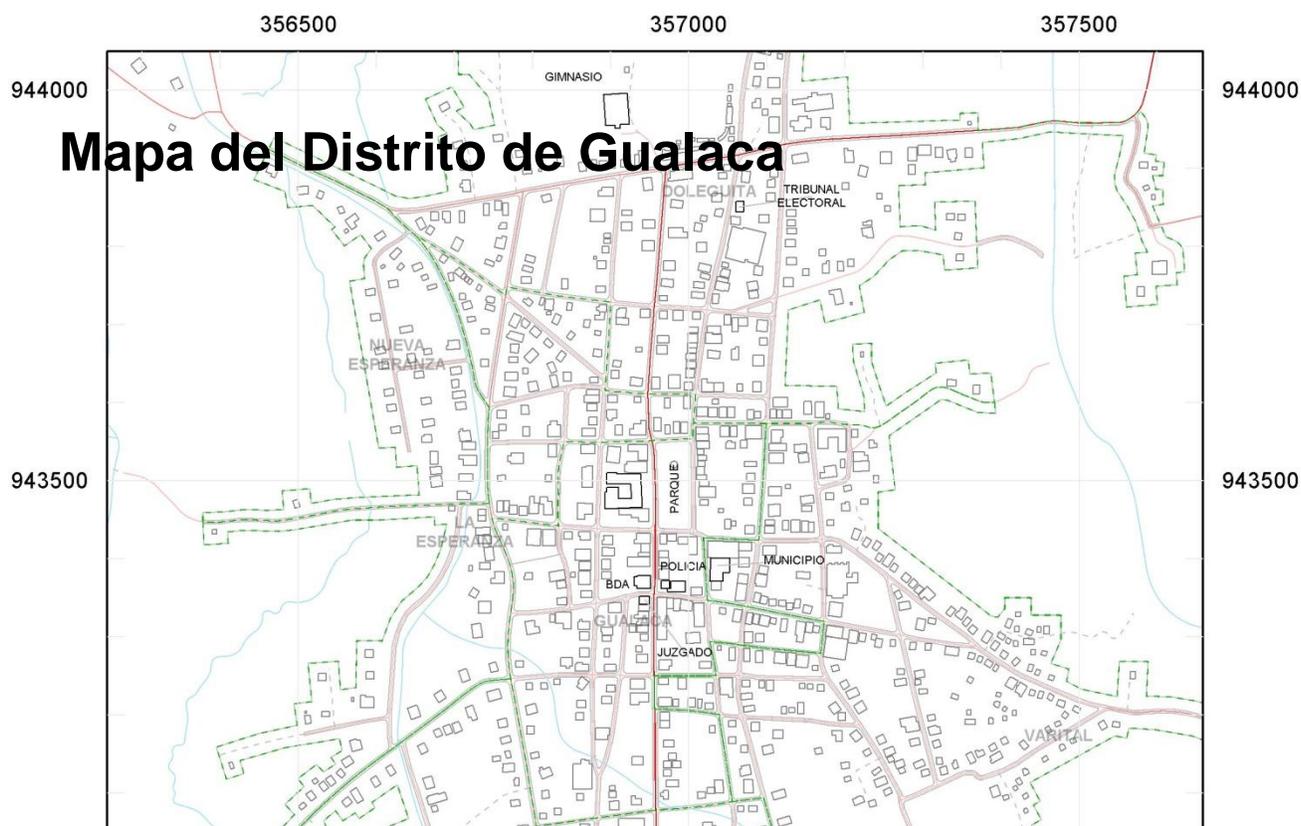
## 2. Distancia en tiempo y kilometro

COMUNIDAD	TIEMPO	DISTANCIA EN KMS HASTA EL CS
AGUACATAL	1 HR 30 min	6 KM
BRAZO DE MONO O BAJO MONO	2 HR	4 km
CALLE LARGA	5 MIN.	1 ½ km
CERRO SABANA	1 HR	3km
CIMARRON	40 MIN.	13 KM
DOS BRAZOS DEL ESTI	2 HR	3 ½ KM
FINCA MONTANA	20 MIN.	4 ½ KM
FLAUTA	45 MIN	4 KM
GUABO ARRIBA	40 MIN.	7 KM
GUAGARALES	20 MIN.	3 KM
GUALAQUITA	1 HR 30 MIN.	35 KM
LA CHICHICOSA	15 MIN.	1 ½ KM
LA FILA	40 MIN.	3 KM
LA PITA N°1	20 MIN.	2 ½ KM
LA TOLLOSA	1 HORA	20 KM
LAS GUAQUITAS	20 MIN.	1 KM

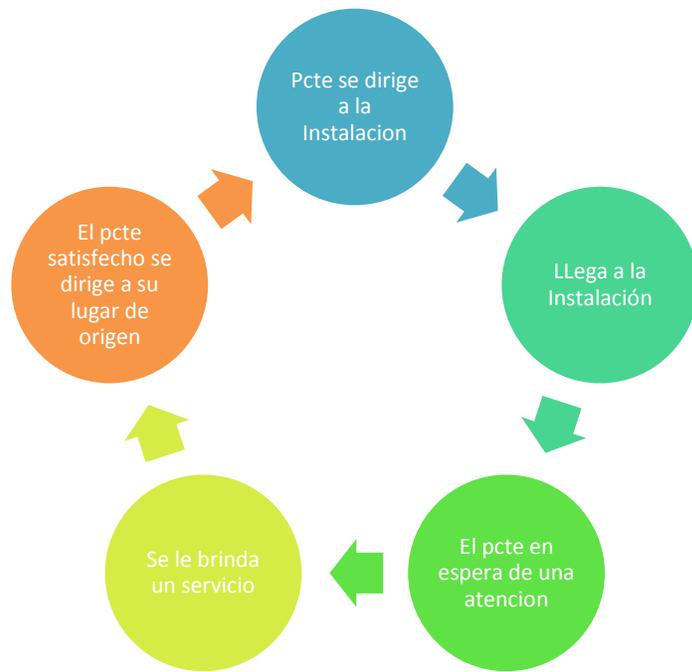
LONDRES	1 HR 30 MIN.	20 KM
LONDRES ARRIBA	1 HR 40 MIN.	20 KM
LOS NARANJOS	1 HR	15 KM
LOS PLANES	25 MIN.	17 KM
MAMECILLAL	20 MIN.	2 ½ KM
PAN DE AZUCAR	1 HORA	3 KM
ALTO DE LA MINA	45 MIN.	4 KM
ALTO DE LOS PINOS	40 MIN.	4 KM
ALTO FRIO	40 MIN.	18 KM
ALTO NUEVO DE FORTUNA	4 HRS 30 MIN.	23 KM
BAJO LARGO	3 HRS 30 MIN.	24 KM
CERRO PRIETO	3 HRS	30 KM
EL CEDRO	5 HRS	24 KM
EL NISPERO	3 HRS 30 MIN.	24 KM
ENTRE RIOS	1 HR 30 MIN	20 KM
FORTUNA	4 HRS 30 MIN.	24 KM
GUAYABO NEGRO	2 HRS	20 ½ KM
LAS MARIAS	5 HRS	26 KM
LAVADERO	1 HR 15 MIN	19 KM
MASIGAL	3 HRS	24 KM
NUEVA YORK	45 MIN.	18 KM
PANDURA	3 HRS 30 MIN.	23 KM
PEÑA BLANCA	2 HRS	21 KM
PRESION O CHIMENEA	1 HR 50 MIN.	21 KM
PUEBLO NUEVO	1 HR	20 KM
QUEBRADA NUEVA	1 HR	21 KM
SIGUA	5 HRS 30 MIN	26 KM
SITIO PRESA	1 HR	22 KM
VALLE DE LAS MINAS	50 MIN.	20 KM
ALTO BONITO	1 HR 15 MIN.	18 KM
BAJO BONITO	1 HR 15 MIN.	18 KM
CAÑA BLANCA	2 HRS 30 MIN.	23 KM
CHORCHITA	2 HR	19 KM
CHORCHITA ARRIBA (P)	2 HR	19 KM
CORDILLERA	2 HRS 30 MIN.	19 KM
EL HIGO	2 HRS 15 MIN.	19 KM
EL MACHO	2 HRS 15 MIN.	26 KM

GALERITA O CERRO GALERITA (P)	3 HRS	15 KM
LAS HUACAS	2 HRS 15 MIN.	22 KM
LOS ANGELES	1 HR 15 MIN.	20 KM
LOS ANGELES ARRIBA	1 HR 35 MIN.	20 KM
LOS BONGOS	1 HR 25 MIN.	25 KM
LOS LADRILLOS	1 HR 25 MIN.	24 ½ KM
SARDINA	1 HR 25 MIN.	20 KM
CALABAZAL	1 HR 40 MIN.	20 KM
BAJO CHORCHA	1 HR 40 MIN.	23 1/2 KM
BAJO GUALACA	2 HRS	22 KM
LA VICTORIA	1 HR 10 MIN.	19 KM
MATA RICA (P)	40 MIN.	14 KM
PERU	1 HRS 15 MIN	19 KM
QUEBRADA LAJA	1 HR	15 KM
REDONDITO	1 HR	15 KM

3. Medios de Transporte utilizados:  
 Nuestro Distrito de Gualaca tiene como medio de transporte interno (Caballos, transporte colectivo, taxis) y para trasladarnos hacia las afueras del Distrito contamos con Transporte colectivo y taxis.
4. Nuestro Distrito de Gualaca solo cuenta con una Instalación de Salud (Centro de Salud de Gualaca)



**Flujograma del paciente al dirigirse a la Instalación.**



5. ¿Cuál es el costo de movilización para la población?

6. El mecanismo para la población es de: Exoneración, crédito, medicamento de muestras médicas, programas especiales.

7. Sector informal de atención en Salud: Se cuenta con 1 curandero que se dedica a la medicina botánica y farmacéutica, él mismo se encuentra ubicado en Loma Grande y la población que demanda sus servicios es la población en general.

Nuestro Distrito también cuenta con 1 partera que se encuentran ubicadas en el Distrito de Gualaca.

**MINISTERIO DE SALUD  
ANÁLISIS DE SITUACIÓN EN SALUD (ASIS)  
CENTRO DE SALUD DE GUALACA**

COMUNIDAD	TIEMPO	DISTANCIA EN KMS	COSTO	HORARIO	MEDIO DE TRANSPORTE	CURANDEROS	MECANISMO DE ATENCIÓN
AGUACATAL	1 HR 30 min	6 KM	1.50		Caballo	No	Exoneración
BRAZO DE MONO O BAJO MONO	2 HR	4 km	1.00		Caballo	No	Exoneración
CALLE LARGA	5 MIN.	1 ½ km	.0.50		Transporte colectivo	No	Exoneración
CERRO SABANA	1 HR	3km	0.50		1 1/2km a caballo y ½ km en bus	No	Exoneración
CIMARRON	40 MIN.	13 KM			Caminando, transporte colectivo.	No	Exoneración
DOS BRAZOS DEL ESTI	2 HR	3 ½ KM	1.25		Caminando y transporte colectivo	No	Exoneración
FINCA MONTANA	20 MIN.	4 ½ KM	0.60		Caballo a orilla de carretera y transporte colectivo	No	Exoneración
FLAUTA	45 MIN	4 KM	1.00		Pick up	No	Exoneración
GUABO ARRIBA	40 MIN.	7 KM	0.90		Caballo a orilla de carretera y transporte colectivo	No	Exoneración
GUAGARALES	20 MIN.	3 KM	0.70		Caballo y pick up	No	Exoneración
GUALAQUITA	1 HR 30 MIN.	35 KM	0.90	5:00 a.m – 8:00 p.m	Transporte colectivo	No	Exoneración
LA CHICHICOSA	15 MIN.	1 ½ KM	0.75	5:00 a.m – 8:00 p.m	Transporte colectivo	No	Exoneración
LA FILA	40 MIN.	3 KM	0.75	5:00 a.m – 8:00 p.m	Transporte colectivo	No	Exoneración
LA PITA N°1	20 MIN.	2 ½ KM			Caballo y pick up	No	Exoneración
LA TOLLOSA	1 HORA	20 KM			Caballo	No	Exoneración
LAS GUAQUITAS	20 MIN.	1 KM	1.00		Caballo y pick up	No	Exoneración
LONDRES	1 HR 30 MIN.	20 KM	1.00		Caballo y pick up	No	Exoneración
LONDRES ARRIBA	1 HR 40 MIN.	20 KM	1.00		Caballo y pick up	No	Exoneración
LOS NARANJOS	1 HR	15 KM	1.00		Caballo y pick up	No	Exoneración
LOS PLANES	25 MIN.	17 KM	1.50		Caballo y pick up	No	Exoneración
MAMECILLAL	20 MIN.	2 ½ KM	2.00		Caballo y pick up	No	Exoneración

PAN DE AZUCAR	1 HORA	3 KM	3.00		Caballo y transporte colectivo	No	Exoneración
ALTO DE LA MINA	45 MIN.	4 KM	1.80	5:00 a.m – 8:00 p.m	Transporte Colectivo	No	Exoneración
ALTO DE LOS PINOS	40 MIN.	4 KM	3.00	5:00 a.m – 8:00 p.m	Transporte Colectivo	No	Exoneración
ALTO FRIO	40 MIN.	18 KM	2.00	5:00 a.m – 8:00 p.m	Transporte Colectivo	No	Exoneración
ALTO NUEVO DE FORTUNA	4 HRS 30 MIN.	23 KM	3.50	5:00 a.m – 8:00 p.m	Transporte Colectivo	No	Exoneración
BAJO LARGO	3 HRS 30 MIN.	24 KM	10.00		Pick up	No	Exoneración
CERRO PRIETO	3 HRS	30 KM	10.00		Caballo y pick up	No	Exoneración
EL CEDRO	5 HRS	24 KM	10.00		Caballo y pick up	No	Exoneración
EL NISPERO	3 HRS 30 MIN.	24 KM	10.00		Caballo y pick up	No	Exoneración
ENTRE RIOS	1 HR 30 MIN	20 KM	3.00	5:00 a.m – 8:00 p.m	Transporte colectivo	No	Exoneración
FORTUNA	4 HRS 30 MIN.	24 KM	3.50	5:00 a.m – 8:00 p.m	Transporte colectivo	No	Exoneración
GUAYABO NEGRO	2 HRS	20 ½ KM	3.00		Caballo y pick up	No	Exoneración
LAS MARIAS	5 HRS	26 KM	3.00		Caballo	No	Exoneración
LAVADERO	1 HR 15 MIN	19 KM	3.00	5:00 a.m – 8:00 p.m	Transporte colectivo	No	Exoneración
MASIGAL	3 HRS	24 KM			Caballo	No	Exoneración
NUEVA YORK	45 MIN.	18 KM			Caballo	No	Exoneración
PANDURA	3 HRS 30 MIN.	23 KM	3.00		Caballo	No	Exoneración
PEÑA BLANCA	2 HRS	21 KM			caballo y pick up	No	Exoneración
PRESION O CHIMENEA	1 HR 50 MIN.	21 KM	3.50		Sin ruta, carro doble	No	Exoneración
PUEBLO NUEVO	1 HR	20 KM	2.00		Pick up	No	Exoneración
QUEBRADA NUEVA	1 HR	21 KM			A caballo	No	Exoneración
SIGUA	5 HRS 30 MIN	26 KM	5.00		Pick up	No	Exoneración
SITIO PRESA	1 HR	22 KM	3.50	5:00 a.m – 8:00 p.m	Transporte colectivo	No	Exoneración
VALLE DE LAS MINAS	50 MIN.	20 KM	2.00	5:00 a.m – 8:00 p.m	Transporte colectivo	No	Exoneración
ALTO BONITO	1 HR 15 MIN.	18 KM	3.00	5:00 a.m – 8:00 p.m	Transporte colectivo	No	Exoneración
BAJO BONITO	1 HR 15 MIN.	18 KM	3.00		Caballo	No	Exoneración
CAÑA BLANCA	2 HRS 30 MIN.	23 KM	2.50		Caballo	No	Exoneración
CHORCHITA	2 HR	19 KM	2.50		Caballo	No	Exoneración
CHORCHITA ARRIBA (P)	2 HR	19 KM	2.50		Caballo	No	Exoneración
CORDILLERA	2 HRS 30 MIN.	19 KM	3.00		Caballo	No	Exoneración
EL HIGO	2 HRS 15 MIN.	19 KM	4.00		Transporte pick up	No	Exoneración
EL MACHO	2 HRS 15 MIN.	26 KM	4.00		Transporte de pick up	No	Exoneración
GALERITA O CERRO GALERITA (P)	3 HRS	15 KM	3.50		Transporte pick up	No	Exoneración
LAS HUACAS	2 HRS 15 MIN.	22 KM	3.00	5:00 a.m – 8:00 p.m	Transporte colectivo	No	Exoneración
LOS ANGELES	1 HR 15 MIN.	20 KM	3.00	5:00 a.m – 8:00 p.m	Transporte colectivo	No	Exoneración
LOS ANGELES ARRIBA	1 HR 35 MIN.	20 KM	3.50	5:00 a.m – 8:00 p.m	Transporte colectivo	No	Exoneración

LOS BONGOS	1 HR 25 MIN.	25 KM	-----		Caballo	No	Exoneración
LOS LADRILLOS	1 HR 25 MIN.	24 ½ KM	-----		Caballo	No	Exoneración
SARDINA	1 HR 25 MIN.	20 KM	-----		Caballo	No	Exoneración
CALABAZAL	1 HR 40 MIN.	20 KM	5.00		Caballo y pick up	No	Exoneración
BAJO CHORCHA	1 HR 40 MIN.	23 1/2 KM	5.00		Pick up	No	Exoneración
BAJO GUALACA	2 HRS	22 KM	10.00		A caballo y pick up	No	Exoneración
LA VICTORIA	1 HR 10 MIN.	19 KM	-----		-----	No	Exoneración
MATA RICA (P)	40 MIN.	14 KM	2.00	5:00 a.m – 8:00 p.m	Transporte colectivo	No	Exoneración
PERU	1 HRS 15 MIN	19 KM	2.00	5:00 a.m – 8:00 p.m	Transporte colectivo	No	Exoneración
QUEBRADA LAJA	1 HR	15 KM	2.50	5:00 a.m – 8:00 p.m	Transporte colectivo	No	Exoneración
REDONDITO	1 HR	15 KM	3.00	5:00 a.m – 8:00 p.m	Transporte colectivo	No	Exoneración

**Observación:** Las comunidades que utilizan como medio de transporte caballo y pick up, se encuentran distantes a los medios de transporte colectivos pero de igual manera lo utilizan y sus costos son elevados.

**No hay transporte fluido.**

Enfermedades de declaración obligatoria en Panamá: ARTICULO TERCERO: Se declaran problemas de salud de notificación obligatoria en la República de Panamá, los siguientes:

1. Amebiasis
2. Anquilostomiasis
3. Botulismo
4. Bronconeumonía

5. Brucelosis 6. Carhunco cutáneo
7. Chancro Blanco
8. Cisticercosis
9. Conjuntivitis Hemorrágica
10. Cólera
11. Enfermedad Diarreica y Gastroenteritis de origen infeccioso
12. Difteria
13. Efectos Tóxicos (envenenamientos)
14. Encefalitis viral
15. Enfermedades causadas por el Hantavirus
16. Infección por VIH, incluso el sida
17. Enfermedad de Chagas (Triponosomiasis americana)
18. Enfermedad pélvica inflamatoria femenina
19. Fiebre reumática
20. Enteritis debida a Salmonella (salmonelosis)
21. Equinococosis
22. Escarlatina
23. Fiebre amarilla selvática
24. Fiebre amarilla urbana
25. Dengue Clásico
26. Dengue hemorrágico
27. Síndrome de choque de dengue
28. Fiebre equina venezolana

29. Fiebre recurrente transmitida por piojos
30. Fiebre tifoidea
31. Fiebre paratifoidea
32. Fiebre viral transmitida por artrópodos
33. Frambesia
34. Granuloma inguinal
35. Hepatitis A, B, C, D, E y otras infecciosas no especificadas
36. Infección gonocócica
37. Infecciones nosocomiales
38. Infección por virus de herpes simple
39. Infección meningocócica
40. Influenza
41. Intoxicación alimentaria
42. Leishmaniasis
- . Lepra 44.
- Leptospirosis 45.
- Linfogranuloma (venéreo) por clamidias 46.
- Meningitis según etiología y las no especificadas 47.
- Mordedura de murciélago 48
- . Mordedura de ofidio 49.
- Mordedura de perro 50.
- Muertes maternas y perinatales
51. Neumonías según etiología y las no especificadas

52. Paludismo (malaria)
53. Papiloma virus como causa de enfermedades
54. Parotiditis
55. Peste
56. Picadura de alacrán
57. Poliomiелitis
58. Rabia en humanos
59. Reacciones adversas a vacunas y a medicamentos
60. Rubéola y síndrome de rubéola congénita
61. Sarampión
62. Shigelosis
63. Sífilis (todas sus formas)
64. Síndrome de Guillain-Barré
65. Síndrome nefrítico agudo
66. Síndrome paralítico, no especificado (parálisis flácida aguda)
67. Tétanos, incluso el tétanos neonatal
68. Tifus
69. Tos ferina
70. Toxoplasmosis
71. Tracoma
72. Tuberculosis
73. Tularemia
74. Uretritis no especificada

75. Varicela

76. Verrugas venéreas

77. Viruela

78. Violencia intrafamiliar

79. Todo caso o brote de enfermedad o problema sanitario emergente

## **Salud ocupacional.....**

El programa de Salud ocupacional está ubicado en el departamento de Salud y atención integral a la población, el cual se encuentra en el Nivel Operativo Ejecutivo y depende jerárquicamente de la Sub Dirección General de Salud de la Población.

### **Misión:**

1. Fortalecer el papel rector del Ministerio de Salud en Salud Ocupacional que garantice ambientes laborales saludables, participación y corresponsabilidad sostenible de los trabajadores y empleadores así como gestión eficiente y efectiva en la prevención de los accidentes y enfermedades laborales.

### **Funciones:**

1. Regular y vigilar el cumplimiento de las condiciones de salud y seguridad que deban reunir los ambientes de trabajo estableciendo una política nacional de medicina e higiene industrial y laboral.
2. Contribuir al desarrollo de política dirigidas a promover, preservar, mantener, recuperar la salud de los trabajadores y la reintegración de estos a su ambiente laboral a nivel nacional.
3. Definir políticas y establecer las normas de control en relación a: la calidad del aire de interiores y exteriores de las empresas, sustancias químicas, radiaciones ionizantes y no ionizantes, campos electromagnéticos, calor, humedad, ruido, vibraciones, iluminación, agentes biológicos, saneamiento básico, manejo de residuos y desechos , gases, polvos humos, etc., así como la seguridad de materiales, maquinarias, herramientas, equipos de trabajo, ordenadores y videos terminales de cualquier otra tecnología que se utilice.
4. Fomentar la ampliación de la cobertura de la vigilancia
5. Para efectos de este Seguro, accidente de trabajo es toda lesión corporal o perturbación funcional que el trabajador sufra, sea en la ejecución, con ocasión o por consecuencia del

trabajo y que dicha perturbación sea producida por la acción repentina de una causa exterior o del esfuerzo realizado.

6. También se considerará accidente de trabajo, el que sobrevenga al trabajador:
7. 1. En la ejecución de órdenes del Empleador o en la prestación de un servicio bajo la autoridad de éste, aún fuera del lugar y horas de trabajo.
8. 2. En el curso de interrupciones del trabajo; así como antes y después del mismo, si el trabajador se hallare, por razón de sus obligaciones laborales en el lugar de trabajo o en locales de la empresa, establecimientos o explotación.
9. 3. Por acción de tercera persona o por acción intencional del patrono o de un compañero durante la ejecución del trabajo.
10. 4. El que ocurra al trabajador al trasladarse de su domicilio al lugar en que se desempeñe su trabajo o viceversa.
11. **Enfermedad Profesional**
12. Para efectos del Seguro de Riesgos Profesionales, se considerará enfermedad profesional todo estado patológico que se manifieste de manera súbita o por evolución lenta a consecuencia del proceso de trabajo, o debido a las condiciones específicas en que este se ejecute.

## REQUISITOS

- Este subsidio se pagara desde el primer día de la incapacidad; en cuantía igual a su salario durante los dos primeros meses y el equivalente al 60% del mismo salario, hasta cuando, según el dictamen los médicos del seguro, el trabajador se halle en condiciones de volver al trabajo, o se declare que no procede más el tratamiento curativo.
- Para tener derecho a las prestaciones médicas y económicas del programa de riesgos profesionales, cuando se es un empleado de reciente contratación y se sufre un accidente, antes de haber recibido la ficha de declaración de cuotas.
- El requisito es que el patrón le haya inscrito al Seguro de Riesgo Profesionales a través de la tarjeta de Aviso de Entrada del Trabajador.
- Otro requisito es que la empresa o institución donde labora esté al día en el pago de sus obligaciones patronales.
- Para brindarle un mejor servicio asegúrese que la información que le anotaron en sus documentos (certificado médico y otros) es la correcta.
- Se pagan los dos primeros meses al 100% y después al 60% del salario del trabajador.

## ¿QUÉ OTROS SERVICIOS COMPRENDE LA COBERTURA DE RIESGOS PROFESIONALES?

La cobertura de Riesgos Profesionales cuenta con una oficina de Trabajo Social cuya misión principal es velar porque el Asegurado víctima de un accidente de trabajo supere los factores negativos que a consecuencia de la contingencia se presentan.

- Desequilibrio económico.
- Problemas de Salud, familiares, emocionales, obrero-empleador y de vivienda.
- Problemas de dependencia de ingresos y otros.
- Charlas de Orientación y de la Ley de Riesgos Profesionales, para que conozcan sus derechos.

## **PROGRAMA DE SALUD INTEGRAL DEL TRABAJADOR**

Este programa cuenta con un equipo de profesionales especializados en Medicina del Trabajo, como médicos técnicos de laboratorio y educadores ubicados en el Complejo Hospitalario Metropolitano y en todas las Policlínicas, donde pueden acudir los asegurados a solicitar atención y orientación.

+ EXPOSICIÓN A PLAGUICIDAS.....PLANTACIÓN INDUSTRIAL DE PIÑA EN MATA RICA.

- Dermatitis por cemento en construcción de represas o de recubrimiento de túneles  
Accidentes de trabajo de jornaleros en las fincas de sus jefes generalmente heridas y amputaciones de falanges

VISIÓN DE LA POBLACIÓN SOBRE EL ORIGEN DE LA ENFERMEDAD Y SU ACEPTACIÓN.

Identificar los conocimientos y creencias sobre las vías de transmisión, sintomatología, tratamiento y medidas de prevención que podrían incidir en la transmisión de la malaria en la población indígena Ngöbe-Buglé de Panamá. • Identificar las actitudes de los entrevistados que facilitan o limitan la prevención y control de la malaria. • Identificar las prácticas más frecuentes que desarrollan las familias para la prevención y control de la malaria. • Determinar el grado de participación y aceptación de la población indígena en las actividades de prevención y control de la malaria que desarrolla el Programa de malaria del MINSA.

USO ESCASO O LIMITADO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN LA POBLACIÓN INDÍGENA GNOBE -BUGLÉ \* PARTERAS EMPÍRICAS Y BRUJOS O CURANDEROS \* SUPERSTICIÓN PERSISTE..

ODM.....OBJETIVOS DEL MILENIO.... La Cumbre del Milenio estableció 8 Objetivos de Desarrollo, mejor conocidos como ODM. En dichos objetivos se establecieron metas e indicadores con el fin de medir los avances de los Estados ante tal compromiso mundial. Los ODM incluyen un total de 21 metas y 60 indicadores. Estos indicadores son la base

fundamental para poder evaluar cuánto ha avanzado nuestro país en el cumplimiento de dichos objetivos.

Los ODM incluyen un total de 21 metas y 60 indicadores. Estos indicadores son la base fundamental para poder evaluar cuánto ha avanzado nuestro país en el cumplimiento de dichos objetivos.

Panamá es un país con grandes posibilidades de alcanzar algunas de las metas acordadas en los Objetivos de desarrollo del Milenio (ODM), en los plazos establecidos (año 2015)

Objetivo 1: erradicar la pobreza extrema y el hambre Meta: reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, el porcentaje de personas que padecen hambre De acuerdo con los estándares de la NCHS16, metodología utilizada para evaluar este indicador en los informes anteriores (2003 y 2005), el porcentaje de niños menores de 5 años con insuficiencia ponderal (bajo peso para la edad) ha disminuido de 6.7% en el año 1997 a 5.8% en el año 2008. Al analizar los datos por área, se destaca una disminución de 4.1 puntos porcentuales en el área indígena (variación de 21.3% en 1997 a 17.2% en 2008) y se evidencia una mejoría en las áreas rurales de 7.0% (1997) a 4.3% (2008). Sin embargo, en el área urbana se registra un aumento, ya que en 1997 el porcentaje de SITUACIÓN DE SALUD DE PANAMÁ 169 niños menores de 5 años con bajo peso para la edad era 2.8% y para el 2008 es 4.0%. Objetivo 4. Reducir la mortalidad de los niños menores de 5.

Objetivo 4. Reducir la mortalidad de los niños menores de 5 años Meta: reducir en dos tercios entre 1990 y 2015 la mortalidad en niños menores de 5 años. Tasa de mortalidad de niños menores de 5 años La tendencia de la mortalidad en el menor de 5 años refleja una disminución con relación a 1990, las tasas de mortalidad en niños menores de 5 años ha disminuido de 24,3 en el año 1990 a 16.6 en el año 2011. No obstante el ritmo de reducción observado no permite asegurar el cumplimiento de esta meta para el 2015, la cual es de 8.02 Tasa de mortalidad infantil La mortalidad infantil también muestra una tendencia descendente con relación a 1990. Las tasas de mortalidad en niños menores de 1 año han disminuido de 18.9 en el año 1990 a 13.2 en el año 2011. Sin embargo el ritmo de reducción observado no permite asegurar el cumplimiento de esta meta para el 2015, la cual es 6.3, especialmente en el área rural donde se prevé la mayor brecha en relación a la meta. De acuerdo a los análisis de país, el mayor porcentaje de mortalidad infantil ocurre en los menores de 28 días, es decir en la mortalidad neonatal. Proporción de niños de 1 año vacunados contra el sarampión Los índices de cobertura de vacunación contra el sarampión mantienen porcentajes mayores del 95%. Los porcentajes del año 1990 fueron de 99.4 y para el año 2011 de 95.7% De mantenerse esta tendencia, se podrá lograr la meta prevista sin dificultades. Objetivo 5. Mejorar la salud materna Meta: reducir, entre 1990 y 2015, la mortalidad materna en tres cuartas partes. Razón de mortalidad materna La tendencia de la mortalidad materna muestra un aumento con relación a la tasa del año 1990. La razón de mortalidad materna paso de 53,4 en el año 1990 a 80.5 en el año 2011. Esto compromete el cumplimiento de esta meta para el país ya que la brecha estimada es amplia. La situación entre el área urbana y rural se ha ido estrechando en los

últimos 5 años en donde este indicador ha mejorado y la brecha entre ambos ha mejorado, no así el pronóstico y la meta al 2015, la cual es de 13.45. 170 Proporción de partos con asistencia de personal de salud cualificado Muestra una tendencia ascendente desde 1990. De 86.3% en el año 1990 a 93.5% en el año 2011. Sin embargo la mortalidad materna se ha incrementado Esto es especialmente importante en el área rural, donde la proporción es más baja que en el área urbana y la brecha para alcanzar la meta es mucho mayor. En las áreas indígenas la cobertura es aún más baja. Objetivo 6: combatir el VIH / sida, el paludismo y otras enfermedades Meta: Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la propagación del VIH/SIDA. Prevalencia y tasas de mortalidad asociadas a la tuberculosis La incidencia de tuberculosis ha tenido un ligero incremento con respecto al año 1990, aunque se ha mantenido estable en los últimos años. La mortalidad por esta enfermedad también refleja una tendencia ligeramente ascendente. La tasa de morbilidad paso de 33.0 en el año 1990 a 43.2 en el año 2011. La mortalidad por esta enfermedad refleja una tendencia descendente. De tasas de 5.3 en el año 1990 a 3.6 en el año 2011. Incidencia y tasa de mortalidad de paludismo La incidencia de esta enfermedad mostró una tendencia descendente con relación a 1990. De 381 casos en el año 1990 a 354 en el año 2011. La mortalidad se mantiene, pero con tendencia al descenso. De 0.17 en el año 1990 a 0.10 en el 2011. Objetivo 7. Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente Meta: reducir a la mitad, para el 2015, el porcentaje de personas que carecen de acceso sostenible a agua potable y servicios básicos de saneamiento Acceso sostenible a agua potable La proporción de población sin acceso a agua potable ha decrecido notablemente desde el año 1990. Esto ha estado influido por el notable incremento del acceso al agua potable en el área rural indígena, que de continuar con ese ritmo permitiría cumplir, e incluso sobrepasar, la meta en los próximos diez años. El porcentaje de personas con acceso a servicios de agua potable pasó de 78.7 en el año 1990 a 93.5 en el año 2010, mejorando el pronóstico y la meta al 2015, el cual es de 89.4. Acceso a servicios de saneamiento El acceso a servicios básicos de saneamiento (con disposición sanitaria de excretas) ha mostrado un incremento desde 1990. El porcentaje de personas SITUACIÓN DE SALUD DE PANAMÁ 171 con acceso a servicios de saneamiento pasó de 44.2 en el año 1990 a 94.5 en el año 2010, mejorando el pronóstico y la meta al 2015, el cual es de 72.1.

VIGILANCIA SANITARIA | Artículo 1°.- Con arreglo a lo dispuesto por la Ley General de Salud, N° 26842, Decreto Legislativo N° 1062 – Ley de Inocuidad de los Alimentos y en concordancia con los Principios Generales de Higiene de Alimentos del Codex Alimentarios, el presente reglamento establece: a) Las normas generales de higiene así como las condiciones y requisitos sanitarios a que deberán sujetarse la fabricación, el almacenamiento, el fraccionamiento, la elaboración, transporte y el expendio así como la importación y exportación de los alimentos, aditivos de uso alimentario, destinados al consumo humano con la finalidad de facilitar su rastreabilidad y garantizar mediante un sistema integrado la inocuidad de los alimentos. b) Las condiciones, requisitos y procedimientos a que se sujetan la inscripción, la modificación, la suspensión y la cancelación del Registro Sanitario de alimentos. c) Las condiciones, requisitos y procedimientos para la certificación sanitaria de alimentos fabricados, aditivos alimentarios y la habilitación de establecimientos de alimentos. d) Las normas a que se sujeta la vigilancia sanitaria de las actividades y servicios vinculados a la fabricación,

fraccionamiento, almacenamiento, transporte, elaboración y expendio. e) Las medidas sanitarias de seguridad así como las infracciones y sanciones aplicables. Todas las personas naturales y jurídicas que participan o intervienen en cualquiera de los procesos u operaciones que involucra el desarrollo de las actividades y servicios relacionados con la producción, fabricación, elaboración y circulación de productos alimenticios, están comprendidas dentro de los alcances del presente reglamento.

Artículo 2°.- Todo alimento fabricado y materia prima y/o aditivo destinados a su elaboración, deberán responder en sus características físico químicas y condiciones microbiológicas a los estándares establecidos en la norma sanitaria correspondiente. Artículo 3°.- Facultades de supervigilancia del Ministerio de Salud El Ministerio de Salud, a través de la Dirección General de Salud Ambiental (DIGESA) es el órgano rector de nivel nacional en materia de inocuidad de los alimentos destinados a consumo humano, pudiendo delegar las funciones de vigilancia sanitaria a los órganos desconcentrados del Sector Salud y los organismos descentralizados. Asimismo, según lo establecido en el artículo 127° de la Ley General de Salud, el Ministerio de Salud ejerce funciones de supervigilancia sanitaria de las entidades públicas que según sus leyes están facultadas para cumplir funciones sanitarias. Artículo 4°.- Comisión Multisectorial Permanente de Inocuidad Alimentaria La Comisión Multisectorial Permanente de Inocuidad Alimentaria (COMPIAL), creada mediante Decreto Legislativo N° 1062, Ley de Inocuidad de los Alimentos con el objeto de coordinar las actividades sectoriales y con la sociedad civil para garantizar la inocuidad de los alimentos de consumo humano a lo largo de toda la cadena alimentaria, en todo el territorio nacional; con la finalidad de proteger la vida y la salud de las personas, con un enfoque preventivo, está constituida por los Ministerios de Salud (quien la preside), Agricultura y Producción, encontrándose adscrita al Ministerio de Salud, el cual se encargará de proponer su reglamento de funcionamiento. En relación a los alimentos incluidos los aditivos y productos de uso alimentario, son funciones de la Comisión Multisectorial Permanente de Inocuidad Alimentaria las siguientes: 3 a. Proponer la política nacional en materia de inocuidad de los alimentos; b. Promover la armonización y equivalencia de normas nacionales con las internacionales en inocuidad de alimentos; c. Coordinar las actividades de vigilancia y control en inocuidad de los alimentos con las autoridades competentes de nivel nacional, regional y local; d. Proponer un sistema de alerta sanitaria rápida intersectorial sustentado en la rastreabilidad; e. Coadyuvar a la conciliación de cualquier conflicto de competencias entre las autoridades de nivel nacional, regional y local en materia de inocuidad de alimentos; f. Identificar fuentes de cooperación técnica para la gestión, desarrollo e investigación de temas transversales en materia de inocuidad de alimentos; g. Convocar, cuando lo estime pertinente, a entidades especializadas del sector público, privado, sector académico, expertos, organizaciones de consumidores, entre otros; h. Emitir opinión técnica sobre los proyectos de normas regionales en materia de inocuidad de los alimentos. i. Punto de enlace o contacto para la notificación de alertas sanitarias de alimentos j. Otras que requiera para el cumplimiento de las funciones de la COMPIAL.

TITULO II DE LOS ORGANISMOS DE VIGILANCIA SANITARIA Artículo 5°.- Ministerio de Salud El Ministerio de Salud es la Autoridad de Salud a de nivel nacional que para fines de cumplimiento de sus funciones y objetivos cuenta con órganos de línea técnico normativo a través de los cuales actúa. En materia sanitaria y de inocuidad de los alimentos, lo hace a través de la Dirección General de Salud Ambiental (DIGESA) que a su vez ejerce dicha función a través de la Dirección de Higiene Alimentaria y Zoonosis (DHAZ) quien es responsable de conducir el sistema integrado de inocuidad de los alimentos, en el marco de sus competencias, la vigilancia sanitaria de los alimentos elaborados industrialmente, de los elaborados por servicios de alimentos destinados a pasajeros en

los medios de transporte, a la alimentación colectiva, a la alimentación diferida, la alimentación en hospitales y de los aditivos alimentarios La Autoridad de Salud de nivel nacional podrá delegar, encargar o transferir, según corresponda, la vigilancia sanitaria, a las dependencias desconcentradas del Ministerio de Salud o a las Direcciones Regionales de Salud o la que haga sus veces en el nivel regional (Autoridades de Salud de nivel regional). Artículo 6°.- Municipalidades La vigilancia sanitaria del transporte de alimentos, así como la vigilancia de los establecimientos de elaboración, comercialización y expendio de alimentos, con excepción de los establecimientos bajo competencia del Ministerio de Salud, están a cargo de las municipalidades en ejercicio de su función como Autoridad Sanitaria Local. Corresponde a estas entidades la vigilancia sanitaria de la elaboración y expendio de alimentos en la vía y espacios públicos. De conformidad con la norma correspondiente del Ministerio de Salud, las municipalidades informarán periódicamente sobre las acciones implementadas para el cumplimiento de sus funciones de vigilancia sanitaria y estarán sujetas a super-vigilancia por parte de la Autoridad de Salud. Artículo 7°.- Instituto Nacional de Defensa de la Competencia y de la Protección de la Propiedad Intelectual (INDECOPI) La vigilancia en materia de información al consumidor por el etiquetado y publicidad, está a cargo del Instituto Nacional de Defensa de la Competencia y de la Protección de la Propiedad Intelectual Las infracciones al etiquetado de alimentos establecidas por la presente norma y detectadas directamente por la Dirección General de Salud Ambiental, los órganos desconcentrados del Sector Salud y los organismos descentralizados competentes, podrán aplicar las medidas sanitarias de seguridad y sanciones correspondientes en salvaguarda de la salud de la población.

Del abastecimiento de agua, disposición de aguas servidas y de residuos sólidos Artículo 22°.- Abastecimiento de agua En la fabricación de alimentos sólo se utilizará agua que cumpla con los requisitos físico-químicos y microbiológicos para aguas de consumo humano teniendo en cuenta la norma sanitaria vigente o en su defecto los límites más exigentes indicados en las Guías de Calidad de Agua de la OMS. Los establecimientos se abastecerán de agua captada directamente de la red pública o de pozo, que debe ser aprobado por la DIGESA, y los sistemas que utilice para el almacenamiento del agua deberán ser construidos, mantenidos y protegidos de manera que se evite la contaminación del agua. Los conductores de fábricas de alimentos deberán prever sistemas que garanticen una provisión permanente y suficiente de agua apta para consumo humano.

## Cartera de servicio por 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 de la Salud.
  - Prevención de la Salud.
  - Primeros Auxilios.
- “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 de la Salud.
    - Prevención de la Salud.
    - Primeros Auxilios.
    - Atención Médica y enfermería programada a la Población (controles de Salud y Atención de Morbilidad).
- “CENTRO DE PROMOCION DE LA SALUD

- - Dependencia; centro de Salud.
  - Ubicación; áreas de la comunidad.
  - Recurso Humano; Participa el equipo de salud.
- Cartera de Servicio:
  - Organización comunitaria.
  - Participación Social.
  - Educación y comunicación para la Salud.
- “CENTROS DE SALUD BASICO”
  - - Recurso Humano; médico, odontólogos, enfermeras, auxiliares o técnica de Enfermería, farmacéuticos, Inspector de Saneamiento Ambiental y Vectores.
  - Cartera de Servicio:
    - Promoción de la Salud.
    - Prevención de la Salud.
    - Diagnóstico y tratamiento de problemas de Salud.
    - Saneamiento básico y ambiental.
- “CENTRO DE SALUD CON ESPECIALIDAD”
  - - Recurso Humano; Médico, Enfermera, Auxiliar o Técnico de Enfermería, farmacéutico, Inspector de Saneamiento Ambiental y Vectores, Odontólogos, Especialistas de Medicina

Interna, Gineco-obstetricia, Pediatras, Salud Mental y Laboratoristas, trabajador Social, Psicólogo.

- Cartera de Servicio:
  - Promoción de la Salud.
  - Prevención de la Salud.
  - Diagnóstico y tratamiento de problemas de salud por Medicina General y Especialistas.
  - Servicios de apoyo al diagnóstico y tratamiento, como laboratorios, radiografías, farmacias y otros.
  - Saneamiento básico y Ambiental.
- Características:
  - Vincula a equipo multidisciplinario de profesionales de atención primaria, en el desarrollo de actividades de promoción, prevención y atención.
  - apoyo técnico, diagnóstico y/o terapéutico para la atención de urgencias del primer nivel y para el desarrollo de programas de salud.

- “CENTRO DE SALUD CON CAMAS”

- - Recurso Humano: Médicos, 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.
  - 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.
- “POLICENTRO DE SALUD”
  - Recurso Humano, Medico general, odontólogo, Medico Interno, Gineco- Obstetricia, peditras, psiquiatras, fisiatras, fisioterapias, laboratorio, radiología, farmacéutico y trabajo social, técnico de salud Ambiental y/o Vectores.
  - 
  - Cartera de Servicio:
    - Promoción de la Salud.
    - Prevención de la Salud.
    - 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 AREA”
  - - Ubicación; áreas rurales, alejada de la cabecera de provincia.
  
    - Recurso Humano; Médicos generales, Enfermeras y/o técnica de enfermería, auxiliares de enfermería, farmacéutica, laboratorista y otros técnicos.
  
  - Cartera de Servicio:
    - Atención ambulatoria.
  
    - Promoción de la Salud.
  
    - Prevención de la Salud.
  
    - 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.
  
    - Realizan servicio 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.
  - Niveles de atención y complejidad.....primer nivel.....promoción de la salud y prevención primaria y secundaria.....segundo nivel.....prevención secundaria, diagnóstico precoz y tratamiento oportuno.....rehabilitación biopsicosocial individual.....tercer nivel.....intervenciones y acciones especializadas.
  - Organización de los servicios.....primer nivel....hospitales rurales, centros de salud, sub-centros de salud, puestos de salud, centros de promoción de la salud, ULAPPS.....segundo nivel....poli-centro, policlínica GAR, hospital regional de David, Hospital JDO....tercer nivel.....hospitales nacionales generales, especializados.... Existe intercomunicación a través del sistema surco de referencia y contra-referencia que presenta grandes dificultades porque la información no fluye en ambos sentidos con la espontaneidad y la diligencia requerida.
  - Personal de salud y horarios de atención Chiriquí recurso humano técnico por 10000 hab. CHIRIQUÍ 20.5 3.9 3.7 1.6 0.4 10.9 total-enfermera-médico-laboratorista-otros
  - **Fortalecer desarrollo de recurso humano en salud**

Estrategia 6.1: Identificar y adecuar los perfiles del recurso humano a las necesidades de los servicios de salud en el país.

- Línea de acción 6.1.1: Elaboración del diagnóstico de recurso humano de salud
- Línea de acción 6.1.2: Desarrollo de un programa de relevo generacional de los profesionales de la salud.

Estrategia 6.2: Establecer programas de formación ética, técnica y administrativa, con enfoque intercultural, de género, derechos humanos.

- Línea de acción 6.2.1: Evaluación de las necesidades de formación del recurso humano que presta servicios en el sistema sanitario.

Estrategia 6.3: Coordinar con instituciones, universidades, sociedades científicas el desarrollo de recursos humanos para el sector salud a nivel nacional e internacional.

- Línea de acción 6.3.1: Desarrollo de programas de educación y formación continuada a los profesionales de salud en materia de salud pública.
- Línea de acción 6.3.2: Revisar la oferta académica de las universidades y sociedades científicas para el sector salud.

Estrategia 6.4: Evaluar el desempeño del personal de salud.

- Línea de acción 6.4.1: Definición de criterios e indicadores para la evaluación del desempeño.
- Línea de acción 6.4.2: Establecimiento de un programa de incentivos.

Estrategia 6.5: Generar condiciones organizacionales para el desarrollo de un ambiente laboral adecuado.

- Línea de acción 6.5.1: Aplicación de Encuestas de satisfacción del entorno organizacional del personal de salud.

Existe deficiencia notoria de personal de salud técnico en relación con la atención de salud que la población demanda. En los últimos años se descuidó la atención en los sub-centros de salud del Distrito de GUALACA Rincón, mata rica, los ángeles, hornito y paja de sombrero. Es necesario el nombramiento de una enfermera por cada sub-centro y realizar atención por lo menos una vez por semana por equipo de salud. Se está tomando en cuenta una ampliación del horario de atención de 3:00-11:00 p.m en el CS GUALACA. La dotación de medicamentos e insumos es casi siempre deficiente. La infraestructura es insuficiente y falta espacio para añadir otros servicios de especialidades a mediano plazo.

Equipos básicos de salud.....responsabilidad por una población de 8-10 mil habitantes, atención cada 6 semanas, miembros: 1. Médico general 2. Enfermera 3-técnica de enfermería, 4-TSA 5. Conductor

El EBS está apoyado por un ECS ...equipo comunitario de salud compuesto por partera empírica, promotores de salud y ayudantes de salud.

Paquete de Atención Integral de Servicios de Salud (PAISS) ENTREGA DE SERVICIOS BÁSICOS EN AREAS DE DIFÍCIL ACCESO (extensión de cobertura y disminución de brechas en el acceso), por proveedores internos y externos ENTREGA DE SERVICIOS BÁSICOS EN AREAS DE DIFÍCIL ACCESO (extensión de cobertura y disminución de brechas en el acceso), por proveedores internos y externos PARTICIPACION COMUNITARIA para la continuidad de las acciones de salud y la valoración de los servicios de salud a través de la Auditoría social PARTICIPACION COMUNITARIA para la continuidad de las acciones de salud y la valoración de los servicios de salud a través de la Auditoría social DESCENTRALIZACION FINANCIERA DE LA GESTIÓN con asignación de fondos para la prestación de los servicios a las regiones de salud DESCENTRALIZACION FINANCIERA DE LA GESTIÓN con asignación de fondos para la prestación de los servicios a las regiones de salud EVALUACION EXTERNA de los logros en coberturas de salud para la asignación de incentivos económicos EVALUACION EXTERNA de los logros en coberturas de salud para la asignación de incentivos económicos

cartera de servicios de la atención primaria fija y la itinerante.

**Implementación del pago per cápita y por desempeño.** Con los recursos del Financiamiento asignados a este Subcomponente, serán financiados los pagos per cápita, incluyendo el pago por desempeño y por satisfacción de los usuarios, de los prestadores de servicios de atención primaria en salud en la red fija e itinerante de las áreas beneficiarias. El pago per cápita es el monto que se destina al aseguramiento de la provisión de la CPP para cada individuo incorporado como beneficiario del Programa, el cual corresponde al cálculo del costo unitario promedio de recursos monetarios de la provisión de la CPP, asociado a cada beneficiario por un año. Los pagos per cápita incluirán, en su cálculo: (i) la provisión de servicios por las Direcciones Regionales de Salud (DRS) del Ministerio de Salud (MINSA) y por las Organizaciones Extra institucionales (OE), sea en la forma de la red fija o itinerante

**2.03 Subcomponente 1.1. Implementación del pago per cápita y por desempeño.** Con los recursos del Financiamiento asignados a este Subcomponente, serán financiados los pagos per cápita, incluyendo el pago por desempeño y por satisfacción de los usuarios, de los prestadores de servicios de atención primaria en salud en la red fija e itinerante de las áreas beneficiarias. El pago per cápita es el monto que se destina al aseguramiento de la provisión de la CPP para cada individuo incorporado como beneficiario del Programa, el cual corresponde al cálculo del costo unitario promedio de recursos monetarios de la provisión de la CPP, asociado a cada beneficiario por un año. Los pagos per cápita incluirán, en su cálculo: (i) la provisión de servicios por las Direcciones Regionales de Salud (DRS) del Ministerio de Salud (MINSA) y por las Organizaciones

Extra-institucionales (OE), sea en la forma de la red fija o itinerante; (ii) los costos de los recursos humanos adicionales contratados por las DRS del MINSA, o por las OE, incluyendo el equipo de gestión, el equipo básico de salud y el equipo comunitario; y (iii) los costos de los insumos, materiales, movilización, bienes y equipos adquiridos por las DRS del MINSA o por las OE, relacionados con la prestación de los servicios. Además, los pagos per cápita incluirán, en su cálculo, los costos de pago a las DRS del MINSA y a las OE por desempeño y por satisfacción de los usuarios. En el caso de las DRS del MINSA, éstas deberán reinvertir los recursos de los pagos por desempeño en el fortalecimiento de la red de atención en salud.

- 2.06 Subcomponente 1.3. Fortalecimiento de la cartera de servicios de atención primaria en salud.** El objetivo de este Subcomponente es mejorar: (i) la calidad de los servicios preventivos y de atención primaria ya incluidos en la CPP, dirigidos a la mujer y a la niñez; y (ii) la prevención y el manejo de las enfermedades crónicas. Con los recursos del Financiamiento asignados a este subcomponente, MINSA contratará las siguientes actividades:
- 2.07** Servicios de salud sexual y reproductiva: (i) servicios de asistencia técnica y capacitación para la introducción de servicios diferenciados de planificación familiar para adolescentes; (ii) la adquisición de métodos anticonceptivos con el fin de garantizar su disponibilidad; y (iv) adquisición de equipos para la toma de exámenes de Papanicolaou y otras pruebas. Con los recursos de la contrapartida local, serán financiados incentivos a la demanda para aumentar el uso y la calidad de los controles prenatales.
- 2.08** Salud de la niñez: (i) servicios de asistencia técnica y capacitación y adquisición de bienes para la introducción de los servicios de nutrición infantil en la estrategia de Atención Integral a la Niñez para la red fija; (ii) servicios de capacitación y adquisición de equipos para el mejoramiento de la calidad de los controles de crecimiento y desarrollo infantil; (iii) asistencia técnica para el diseño y adquisición de bienes para la implantación gradual de un esquema de alternativas de suplementación alimentaria, especialmente para el período de 6 a 24 meses; y (iv) servicios de asistencia técnica y adquisición de bienes para el fortalecimiento del programa de inmunizaciones y para la revisión de la cadena de frío (requerida para ciertos productos como vacunas), y servicios de capacitación del personal de salud para el manejo del esquema de vacunación.
- 2.09** Enfermedades crónicas: (i) adquisición de bienes y equipos de pruebas rápidas y para el tamizaje para detectar factores de riesgo de enfermedades crónicas; (ii) servicios de asistencia técnica para el manejo de enfermedades crónicas; y (iii) adquisición de medicamentos para el control de este tipo de enfermedades.
- 2.11** Servicios de asistencia técnica de educación para la salud y participación comunitaria: (i) para el desarrollo de una estrategia de promoción y comunicación social en salud integral para la mujer, que incluya capacitación técnica al personal de salud para la identificación temprana de signos de alarma y adecuada referencia; (ii) para la adopción de

una estrategia de promoción y comunicación social en planificación familiar, con énfasis en los adolescentes; y (iii) para el desarrollo de instrumentos y alternativas para promoción del crecimiento y la adopción de conductas saludables en el hogar. Con los recursos de la contrapartida local serán financiados incentivos al personal comunitario para una adecuada referencia al parto institucional.

**2.11 2.12** El objetivo de este componente es mejorar la calidad y aumentar la demanda de los servicios de salud especializados a nivel institucional, dirigidos a la mujer y al recién nacido en poblaciones de mayor rezago en los indicadores de salud materna y neonatal, a través del financiamiento de insumos y adecuaciones físicas que permitan mejorar la capacidad resolutoria de establecimientos de salud de la red fija del primer y segundo nivel de atención. Con los recursos del Financiamiento asignados a este componente el MINSA contratará las siguientes actividades:

**2.13 Subcomponente 2.1. Uso y calidad de los servicios de parto institucional.**

(i) la adecuación física de salas de parto occidental y salas de parto vertical a través de la provisión de equipos e insumos básicos para unidades de parto y atención al neonato, priorizando áreas de mayor rezago; y (ii) la adquisición de equipamiento y mobiliario para casas maternas y albergues.<sup>1</sup>. Con recursos de la contrapartida local, se financiarán incentivos, en forma de viáticos, a las madres y sus acompañantes para que utilicen los servicios de parto institucional.

**Se** está tomando en cuenta una ampliación del horario de atención de 3:00-11:00 p.m en el CS GUALACA. La dotación de medicamentos e insumos es casi siempre deficiente. La infraestructura es insuficiente y falta espacio para añadir otros servicios de especialidades a mediano plazo.

Equipos básicos de salud.....responsabilidad por una población de 8-10 mil habitantes, atención cada 6 semanas, miembros: 1. Médico general 2. Enfermera 3-técnica de enfermería, 4-TSA 5. Conductor

El EBS está apoyado por un ECS ...equipo comunitario de salud compuesto por partera empírica, promotores de salud y ayudantes de salud.

Paquete de Atención Integral de Servicios de Salud (PAISS) ENTREGA DE SERVICIOS BÁSICOS EN AREAS DE DIFÍCIL ACCESO (extensión de cobertura y disminución de brechas en el acceso), por proveedores internos y externos ENTREGA DE SERVICIOS BÁSICOS EN AREAS DE DIFÍCIL ACCESO (extensión de cobertura y disminución de brechas en el acceso), por proveedores internos y externos PARTICIPACION COMUNITARIA para la continuidad de las acciones de salud y la valoración de los servicios de salud a través de la Auditoría social PARTICIPACION COMUNITARIA para la continuidad de las acciones de salud y la valoración de los servicios de salud a través de la Auditoría social DESCENTRALIZACION FINANCIERA DE LA GESTIÓN con asignación de fondos para la prestación de los servicios a las regiones de salud DESCENTRALIZACION

---

1 Los albergues contiguos a las casas maternas son usados por los familiares y acompañantes de la mujer embarazada.

FINANCIERA DE LA GESTIÓN con asignación de fondos para la prestación de los servicios a las regiones de salud EVALUACION EXTERNA de los logros en coberturas de salud para la asignación de incentivos económicos EVALUACION EXTERNA de los logros en coberturas de salud para la asignación de incentivos económicos

cartera de servicios de la atención primaria fija y la itinerante.

**Implementación del pago per cápita y por desempeño.** Con los recursos del Financiamiento asignados a este Subcomponente, serán financiados los pagos per cápita, incluyendo el pago por desempeño y por satisfacción de los usuarios, de los prestadores de servicios de atención primaria en salud en la red fija e itinerante de las áreas beneficiarias. El pago per cápita es el monto que se destina al aseguramiento de la provisión de la CPP para cada individuo incorporado como beneficiario del Programa, el cual corresponde al cálculo del costo unitario promedio de recursos monetarios de la provisión de la CPP, asociado a cada beneficiario por un año. Los pagos per cápita incluirán, en su cálculo: (i) la provisión de servicios por las Direcciones Regionales de Salud (DRS) del Ministerio de Salud (MINSA) y por las Organizaciones Extra institucionales (OE), sea en la forma de la red fija o itinerante

**2.03 Subcomponente 1.1. Implementación del pago per cápita y por desempeño.** Con los recursos del Financiamiento asignados a este Subcomponente, serán financiados los pagos per cápita, incluyendo el pago por desempeño y por satisfacción de los usuarios, de los prestadores de servicios de atención primaria en salud en la red fija e itinerante de las áreas beneficiarias. El pago per cápita es el monto que se destina al aseguramiento de la provisión de la CPP para cada individuo incorporado como beneficiario del Programa, el cual corresponde al cálculo del costo unitario promedio de recursos monetarios de la provisión de la CPP, asociado a cada beneficiario por un año. Los pagos per cápita incluirán, en su cálculo: (i) la provisión de servicios por las Direcciones Regionales de Salud (DRS) del Ministerio de Salud (MINSA) y por las Organizaciones Extra-institucionales (OE), sea en la forma de la red fija o itinerante; (ii) los costos de los recursos humanos adicionales contratados por las DRS del MINSA, o por las OE, incluyendo el equipo de gestión, el equipo básico de salud y el equipo comunitario; y (iii) los costos de los insumos, materiales, movilización, bienes y equipos adquiridos por las DRS del MINSA o por las OE, relacionados con la prestación de los servicios. Además, los pagos per cápita incluirán, en su cálculo, los costos de pago a las DRS del MINSA y a las OE por desempeño y por satisfacción de los usuarios. En el caso de las DRS del MINSA, éstas deberán reinvertir los recursos de los pagos por desempeño en el fortalecimiento de la red de atención en salud.

**2.06 Subcomponente 1.3. Fortalecimiento de la cartera de servicios de atención primaria en salud.** El objetivo de este Subcomponente es mejorar: (i) la calidad de los servicios preventivos y de atención primaria ya incluidos en la CPP, dirigidos a la mujer y a la niñez; y (ii) la prevención y el manejo de las enfermedades crónicas. Con los recursos del Financiamiento asignados a este subcomponente, MINSA contratará las siguientes actividades:

- 2.07** Servicios de salud sexual y reproductiva: (i) servicios de asistencia técnica y capacitación para la introducción de servicios diferenciados de planificación familiar para adolescentes; (ii) la adquisición de métodos anticonceptivos con el fin de garantizar su disponibilidad; y (iv) adquisición de equipos para la toma de exámenes de Papanicolaou y otras pruebas. Con los recursos de la contrapartida local, serán financiados incentivos a la demanda para aumentar el uso y la calidad de los controles prenatales.
- 2.08** Salud de la niñez: (i) servicios de asistencia técnica y capacitación y adquisición de bienes para la introducción de los servicios de nutrición infantil en la estrategia de Atención Integral a la Niñez para la red fija; (ii) servicios de capacitación y adquisición de equipos para el mejoramiento de la calidad de los controles de crecimiento y desarrollo infantil; (iii) asistencia técnica para el diseño y adquisición de bienes para la implantación gradual de un esquema de alternativas de suplementación alimentaria, especialmente para el período de 6 a 24 meses; y (iv) servicios de asistencia técnica y adquisición de bienes para el fortalecimiento del programa de inmunizaciones y para la revisión de la cadena de frío (requerida para ciertos productos como vacunas), y servicios de capacitación del personal de salud para el manejo del esquema de vacunación.
- 2.09** Enfermedades crónicas: (i) adquisición de bienes y equipos de pruebas rápidas y para el tamizaje para detectar factores de riesgo de enfermedades crónicas; (ii) servicios de asistencia técnica para el manejo de enfermedades crónicas; y (iii) adquisición de medicamentos para el control de este tipo de enfermedades.
- 2.11** Servicios de asistencia técnica de educación para la salud y participación comunitaria: (i) para el desarrollo de una estrategia de promoción y comunicación social en salud integral para la mujer, que incluya capacitación técnica al personal de salud para la identificación temprana de signos de alarma y adecuada referencia; (ii) para la adopción de una estrategia de promoción y comunicación social en planificación familiar, con énfasis en los adolescentes; y (iii) para el desarrollo de instrumentos y alternativas para promoción del crecimiento y la adopción de conductas saludables en el hogar. Con los recursos de la contrapartida local serán financiados incentivos al personal comunitario para una adecuada referencia al parto institucional.
- 2.11** **2.12** El objetivo de este componente es mejorar la calidad y aumentar la demanda de los servicios de salud especializados a nivel institucional, dirigidos a la mujer y al recién nacido en poblaciones de mayor rezago en los indicadores de salud materna y neonatal, a través del financiamiento de insumos y adecuaciones físicas que permitan mejorar la capacidad resolutoria de establecimientos de salud de la red fija del primer y segundo nivel de atención. Con los recursos del Financiamiento asignados a este componente el MINSA contratará las siguientes actividades:
- 2.13** **Subcomponente 2.1. Uso y calidad de los servicios de parto institucional.** (i) la adecuación física de salas de parto occidental y salas de parto vertical a través de la provisión de equipos e insumos básicos para unidades de parto y atención al

neonato, priorizando áreas de mayor rezago; y (ii) la adquisición de equipamiento y mobiliario para casas maternas y albergues.<sup>2</sup> Con recursos de la contrapartida local, se financiarán incentivos, en forma de viáticos, a las madres y sus acompañantes para que utilicen los servicios de parto institucional.

Sistemas de pago CSS –minsa Población Total 2010 3,322,000

Población Asegurada Total 2010 2,800,000 % Asegurados (E) 83 %

Asegurados cotizantes 1,170,000 42%

Cotizantes Activos 975,000

Pensionados 195,000

Dependientes 1,660,000 58

INSTITUCIÓN Médicos (as) Odontólogos (as) Enfermeras (os) 2011

Total Urbana Rural Total Urbana Rural Total Urbana Rural Total

5,551 4,882 669 1,114 961 153 4,744 4,025 719

Ministerio de Salud 2,118 1,684 434 451 323 128 2,104 1,637 467

Caja de Seguro Social 2,604 2,395 209 438 422 16 2,125 1,880 245

Otros 829 803 26 225 216 9 515 508 7

## Protocolos de atención país

Cuadro 2 Prestaciones del PAISS Prestaciones Servicios de promoción de salud 1. Educación en saneamiento ambiental 2. Educación para la salud 3. Educación sobre alimentación y nutrición 4. Organización, capacitación y asesoría a los comités de salud, juntas administradoras de acueducto rural y juntas administradoras de subproyectos de producción comunitaria 5. Capacitación en el control de la calidad del agua y las fuentes 6. Capacitación en adecuada disposición de excretas 7. Capacitación en adecuada disposición de basuras Servicios de prevención de salud 8. Inmunizaciones 9. Control prenatal 10. Control de crecimiento y desarrollo (0 -59 meses) 11. Toma de muestra para PAP 12. Control puerperal 13. Administración de anticonceptivos Servicios de atención de

---

2 Los albergues contiguos a las casas maternas son usados por los familiares y acompañantes de la mujer embarazada.

salud 14. Atención a la morbilidad 15. Distribución de complemento alimentario a niños menores de 59 meses con desnutrición moderada y severa 16. Referencia para la atención del parto 17. Atención al déficit de micronutrientes menores de 5 años, MEF, embarazadas, puérperas y escolares 18. Captación de sintomáticos respiratorios y referencias de personas afectadas por tuberculosis 19. Distribución de complemento alimentario a embarazadas y puérperas de bajo peso.

- I. Equipo Básico de Salud Para la realización de las prestaciones señaladas en los cuadros 2 y 3, se estima que la OE debe contratar personal idóneo para ejercer en la República de Panamá y como mínimo debe contar con un médico general, una enfermera, una auxiliar de enfermería o técnica en enfermería, un técnico en ciencias de la salud (salud ambiental, educación para la salud) y un chofer. Este personal debe ser a tiempo completo y a dedicación exclusiva por la naturaleza del trabajo. Este equipo de cinco miembros constituirá el equipo itinerante. La OE deberá contar con mínimo un (1) equipo básico de salud por grupo poblacional. Si la OE requiere contratar un número mayor de recursos humanos para cumplir con las seis (6) rondas anuales programadas puede y debe hacerlo.
- II. En ese sentido, se puede mencionar que existe una normativa la cual conlleva un proceso de actualización y revisión, que resulta lento y complejo desde el inicio (revisión) hasta su publicación final. Una vez actualizada la Norma, el proceso de la divulgación y capacitación se complica aún más, fundamentalmente por la falta de presupuesto (viáticos y la edición de documentos); el MINSA a pesar de estas limitantes, utiliza los medios digitales y la WEB para difundir las normativas, pero al no contar con la supervisión de los jefes de programas, es poco probable que se verifique si la norma se aplica correctamente, y peor aún que los técnicos en salud conozcan de los últimos cambios en la misma. Sin embargo, sin una adecuada divulgación y capacitación a los diferentes niveles de atención no es posible una adecuada implementación y operativización de las mismas.
- III. El MINSA aunque tenga limitaciones presupuestarias para hacer las evaluaciones en las diferentes instalaciones de salud, genera algunos informes que detallan el uso y la aplicación de los procedimientos listados en los protocolos de atención. En ese sentido, se llevan a cabo auditorías de expedientes clínicos del paciente (Normas y tarjetas de vacunas) y se puede observar un índice de calidad muy bajo, los cuales denotan la ausencia de datos y el manejo inadecuado de los pacientes o usuarios de los servicios, con relación a la norma o procedimiento.
- IV. A. GRATUIDAD EN LA ATENCIÓN DE SALUD El artículo 154 del Código Sanitario establece como obligación del Estado Panameño, la protección y asistencia gratuita de la

Maternidad y la Infancia, comprendiendo tanto la atención preventiva y la asistencia médico-curativa y social, de toda mujer durante el embarazo, parto y puerperio; y de todo niño desde su nacimiento hasta el fin de su edad escolar.

- V. Dentro de los procesos de reforma y modernización institucional de mediados de los años noventa, el MINSA redefinió su rol regulador de autoridad sanitaria y la normatización, se consideró como uno de los elementos regulatorios fundamentales, es por ello que se elaboraron las Normas Integrales de Salud para la Población y el Ambiente para el primer nivel de atención, como forma de potencializar los recursos de salud y garantizar una atención integral con una franca participación social, con enfoque de género y, con un importante énfasis en la promoción y la prevención, además de la recuperación y rehabilitación del proceso de salud-enfermedad de la población y del ambiente.
  - VI. Programa de la niñez y adolescencia Uno de los grandes consensos es la necesidad de proteger los derechos de los niños y las niñas, de modo que puedan crecer y desarrollarse como seres humanos en toda su plenitud.
  - VII. Programa salud sexual y reproductiva Todas las administraciones de Gobierno han reconocido este tema como prioritario, existe un anteproyecto de Ley de 2008, (“Por la cual se adoptan medidas para establecer y proteger los derechos humanos en materia de sexualidad y salud reproductiva, promover la educación, información y atención de la salud sexual y reproductiva”)
  - VIII. Programa de nutrición El MINSA desarrolla programas que garantizan que el niño reciba desde su gestación los nutrientes esenciales para su adecuado desarrollo, promoción de lactancia materna, suplementación con hierro y mega- dosis de vitamina A y distribución de cremas nutritivas. El Estado Panameño asume la responsabilidad de garantizar la seguridad alimentaria y nutricional como lo establece la Constitución Política. El país tiene dos instancias con funciones de planificación y toma de decisiones.
- Programa de vacunación (Programa Ampliado de Inmunización - PAI) El Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) en Panamá, ha demostrado permanentemente, desde su creación, una mística de trabajo entre sus funcionarios todo el equipo de apoyo al desarrollo del mismo, lo que le ha permitido ir a la vanguardia en la eliminación de Enfermedades Prevenibles por vacunas en el continente americano y sobretodo en la Región de Centroamérica, además, de ser el pionero en la introducción de vacunas de alto costo económico en el Esquema Nacional de Vacunación. De hecho Panamá ha introducido seis vacunas de alto costo y gran impacto, entre las que se cuentan las vacunas contra el Rotavirus.
  - Programa de atención al adulto y adulto mayor El MINSA cuenta con la normativa regentada en el Programa Dirigido al Adulto, 1990, MINSA/CSS. Es una de las normativas de mayor antigüedad que requiere actualización, recordando que debe realizarse cada cinco años. En estos momentos, el programa está llevando a cabo

las reuniones preliminares, para conformar el equipo de profesionales de la salud, que llevarán la ardua tarea de actualizar dicha norma.

- Articulación de los servicios de salud minsa-css
- Las dos entidades financiadoras de los servicios públicos de salud pública y atención médica en el país son el MINSA y la CSS, quienes aportan cerca del 70% de los recursos
- 9PRODUCTO 2: ANÁLISIS DE SITUACIÓN DEL EJERCICIO DEL PAPEL RECTOR DEL MINSA Y DE LA DESCENTRALIZACIÓN DEL SISTEMA A NIVEL REGIONAL, MAYO 2008, VÍA PÚBLICA CONSULTORÍA 2011 16 utilizados, dejando un 30% al gasto de bolsillo de los ciudadanos. (OPS/OMS, 2007). Las estimaciones de cobertura asignan el 40% de la población al MINSA y el 60% a la CSS.<sup>10</sup> El MINSA además de ser un importante prestador de servicios de salud es también, el ente rector del Sector Salud y, tiene por mandato constitucional, la responsabilidad de velar por la salud de la población y garantizar que los servicios, sean adecuados para el logro de este objetivo. Tiene, igualmente la responsabilidad legal y formal de fijar la política del sector, regular la actividad de salud, ejercer la función de autoridad sanitaria y coordinar con las otras instituciones del sector público y privado.
- Mejoramiento de la coordinación intra-sectorial: la falta de coordinación en la entrega de servicios entre el MINSA y CSS ha ocasionado pérdidas mayores en la eficiencia de la entrega de servicios. Al aprovechar las posibles sinergias entre ambas instituciones se generarían grandes ahorros en el sector. En tal sentido, se piensa crear entre ambas instituciones un acuerdo de coordinación de inversiones para evitar la duplicidad y el uso ineficiente de las infraestructuras. Igualmente, se están reactivando los sistemas de compensación entre ambas instituciones para funcionar con responsabilidad compartida frente a la población demandante de los servicios de salud y así evitar el subsidio a la población derechohabiente en detrimento de la población no asegurada.
- Articulación salud formal-informal Al completar el cursado de este módulo, usted estará en condiciones de: Reconocer redes vinculares, institucionales e intersectoriales. Identificar a las redes como espacios para el desarrollo de procesos de producción de subjetividad y transformación social. Valorar el fortalecimiento de las redes como un espacio de participación, transformación y desarrollo comunitario. Potenciar y fortalecer los sistemas de redes.
- Por otra parte, para la generación de una red es imprescindible que exista un interés explícito para las instituciones y las personas que han de conformarla (ideario compartido). Estos fines no reemplazan ni colisionan con los fines de las organizaciones participantes, ni con las funciones o estructuras formales existentes, sino que en general los complementan, aunque introducen cambios profundos en su concepción y funcionamiento. La intención del trabajo en red es aunar esfuerzos, evitar duplicaciones, alcanzar -por complementariedad- una mayor capacidad resolutive, ser más eficaces y eficientes en lo que se hace y, todo ello como producto del intercambio y la colaboración. Casi todas las redes tienen entre sus fines la actualización, la nivelación y la educación continua con sus miembros. Cuando se decide lanzar un trabajo en red, las instituciones y las personas que se vinculan procuran aprovechar el valor de la heterogeneidad y la diversidad para el beneficio del conjunto, estimular el intercambio y la cohesión entre ellas, reforzar la identidad de las partes, generar una masa crítica con dimensión y representatividad capaz de promover los cambios deseables e influir en las decisiones fundamentales. La propia consolidación de una red requiere de tiempos prolongados más allá de las urgencias.
- Puntos críticos identificados Los resultados obtenidos en el diagnóstico del actual Sistema de Información de Salud, han permitido identificar algunos puntos críticos, los cuales será

necesario resolver para el fortalecimiento de las estadísticas del sector salud. En este sentido se observó:

- La existencia de Sistemas de información paralelos y la falta de coordinación entre las áreas de producción de estadísticas de salud.
- Problemas de calidad en los registros administrativos e información incompleta del sector privado.
- Ausencia de mecanismos de producción y del proceso de administración de datos.
- Limitado enfoque de desarrollo integral de las investigaciones y análisis de información.
- Utilización parcial de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la Salud (CIE-10) para fines de registro y producción de estadísticas de salud.
- Falta de recursos humanos, materiales (informáticos) y financieros en el Sistema.
- Limitaciones en la capacitación relacionada con los procesos estadísticos, clasificaciones, uso de indicadores y otras áreas especializadas.
- Limitaciones para el uso de la información por problemas de cobertura, calidad, oportunidad, confiabilidad, que afectan la toma de decisiones y el análisis de la situación del sector salud.
- Ausencia de un repositorio o bases de datos integradas.
- Falta de un marco conceptual y regulatorio de las estadísticas de salud.
- La inexistencia de normas específicas que regulen la función estadística en las principales instituciones de salud.
- El desconocimiento, por parte de las instituciones privadas, del rol rector del MINSA en materia de estadísticas de salud.
- Se hace difícil determinar un marco normativo para el Sistema de Información de Salud, sin conocer la nueva disposición legal que regirá las Estadísticas nacionales que se encuentra en proceso de aprobación.
- Las principales instituciones de Sector Salud, MINSA y CSS, no logran ponerse de acuerdo en la conformación de un Sistema de información único, como una alternativa a una utilización óptima del recurso humano. A nivel interno de ambas instituciones, existe una distribución no equitativa de los recursos, tanto humanos como de equipo.
- El MINSA presenta una mayor dispersión de sus recursos, debido a la amplia distribución de la red de servicios, lo que aunado a la ejecución de las múltiples funciones que realiza el personal del nivel local y la deficitaria situación del equipamiento, dificulta las labores de supervisión y capacitación.
- La CSS, con personal concentrado principalmente en las cabeceras de provincia, con mayor y mejor formación, adolece de un programa de capacitación continua que permita la actualización y fortalecimiento de su personal.
- Existen diferentes programas de bases de datos para la captación, elaboración y análisis de información a lo interno, tanto del MINSA como de la CSS, lo que dificulta la posibilidad de análisis comparativos e inclusive imposibilita una comunicación y coordinación efectiva.
- Ausencia de una instancia de coordinación interinstitucional que funcione de forma permanente.

- Cuidados paliativos...El progreso científico hace posible curar muchas enfermedades antes irremediables o letales. Las nuevas tecnologías médicas permiten prolongar la supervivencia de una persona y diferir el momento de la muerte. El actual patrón demográfico y de morbilidad hace esperar que en los próximos años, además del número de muertes por cáncer, aumenten las personas con enfermedades crónicas y degenerativas y el número de adultos mayores. Por tanto, cada vez es mayor el número de personas que pueden verse enfrentadas a una situación terminal en sí mismos o en sus familiares. Así vemos en la actualidad, que las diez principales causas de muerte en Panamá son en su mayoría por enfermedades crónico - degenerativas: siendo el cáncer (que ocupa el primer lugar), las muertes violentas, enfermedades cardiovasculares y diabetes mellitus las más frecuentes. A pesar de los continuos avances en el tratamiento del cáncer, cada año fallecen por esta enfermedad alrededor de dos mil personas en todo el territorio nacional con una tasa de mortalidad de 67.4 por 100 000 habitantes (2008). El 44.6 % de los fallecidos por cáncer para el año 2007 estaban en la edad productiva 20-59 años. Por otra parte, esta mortalidad ha aumentado pasando de 1479 casos en 1994 a 2290 casos en 2008, colocándose ya como la sexta causa de muerte en los menores de 15 años con una tasa de 3.7 x 100 000 habitantes. Las neoplasias que ocupan los primeros lugares en mortalidad

para el 2007 son el cáncer de próstata (Tasa de 40.2 - 472 muertes) en el hombre, el cáncer de cérvix (Tasa de 34.9 - 407 muertes) y el cáncer de mama (Tasa de 41.1 - 480 muertes) en la mujer, y para ambos sexos el cáncer de piel (Tasa de 11.5 - 383 muertes) el cáncer de colon (Tasa 5.1 - 169 muertes) y el cáncer gástrico (Tasa 6.3 - 212 muertes). Las proyecciones son poco alentadoras. Se espera un mayor aumento del cáncer en los próximos años precisamente en los países en desarrollo como el nuestro. Otro aspecto a destacar es que las posibilidades de curación de estos pacientes son inferiores a las esperadas debido a diferentes causas, la principal el diagnóstico realizado en fase avanzada

- Surco sistema único de referencia-contrarreferencia

Los pacientes podrán:

- Captados por Equipos de Salud
- Captados por demanda espontánea de los mismos o sus familiares cumpliendo con las condiciones señaladas previamente<sup>19</sup>, para ser atendido por los equipos de cuidados paliativos regionales y locales.
- Ser referidos a los equipos regionales o por el equipo asesor de cuidados paliativos de los Hospitales 19. Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas. Normas éticas internacionales para las investigaciones biomédicas con sujetos humanos. Washington (DC): OPS/ OMS; 1996. PROGRAMA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS 29
- Se utilizarán los formularios diseñados por el MINSA para el proceso de Referencia-Contra-referencia (SURCO), que implican un seguimiento del proceso y garantía que los pacientes sean atendidos en forma efectiva en algunas de las modalidades de atención.
- Las personas con enfermedad avanzada en fase terminal podrán pasar de una modalidad a otra dependiendo de su evolución clínica y los cambios que se den en su entorno.

- Objetivos

General

\*Establecer un sistema coherente, articulado y funcional en la red de instalaciones de salud, según la capacidad resolutoria, para la provisión de los servicios con oportunidad, equidad, calidad y eficiencia.

- 

Específicos

\* Garantizar la continuidad de los servicios de salud, mediante un modelo de atención integral.

- \*Brindar la provisión de los servicios de salud basados en la capacidad de resolución de las instalaciones correspondientes.

- Mecanismo de interrelación que existe entre las instalaciones de salud de los distintos niveles de atención y grados de complejidad.

- Instrumento de transferencia de pacientes entre instalaciones de la red de atención.

- Tiene sus bases en el enfoque de sectorización y reorganización de la red de servicios de salud, la cual define diferentes niveles de atención y grados de complejidad.

- En el sistema de referencia y contrarreferencia es importante, la capacidad resolutoria de las instalaciones de la red de servicios para satisfacer las demandas de la población y la oportunidad con que esta se realiza.

Normas

- Todo paciente que sea evaluado por su médico tratante y considere que amerita una consulta médica especializada o de otros colaboradores del equipo de salud, debe ser referido al nivel de atención que se requiera de acuerdo a la complejidad del diagnóstico.

- El médico tratante debe llenar el formulario del SURCO en forma clara y legible, al igual que consignará la siguiente información:  
El médico especialista del centro de salud, policlínica y hospital funge Como consultor de los pacientes que le sean referidos del médicogeneral o de otra especialidad. Se le solicitara evaluaciónespecializada en los siguientes casos:
- Pacientes con dudas diagnósticas y terapéuticas apremiantes, después de que él médico tratante le haya realizado los estudios pertinentes que requiere el paciente.
- Pacientes con padecimientos de difícil manejo médico.
- Pacientes complicados que ameriten una evaluación y tratamiento de una especialidad correspondiente.  
Pacientes que ameriten estudios y/o tratamientos especializados.

El médico tratante o emisor debe asegurarse antes de proceder con la referencia, de adjuntar al mismo copia de los resultados de Rx, Laboratorios, EKG y otros estudios pertinentes según protocolo de atención. En los casos de urgencias notifica vía telefónica al médico coordinador del servicio de urgencias sobre la condición del paciente. Una vez que el paciente sea evaluado u hospitalizado por parte del especialista, éste deberá enviar la contrarreferencia (en letra clara y legible), al médico que elevó la consulta y deberá consignar lo siguiente:

- Instalación que responde e
- instalación receptora
- Fecha y hora del envío de la contra-referencia.
- Respuesta a la referencia
- Diagnóstico
- Manejo y tratamiento
- Recomendaciones / Plan terapéutico
- Requiere reevaluación especializada
- Datos del profesional que contra-refiere (registro, sello y firma)

#### FACILITA LA TOMA DE DECISIONES

- El análisis y evaluación de la información del SURCO permitirá tomar acciones y/o determinar los siguientes aspectos:
- Definir el perfil epidemiológico de la población atendida.
- Determinar las necesidades de capacitación del recurso humano.
- Planificar el recurso humano de acuerdo a la demanda.
- Definir el mercadeo interno y externo de los procedimientos del sistema.

Marco legal del Surco...Artículo 8. El modelo de atención del Sistema Público de Servicios de Salud se fundamentará en la Estrategia de Atención Primaria de Salud (APS) y la organización según niveles de atención de baja complejidad y amplia cobertura en la base del Sistema, interconectados con niveles superiores escalonados de creciente complejidad, articulados por un sistema de referencia y contra-referencia.

Modernización de la atención en salud.....Esta propuesta de anteproyecto de ley garantiza el cumplimiento de las obligaciones constitucionales del Estado y recoge las aspiraciones de toda la sociedad panameña de conformidad a los acuerdos de la Concertación Nacional, tales como: \* Que el Sistema Público de Servicios de Salud estará centrado en los usuarios. \* Que el sistema se mantendrá público, sin privatización. \* Que el acceso será universal y efectivo, sin exclusiones. \* Que la transformación será gradual, sólo a través de las fases de coordinación e integración, debidamente evaluadas técnica y socialmente. \* Que se garantizará el financiamiento por parte del Estado para la atención de la población no asegurada. \* Que la Caja de Seguro Social solamente financiará la atención de los asegurados. \* Que no se desmejorarán las condiciones laborales de los funcionarios del sistema. \* Que se garantizará la participación social. \* Que asegurará a todos los niveles de atención la dotación de recursos apropiados, suficientes, necesarios y adecuados. \* Que potencializará la eficiencia, evitando toda duplicidad de oferta. Para la implementación de esta ley, es condición indispensable un cambio de actitud y compromiso del recurso humano en todos los niveles, con efectiva interacción institucional, y coordinación articulada de todos los sectores que incidan en la salud integral del panameño.

Artículo 9. La red de servicios de salud, prestará atención oportuna y continua, a toda persona que acuda al nivel correspondiente en demanda de servicios de salud, independientemente de su condición socioeconómica, con prioridad en los grupos humanos vulnerables, para lograr la cobertura universal. Las instituciones asumirán el costo de los servicios prestados dentro del marco de su responsabilidad. Disenso CSS, MINSA y JD CSS: Porque, aunque no están en desacuerdo con los conceptos, estos recogen conceptos que están en otros artículos del documento, estos puntos deben desarrollarse en la reglamentación. Artículo 10. El Primer Nivel de Atención será la puerta más amplia de entrada al Sistema, se organizará de conformidad con el principio de responsabilidad poblacional y territorial, con adecuada y suficiente capacidad resolutoria de este nivel

Artículo 11. El Segundo Nivel de Atención estará en complementariedad para la respuesta de los problemas de salud que superen la capacidad resolutoria del Primer Nivel de Atención. El Segundo Nivel se definirá por la complementariedad que ejerce hacia un número definido de instalaciones del Primer Nivel de Atención con vecindad geográfica agrupadas en una red integrada de servicios de salud bajo el principio de corresponsabilidad entre niveles de la red. Disenso CSS: Consideran que si se incluye esta redacción dentro de una ley marco, limitaría a la institución en su gestión y posible modificación y el desarrollo de la estrategia de Atención Primaria de Salud no forma parte de los acuerdos de la Concertación. Artículo 12. Al Segundo Nivel de Atención le corresponderá la resolución de los problemas de salud referidos del primer nivel de atención y mantener la continuidad del proceso de atención mediante la referencia al tercer y cuarto nivel y contrarreferencia al Primer Nivel de Atención. En el mismo se concentrarán especialistas de atención y equipos de diagnósticos apropiados para estas instancias. En el Segundo Nivel, los especialistas estarán articulados a equipos geográficamente

determinados del Primer Nivel, que estarán en relación de correspondencia asistencial, docente y de investigación.

- Artículo 15. De los niveles de organización para la transformación del Sistema Público de Servicios de Salud. La estructura orgánica del Sistema Público de Servicios de Salud está conformada por tres (3) niveles para el desarrollo del proceso de coordinación funcional e integración orgánica: 1. Nivel político decisorio. 2. Nivel de sistematización, programación y supervisión. 3. Nivel de ejecución
- De la Coordinación del Sistema Público de Servicios de Salud Artículo 26. Fase de Coordinación Funcional de los Servicios Públicos de Salud. La coordinación funcional constituye la primera fase del proceso de transformación del Sistema Público de Servicios de Salud. En esta fase el Ministerio de Salud, la Caja de Seguro Social y demás entidades públicas que brindan servicios integrales de salud, deberán concertar las políticas, planes, programas, actividades, recursos, objetivos y metas, para lograr un nivel adecuado de salud y bienestar de la población. En esta fase se establecerá a su vez, la implementación homologada de acciones de atención integral, gestión, información, evaluación, regionalización, sectorización y desarrollo de un sistema de compensación de costos para la contraprestación de servicios, maximizando la provisión con eficiencia, humanización y calidad de los servicios de salud en todos los niveles de atención y grados de complejidad con equidad, oportunidad y accesibilidad, como un proceso continuo. Disenso de la SPMG, porque el modelo de organización del SPS ya fracasó con la coordinación e integración.
- 
- Artículo 34. El Ministerio de Salud y la Caja de Seguro Social mantendrán su propia identidad, adecuarán su estructura organizacional para la provisión de servicios de salud, manteniendo su independencia y autonomía financiera como instituciones gubernamentales, durante las fases de transformación, interactuando en el marco del Plan Nacional de Salud. Artículo 35. El aporte financiero para la transformación del Sistema Público de Servicios de Salud estará orientado a la eficiencia y a la eliminación de la duplicidad de los servicios de salud, asegurando el uso racional de los recursos y garantizando la cobertura universal de los servicios de salud. Artículo 36. En todas las fases de la transformación del Sistema Público de Servicios de Salud se priorizará el financiamiento de la atención de salud de los pueblos indígenas y demás grupos humanos vulnerables, de acuerdo al Plan Nacional de Salud, en busca de la equidad. Capítulo II Del financiamiento de las fases de transformación.

Artículo 47. Facturación y compensación de costos. Durante la fase de coordinación, el Ministerio de Salud, la Caja de Seguro Social y otras entidades públicas que brindan servicios de salud, acordarán convenios de compensación de costos, por la contraprestación de servicios desde el nivel regional y establecerán un sistema efectivo de facturación de costos reales para la provisión de la atención de salud a la población bajo su responsabilidad. Las instituciones públicas de servicios de salud consignarán en sus respectivos presupuestos, los recursos suficientes para pagar en forma oportuna y efectiva.

- Artículo 55. El Sistema Público Unificado de Salud será el producto resultante de la ejecución efectiva y satisfactoria de las fases de coordinación e integración que deberán ejecutar el Ministerio de Salud, la Caja de Seguro Social y demás instituciones públicas de servicios de salud, previo cumplimiento obligatorio de las siguientes condiciones esenciales: 1. Haber cumplido satisfactoriamente la evaluación de las fases de coordinación e integración, verificada a través de indicadores de estructura, procesos, productos e impactos en cada región de salud, previamente establecidos para el Sistema Público de Servicios de Salud. 2. Aceptación por parte de la población de las fases cumplidas,

valoradas científicamente, mediante el uso de herramientas objetivas que permitan su verificación. 3. Garantizar el cumplimiento del financiamiento por parte del Estado a través del Ministerio de Salud para la población no asegurada y por parte de la Caja de Seguro Social para la población asegurada. En el evento de existir insuficiencias el Estado deberá afrontar los déficits que se presenten para financiar la prestación pública de los servicios de salud, de acuerdo al mandato constitucional, artículos 109 y 110. 4. Haber iniciado el Estado el aporte progresivo de los costos de atención de los beneficiarios de la Caja de Seguro Social; una vez establecido un sistema de costos dentro del Sistema Público de Servicios de Salud. 5. La reestructuración y fortalecimiento de las entidades públicas de salud. 6. La existencia de una red integrada de Servicios Públicos de Salud.

#### Necesidades de infraestructura

- El presente documento ha sido elaborado a partir de aspectos teórico conceptuales relacionados a la organización de servicios de salud adecuados a nuestra realidad Nacional. A continuación haremos mención a los principales términos y conceptos empleados: Organización de la Oferta de Servicios de Salud La organización de la oferta de servicios de salud es un proceso que se configura a partir del análisis de las necesidades de salud de la persona, familia y comunidad, para facilitar la gestión, la prestación y la calidad de los servicios de salud. El inicio de este proceso implica analizar las características de la población en general, identificar las necesidades de salud de las personas y familias (percibidos o no), reconocer a los que demandan (de forma espontánea o inducida) y a los que obtienen o no atención en la oferta de servicios de salud. Demanda Es la expresión (sentida o no) de las necesidades de salud en una población, de acuerdo al Modelo de Atención Integral de Salud. Respecto a la forma de cómo se expresa en un determinado ámbito, la demanda puede ser espontánea, cuando surge a raíz de necesidades percibidas, o inducida, cuando resulta de necesidades no necesariamente percibidas por la población. Ambos tipos de demanda presentan dos elementos, que para efectos del análisis se presentan divididas, pero que en realidad se dan simultáneamente: (Ver gráfico N° 1) La demanda cuantitativa, está referida al volumen de la misma, es decir, al número de personas que en un determinado tiempo y espacio tienen necesidades de salud, requiriendo la prestación de servicios sanitarios. La demanda cualitativa, está referida a las necesidades de salud que motivaron la demanda por servicios de salud (diagnósticos) y la severidad de esas necesidades (mínima/alta). MINISTERIO DE SALUD “Personas que atendemos personas” – Documento Técnico Normativo de Categoría 8 La severidad, es una característica cualitativa de las necesidades de salud a partir de la cual se debe determinar el grado de complejidad (capacidad resolutoria cualitativa y nivel tecnológico de los recursos humanos, físicos y tecnológicos) de la oferta de servicios, necesarios para brindar siempre la respuesta adecuada que ella requiere. Necesidades de Salud Son el conjunto de requerimientos de carácter biológico, psicológico y social y ambiental que tiene la persona, familia y comunidad para mantener, recuperar y mejorar su salud así como alcanzar una condición saludable deseable. De acuerdo al MAIS, las necesidades de salud pueden ser: Necesidades de Desarrollo de la Salud, Necesidades de Mantenimiento de la Salud, Necesidades Derivadas de Daños a la Salud y Necesidades Derivadas de una Disfuncionalidad o Discapacidad. Oferta La oferta de servicios de salud está constituida por los recursos humanos, de infraestructura, equipamiento, tecnológicos y financieros que organizados adecuadamente, deben solucionar las necesidades de salud de la población. Los criterios para la existencia, crecimiento y/o desarrollo de la oferta deben surgir de las necesidades de salud y deben satisfacerla cualitativa y cuantitativamente. Para ello se

consideran los siguientes elementos: a. Capacidad Resolutiva Es la capacidad que tiene la oferta de servicios, para satisfacer las necesidades de salud de la población en términos: β Cuantitativos: Es la capacidad que tienen los recursos de un establecimiento para producir la cantidad de servicios suficientes para satisfacer el volumen de necesidades existentes en la población. (Depende de la cantidad de sus recursos disponibles). β Cualitativa: Es la capacidad que tienen los recursos del establecimiento para producir el tipo de servicios necesarios para solucionar la severidad de las necesidades de la población. (Depende de la especialización y tecnificación de sus recursos). b. Estructura Constituida por los recursos humanos, físicos y tecnológicos que determinan la capacidad resolutiva de la oferta de servicios y que se organizan en las llamadas Unidades Productoras de Servicios de Salud, en términos de: β Tamaño: Referido a la cantidad de los recursos necesarios para producir servicios de salud en función del volumen de las necesidades de salud de la población (determina la capacidad resolutiva cuantitativa). β Nivel Tecnológico: Referido al grado de especialización y tecnificación de los recursos necesarios para producir servicios de salud.

- Niveles de atención...Primer Nivel: Donde se atiende el 70-80% de la demanda del sistema. Aquí la severidad de los problemas de salud plantean una atención de baja complejidad con una oferta de gran tamaño y con menor especialización y tecnificación de sus recursos. En este nivel, se desarrollan principalmente actividades de promoción y protección específica, diagnóstico precoz y tratamiento oportuno de las necesidades de salud más frecuentes. Segundo Nivel: Donde se atiende el 12 al 22 % de la demanda, portadora de necesidades de salud que requieren atención de complejidad intermedia. Tercer Nivel: Donde se atiende el 5 al 10% de la demanda, la cual requiere de una atención de salud de alta complejidad con una oferta de menor tamaño, pero de alta especialización y tecnificación.
- Infraestructura...puestos de salud....CATEGORÍA I – 1 4.1.1 DEFINICIÓN Es el tipo de Categoría del primer nivel de atención, responsable de satisfacer las necesidades de salud de la población de su ámbito jurisdiccional, a través de una atención integral ambulatoria con énfasis en la promoción de la salud, prevención de los riesgos y daños y fomentando la participación ciudadana. 4.1.2 CARACTERÍSTICAS - Pertenece al primer nivel de atención. - Para el Caso del Ministerio de Salud, corresponde a un PUESTO DE SALUD. - Presenta un ámbito de acción con una población y territorio asignado. - Es parte de la Micro-red de Salud, articulándose con los otros establecimientos de salud, para resolver los problemas sanitarios de su ámbito. - El Puesto de Salud contará como mínimo, con un Técnico de Enfermería (debidamente capacitado) y puede adicionalmente contar con una Enfermera y/o Obstétrica. - En los casos en los cuales no exista disponibilidad del Recurso Humano calificado, la Micro-red asumirá la responsabilidad de proveer los servicios mediante atenciones itinerantes. Profesional Itinerante Personal Mínimo Personal Profesional Médico. Técnico de Enfermería y/o Enfermera y/o Obstétrica- El tipo y la cantidad de recursos humanos serán establecidos con precisión en función al volumen de las necesidades de salud y al tamaño de la oferta que de ella se derive. 4.1.1 FUNCIONES GENERALES A. Promoción de la Salud: v Creación y protección de entornos saludables a través de la red de escuelas saludables, comunidades saludables, familias y viviendas saludables. v Fomento de estilos de vida saludables, facilitando la integración de las personas con discapacidad, a favor de la persona, familia y Comunidad. v Promoción y desarrollo de una ciudadanía activa y responsable de su salud. v Coordinación con las autoridades locales.
- B. Prevención de Riesgos y Daños: v Vigilancia epidemiológica mediante la notificación inmediata de enfermedades transmisibles y participación en el control de brotes epidémicos. v Operatividad de medidas de prevención y control de los riesgos y daños en la familia, comunidad y medio ambiente, así como de discapacidades, el control de enfermedades inmunoprevenibles y la vigilancia nutricional. v Vigilancia de complicaciones

obstétricas. v Vigilancia de Riesgos específico por etapas de Vida C. Recuperación de la Salud: v Manejo básico protocolizado de los problemas más frecuentes de salud de la población de la jurisdicción y referencia de los mismos al nivel de complejidad correspondiente. v Identificación de la población con discapacidad o con riesgo de discapacidad y su referencia al nivel respectivo. D. En lo Gerencial: v Análisis de la Situación de Salud Local, identificación y priorización de las necesidades de salud de población de su ámbito jurisdiccional con participación de la comunidad. v Censo local, registro de la población y mapeo de riesgos y daños de su jurisdicción. v Elaboración, ejecución y evaluación del Plan de Salud Local con participación de la comunidad y con asistencia técnica de la Micro-red.

- UNIDADES PRODUCTORAS DE SERVICIOS Una Unidad Básica de Salud contará con la siguiente unidad productora: A. Salud Comunitaria y Ambiental Es la unidad funcional dedicada a la promoción de la salud, prevención de riesgos y daños, a través de acciones e intervenciones específicas en la comunidad y el medio ambiente, fomentando la participación ciudadana. ? Recursos. Brindada por personal técnico de enfermería u otro profesional de la Salud en coordinación con los agentes comunitarios. ? Infraestructura. Cuenta con ambientes adecuados para el desarrollo de actividades intra-murales educativas y de coordinación, de acuerdo a MINISTERIO DE SALUD “Personas que atendemos personas” – – Documento Técnico Normativo de Categoría 22 la normativa vigente. ? Equipamiento. Cuenta con equipos y material audiovisual, de difusión, información, educación, comunicación en salud y otros para las actividades de salud ambiental, de acuerdo a la normativa vigente. ? Organización. Las actividades deben de tener una programación periódica del establecimiento de salud dándose énfasis en la continuidad de la atención y seguimiento según el modelo de atención integral de salud. ? Capacidad Resolutiva Cualitativa. v Actividades educativas individuales y grupales, intra y extramurales dirigidas a la persona, familia y comunidad. v Actividades de fortalecimiento de la organización y participación ciudadana. v Actividades de intervención y control de riesgos ambientales para la salud. B. Consulta Externa: Es el área funcional dedicada a la atención integral ambulatoria del niño, adolescente, adulto y adulto mayor con actividades de promoción, prevención, protección, recuperación y rehabilitación de problemas de salud que por su naturaleza y grado de compromiso pueden ser manejados en el primer nivel de atención. ? Recursos. Brindada por Técnico o Auxiliar de Enfermería y/o otros Profesionales de la Salud, de acuerdo a las necesidades de la demanda y coordinado con su Micro-red. ? Infraestructura. Área asignada para la atención adecuada del paciente respetando su dignidad y privacidad de acuerdo a los criterios establecidos de acuerdo a normatividad vigente. ? Equipamiento. Cuenta con mobiliario, equipo e instrumental mínimo necesario de acuerdo al servicio que se brinda, de acuerdo a la normativa vigente. ? Organización. La consulta externa deberá programarse de acuerdo al volumen de la demanda. ? Capacidad Resolutiva Cualitativa. Se realizará la entrevista, evaluación diagnóstica e indicaciones a los usuarios que presenten algún riesgo o daño de la salud prevalente en la zona, de acuerdo a las Guías de Atención del Ministerio de Salud vigentes. Se dará énfasis a la prevención y promoción de la salud. Si bien no existen otras unidades productoras de servicios de salud organizadas como tales, en el Puesto de Salud puede realizar las siguientes MINISTERIO DE SALUD “Personas que atendemos personas” – – Documento Técnico Normativo de Categoría 23 actividades: β Atención de Urgencias. Se realiza el diagnóstico, tratamiento y/o estabilización de casos de urgencias y su referencia al establecimiento de mayor complejidad, si fuera necesario. β Atención del Parto Inminente y atención básica del recién nacido si el caso lo amerita. β Esterilización: Realiza la esterilización del material y/o equipos médicos y quirúrgicos del establecimiento mediante métodos físicos y agentes químicos. β Botiquín: Realiza la dispensación y provisión de medicamentos esenciales y los

de Denominación Común Internacional (DCI), supervisados por los Profesionales de la Micro-red y/o Red de Salud. β Unidad de Toma de Muestras: Se realiza la toma y envío de muestras al establecimiento de mayor complejidad, monitorizando el cumplimiento de los resultados. β Jefatura: Responsable de dar cumplimiento a las normas establecidas para la correcta atención de las personas de su ámbito de responsabilidad. β Administración: Realiza las acciones de contabilidad, control de personal, almacenaje y distribución de suministros (materiales, insumos, etc.). β Registros de Información: Acopio, registro, procesamiento y análisis de la información sanitaria y de la producción de servicios de salud. Además administra el archivo de historias clínicas y organiza la admisión de los usuarios a los diferentes servicios, orientando, informando y educando al público sobre el régimen de atención del establecimiento. β Mantenimiento: Limpieza, guardianía y mantenimiento a cargo de personal del establecimiento. β Transportes y Comunicaciones: solo en el caso de contar con vehículos motorizados y equipos de comunicaciones

- 
- Los daños y acciones que mínimamente debe realizar el Puesto de Salud serán: A. ATENCIONES DE SALUD 1. Atenciones a la demanda Incluye los diferentes servicios de atención de salud solicitadas espontáneamente por la persona, familia y comunidad al establecimiento de salud a través de sus unidades productoras de servicios.
- ATENCIONES DE SALUD TIPOS DE DAÑOS TRAZADORES v Heridas y contusiones leves que requieren atención básica de primeros auxilios. v Manejo inicial Síndromico (Ej. IRAS, EDAS, Infec. Locales, Parasitosis) v Identificación y toma de muestra de Enfermedades Trasmisibles Agudas v Síndrome Febril v Enfermedades infecciosas intestinales con deshidratación leve a moderada que no requiere tratamiento antibiótico. v Referencia de pacientes y Contrarreferencias (seguimiento a pacientes) v Rinofaringitis virales no complicadas A.1 Atención Integral a la Demanda . v Parto eutócico inminente 2. Atenciones Programáticas MINISTERIO DE SALUD “Personas que atendemos personas” – – Documento Técnico Normativo de Categoría 25 Incluye las prestaciones de salud activamente promocionadas por el establecimiento en la medida en que no son solicitadas espontáneamente como parte de la demanda de salud. a. Atenciones individuales Atenciones individuales específicas del niño Protección del Niño por Nacer y Estimulación Prenatal y Temprana: Atención periódica durante la gestación, a fin de estimular el desarrollo psicoafectivo del niño por nacer. Conjunto de procesos y acciones que potencian y promueven el desarrollo físico, mental, sensorial y social del ser humano desde la fecundación hasta el nacimiento; mediante técnicas auditivas, visuales, motoras y táctiles, realizadas a través de la madre permitiendo una comunicación continua con él antes de nacer, con la participación activa del padre, la familia y la comunidad. PAQUETES DE ATENCION POR ETAPAS DE VIDA Atenciones Programáticas Mínimas Atenciones individuales específicas del niño Protección del Niño por Nacer y Estimulación Prenatal y Temprana v Atención Inmediata del Recién Nacido v Control de Crecimiento y Desarrollo v Involucramiento de los familiares en la Atención infantil v Vacunación v Identificación de riesgos epidemiológicos y su manejo protocolizado según su nivel de complejidad. v Referencia Atenciones individuales específicas del niño y adolescente Control del crecimiento y desarrollo: Control de parámetros de crecimiento y desarrollo que permiten el mantenimiento de la salud y prevenir deficiencias y discapacidades. Contacto a intervalos regulares para la evaluación de estas medidas (por ejemplo, estimulación temprana) Conjunto de acciones, que proporcionarán al niño las experiencias, que éste necesita para potenciar las capacidades y habilidades del nuevo ser desde el nacimiento hasta los cinco años de edad, para desarrollar al máximo su potencial biopsicosocial. MINISTERIO DE SALUD “Personas que atendemos personas” – – Documento Técnico Normativo de Categoría 26 Actividades que permitan al adolescente la toma de decisiones adecuadas en favor de una vida digna y sana, fomentando habilidades

psicosociales como la autoestima, asertividad, liderazgo, asociatividad y resiliencia.

PAQUETES DE ATENCION POR ETAPAS DE VIDA Atenciones Programáticas Atenciones individuales específicas del niño y adolescente Control del crecimiento y desarrollo v Parámetros de crecimiento y desarrollo v Estimulación temprana básica v Vacunación v Consejería sobre hábitos alimentarios y Nutrición v Referencia Atenciones individuales específicas del adolescente y adulto Atención de planificación familiar: Entrega periódica y regular de las opciones de planificación familiar a las personas o parejas que en forma libre, voluntaria e informada solicitan algún método de anticoncepción, previa consejería.

PAQUETES DE ATENCION POR ETAPAS DE VIDA Atenciones Programáticas Atenciones individuales específicas del adolescente y adulto Atención de planificación familiar v Entrega periódica y regular de los insumos a las parejas e individuos v Da consejería y detecta necesidades v Identificación temprana de Gestantes v Control Prenatal v Identificación de riesgos epidemiológicos y su manejo protocolizado según su nivel de complejidad. v Referencia Atenciones individuales específicas del adulto y adulto mayor

Evaluación General: Es una actividad orientada a identificar la presencia de riesgos (producto de la historia familiar, hábitos y prácticas de salud) para los principales problemas de salud en su etapa de la vida. Es particularmente productivo en aquellos daños que tienen etapas iniciales (periodo de latencia o sintomatología MINISTERIO DE SALUD “Personas que atendemos personas” – – Documento Técnico Normativo de Categoría 27 incipiente) prolongadas, en los cuales pueden detectarse e impedir su progreso, previniendo mayores daños.

PAQUETES DE ATENCION POR ETAPAS DE VIDA Atenciones Programáticas Adulto y Adulto mayor Evaluación General v Detecta riesgos de enfermedades crónicas v Identificación de Sintomáticos Respiratorios v Promoción y Prevención comunitaria v Da consejería v Identificación de riesgos epidemiológicos y su manejo protocolizado según su nivel de complejidad. v Referencia b. Atenciones grupales: Incluyen las acciones, intervenciones e intercambios que se realizan en grupos definidos por compartir alguna necesidad específica de salud, etapa de la vida o vínculo familiar, estas pueden ser Consejería Familiar, Grupos Temáticos Vivenciales, Orientación Familiar y Atención Familiar Domiciliaria.

ATENCIONES DE SALUD Tipo de Intervenciones Atenciones Integral Programática Grupal v Visita Domiciliarias v Consejería Familiar v Grupos temáticos vivenciales: HTA, Diabéticos, TBC, etc. B. ATENCIONES DE SALUD COMUNITARIA MINISTERIO DE SALUD “Personas que atendemos personas” – – Documento Técnico Normativo de Categoría 28 Son intervenciones sociales destinadas a fomentar la adopción o cambio de determinados comportamientos de carácter sanitario, así como, brindar asistencia a aquellas familias más necesitadas o vulnerables, pueden ser:

1. Acciones de control ambiental: Destinadas a identificar los riesgos ambientales, ocupacionales y poblacionales, promoviendo líneas de corresponsabilidad entre la comunidad y las diversas instancias gubernamentales, con el fin de implementar estrategias de mejoramiento del entorno físico ambiental. El adulto y adulto mayor serán los monitores de su comunidad, dada su experiencia.
2. Acciones educativo-comunicacionales en salud: Actividades integradas que usan múltiples canales y operaciones con el propósito persuasivo de que la audiencia adopte ideas, medidas, conductas y comportamientos que favorezcan el mantenimiento y desarrollo de la salud.
3. Visita Domiciliaria. Atención de salud de la persona y/o familia en su domicilio. Esta puede ser de prevención, promoción, recuperación o rehabilitación de la salud. Puede estar dirigida a la atención de las necesidades de salud de la persona y/o familia o al seguimiento de tratamientos ya iniciados o suspendidos.
4. Campañas de Salud: Intervenciones integrales en la que participan equipos multidisciplinarios de salud capacitados para brindar acciones de promoción, prevención, y atención recuperativa, a determinadas áreas de intervención, principalmente poblaciones vulnerables, o complementar los cuidados del prestador local.

TIPO DE INTERVENCIONES

Acciones de Control Ambiental v Identificación de Riesgos Básicos ambientales y de desastres v Búsqueda en la Micro-red de las intervenciones apropiadas Acciones educativo-comunicacionales en salud v Charlas v Talleres v Encuentros v Reuniones v Distribución de material educacional MINISTERIO DE SALUD “Personas que atendemos personas” – – Documento Técnico Normativo de Categoría 29 Visita Domiciliaria v Búsqueda de casos, seguimiento, consejería familiar y análisis del funcionamiento familiar y del entorno Campañas de Salud v Organizar las fuerzas locales para asegurar el éxito de las Campañas v Participar en las Campañas v Apoyar la atención ambulatoria itinerante ó móvil cuando sea necesario. Organización y Participación de la comunidad v Formación de Agentes Comunes de Salud (Promotores, Parteras, etc.) v Organización y apoyo a los comités de Salud v Apoyo a las Escuelas v Alianzas locales para temas básico en salud Algunas de las actividades, estarán sujetas a la disponibilidad de personal Profesional de la Salud. Además de las actividades mencionadas, el Puesto de Salud deberá ejecutar toda aquella acción o intervención que la Autoridad Sanitaria le asigne.

### Atención médico-integral ambulatoria-1-3

1 DEFINICIÓN Es el tipo de Categoría que pertenece al primer nivel de atención, responsable de satisfacer las necesidades de salud de la población de su ámbito jurisdiccional, brindando atención médica integral ambulatoria con acciones de promoción de la salud, prevención de riesgos y daños y recuperación de problemas de salud más frecuentes a través de unidades productoras de servicios básicos de salud de complejidad inmediata superior al puesto de salud. 4.3.2 CARACTERÍSTICAS - Pertenece al primer nivel de atención - Para el caso del Ministerio de Salud corresponde a Centro de Salud Sin Internamiento. - Presenta un ámbito de acción con una población y territorio asignado y referencial. - Es parte de la Micro-red de Salud y es el centro de referencia del Puesto de Salud con Médico. - El Centro de Salud debe contar con un equipo de salud constituido como mínimo por: Personal de Salud: \* Médico Cirujano o Medico Familiar \* Enfermera \* Obstétrica \* Técnico o Auxiliar de Enfermería. \* Odontólogo \* Técnico de Laboratorio. \* Técnico de Farmacia. \* Técnico o Auxiliar de Estadística. MINISTERIO DE SALUD “Personas que atendemos personas” – – Documento Técnico Normativo de Categoría 36 - El tipo y la cantidad de recursos humanos serán establecidos con precisión en función al volumen de las necesidades de salud y al tamaño de la oferta que de ella se derive. - En los casos en los cuales no exista disponibilidad de algún tipo de recurso humano calificado, la Micro-red y/o Red asumirá la responsabilidad de proveer los servicios mediante atenciones itinerantes. 4.2.1 FUNCIONES GENERALES Viene hacer las mismas que las que corresponden a la Categoría anterior. 4.2.2 UNIDADES PRODUCTORAS DE SERVICIOS 1. Salud Comunitaria y Ambiental Es la misma que corresponde a la Categoría anterior. 2. Consulta Externa Además de lo considerado en la Categoría anterior, se agrega la Consulta Externa odontológica, dentro de la misma unidad productora de servicio, para lo cual se hace necesario la infraestructura y el equipamiento mínimo necesario. 3. Farmacia / Botiquín Es el área funcional donde se realiza la dispensación de medicamentos e insumos. Almacena adecuadamente los medicamentos esenciales. ? Recursos. Cuenta como mínimo con técnicos de farmacia, regentados y supervisados por un Químico Farmacéutico de la micro-red. ? Infraestructura. Área específica para el expendio, dispensación y almacenaje de los medicamentos e insumos, con lo mínimo establecido en la normatividad vigente. ? Equipamiento. Cuenta con mobiliario y equipos para la conservación y expendio adecuado de los medicamentos e insumos. ? Organización. La atención deberá garantizarse de acuerdo al turno del

establecimiento. ? Capacidad Resolutiva. Se tendrá la capacidad para atender los requerimientos de medicamentos e insumos de acuerdo al petitorio correspondiente a su complejidad. MINISTERIO DE SALUD “Personas que atendemos personas” – – Documento Técnico Normativo de Categoría 37 · Patología Clínica: (Laboratorio Clínico) Área funcional donde se realiza la toma, recepción, procesamiento o envío de las muestras de sangre o fluidos corporales y emisión de resultados de los exámenes o ensayos del paquete básico correspondiente al Laboratorio Local. ? Recursos. Cuenta como mínimo con técnicos de laboratorio ó Técnicos de Enfermería capacitados. ? Infraestructura. Área específica para la toma y procesamientos de muestras de acuerdo a las normas establecidas de bioseguridad. ? Equipamiento. Cuenta con mobiliario, equipos e insumos necesarios para realizar la toma y procesamientos de muestras. ? Organización. La atención deberá garantizarse diariamente de acuerdo al horario establecido en el establecimiento. ? Capacidad Resolutiva. Se realizan las pruebas de hematología básica (hemograma, hematocrito, grupo y factores sanguíneos, velocidad de sedimentación), inmunología básica (diagnóstico de embarazo, VDRL rápido, aglutinaciones), microbiología básica (baciloscopías, parasitológicos), bioquímica básica (glicemia, , orina completa, sedimento urinario) y otras pruebas de acuerdo a su capacidad instalada. Si bien no existen otras unidades productoras organizadas como tales, en el Centro de Salud sin Internamiento realizarán adicionalmente las siguientes actividades: - Atención de Parto: Sólo para casos de partos inminentes y la respectiva atención inmediata del recién nacido. - Esterilización: Si bien no existe el servicio organizado como tal, se realiza la esterilización del material y equipo medico quirúrgico del Centro de Salud mediante métodos físicos y/o químicos. - Emergencia. No existe como servicio pero cuenta con área y equipamiento básico para la atención médica, manejo y estabilización de emergencias, con la correspondiente referencia al establecimiento de mayor complejidad. - Nutrición y Dietética MINISTERIO DE SALUD “Personas que atendemos personas” – – Documento Técnico Normativo de Categoría 38 No existe como servicio pero realizan actividades de prevención y promoción de aspectos nutricionales. Además se apoyarán las actividades vigilancia nutricional y control de crecimiento y desarrollo. - Trabajo Social No existe como servicio pero realizan actividades de diagnóstico y evaluación socioeconómica de la población de la jurisdicción y de los usuarios de los servicios del centro de salud. - Jefatura: Conduce la planificación, ejecución y monitorización del las actividades enmarcadas dentro del Plan y Programa de Salud Local. Realiza labores de coordinación con las autoridades locales de la comunidad, de la Microrred y Dirección de Red. - Administración y Servicios Generales De acuerdo a la complejidad del establecimiento se podrán organizar los servicios administrativos y generales. En el Centro de Salud se deberá garantizar la realización de las siguientes actividades: β Administración: Realiza las acciones de contabilidad, control de personal, almacenaje y distribución de suministros y mantenimiento (limpieza, etc.). Transporte y comunicación: Si en caso contara con vehículo motorizado y/o equipos de comunicación. Registros médicos e Información: Prepara, actualiza y archiva las fichas y registros médicos, colecta, tabula, analiza e informa los datos estadísticos y los envía a la Microrred y Dirección de Red. Además organiza la admisión de los usuarios a los diferentes servicios, orientando, informando y educando al público sobre el régimen de atención del establecimiento. 4.4 CAPACIDAD RESOLUTIVA CUALITATIVA Además de las ya descritas para la Categoría I – 1, se tiene lo siguiente: ATENCIONES DE SALUD Atenciones a la demanda Incluye los diferentes servicios de atención de salud solicitadas espontáneamente por la persona, familia y comunidad al establecimiento de salud a través de sus unidades productoras.

**Tipo I – 4 – centro de salud con internamiento de corta estadía**

**DEFINICIÓN** Es el establecimiento de salud del primer nivel de atención, responsable de satisfacer las necesidades de salud de la población de su ámbito jurisdiccional, brindando atención médica integral ambulatoria y con Internamiento de corta estancia principalmente enfocada al área Materno-Perinatal, con acciones de promoción de la salud, prevención de riesgos y daños y recuperación de problemas de salud más frecuentes a través de unidades productoras de servicios básicos y especializados de salud de complejidad inmediata superior al centro de salud sin internamiento.

**4.4.2 CARACTERÍSTICAS** - Pertenece al primer nivel de atención - Para el caso del Ministerio de Salud corresponde a un Centro de Salud con Internamiento. - Es parte de las Microrredes de Salud y es el centro de referencia inmediato del Puesto y Centro de Salud sin Internamiento. - El Centro de Salud con Internamiento debe contar con un equipo de salud constituido como mínimo por: Profesionales de la Salud: Técnicos y/o Auxiliares: \* Médico Cirujano o Médico Familiar \* Médicos de la especialidad prioritariamente Gineco-Obstetra y Pediatra. \* Personal de Enfermería. \* Personal de Obstetricia. \* Odontólogo \*Puede haber Químico Farmacéutico \* Técnico o Auxiliar de Enfermería. \* Técnico de Laboratorio. \* Técnico de Farmacia. \* Técnico o Auxiliar de Estadística. \* Técnico Administrativo El tipo y la cantidad de recursos humanos serán establecidos con precisión en función al volumen de las necesidades de salud y al tamaño de la oferta que de ella se derive.

**4.4.3 FUNCIONES GENERALES** Además de las ya descritas para el Centro de Salud Sin internamiento, se MINISTERIO DE SALUD “Personas que atendemos personas” – – Documento Técnico Normativo de Categoría 41 cuenta con las siguientes: A. Promoción de la Salud: Cuenta con las mismas funciones que el Centro de Salud Sin internamiento B. Prevención de Riesgos y Daños: Cuenta con las mismas funciones que el Centro de Salud Sin internamiento C. Recuperación de la salud: - Diagnóstico y tratamiento de los problemas de salud de mayor complejidad de la población de su ámbito jurisdiccional y referencial de los mismos según sea el caso al nivel de complejidad correspondiente. - Atención de emergencias, manejo y referencia de los mismos según sea el caso al nivel de complejidad correspondiente. D. Rehabilitación de la Salud: - Identificación de la población con discapacidad o con riesgo de discapacidad y su referencia al nivel respectivo. - Continuación de los procedimientos de rehabilitación sugeridos según indicación en los establecimientos donde se brindó la atención. E. En lo Gerencial: Cuenta con las mismas funciones que el Centro de Salud Sin internamiento.

**4.4.4 UNIDADES PRODUCTORAS DE SERVICIOS**

1. Salud Comunitaria y Ambiental Cuenta con las mismas funciones que el Centro de Salud Sin internamiento.
2. Consulta Externa ? Recursos. Cuenta como mínimo; con Médicos de las cuatro especialidades Básicas (prioritariamente Ginecobstetra y Pediatra), Médico General, Odontólogo, Enfermera, Obstetriz. ? Infraestructura. Área asignada para la atención adecuada del paciente respetando su dignidad y privacidad de acuerdo a los criterios establecidos. ? Equipamiento. Cuenta con mobiliario, equipo e instrumental necesario de acuerdo al servicio que se brinda. ? Organización. La consulta externa deberá brindarse diariamente estableciendo turnos de acuerdo al volumen y características de la demanda local. ? Capacidad Resolutiva. Realiza consulta externa médica general, MINISTERIO DE SALUD “Personas que atendemos personas” – – Documento Técnico Normativo de Categoría 42 consulta externa médica especializada y consulta externa de otros profesionales de la salud.
3. Farmacia Es el área funcional donde se realiza el expendio, dispensación de medicamentos e insumos y el almacenamiento de los medicamentos esenciales. ? Recursos. Atendida por técnicos de farmacia y/o Químico Farmacéutico. ? Infraestructura. Área específica para el expendio y almacenaje de los medicamentos e insumos. ? Equipamiento. Cuenta con mobiliario y equipos para la conservación y expendio adecuado de los medicamentos e insumos. ? Organización. La atención deberá garantizarse de acuerdo al turno del establecimiento. ? Capacidad Resolutiva. Se tendrá la capacidad para atender los requerimientos de medicamentos e insumos de acuerdo al peticionario correspondiente a su complejidad.
4. Patología Clínica: (Laboratorio Clínico) Área funcional donde

se realiza la toma, recepción, procesamiento o envío de las muestras de sangre o fluidos corporales y emisión de resultados de los exámenes o ensayos del paquete básico correspondiente al Laboratorio Local. ? Recursos. Cuenta como mínimo con técnico de laboratorio y/o algún Profesional relacionado al área. ? Infraestructura. Área específica para la toma y procesamientos de muestras de acuerdo a las normas establecidas de bioseguridad. ? Equipamiento. Cuenta con mobiliario, equipos e insumos necesarios para realizar la toma y procesamientos de muestras. ? Organización. La atención deberá garantizarse diariamente de acuerdo al horario establecido en el establecimiento. ? Capacidad Resolutiva. Se realizan las pruebas de acuerdo a su capacidad instalada y nivel de complejidad establecido en la norma respectiva. 5. Sala de Atención de Parto: Sólo para la atención del parto eutócico y la atención inmediata del recién nacido. MINISTERIO DE SALUD “Personas que atendemos personas” – – Documento Técnico Normativo de Categoría - Recursos. Cuenta con profesional de la salud médico, Obstétrica enfermera/ Infraestructura. Área específica para la atención del parto eutócico y del recién nacido de acuerdo a normas establecidas y considerando las particularidades culturales de la población. ? Equipamiento. Cuenta con mobiliario, equipos e instrumental necesarios para realizar la atención del parto eutócico y cuidados inmediatos del recién nacido. ? Organización. La atención deberá garantizarse diariamente mediante turnos diurnos, nocturnos o retenes. ? Capacidad Resolutiva. Atención de parto eutócico y atención básica inmediata del recién nacido normal. Eventualmente se podrán atender partos distócicos inminentes evaluando la necesidad de su referencia oportuna. Si bien no existen otras unidades productoras organizadas como tales, además de las ya mencionadas para el Centro de Salud sin Internamiento se deben realizar las siguientes actividades: - Internamiento Si bien no existe el servicio organizado de hospitalización, deberá existir un número de camas para internamiento proporcional a la demanda de usuarias derivadas de la atención del parto eutócico principalmente ó de los casos agudos que requieran periodos de observación de 24 horas. - Sala de Intervención Quirúrgica En donde se realizarán intervenciones quirúrgicas simples, relacionados principalmente a la Atención Materno Perinatal, y otras cuyas atenciones son inminentes. 4.4.5 CAPACIDAD RESOLUTIVA CUALITATIVA Además de las ya descritas para la Categoría I – B, se tiene lo siguiente: ATENCIONES DE SALUD Atenciones a la demanda MINISTERIO DE SALUD “Personas que atendemos personas” – – Documento Técnico Normativo de Categoría 44 A. ATENCIONES DE SALUD TIPOS DE DAÑOS (TRAZADORES) v Morbilidad general de algunas especialidades Básicas. y Partos Eutócicos v Urgencias y/o emergencias Quirúrgicas Básicas, inminentes. Y Daños trazadores que requieran observación ó la atención médica especializada. v Referencia y contra-referencia de pacientes Atenciones Programáticas, Individuales y Grupales, así como las de Salud Comunitaria, son las mismas que para los Centros de Salud sin Internamiento, en función de las etapas de vida según el Modelo de Atención Integral de Salud.

#### Instalaciones 2-1 policlínicas-poli-centros

CATEGORIA II - 1 4.5.1 DEFINICIÓN Establecimiento de Salud del segundo nivel de atención, responsable de satisfacer las necesidades de salud de la población de su ámbito jurisdiccional, a través de una atención integral ambulatoria y hospitalaria en cuatro especialidades básicas que puede ser medicina interna, ginecología, cirugía general, pediatría, anestesiología, con acciones de promoción de la salud, prevención de riesgos y daños, recuperación y rehabilitación de problemas de salud. 4.5.2 CARACTERÍSTICAS - Pertenece al segundo nivel de atención de salud - Para el

Ministerio de Salud esta categoría corresponde al Hospital I. - Presenta un ámbito de acción con una población y territorio asignado. - Es el establecimiento de referencia de las microrredes de salud. - La cantidad de recursos humanos será establecida con precisión en función a la demanda. - Deberá contar como mínimo con los siguientes recursos humanos: Profesionales de la Salud:\* Técnicos y/o Auxiliares: Médico Internista. Pediatra Gineco-obstetra. Cirujano General. Anestesiólogo. Odontólogo. Psicólogo. Enfermera/o. Lic. en obstetricia Asistente Social. Nutricionista. Químico Farmacéutico Tecnólogo Médico (en laboratorio, terapia física y radiología) Técnico de laboratorio. Técnico de Enfermería. Auxiliar de Enfermería Técnico Sanitario Técnico o Auxiliar de Estadística. Personal Servicios Generales \*como excepción se podrán aceptar módicos generales con formación no escolarizada reconocida.

4.5.3 FUNCIONES GENERALES

A. Promoción de la Salud: - Igual a lo consignado en la categoría anterior. MINISTERIO DE SALUD “Personas que atendemos personas” – – Documento Técnico Normativo de Categoría 46

B. Prevención de la enfermedad: - Además de lo consignado en la categoría anterior incluye: - Vigilancia y Control de Infecciones Intra hospitalarias. - Prevención y detección precoz de enfermedades no transmisibles crónico degenerativas prevalentes en la zona.

C. Recuperación de la salud: - Diagnóstico y tratamiento de los problemas de salud de la población de su ámbito jurisdiccional y referencial, según sea el caso al nivel de complejidad correspondiente. - Atención de emergencias, manejo y referencia de los mismos según sea el caso al nivel de complejidad correspondiente.

D. Rehabilitación de la salud: - Además de lo consignado en la categoría anterior: - Participación activa en la rehabilitación de las personas y su integración en el desarrollo normal de sus actividades.

E. En lo Gerencial: - Formulación, ejecutar y evaluar el Plan Estratégico y Plan Operativo Institucional. - Planificar y ejecutar actividades de capacitación e investigación de acuerdo a las necesidades intra y extra-institucional. - Establecer un sistema de información gerencial: Disponer de la información para estimar la demanda de servicios de la comunidad y necesidades de recursos. - Mantener comunicación y coordinación continua con los establecimientos de salud de la red de servicios, según normas establecidas y con los organismos de desarrollo integral de su comunidad. - Notificación de Mortalidad general, materna, fetal, neonatal y peri natal e infantil - Implementar el Sistema de Referencia y Contra-referencia - Organizar la red de vigilancia comunal.

4.5.4 UNIDADES PRODUCTORAS DE SERVICIOS

Los recursos humanos, tecnológicos y organización mínima por Unidad Productora de Servicios son :

1. Salud Comunitaria y Ambiental Igual a lo consignado en la categoría anterior. MINISTERIO DE SALUD “Personas que atendemos personas” – – Documento Técnico Normativo de Categoría 47

2. Consulta externa Área funcional dedicada a la atención integral ambulatoria de los usuarios mediante actividades de promoción, prevención, protección, recuperación y rehabilitación de la salud.

β Recursos. Cuenta con médico de las cuatro especialidades básicas: Cirugía, Pediatría, Gineco obstetricia y Medicina Interna y otros profesionales de la salud.

β Infraestructura. Áreas específicas destinadas a la atención de consulta externa por especialidades médicas y de otros profesionales de la salud.

β Equipamiento. Cuenta con mobiliario, equipo e instrumental necesario de acuerdo a la especialidad del profesional que brinda la atención.

¿ Organización. La consulta externa deberá brindarse diariamente con turnos establecidos de acuerdo al volumen y características de la demanda. Capacidad Resolutiva. Se realizará la entrevista, evaluación clínica, prescripción, procedimientos médico quirúrgicos y otros, a través de las cuatro especialidades básicas, dirigidos a la satisfacción de las principales necesidades de salud en el ámbito del establecimiento y los referidos de los establecimientos de la micro-red.

3. Emergencia Área funcional organizada permanentemente para la atención inmediata de pacientes en situación de emergencia.

¿ Recursos. Cuenta con un equipo de profesionales de la salud dirigido por un médico especialista según sea el caso.

¿ Infraestructura. Cuenta con un área de evaluación específica destinada a la atención inmediata de emergencias y camas de observación diferenciadas como mínimo por sexo.

Podrán contar con una Unidad de Vigilancia Intensiva según demanda. ? Equipamiento. Cuenta con mobiliario, equipos, instrumental, necesarios para garantizar la vida de los pacientes en situación emergencia. ? Organización. La atención debe brindarse diariamente durante 24 horas, garantizando la disponibilidad de los servicios de apoyo y tratamiento necesarios. ? Capacidad Resolutiva. Atención de emergencias y su referencia a otros niveles de complejidad según sea el caso, luego de su estabilización básica. MINISTERIO DE SALUD “Personas que atendemos personas” – – Documento Técnico Normativo de Categoría 48

4. Hospitalización Área funcional destinada a brindar los cuidados necesarios a los usuarios que requieren ser internados por más de 24 horas para recibir manejo y tratamiento médico o quirúrgico. ? Recursos. Cuenta con personal médico y de enfermería (profesional y técnico) las 24 horas, complementado con otros profesionales de la salud, técnicos y auxiliares. ? Infraestructura. Áreas específicas destinadas al hospedaje y atención de los pacientes, diferenciados por sexo y edad de acuerdo a los criterios establecidos. ? Equipamiento. Cuenta con un número de camas aptas para el alojamiento de los pacientes de acuerdo al volumen de la demanda local, así como el mobiliario y equipo que garantice su estadía y atención. ? Organización. La hospitalización deberá garantizar el cuidado adecuado de los pacientes durante las veinticuatro horas del día, garantizando la disponibilidad de servicios de apoyo y tratamiento necesarios. ? Capacidad Resolutiva. Atención hospitalaria en las cuatro especialidades básicas, cuidados, procedimientos médicos, quirúrgicos y de enfermería requeridas por los pacientes hospitalizados.

5. Epidemiología Área funcional, donde se realizan las actividades concernientes a la vigilancia epidemiológica hospitalaria y de enfermedades prevalentes de la zona. ? Recursos. Cuenta con un equipo de profesionales de la salud capacitados en el área. ?Infraestructura. Áreas específicas destinadas a realizar actividades administrativas y de investigación y control epidemiológico. ? Equipamiento. Cuenta con equipos informáticos y medios de comunicación para procesamiento de información y comunicación inmediata de notificación epidemiológica. ? Organización. Deberá asegurar la oportunidad de la información para prevención y control de cualquier daño o riesgo. ? Capacidad Resolutiva. Se realiza el análisis epidemiológico del ámbito de la influencia del establecimiento y la evaluación periódica de las acciones tomadas para mejorar la situación de salud de la población. MINISTERIO DE SALUD “Personas que atendemos personas” – – Documento Técnico Normativo de Categoría 49

Monitoreo de la incidencia y prevalencia de infecciones intrahospitalarias, recomendando las medidas correspondientes para su control.

6. Centro Quirúrgico Área funcional organizada para la realización de intervenciones quirúrgicas con las mayores garantías de asepsia quirúrgica y dotación tecnológica. ? Recursos. Cuenta con médico anestesiólogo y médicos especialistas (Cirugía General y Gineco obstetricia), asistidos por profesional de enfermería y técnicos debidamente capacitados. ? Infraestructura. Área específica destinada a la realización de las intervenciones quirúrgicas según los estándares definidos para tal fin. ? Equipamiento. Cuenta con mobiliario, equipos, instrumental, necesarios para garantizar el adecuado procedimiento quirúrgico. ? Organización. El servicio deberá garantizar la disponibilidad de la sala operaciones mediante la programación de turnos diurnos, nocturnos y retenes, garantizando la disponibilidad de servicios de apoyo al diagnóstico y tratamiento. ? Capacidad Resolutiva. Se realizarán intervenciones quirúrgicas, que implican procedimientos de anestesia local, regional y general. Las intervenciones quirúrgicas estarán comprendidas de acuerdo a la Directiva de Clasificación de Procedimientos Quirúrgicos del MINSAL. 7. Centro Obstétrico Área funcional organizada para la atención de partos eutócicos, distócicos y del recién nacido. ? Recursos. Cuenta con médico Gineco-obstetra, médico pediatra, profesional de obstetricia, profesional de enfermería y técnicos debidamente capacitados. ? Infraestructura. Cuenta con áreas específicas destinadas al monitoreo y la atención del parto y del recién nacido, de acuerdo a normas establecidas y considerando las particularidades culturales de la población: - Area de dilatación. - Area de

atención de partos. - Área de atención inmediata del recién nacido. - Sala de alojamiento conjunto o de puerperio. ? Equipamiento. Cuenta con mobiliario, equipos, instrumental, necesarios para la monitorización y atención segura del parto, así como MINISTERIO DE SALUD “Personas que atendemos personas” – – Documento Técnico Normativo de Categoría 50 las maniobras de reanimación del recién nacido y de la puerpera inmediata. ? Organización. Deberá garantizar el funcionamiento del servicio durante 24 horas. ? Capacidad Resolutiva. Se realizará la atención especializada del parto eutócico y distócico, así como el diagnóstico, estabilización y referencia del embarazo, parto y puerperio de alto riesgo o con complicaciones severas. 8. Esterilización Área funcional organizada para la realización de procedimientos de esterilización y desinfección de los materiales e insumos mediante medios físicos y químicos. ? Recursos. Cuenta con profesional de enfermería y técnicos de enfermería capacitados. ? Infraestructura. Área específica para los procedimientos de preparación de materiales, esterilización y almacenaje. ? Equipamiento. Cuenta con mobiliario y equipos para la esterilización física y química. ? Organización. Deberá garantizar la disponibilidad de material estéril para los procedimientos médicos y quirúrgicos pertinentes de otras unidades productoras de servicios. ? Capacidad Resolutiva. Esterilización y desinfección de los materiales e insumos mediante medios físicos (con calor seco y vapor húmedo) y químicos. 9. Farmacia Área funcional donde se realiza el suministro y almacenamiento de medicamentos e insumos. ? Recursos. Cuenta con Químico farmacéutico y técnicos de farmacia. ? Infraestructura. Área específica para la dispensación y almacenaje de los medicamentos e insumos en forma adecuada y según las especificaciones de la DIGEMID. ? Equipamiento. Se deberá contar con mobiliario y equipo para la conservación y dispensación adecuada de los medicamentos e insumos. ? Organización. La atención deberá garantizarse durante 24 horas. ? Capacidad Resolutiva. Se tendrá la capacidad para atender los requerimientos de medicamentos e insumos de los usuarios de acuerdo al petitorio correspondiente a su complejidad. MINISTERIO DE SALUD “Personas que atendemos personas” – – Documento Técnico Normativo de Categoría 51 10. Medicina de Rehabilitación Área funcional destinada al restablecimiento de los pacientes que presentan alguna deficiencia o discapacidad física, mental o sensorial temporal o permanente. La atención se hará en forma ambulatoria y a pacientes hospitalizados. ? Recursos. Cuenta con Tecnólogo Médico en terapia física y rehabilitación. ? Infraestructura. Área específica para la rehabilitación de los pacientes según sea el caso. ? Equipamiento. Se deberá contar con los equipos que faciliten los procedimientos de rehabilitación. ? Organización. La atención deberá garantizarse de acuerdo a la demanda. ? Capacidad Resolutiva. Se realizarán procedimientos destinados a recuperar las funciones físicas perdidas o disminuidas como consecuencia de algún daño o injuria. 11. Diagnóstico por Imágenes Área dedicada a la ejecución y procesamiento de los estudios realizados por métodos de radiación y/o ultrasonido organizada de manera apropiada para garantizar la oportunidad de los resultados de apoyo al diagnóstico de las especialidades respectivas. ? Recursos. Cuenta con médico capacitado o tecnólogo médico en radiología. ? Infraestructura. Área específica y segura para la toma de placas radiográficas o ecografías, de acuerdo a las normas establecidas por el IPEN. ? Equipamiento. Cuenta con los equipos adecuados para realizar los procedimientos de diagnóstico por imágenes que garanticen la seguridad del paciente y del trabajador. ? Organización. La atención deberá realizarse diariamente durante 24 horas. ? Capacidad Resolutiva. Procedimientos de Radiodiagnóstico: exámenes radiológicos con incidencias simples y complejas. Además se realizarán exámenes ecográficos. 12. Patología Clínica (Laboratorio Clínico) MINISTERIO DE SALUD “Personas que atendemos personas” – – Documento Técnico Normativo de Categoría 52 Son servicios de apoyo al diagnóstico en el que se toma, recibe, procesa, emite y valida resultados de los exámenes o ensayos previamente establecidos según su nivel de complejidad. ? Recursos. Cuenta tecnólogo médico en laboratorio, y técnicos de laboratorio. ?

Infraestructura. Área específica para la toma y procesamiento de muestras de acuerdo a las normas establecidas de bioseguridad. ? Equipamiento. Cuenta con mobiliario, equipos e insumos necesarios para realizar la toma y procesamientos de muestras. ? Organización. La atención deberá garantizarse diariamente durante 24 horas. ? Capacidad Resolutiva. Se harán pruebas hematológicas, exámenes inmunológicos, microbiológicos, bioquímicos especificadas en las normas del Ministerio 13. Hemoterapia Puede haber ésta área funcional destinada a desarrollar las funciones propias de un Centro de Hemoterapia Tipo I \* de acuerdo a las normas del PRONAHEBAS. ? Recursos. Cuenta con médico especialista o capacitado en hemoterapia . ? Infraestructura. Área específica para las actividades del servicio según las normas del PRONAHEBAS. ? Equipamiento. Se deberá contar con los equipos necesarios de acuerdo a las normas del PRONAHEBAS. ? Organización. La disponibilidad será durante las 24 horas del día de forma ininterrumpida. ? Capacidad Resolutiva. Recepción de sangre y de hemocomponentes de los Centros Hemodadores y Centros de Hemoterapia Tipo II, almacenamiento de las unidades de sangre decepcionadas, atención de los requerimientos de sangre o hemocomponentes de la institución, captación de donantes y realización de pruebas que garanticen una transfusión sanguínea segura. 14. Nutrición y Dietética \* Estos centros se pueden ir incorporando en el proceso de categorización MINISTERIO DE SALUD “Personas que atendemos personas” – – Documento Técnico Normativo de Categoría 53 Área funcional dedicada a la preparación, evaluación y control de los regímenes dietéticos, garantizando su oportunidad. ? Recursos. Cuenta con nutricionista. ? Infraestructura. Área específica para preparación y conservación de los regímenes dietéticos de los pacientes. ? Equipamiento. Cuenta con mobiliario, equipo para las actividades del servicio. ? Organización. La atención deberá garantizarse diariamente en turnos establecidos. ? Capacidad Resolutiva. Se verificará la calidad y conformidad de las dietas de acuerdo a las indicaciones y necesidades para cada paciente. 15. Trabajo Social Área funcional encargada del estudio, diagnóstico e investigación de los factores socio económicos que favorecen o interfieren en la salud de las personas, la familia y la comunidad, así como del apoyo de actividades de Referencia y Contrarreferencia de los usuarios. ? Recursos. Cuenta con profesional en trabajo social. ? Infraestructura. Área específica para las entrevistas correspondientes ? Equipamiento. Cuenta con mobiliario para las actividades del servicio. ? Organización. La atención deberá garantizarse las 24 horas del día. ? Capacidad Resolutiva. Realizará actividades de diagnóstico y evaluación socioeconómica de la población de la jurisdicción y de los usuarios de los servicios del Establecimiento. Se apoyarán las actividades relacionadas al aseguramiento y a la referencia y contrarreferencia de pacientes. 16. Dirección: A cargo del profesional médico. según lo establecido en el Decreto Supremo 011-2002/SA. 17. Administración: Cuenta con personal que realiza las siguientes acciones: economía, tesorería, administración de personal, compras, almacenaje y distribución de suministros. 18. Registros médicos e Información: MINISTERIO DE SALUD “Personas que atendemos personas” – – Documento Técnico Normativo de Categoría 54 Cuenta con profesional y técnico de estadística con capacitación en registros médicos. Prepara, actualiza y archiva las fichas y registros; colecta, tabula, analiza e informa los datos estadísticos. Además organiza la admisión de los usuarios a los diferentes servicios, orientando, informando y educando al público sobre el régimen de atención del establecimiento. 19. Mantenimiento: Cuenta con personal de servicios generales, limpieza, guardianía y transporte. Se ejecutan acciones de limpieza, inventario y mantenimiento preventivo del edificio y equipos del establecimiento. Así mismo, se realizan y/o aseguran los siguientes servicios · Lavandería y ropería · Transporte y comunicación · Guardianía. Si bien no existen otras unidades productoras organizadas como tales, en los establecimientos de la categoría II -1, se deben realizar las siguientes actividades: - Anatomía Patológica: Realizan necropsias, toma de muestras para biopsias y estudios citológicos. -

Neonatología: Realizan procedimientos de atención del recién nacido de alto riesgo. 3.4.4 CAPACIDAD RESOLUTIVA CUALITATIVA Los establecimientos de la categoría II-1, están en la capacidad de brindar servicios de atención integral ambulatoria, de emergencia y hospitalaria de daños de baja complejidad en las especialidades básicas . A. ATENCIONES DE SALUD 1. Atenciones a la demanda Grupos de Daños Trazadores de Baja Complejidad ,Diabetes Mellitas ,Enfermedades Infecciosas intestinales complicadas ,Neumonías Complicadas MINISTERIO DE SALUD “Personas que atendemos personas” – – Documento Técnico Normativo de Categoría 55 ,Estado Asmático ,Infecciones del sistema urinario complicadas ,Complicaciones del Embarazo, Parto y Puerperio ,Embarazo terminado en Aborto,Embarazo de alto riesgo ,Trastornos benignos de la mama ,Enfermedades inflamatorias de los órganos pélvicos femeninos ,Prolapso genital femenino ,Displasia del cuello uterino ,Trastornos menopáusicos y perimenopáusicos ,Infecciones virales caracterizadas por lesiones dérmicas complicadas ,Parasitosis intestinales complicadas ,Hernias ,Abdomen agudo quirúrgico ,Enfermedades del Apéndice ,Colecistitis ,Pancreatitis aguda no complicada ,Fracturas cerradas de huesos largos 2. Atenciones Programáticas Igual a las consignadas en la categoría anterior.

## CENTROS REINTEGRA

---

La inclusión y la atención a personas con diferentes tipos de discapacidad física y sensorial fueron creadas para descentralizar la atención. Estos centros de atención integral funcionan con un equipo multidisciplinario integrado por terapeuta de lenguaje, terapeutas ocupacionales, fisioterapeutas, fonoaudiología, trabajador social y psicología.

### No discriminación en la salud

150. Otras medidas legislativas, logradas en este período para asegurar la igualdad a la salud en la población infantil son: el establecimiento del Programa Nacional de Tamizaje Neonatal (Ley N° 4 de 2007), el cual asegura la gratuidad de este servicio y el establecimiento del marco legal para regular el proceso de vacunación en la República de Panamá (Ley N° 48 de 2007) a través de la cual se reconoce el derecho que tiene todo individuo, especialmente los niños y niñas, los adolescentes en los centros de custodia, los niños, niñas y adolescentes trabajadores, las embarazadas y **las personas con discapacidad**, entre otros grupos de la población, a la protección contra las enfermedades incluidas en el Esquema Nacional de Inmunizaciones brindado por el Estado. Establece la obligación de las personas que ejerzan la patria potestad, la tutela o la guarda de los niños y de las **personas con discapacidad** de cumplir las indicaciones del Ministerio de Salud en este tema. Garantiza a toda la población, en especial a los grupos más vulnerables, el acceso gratuito, en todas las instalaciones públicas de salud. Además, como forma de control para la población menor de 18 años, se señala que en el momento de matricular al estudiante, la persona responsable debe presentar la tarjeta de vacunación correspondiente.

## Reintegra Chiriquí

Catorce especialistas se han hecho pocos para atender a los más de 50 pacientes que acuden a diario al Centro de Rehabilitación Integral (Reintegra) del Ministerio de Salud, en la provincia de Chiriquí.

Reintegra es un centro de rehabilitación integral fundado desde el 9 de julio 2006 y dedicado a la atención de pacientes que presenten algún tipo de discapacidad; en especial enfocado al trato con pacientes y familiares que padecen de parálisis cerebral, sea ésta congénita o adquirida.

Cuatro fisioterapeutas, un fonoaudiólogo, un especialista en terapia de lenguaje, otro en terapia ocupacional, dos psicólogos, un estimulador temprano, así como un pediatra y algunos auxiliares, completan la planta médica de Reintegra.

William Kelso director de Reintegra Chiriquí señala que la solicitud en atención ha crecido y con ello la necesidad de más especialistas para atender a los pacientes que acuden al centro. “Necesitamos un poco más de fisioterapeutas, terapias ocupacionales, terapias de lenguaje y últimamente expertos en problemas de aprendizaje”, dijo el médico.

Kelso indicó que se está haciendo más promoción en la atención temprana para detectar posibles problemas en los niños y de esta manera brindar una mejor atención. Mencioné que los programas del despacho de la Primera Dama, han ayudado a crear conciencia de esta temática en la población en general.

Es oportuno mencionar que el centro de atención les prestó servicios a unos 16 mil niños el año pasado. En lo que del año, se calcula unos 2 mil niños por mes.

Cabe mencionar que en los últimos años se ha incrementado la cifra de las personas que padecen alguna discapacidad, siendo el distrito de ALANJE el que presenta la mayor incidencia.

La creación de SENADIS, como punto focal para el seguimiento de los compromisos adquiridos por Panamá, tanto con la población con discapacidad y sus familias como con las principales organizaciones internacionales, en su carácter de país signatario de la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y

del Programa de Acción para el Decenio de las Américas por los Derechos y la Dignidad de las Personas con Discapacidad del Sistema Interamericano, dio inicio a una nueva etapa de desarrollo en la atención de este tema y como resultado se desarrolla el Primer Plan Estratégico 2005-2009 para guiar la acción sectorial, se establecen mecanismos participativos de coordinación sectorial y con la sociedad civil, se levanta el primer censo especializado sobre la población con discapacidad en la República (PENDIS, 2006), se elabora el documento oficial de la Política Nacional de Discapacidad y se ejecutan una diversidad de acciones en materia de sensibilización, promoción de la equiparación de oportunidades, investigación y promoción, así como en la formación de recurso humano especializado con el concurso de universidades estatales y privadas. El presente Plan Estratégico Nacional para la Inclusión Social de las Personas con Discapacidad y sus Familias 2011-2014, se enmarca en la normativa panameña que rige el sector, principalmente en la Ley N° 42 de 27 de agosto de 1999 de Equiparación de Oportunidades para las Personas con Discapacidad y en la Política Nacional de Discapacidad. Se fundamenta en los principios y acuerdos internacionales que Panamá ha suscrito, relacionados con los derechos de las personas con discapacidad, especialmente la Ley No.25 del 10 de julio de 2007 que adopta la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y su Protocolo Facultativo y en el Programa de Acción del Decenio de las Américas por los Derechos y la Dignidad de las Personas con Discapacidad, así como en el Plan Estratégico de Gobierno 2010-2014 en el cual se especifica la existencia de grandes brechas de acceso a los servicios básicos, particularmente por parte de los grupos vulnerables, a pesar del rápido y alto crecimiento económico alcanzado en los últimos años.

Equiparación de Oportunidades a. A pesar de que muchas instituciones han cumplido con lo establecido en la Ley 23 de 2007, creando Oficinas de Equiparación de Oportunidades, no todas son efectivamente operativas. b. La disposición de las instituciones gubernamentales para adecuar espacios físicos ha sido notoria y los municipios han demostrado su interés en hacer cumplir las disposiciones legales en la materia. c. La instalación de personal de la SENADIS en las ventanillas únicas de los municipios de Panamá y San Miguelito, ha mejorado el control y la calidad de las obras, para mejorar la accesibilidad universal. Sin embargo, es notable la necesidad de capacitación de los supervisores e inspectores de obras, ya que muchas veces las adecuaciones no son practicables. d. El sector privado también ha iniciado la adecuación de espacios privados de uso público, especialmente en los nuevos centros comerciales. e. Es necesario impulsar el uso de la lengua de señas en los programas televisivos de producción nacional. Las iniciativas que se han llevado a cabo en este sentido han sido recibidas con satisfacción por la comunidad sorda y la población en

general. f. La creación de centros de rehabilitación (REINTEGRA) en las provincias y su importante impacto en la población beneficiaria ha demostrado que la estrategia de descentralización es altamente eficaz. Es necesario ampliar esta cobertura a todas las provincias.

c. Ministerio de Salud. El Ministerio de Salud, además de cumplir con su obligación constitucional de proveer de salud a toda la población del país, cuenta con la Oficina Nacional de Salud Integral para Personas con Discapacidad (ONSIPD), la cual debe, entre otras cosas, desarrollar programas de rehabilitación, razón por la que se han estado creando centros de rehabilitación denominados Centros Reintegra en ocho provincias del país, para dar cumplimiento con lo dispuesto en el artículo 16 de la Ley 42 sobre Equiparación de Oportunidades. También cuenta con el Instituto Nacional de Medicina Física y Rehabilitación, entidad responsable de ofrecer servicios de rehabilitación física y terapéutica a la población que así lo demanda. La otra institución dentro de este ámbito que ofrece servicios a una población específica es el Instituto de Salud Mental, destinado a ofrecer servicios de rehabilitación comunitaria y atención hospitalaria a las personas con discapacidades mentales. Se incluye aquí la rehabilitación comunitaria, en referencia a la reciente modalidad de incorporar a los pacientes psiquiátricos en los espacios familiares y comunitarios, atendiendo el contenido de la Declaración de Caracas.

Definiendo el término discapacidad El tema de la discapacidad ha tomado mayor relevancia en nuestra sociedad en los últimos años, reflejándose en cambios de actitud y en los enfoques respecto a las personas que la padecen. Hoy se reconocen las discapacidades como algo relativo en el sentido que no sólo se trata de la presencia de una enfermedad sino que engloba las deficiencias que esta ocasiona, las limitaciones que dificultan realizar determinada actividad y las restricciones para la participación de los individuos en su ambiente físico y social. En los años 80 la Organización Mundial de la Salud conceptualizaba la discapacidad como el resultado de un daño a la salud, originando una deficiencia, ésta una discapacidad y ésta a su vez, una minusvalía, en la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM); su revisión originó la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y la Salud (CIF), en el año 2001, en la cual se concibe la discapacidad como un estado o condición más amplio que el resultado de una deficiencia, y está ligado a factores personales y al entorno social, definiéndola como “todas las limitaciones en la actividad y las restricciones en la participación como resultado de deficiencias, en el marco de la interacción entre un individuo y sus factores contextuales, ambientales y personales”.<sup>13</sup> SCHKOLNIK, Susana. América Latina: “La medición de la discapacidad a partir de los censos y fuentes alternativas”. Comisión Económica para América Latina y el Caribe, CEPAL. Serie de Seminarios y Conferencias No.59, “Los censos de Para la Organización Mundial de la Salud “no toda limitación puede ser caracterizada como discapacidad. Todas las personas tienen limitaciones, pero no todas son personas con discapacidad”.<sup>14</sup> La discapacidad es una limitación en la acción, que se deriva de una deficiencia de salud. En Panamá, se está en el proceso de tránsito desde el modelo médico, que considera la discapacidad como un problema personal directamente causado por una enfermedad, hacia el modelo social, que

lo hace desde el punto de vista de la integración de las personas con discapacidad en la sociedad.15 La Ley No.42 del 27 de agosto de 1999, en su artículo 3 define el término discapacidad como una “alteración funcional, permanente o temporal, total o parcial, física, sensorial o mental, que limita la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal en el ser humano.

Discapacitados 2010..

Las personas con discapacidad representaron el 2.9% de la población total, 1.1 puntos porcentuales más que hace diez años, cuando fue 1.8%, motivo por el cual debe continuarse con los programas y proyectos a fin de atender la situación de la discapacidad en el país. Cuadro No. 1. Población de Panamá: Censo de 2010

Cuadro No. 3. Distribución de las personas con discapacidad, según otros tipos: Censo de 2010

Distribución porcentual TOTAL..... 100.0

Diabetes 20.8

Mudez..... 14.6

Artritis 9.5

Hipermetropía..... 8.8

Discapacidad síquica .. 8.4

Discapacidad múltiple 6.3

Las provincias donde se concentró la mayor cantidad de personas con discapacidad fue-ron Panamá y Chiriquí, congruente con el hecho de que son las provincias con más población en el país, resaltando igualmente, la deficiencia física y ceguera.

Personas con discapacidad por tipo, según provincias y comarcas indígenas: Censo de 2010

Provincias y comarcas indígenas

Total -Tipo de discapacidad Ceguera Sordera Retraso mental Parálisis cerebral Deficiencia física Problemas mentales Otro

TOTAL 97,165 21,377 15,191 15,518 3,720 29,280 8,168 3,911

Panamá..... 41,536 9,402 6,505 6,177 1,678 11,973 3,640 2,161

Chiriquí..... 14,663- 3,543 -2,252- 2,357 -517 -4,349 -1,156 -489

Chiriquí..... 96 95 94 95 77 95 89 74 95 de los 96 corregimientos de Chiriquí tienen discapacitados.

Mayor tasa de discapacidad para los hombres En Panamá, la tasa de discapacidad fue de 29 personas por cada mil habitantes (en 2000 fue 18 por mil).

La proporción de hombres con algún tipo de discapacidad fue mayor (53.1%) que la de mujeres (46.9%), por tanto la tasa de discapacidad para el sexo masculino fue de 30 casos por millar de hombres frente a 27 para las mujeres, por encima de las cifras según el censo anterior, 20 y 16, respectivamente. El índice, que se refiere a la comparación de las tasas de discapacidad masculina y femenina, fue 1.12. Sobresalieron similares regiones como las de mayor tasa de discapacidad. Entre los hombres, las mayores tasas de discapacidad se encontraron en la comarca Emberá (57), así como en las provincias de Darién (51), Los Santos (49) y Herrera (48). Mientras que entre las mujeres, en Los Santos (45), Comarca Emberá (43) y Herrera (43). Dado que la discapacidad es una condición asociada a la edad, es en estos lugares donde precisamente predominan las personas de 50 y más años de edad.

Personas con discapacidad por cada mil habitantes de cada sexo, según tipo: Censo de 2010  
Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Censo.

302- 209- 171- 156, 86 40, 36—hombre	mujer	300 233 147 157 81 37 45
--------------------------------------	-------	--------------------------

Deficiencia física Ceguera Retraso mental Sordera Problemas mentales Parálisis cerebral Otra

La comarca EMBERÁ presentó la mayor tasa de discapacidad, a pesar de ser la región con la menor cantidad de población. 50 personas por cada mil habitantes de la comarca padecían algún tipo de discapacidad,

La discapacidad es una condición muy relacionada con la longevidad de la población, ya que aparece a edades más tardías. Hay mayor riesgo de discapacidad entre las personas adultas mayores de 60 años y más de edad.

Fueron marcados los tipos de discapacidad por edad.

Por ejemplo, entre la población adulta de más edad prevalecían: (1) deficiencias físicas, (2) ceguera y (3) sordera, principalmente.

Al respecto, “los desórdenes músculo esqueléticos, como las lesiones medulares y de cadera están más frecuentemente relacionadas con limitaciones en la actividad.

El envejecimiento también se asocia con una disminución en la agudeza visual, por cambios fisiológicos en el cristalino, déficit en los campos visuales y enfermedades de la retina y la sordera en los adultos mayores es un trastorno estrechamente ligado con su edad –

presbi-acusia, que “es una hipoacusia de tipo sensorio-neural, es decir del oído interno y/o nervio acústico, en que se observa una disminución de la percepción de frecuencias altas – agudas.

Este tipo de Hipoacusia asociada a la edad es la causa más frecuente de sordera en el adulto mayor, generalmente bilateral y simétrica, en un 90% neurosensorial. La etiología de la enfermedad no está clara, pero se relaciona a la pérdida de neuronas del nervio acústico. Disponible en degeneración del órgano de Corti en la cóclea”

Por otro lado, a los niños y jóvenes se les diagnosticó retraso mental en mayor proporción que a las personas mayores, sobre todo con edades de 5 a 19 años (22 casos por cada mil niños y jóvenes de este grupo de edad).

La población en este grupo de edad tiene un bajo rendimiento escolar, problemas de adaptación y comportamiento, y retraso en el desarrollo mental y social, que los círculos más cercanos asocian con la transición de la niñez a la adolescencia, cuando bien podría resultar de un retraso mental, que tiene su capacidad intelectual inferior a la normal.

Es una condición que se diagnostica dependiendo de la severidad del trastorno (a mayor severidad mayor prontitud en el diagnóstico) sin embargo, se reconoce más durante la edad escolar del individuo, cuando las dificultades de aprendizaje se hacen más evidentes. Incluso es frecuente considerar por primera vez un retraso mental como parte de un bajo rendimiento escolar.

GUALACA 2010

Total de viviendas 2562

Con piso de tierra 327

Sin agua potable 327

Sin servicio sanitario 204

Sin luz eléctrica 529

Cocina con leña 607

Sin televisor 722

Sin radio 838

Sin teléfono residencial 2368

Mortalidad nacional 2012

.enfermedades endocrinas-nutricionales y metabólicas 1321

.diabetes mellitus 1071

Enfermedades del sistema nervioso 474

Enfermedades del sistema circulatorio 4667

Enfermedades del sistema respiratorio 1762

Enfermedades digestivas 777

Enfermedades génitourinarias 597

Embarazo-parto y puerperio 49

Afecciones del periodo perinatal 428

Anomalías congénitas y genéticas 359

Causas externas 1938

VIH 474

enfermedades infecciosas y parasitarias 1071

tumores malignos 2834

enfermedades isquémicas del corazón 1665

## Enfermedades emergentes y reemergentes en GUALACA

.1- Dengue

2- Leishmaniasis

3- Hepatitis A

### Principales conductas y hábitos de riesgo

1.no hervir el agua para beber a los niños porque los acueductos rurales Pueden contener bacterias o parásitos.

2- Ingesta elevada de alimentos grasos con producción de dislipidemias.

3-el consumo de alcohol y de tabaco ha disminuido en gran medida.

4.acudir a sitios muy frecuentados y la adquisición de enfermedades respiratorias virales.

5. exposición a plaguicidas en áreas agrícolas sobretodo en cultivos

De piña en Mata Rica.

### Salud ocupacional local

- Rinitis alérgica causado por el polvo de los expedientes- en estadística
- 30 % del personal es diabético-hipertenso o ambos.

## **Red de servicios de salud**

La capacidad instalada (2003) del MINSA y CSS cuenta con 868 establecimientos distribuidos en 39 hospitales, 36 policlínicas, 1 poli-centro, 151 centros de salud sin cama, 31 centros de salud con cama, 10 Unidades Locales de Atención Primaria (ULAPS), 9 Centros de Promoción de la Salud (CPS), 116 sub-centros de salud, 451 puestos de salud y 2 instalaciones socio-sanitarias, clasificadas como hospitales (el Leprosorio de Palo Seco y el Hogar de la Esperanza). Existe una irregular distribución tanto de la red como del recurso humano con una concentración mayor en las cabeceras urbanas.

## **Recursos humanos**

A nivel nacional, el sistema de salud cuenta con 4.321 médicos (13,63 médicos x 10.000 hab.), 3.665 enfermeras (11,55 enfermeras x 10.000 hab.) y 923 odontólogos (2,91 médicos x 10.000 hab.) A nivel de las provincias se verifica que es la Comarcas Ngöbe Bugle la que tiene la menor disponibilidad de médicos con una tasa de 0,62 por 10.000 habitantes, en el otro extremo se sitúa la provincia de Panamá que acumula 17,96 médicos por 10000 habitantes. El número de recursos por 100.000 habitantes es hasta diez veces menor en las comarcas indígenas, si se compara con el resto del país. Esta situación se da a pesar de los incentivos económicos que el sistema posee para incentivar la migración de profesionales hacia esas áreas y que entre otras, prevé una bonificación permanente de hasta el 40% del salario base.

Los programas a **poblaciones vulnerables**, son ejecutados por el MINSA y la CSS a través de actividades clásicas de enfoque poblacional tales como, el programa de salud mental, de salud sexual y reproductiva, de atención integral al ambiente, de atención de la niñez, la adolescencia, la población adulta, las personas con discapacidad y la salud maternal, entre otros. Todos estos programas hacen parte de la oferta en salud que el MINSA ofrece de manera gratuita a toda la población a través de sus instalaciones y en los tres niveles y la CSS a sus afiliados y beneficiarios con su propia red. Adicionalmente, la CSS posee un programa de atención domiciliaria a pacientes crónicos denominado SADI.

Gualaca 8,312- 73 -6,068 población total-prob de ser pobre - población pobre 2005

Recursos humanos.

## **Dirección de Recursos Humanos**

---

**Ubicación y dependencia jerárquica**

La Dirección de Recursos Humanos está ubicada en el Nivel Auxiliar de Apoyo y depende jerárquicamente del Despacho Superior.

**Misión:**

1. Materializar la Política de Recursos Humanos de la Institución, con base en las normas y procedimientos establecidos para la administración de los recursos humanos al servicio del Estado, a fin de asegurar la efectiva participación de la fuerza laboral en el logro de los objetivos del Ministerio de Salud.

**Funciones:**

1. Incorporar en el Plan Nacional de Salud los aspectos relativos a la planificación, formación, capacitación, gestión y regulación de recursos humanos en salud.
2. Impulsar la elaboración e implementación de nuevos modelos para la acreditación de los recursos humanos que se desempeñan en el Sistema Nacional de Salud, en los cuales se logre la participación de todos los actores relevantes y vinculados con el tema.
3. Participar en la planificación de los requerimientos de recursos humanos que son necesarios para el logro de los objetivos institucionales y sectoriales.
4. Fomentar los procesos de investigación operativa sobre Recursos Humanos como insumo para el enriquecimiento de su planificación y desarrollo.
5. Implementar, orientar y dar seguimiento a las Oficinas Institucionales de Recursos Humanos regionales, en los procesos de gestión de los subsistemas de reclutamiento, selección, evaluación, clasificación, retribución, trámites, registro y control y otros aspectos de administración de personal, en el marco de las políticas de descentralización.
6. Diseñar, validar e implantar modelos de gestión descentralizada de recursos humanos, integrales y participativos, contruidos a partir de los equipos nacionales, regionales y locales de salud a fin de orientar la gestión de salud hacia el incremento de coberturas y capacidad resolutoria bajo los principios de eficiencia, eficacia, calidad y equidad.
7. Revisar y adecuar los aspectos legales que regulan y controlan diferentes áreas de la gestión de Recursos Humanos, a fin de que se posibiliten los procesos de descentralización en el contexto de la Reforma del Sector Salud y se asegure su distribución equitativa en todo el país.
8. Implementar la Carrera Administrativa y la Carrera Sanitaria con la consiguiente revisión y adecuación de las Leyes de Recursos Humanos existentes en Salud, a fin de que se integren los elementos requeridos para estos aspectos en el contexto de la Reforma del Sector.
9. Cumplir y hacer cumplir las políticas, normas y disposiciones legales existentes que regulan el campo de los recursos humanos del Estado y de Salud, en particular.
10. Apoyar los procesos de educación permanente y educación continua, como estrategias efectivas de capacitación y adiestramiento de los funcionarios de salud, en busca de mejoramiento técnico y profesional, en lo individual y en lo colectivo donde se incorpore como principio básico

el desarrollo y fomento de una cultura institucional y sectorial orientada a la implementación del proceso de reforma y modernización.

11. Desarrollar propuestas educativas acordes con las necesidades de capacitación identificadas, en las que se incorporen acciones de Educación Permanente, Educación Continua y tecnologías educativas innovadoras, que aceleren el proceso aprendizaje-aprendizaje.
12. Fortalecer y normalizar los programas de formación de recursos humanos en el pos-título que se desarrollan a lo interno de los servicios de salud.
13. Contribuir al fortalecimiento de los procesos de formación de recursos humanos en el pre-grado, postgrado y pos-título.
14. Coordinar con las instituciones formadoras la preparación de los Recursos Humanos requeridos, según los planes de expansión de la institución y del sector, a corto, mediano y largo plazo.
15. Impulsar acciones orientadas a fortalecer la capacidad de los gerentes en salud para el logro efectivo de objetivos y metas relacionadas con los roles de regulación, financiación y provisión de servicios de salud y promoción dirigidos a la población y al ambiente.
16. Desarrollar mecanismos de coordinación intra y extra-sectorial eficientes para la formación y capacitación, negociación gremial, apoyo a la consecución de recursos y promulgación de leyes y la coordinación con carrera administrativa, entre otros, que contribuyan a resolver los problemas de recursos humanos que inciden en la salud de la población y del ambiente.
17. Establecer mecanismos efectivos que faciliten el desarrollo de integral de las relaciones laborales y el bienestar del empleado en la gestión de recursos humanos.

El 2006 La Organización Mundial de la Salud con la finalidad de resaltar la centralidad de los Recursos Humanos para lograr el desempeño deseado de los sistemas de salud y de sensibilizar a la población y a los tomadores de decisión, en la necesidad invertir en su desarrollo., instauró del 2006 al 2015 la década de Recursos Humanos, que luego se ha constituido en el espacio para la implementación de los 5 desafíos planteados en Toronto. Considerando que el primer elemento indispensable de un Plan de Acción Regional es la convicción común de la dirección que deben tener los cambios esenciales en la situación de recursos humanos, requeridos para producir un impacto substancial en el desempeño general de los sistemas de salud, la OPS conjuntamente con los países miembros definieron 20 metas regionales que buscan monitorear los avances logrados por los países en relación a los 5 desafíos ya planteados. Consecuentemente, las metas regionales en materia de recursos humanos para la salud para el período 2007-2015, se entienden como un emprendimiento colectivo basado en el desarrollo de planes de acción nacionales encaminados a alcanzar las metas regionales

El presente documento presenta los cinco desafíos y las 20 metas regionales y sus avances en cada una de ellas en Panamá. En el primero desafío se habla de definir las políticas y planes de largo plazo Para adaptar la fuerza laboral a los Cambios previstos en los sistemas de Salud. En el segundo desafío habla de ubicar a las personas idóneas en los lugares adecuados, de manera de lograr una distribución equitativa de acuerdo a las necesidades de salud de la

población. En el tercer desafío habla de ubicar a las personas idóneas en los lugares adecuados, de manera de lograr una distribución equitativa de acuerdo a las necesidades de salud de la población. En el cuarto desafío se refiere a la generación ambientes de trabajo saludables que propicien el compromiso con la misión institucional de garantizar la prestación de servicios de salud de buena calidad para toda la población, y en el quinto desafío se presenta los compromisos de la región en crear mecanismos de cooperación entre las instituciones educativas y de servicios de salud para producir profesionales sanitarios sensibles a las necesidades de la comunidad y calificados. En cada uno de estos desafíos están presentes las metas que tienen relación con el mismo.

DESAFIO 1: DEFINIR POLÍTICAS Y PLANES DE LARGO PLAZO PARA ADAPTAR LA FUERZA LABORAL A LOS CAMBIOS PREVISTOS EN LOS SISTEMAS DE SALUD. META 1: TODOS LOS PAÍSES DE LA REGIÓN HABRÁN LOGRADO UNA RAZÓN DE DENSIDAD DE RECURSOS HUMANOS DE 25 PROFESIONALES POR 10.000 CATEGORIA TOTAL MÉDICO 4,904 ENFERMERA 1 / 4,421 PARTERA 2 / .... POBLACIÓN 3,449,989 DENSIDAD DE RRHH EN SALUD 27.0 Fuente: Contraloría General de la República, Instituto Nacional de Estadística y Censo: 2009 1 / La obstetra, es a la vez enfermera, se contabilizada como una persona.

META 2: LAS PROPORCIONES REGIONAL Y SUBREGIONAL DE MÉDICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA EXCEDERÁN EL 40% DE LA FUERZA LABORAL MÉDICA TOTAL CATEGORIA TOTAL DE MÉDICOS 4,501 MÉDICOS 20%

Fuente: Contraloría General de la República, Instituto Nacional de Estadística y Censo: 2007 El porcentaje de Médicos de atención primaria es: 20% Un 87% del personal médico labora en las instituciones públicas (48% en las instalaciones de la CSS y 39% en las instalaciones del MINSA), el 13% restante en la METAS REGIONALES DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD, PANAMÁ 2009 6 Universidad de Panamá, Instituto Panameño de Habilitación Especial y las instalaciones de salud particulares. El 80% trabaja en las instalaciones de segundo y tercer nivel y solo el 20% restante trabaja en el primer nivel de atención. META 3: TODOS LOS PAÍSES HABRÁN FORMADO EQUIPOS

META 3: TODOS LOS PAÍSES HABRÁN FORMADO EQUIPOS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD CON UNA AMPLIA GAMA DE COMPETENCIAS QUE INCLUIRÁN SISTEMÁTICAMENTE AGENTES COMUNITARIOS DE SALUD PARA MEJORAR EL ACCESO, LLEGAR A LOS GRUPOS VULNERABLES Y MOVILIZAR REDES DE LA COMUNIDAD.

META 4: LA RAZÓN DE ENFERMERAS CALIFICADAS CON RELACIÓN A LOS MÉDICOS ALCANZARÁ AL MENOS 1:1 EN TODOS LOS PAÍSES CATEGORIA TOTAL MÉDICO 4,904 ENFERMERA 4,421 TOTAL 1.11 Fuente: Contraloría General de la República, Instituto Nacional de Estadística y Censo: 2009 La razón de enfermeras calificadas con relación a los médicos es: 1.11, lo recomendado por la OPS/OMS. 100% de meta.

META 5: TODOS LOS PAÍSES DE LA REGIÓN HABRÁN ESTABLECIDO UNA UNIDAD DE RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD RESPONSABLE POR EL DESARROLLO DE POLÍTICAS Y PLANES DE RECURSOS HUMANOS, LA DEFINICIÓN DE LA DIRECCIÓN ESTRATÉGICA Y LA NEGOCIACIÓN CON OTROS SECTORES

Si existe una Dirección de Recursos Humanos en el Ministerio de Salud de nivel estratégico y nacional. Según la Guía de medición 6 puntos representan el 100% de la meta. Por lo tanto 3 representan el 50% de nuestro avance con respecto a esta meta.

DESAFÍO 2: UBICAR A LAS PERSONAS IDÓNEAS EN LOS LUGARES ADECUADOS, DE MANERA DE LOGRAR UNA DISTRIBUCIÓN EQUITATIVA DE ACUERDO A LAS NECESIDADES DE SALUD DE LA POBLACIÓN META 6. LA BRECHA EN LA DISTRIBUCIÓN DE PERSONAL DE SALUD ENTRE ZONAS URBANAS Y RURALES SE HABRÁ REDUCIDO A LA MITAD EN EL 2015 CATEGORIA URBANO RURAL DENSIDAD DE RRHH EN SALUD 33.4 9.55 POBLACIÓN 2007 2,221,211 1,229,138 RAZÓN RURAL/ URBANA 0.3 Fuente: Contraloría General de la República, Instituto Nacional de Estadística y Censo: 2007

META 7: AL MENOS EL 70% DE LOS TRABAJADORES DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD TENDRÁN COMPETENCIAS DE SALUD PÚBLICA E INTERCULTURALES COMPARABLES.

META 8: 70% DE LAS ENFERMERAS, LAS AUXILIARES DE ENFERMERÍA, LOS TÉCNICOS DE SALUD Y LOS AGENTES SANITARIOS DE LA COMUNIDAD HABRÁN PERFECCIONADO SUS APTITUDES Y COMPETENCIAS A LA LUZ DE LA COMPLEJIDAD DE SUS FUNCIONES.

Actualmente no existe un instrumento de evaluación de las enfermeras que monitoree si perfeccionaron aptitudes y competencias a la luz de la complejidad de sus funciones. De igual forma los técnicos de salud no cuentan con un instrumento que le de seguimiento a la educación continua y perfeccionamiento de aptitudes y competencias a la luz de la complejidad de sus funciones.

META 9: EL 30% DEL PERSONAL DE SALUD EN LOS ENTORNOS DE ATENCIÓN PRIMARIA SE HABRÁN RECLUTADO DE SUS PROPIAS COMUNIDADES.

META 11: TODOS LOS PAÍSES DE LA REGIÓN TENDRÁN UNA POLÍTICA DE AUTOSUFICIENCIA PARA SATISFACER SUS NECESIDADES DE RECURSOS HUMANOS DE SALUD Actualmente Panamá no cuenta con una política de autosuficiencia META 12: TODAS LAS SUBREGIONES HABRÁN FORMULADO ACUERDOS MUTUOS E IMPLANTADO MECANISMOS PARA EL RECONOCIMIENTO DE LOS PROFESIONALES CAPACITADOS EN EL EXTRANJERO. No existen acuerdos mutuos

DESAFIO 4: GENERAR AMBIENTES DE TRABAJO SALUDABLES QUE PROPICIEN EL COMPROMISO CON LA MISIÓN INSTITUCIONAL DE GARANTIZAR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DE BUENA CALIDAD PARA TODA LA POBLACIÓN META 13: LA PROPORCIÓN DE EMPLEO PRECARIO, SIN PROTECCIÓN PARA LOS PROVEEDORES DE SERVICIOS DE SALUD SE HABRÁ REDUCIDO A LA MITAD EN TODOS LOS PAÍSES.

En el Sector Salud las diferentes ocupaciones que se identifican, se detallan los beneficios, la base legal, los requisitos de ingreso que se exigen en cada caso, los niveles y / o categorías aplicables y los criterios salariales que se aplican con repercusión directa en la administración presupuestaria del Sector Público. Además, se señalan los principales beneficios que estos grupos tienen, tales como: estabilidad en los

puestos condicionado a la competencia, incrementos salariales programados, compensaciones adicionales al salario (sobresueldos por jefatura, riesgo profesional, zona apartada y seguridad social).

De acuerdo al Instituto Nacional de Estadísticas y Censo de la Contraloría General de la República de Panamá, sobre los recursos y servicios de salud de la República, referentes al 2007, en el país había una fuerza de trabajo de 21,488 personas en ejercicio en las instalaciones de salud, 4,501 (20.9%) médicos generales y especialistas, 944 (4.4%) odontólogos, 4,087(19%) enfermeras licenciadas, 3,725(17.3%) Técnicas de Enfermería, Asistentes de enfermería 1,113 (5.2%), Farmacéuticos 668 (3.1%), Asistentes de farmacia 619 (2.9%), Técnicos Radiólogos 586(2.7%), y Laboratoristas 977 (4.5%),Técnicos dentales (as) 309 (1.4% ),Trabajadores sociales(as) 205 (1%), Psicólogos 130 (0.6%), Optometristas 29 (0.1%),Terapeutas físicos 138 (0.6%), Nutricionistas 136 (0.6%), Dietistas 12 ( 0.1%), Técnicos (as) de registros médicos 711 METAS REGIONALES DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD, PANAMÁ 2009 14 (3.3%), Técnicos (as) en electrocardiogramas 85 ( 0.4%), Inspectores (as) de saneamiento 153 (0.7%), Promotores (as) de salud 112 ( 0.5%), Camilleros (as) 320 (1.5% ), Otras 1928 (9% ).

Por lo tanto el 100% de los puestos de empleo serán considerados no precarios. “Se considera que un empleo es precario si no considera seguro de salud, Sistema de pensiones y licencias por enfermedad o embarazo”. META 14: EL 80% DE LOS PAÍSES DE LA REGIÓN HABRÁN IMPLEMENTADO POLÍTICAS DE SALUD Y SEGURIDAD PARA LOS TRABAJADORES DE SALUD, INCLUYENDO EL APOYO A PROGRAMAS PARA REDUCIR LAS ENFERMEDADES Y ACCIDENTES OCUPACIONALES

POLÍTICA NACIONAL DE SALUD 2010-2015 POLÍTICA 2 EJERCER EL LIDERAZGO SECTORIAL EN SALUD. Estrategia 2.5: Fortalecer la gestión en la salud, higiene y seguridad de los trabajadores , condiciones y ambientes de trabajo a nivel nacional Línea de acción 2.5.1 Coordinación, dirección y supervisión de un modelo de vigilancia de la salud de los trabajadores. Línea de acción 2.5.2 Educación continua del equipo de salud Línea de acción 2.5.3 Coordinación inter e intra-institucional para el acceso oportuno de los trabajadores a los servicios médicos integrales con calidad Línea de acción 2.5.4 Reubicación, readaptación y reeducación.

META 15: AL MENOS 60% DE LOS GERENTES DE SERVICIOS Y PROGRAMAS DE SALUD REUNIRÁN REQUISITOS ESPECÍFICOS DE COMPETENCIAS PARA LA SALUD PÚBLICA Y LA GESTIÓN, ENTRE ELLAS LAS DE CARÁCTER ÉTICO. Esta información no es registrada, ya que en el MINSA son cargos que no exigen prerrequisitos y no requieren formación en gestión o salud pública necesariamente. META 16: EL 100% DE LOS PAÍSES DE LA REGIÓN CONTARÁN CON MECANISMOS DE NEGOCIACIÓN Y LEGISLACIONES EFECTIVAS PARA PREVENIR, MITIGAR O RESOLVER LOS CONFLICTOS DE TRABAJO Y GARANTIZAR LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS ESENCIALES, TODA VEZ QUE SE PRESENTEN. Actualmente si existe.

DESAFIO 5: CREAR MECANISMOS DE COOPERACIÓN ENTRE LAS INSTITUCIONES EDUCATIVAS Y DE SERVICIOS DE SALUD PARA PRODUCIR PROFESIONALES SANITARIOS SENSIBLES A LAS NECESIDADES DE LA COMUNIDAD Y CALIFICADOS. META 17: EL 80% DE LAS ESCUELAS DE CIENCIAS DE LA SALUD HABRÁN REORIENTADO SU FORMACIÓN HACIA LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD Y LAS NECESIDADES DE LA SALUD COMUNITARIA Y HABRÁN INCORPORADO ESTRATEGIAS PARA LA FORMACIÓN INTERPROFESIONAL. Actualmente las escuelas de ciencias de la salud no han reorientado su formación, hacia la atención primaria de salud y las necesidades de la salud comunitaria. META 18: EL 80% DE LAS ESCUELAS DE CIENCIAS DE LA SALUD HABRÁN ADOPTADO PROGRAMAS ESPECÍFICOS PARA ATRAER Y FORMAR A ESTUDIANTES DE POBLACIONES SUB ATENDIDAS, HACIENDO HINCAPIÉ, CUANDO CORRESPONDA, EN LAS COMUNIDADES O POBLACIONES INDÍGENAS

Actualmente no existen escuelas de ciencias de la salud que han adoptado programas específicos para atraer y formar a estudiantes de poblaciones sub atendidas. META 19: LAS TASAS DE ABANDONO (DESERCIÓN) DE LAS ESCUELAS DE MEDICINA Y ENFERMERÍA NO PASARÁN DEL 20%. A la fecha no contamos con esta información del sector público y privado para tener las tasas de abandono de las escuelas de medicina y enfermería.

Gastos Sanitarios En Panamá, el gasto anual total en salud (GTS) en 2010 fue de 4,728.4 millones de dólares<sup>2</sup> . El GTS representó el 10.55% del PIB. El GTS per cápita fue de US\$ 1,388.46. El Gasto General del Gobierno en Salud (GGGS)<sup>i</sup> en 2010 fue de 3,276.14 millones de dólares<sup>2</sup> ; es decir, el 69.28% del GTS, con un GGGS per cápita de US\$ 962. El GGGS representó el 27.74% del presupuesto público total<sup>2</sup> . El gasto privado en salud representa el 30.72% restante del GTS<sup>7</sup> . De la población total, el 77.8% se encontraba cubierta en 2010 por un servicio de salud público<sup>4,8</sup> y el 10% por un seguro privado<sup>2</sup> . El Gasto Farmacéutico Total (GFT) en Panamá en 2010 fue de 209 millones de dólares; esto es un GFT per cápita de US\$ 61.4. El GFT supone el 0.46% del PIB y el 4.42% del GTS (ver Figura 1). El gasto público total en medicamentos (145 millones de dólares<sup>8</sup> ) representa el 69.28% del GFT

Recursos Humanos Farmacéuticos autorizados (todos los sectores) 2,392 (7/10,000)  
Farmacéuticos en el sector público 740 (2.2/10,000) Técnicos y auxiliares de farmacia (todos los sectores) 3,322 (9.7/10,000) Médicos (todos los sectores) 4,904 (14.4/10,000)  
Personal de enfermería y obstetricia (todos los sectores) 5,500 (16.1/10,000)

Infraestructura Hospitales 61 Camas hospitalarias 23/10,000 Unidades y centros de atención primaria de salud 789 Farmacias autorizadas

El sueldo anual neto inicial de un farmacéutico recién inscrito en el registro del sector público es de US\$ 8,400<sup>12</sup>. El número total de farmacéuticos que se graduaron (como primer título universitario) en los dos últimos años es de 12 120<sup>15,ii</sup>. Existen requisitos de acreditación para las facultades de farmacia<sup>15</sup>. Sin embargo, el plan de estudios de la carrera no se revisa periódicamente

En Panamá existe una Política Sanitaria Nacional (PSN). Esta política se actualizó en 2011. También existe un plan de ejecución asociado a la PSN. De igual forma, existe un documento oficial de Política Farmacéutica Nacional (PFN)<sup>16</sup> que se actualizó en 2009 (cuenta con un plan de aplicación). La PFN es vigilada y evaluada periódicamente por el Ministerio de Salud (Dirección Nacional de Farmacia y Drogas-DNFD). Existe la Ley 01 de 2001 sobre medicamentos y otros productos para la salud humana<sup>17</sup>.

- Financiación de los medicamentos En este apartado se proporciona información sobre el mecanismo de financiación de los medicamentos en Panamá, incluida la cobertura de medicamentos mediante seguros de enfermedad públicos y privados, el empleo de copagos por el usuario y la existencia de programas públicos que ofrecen medicamentos de forma gratuita. También se tratan las políticas y los reglamentos relativos a la fijación de precios (control de precios e impuestos) y a la disponibilidad de los medicamentos.

6.1 Cobertura de medicamentos y exenciones En Panamá se hacen concesiones a ciertos grupos para que reciban medicamentos de forma gratuita (ver Tabla 13). Además, la seguridad social proporciona medicamentos de forma gratuita para determinadas enfermedades

Tabla 14. Medicamentos ofrecidos con fondos públicos, sin costo alguno<sup>25</sup>

Enfermedades Cubiertas	Todas las enfermedades tratadas con medicamentos de la LME	Si Enfermedades no transmisibles	Si Malaria	Si Tuberculosis	Si Enfermedades de transmisión sexual	Si Infección por el VIH/sida	Si Vacunas para niños del Programa Ampliado de Inmunización (PAI)	Si Otras – Nutrición
------------------------	--	----------------------------------	------------	-----------------	---------------------------------------	------------------------------	---	----------------------

La CSS proporciona medicamentos de forma gratuita para asegurados y beneficiarios. El Ministerio de Salud brinda cobertura solamente a pacientes incluidos en programas como tuberculosis, nutrición, VIH/SIDA, chagas, cesación de trabajo, menores de 5 años y personas de escasos recursos (previa evaluación del servicio de Trabajo Social). Los sistemas de seguro de enfermedad privados no proporcionan cobertura de medicamentos

MINISTERIO DE SALUD Miembros de la CONAMEP: Colegio Médico de Panamá Colegio de Farmacéuticos Farmacias y Drogas Caja de Seguro Social Dirección General de Salud HST INSAM ION Hosp. Del Niño.

MINISTERIO DE SALUD - Centro Nacional de Fármaco-vigilancia - IEA: controles de calidad pre y post comercialización - Registro Sanitario - Listado nacional de medicamentos de alto, mediano y bajo riesgo sanitario. - Certificado de Intercambiabilidad - Listado nacional de medicamentos intercambiables - Homologación de la ficha técnica - Compras regionales por la OPS, o SE-COMISCA - Proyecto de ley para el uso racional de antibióticos.

El Ministerio de Salud de Panamá ha realizado avances significativos en el proceso de sistematización de la gestión de medicamentos e insumos para la atención sanitaria, a través de la implementación del Sistema de Apoyo Logístico, mejor conocido como LSS/SUMA, lo que ha permitido al país optimizar el ciclo logístico para la dispensación de medicamentos a la población.

El LSS/SUMA (Sistema de Apoyo Logístico / Sistema de Manejo Integral de Suministros Humanitarios) es un esfuerzo colectivo de los países de las Américas, con el respaldo técnico de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), para mejorar la capacidad nacional de manejo efectivo de los suministros y que estos lleguen de una manera adecuada y oportuna a la población. El LSS/SUMA es además un instrumento para mejorar la transparencia y la rendición de cuentas en la recepción y distribución de los suministros.

La implementación del LSS/SUMA por el Ministerio de Salud de Panamá es un caso ejemplar pues ha logrado la adaptación de esta herramienta, de uso regular en situaciones de emergencias, a la actividad cotidiana de la gestión de medicamentos, con resultados exitosos.

“El gran reto del MINSA es tener al alcance de toda la población, tanto la que vive en las áreas más cercanas como las que están en las áreas más remotas, los insumos sanitarios requeridos para suplir su demanda de salud”, expresa la Dra. Reina Roa, Directora Nacional de Provisión de Servicios del Ministerio de Salud de Panamá y responsable de garantizar que los insumos sanitarios estén disponibles para la población en cada instalación de salud de la red pública de atención.

Las autoridades nacionales de salud reconocen que en materia de atención, la función de inventario de insumos sanitarios es esencial; si esta no opera con efectividad, el sistema de salud no brindará una atención de calidad y puede poner en riesgo la salud y la vida de los usuarios.

En el año 2010, el MINSA inició el proceso de sistematización de la gestión de medicamentos utilizando el LSS/SUMA con adaptaciones que permitieran una oportuna gestión de todos los insumos sanitarios: medicamentos, material médico quirúrgico, insumos para odontología, materiales e insumos para imagenología y e insumos reactivos para laboratorio de análisis clínico.

El proceso inició con un taller de inducción al LSS/SUMA con le objetivo de dar a conocer las posibilidades de la herramienta y los beneficios que traería en el desarrollo del trabajo diario del personal del Almacén Central de Medicamentos.

Progresivamente, se realizaron las inversiones en infraestructura y los equipo necesarios para el funcionamiento en línea del LSS/SUMA adaptado a las necesidades de Panamá por el Ingeniero Víctor Martínez, Consultor del Programa de Preparativos para Emergencias y Desastres de la OPS/OMS. Se concretó la dotación del servidor y las computadoras, así como la interconexión de los equipos a través de una red con acceso a Internet y la instalación del software.

Junto con el Almacén Central, se automatizó la gestión en los almacenes de las regiones de salud del Área Metropolitana, Herrera, la Comarca Ngabbe Buglé, Veraguas, Chiriquí y Los Santos. Posteriormente, fueron añadidas a este grupo las regiones de salud de Darién y Bocas del Toro, que conjuntamente representan a más del 50% (ocho regiones de salud catorce) de los almacenes regionales a cargo del almacenamiento y distribución de los insumos sanitarios que utiliza el MINSA.

Durante el presenta año, se tiene previsto implementar el sistema LSS/SUMA de forma permanente en las seis regiones de salud restantes, así como se avanzará en su aplicación en los almacenes de hospitales y en las instalaciones de salud del primer nivel de atención.

La Dra. Norma Astudillo, Coordinadora de Insumos Sanitarios del MINSA, explica que este proceso está enmarcado en una política ministerial amplia de fortalecimiento del sistema logístico de insumos sanitarios, que además de modernizar el almacenamiento y distribución, también buscan mejorar las prácticas de los componentes de planificación, selección, compra y dispensación, con el propósito de asegurar que los insumos sanitarios estén disponibles en el momento en que se requieran en los servicios de salud.

La implementación del LSS/SUMA para la administración de inventarios y el fortalecimiento general del sistema logístico de insumos sanitarios está permitiendo obtener los siguientes resultados en forma progresiva:

- Establecer relaciones exactas entre las necesidades probables y los abastecimientos de los diferentes insumos.
- Definir categorías para los inventarios y clasificar cada insumo en la categoría adecuada.
- Mantener los costos de abastecimiento al más bajo nivel posible.
- Mantener un nivel adecuado de inventario.
- Tener un control más exacto comportamiento de las entradas y salidas de insumos en la red de almacenes con información precisa sobre las entregas a las unidades de salud y con necesidades inmediatas.
- Satisfacer de manera oportuna y exacta la demanda de insumos.

Señala la Dra. Roa que todo este proceso es para la satisfacción de las necesidades de atención de la salud que nuestra gente tiene. “Algunas claves del éxito han sido el desarrollo de un proceso basado en un sólido soporte político, administrativo y técnico; el liderazgo y la responsabilidad asumida por el Equipo Coordinador; el fortalecimiento de las capacidades en las Regiones de salud; el trabajo en equipo y la incorporación de experiencias exitosas”.

La aplicación de la metodología LSS/SUMA se ha desarrollado con un enfoque integral, que incluye: personal local capacitado, material diseñado para la operación del sistemas, con guías y tutoriales, así como disponer de una herramienta electrónica flexible y fácil de usar.

“El apoyo de la OPS/OMS ha sido muy valioso al éxito del trabajo que el MINSA realiza. Contar con información e inventarios sistematizados de nuestros almacenes de insumos y suministros sanitarios es un gran avance para el Sistema de Salud Panameño, mejorando la calidad, seguridad y oportunidad de la atención”, puntualizó la Dra. Astudillo. “El aporte de la OPS/OMS ha sido técnico y también para la adquisición de los equipos informáticos”, subrayó la Dr Astudillo.

La Fármaco-vigilancia (FV): es la actividad de las ciencias de la salud que permite recolectar información, analizar, tomar decisiones y difundir información sobre reacciones adversas a medicamentos. Se fundamenta en la cooperación de los profesionales de la salud, particularmente los médicos. 3 La fármaco-vigilancia es una herramienta principal de la fármaco-epidemiología (disciplina de la farmacología clínica y epidemiología clínica), se ocupa del estudio de los determinantes del riesgo asociados al uso de medicamentos en la población general y la manera de prevenirlos y promoverlos.

**OBJETIVOS DE LA FARMACOVIGILANCIA** La fármaco-vigilancia tiene como objetivo general contribuir al uso seguro y racional de los medicamentos, supervisando y evaluando

permanentemente sus riesgos, se ocupa de la detección, la evaluación y la prevención de los riesgos asociados a los medicamentos una vez comercializados. Los principales objetivos son:

1. Detección temprana de las reacciones adversas e interacciones desconocidas hasta ese momento.
2. Detección de aumentos en la frecuencia de reacciones adversas conocidas.
3. Identificación de factores de riesgo y de los posibles mecanismos subyacentes de las reacciones adversas.
4. Estimación de los aspectos cuantitativos de la relación beneficio/riesgo y difusión de la información necesaria para mejorar la regulación y prescripción de medicamentos. Los objetivos finales de la fármaco-vigilancia son: 1. El uso racional y seguro de los medicamentos. 2. La evaluación y comunicación de los riesgos y beneficios de los medicamentos comercializados. 3. La educación a los profesionales de la salud y a los pacientes. 4. La información confiable y válida para los pacientes.

**MÉTODOS EN FARMACOVIGILANCIA** Los estudios de la fármaco-vigilancia consisten básicamente en la identificación de las reacciones adversas, empleando técnicas de análisis poblacional con bases fármaco-epidemiológicas para una evaluación permanente de la relación riesgo/beneficio de los medicamentos consumidos por la población. Es decir, recolectan, registran y evalúan sistemáticamente la información respecto a reacciones adversas de los medicamentos cuando son usados en la etapa post comercialización por una población en condiciones naturales. La notificación de casos clínicos de sospechas de reacciones adversas a medicamentos, así como la cuantificación de series de pacientes que presentan una patología y una exposición farmacológica previa (patología farmacológica) son los medios más rápidos para generar hipótesis de relaciones causales entre la administración de un fármaco y la aparición de un determinado efecto adverso. La notificación sistemática de reacciones adversas y su análisis estadístico, permite generar señales de alerta sobre el comportamiento de los medicamentos en la población.

Ley 1 de 10 de enero de 2001. G.O. 24,218. Cap. V, art. 53. Crea el Sistema Nacional de Farmacovigilancia adscrito a la DNFD del MINSU. • Decreto Ejecutivo 178 del 13 de julio de 2001. art. 205-220. G.O. 24,344. Se crea el Centro Nacional de Fármaco-vigilancia cuya sede estará en el Depto. de Fármaco-vigilancia de la DNFD, encargada de implantar los procedimientos necesarios para el funcionamiento del SNFV.

sugerido por la Organización Mundial de la Salud. Tiene la finalidad de lograr una buena identificación de cada fármaco en el ámbito internacional.

2. Fármaco-epidemiología: Es la ciencia que estudia el uso y los efectos de los fármacos en grandes poblaciones, incluye estudios de utilización de medicamentos ensayos clínicos y fármaco-vigilancia.
3. Formulario Nacional de Medicamentos: Documento que señala los productos y medicamentos que han sido seleccionados para utilizarse en un sistema determinado de atención sanitaria. Debe incluir la información farmacológica y la metodología necesaria para una revisión continua.
4. Lista de Medicamentos Esenciales: Documento que señala los productos y medicamentos que han sido seleccionados para utilizarse en un sistema determinado de atención sanitaria. Debe incluir la metodología necesaria para una revisión continua.
5. Medicamento: Producto Farmacéutico empleado para la prevención, diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o estado patológico, o para modificar sistemas fisiológicos en beneficio de la persona a quien fue administrado.

6. Medicamentos de Difícil Adquisición: Son aquellos que aún estando identificados la lista de medicamentos, presenta dificultades para su adquisición por alguna de las siguientes causas: falta de registro sanitario, falta de oferentes, alto costo, bajos consumos en el país por ser de utilidad en patología poco frecuente o excepcionales.

7. Medicamentos Esenciales: según la OMS, son aquellos que satisfacen las necesidades de la mayor parte de la población y que por lo tanto deben estar disponibles en todo momento, en cantidades adecuadas, en formas de dosificación apropiadas y a un precio que esté al alcance del individuo y de la comunidad.

8. Medicamentos Genéricos: Es aquel que una vez vencida la patente del original, se distribuye o expende rotulado con el nombre de la Denominación Común Internacional del principio activo o con un nombre comercial del laboratorio que lo fabrica.

9. Política Nacional de Medicamentos: Es un compromiso con un objetivo y una guía de acción que expresa los lineamientos establecidos por el gobierno para el sector farmacéutico e identifica las estrategias principales para alcanzarlos en el ámbito de acción público y privado, con todos los protagonistas involucrados. ARTICULO SEGUNDO: La Dirección Nacional de Farmacia y Drogas tendrá la función de gestionar la implementación de la Política Nacional de Medicamentos. ARTICULO TERCERO: La presente Resolución entrará en vigencia a partir de su promulgación en Gaceta Oficial. FUNDAMENTO DE DERECHO: Constitución Política de la República de Panamá, Ley 1 de 10 de enero de 2001. Dado en la ciudad de Panamá a los 30 del mes de junio de dos mil nueve (2009)

Infraestructura y equipo se prestan los servicios de salud El Instituto Nacional de Estadística y Censo (INEC), realiza anualmente la encuesta sobre los recursos y servicios de salud de la República. Durante la encuesta del 2011 funcionaban en el país 860 instalaciones de salud. De este total, el 61.3 por ciento eran sub-centros y puestos de salud, el 31.5 por ciento centros de salud y policlínicas, mientras que el 7.2 por ciento eran hospitales. Al comparar la cifra del año en mención con el 2010, que fue de 866 instalaciones, se observó una disminución de 0.7 por ciento, debido a que algunas instalaciones de salud no funcionaron. Para este mismo período, las instalaciones de salud hospitalarias disponían de 8,430 camas para atender a la población que requieren de este servicio, lo que denota un aumento de 56 camas, es decir, 0.7 por ciento, con relación a las 8,374 del 2010. Además, el porcentaje ocupacional o índice de ocupación de camas fue de 47.0 por ciento a nivel total. Cuando se analizó este mismo indicador por dependencia, se observó que en el sector público es de 89.5 por ciento y en el particular de 10.5 por ciento. El análisis permite destacar que nuestro país tiene una capacidad instalada de 2.3 camas por cada 1,000 habitantes; la capacidad que recomienda la Organización Mundial de la Salud, es de 3 camas por cada 1,000 habitantes. Sin embargo, este indicador mostró diferencias marcadas cuando se analizó por área, así el área urbana registró una tasa de 2.9 camas, en tanto, el área rural se mantuvo en 1.3 camas por cada 1,000 habitantes. De este total de camas 4,200 pertenecen al MINSA, 3,187 a la CSS y 1,043 a instalaciones de salud particulares y otras.

Gastos en insumos y medicamentos por minsa y css.....documentos

Equipo técnico

Artículo 30. Los oferentes que comercialicen equipos biomédicos, deberán cumplir con los siguientes requisitos: 1. Presentar los manuales de operación, funcionamiento y mantenimiento del fabricante. 2. Demostrar que cuentan con personal de Servicio Técnico de Soporte debidamente capacitado por el fabricante para ofrecer servicio técnico de instalación, operación, mantenimiento y calibración de

los equipos biomédicos durante la vida útil del mismo, así como de proveer los repuestos y herramientas necesarias para el mantenimiento y calibración que permita conservar los equipos en los rangos de seguridad establecidos por el fabricante. 3. Presentar las instrucciones y datos del fabricante sobre el almacenamiento y transporte de los equipos biomédicos. 4. Incluir el listado de accesorios, repuestos y consumibles y notificar cualquier modificación que se realice a este listado

Artículo 53. DIRECCIÓN GENERAL DE MEDICAMENTOS, INSUMOS Y DROGAS La Dirección General de Medicamentos Insumos y Drogas, es el órgano técnico-normativo en los aspectos relacionados a las autorizaciones sanitarias de medicamentos, otros productos farmacéuticos y afines, certificación, el control y vigilancia de los procesos relacionados con la producción, importación, distribución, almacenamiento, comercialización, promoción, publicidad, dispensación y expendio de productos farmacéuticos y afines, así como contribuir al acceso equitativo de productos farmacéuticos y afines de interés para la salud, eficaces, seguros, de calidad y usados racionalmente; está a cargo de las siguientes funciones generales: a) Proponer las políticas nacionales e internacionales sobre medicamentos, otros productos farmacéuticos y afines e identificar y proponer los objetivos estratégicos sectoriales e institucionales para su desarrollo. b) Normar en aspectos relacionados con la calidad, seguridad y eficacia de los medicamentos, otros productos farmacéuticos y afines. c) Establecer las normas sanitarias para la investigación, autorización, registro, producción, importación, exportación, almacenamiento, distribución, comercialización, donación, promoción, publicidad, dispensación, expendio, control y vigilancia de medicamentos, otros productos farmacéuticos y afines. d) Establecer las normas sanitarias para la autorización, registro, certificación, control y vigilancia de los establecimientos farmacéuticos y otros establecimientos afines relacionados con los procesos de producción, importación, exportación, almacenamiento, distribución, comercialización, promoción, publicidad, dispensación y expendio de medicamento, otros productos farmacéuticos y afines. e) Autorizar, registrar, controlar y vigilar los medicamentos, otros productos farmacéuticos y afines, así como el funcionamiento de los establecimientos farmacéuticos y otros establecimientos afines que correspondan. f) Normar y establecer estrategias para promover el acceso, disponibilidad y uso racional de medicamentos priorizando los esenciales. g) Normar, controlar, supervisar, en aspectos relacionados a las sustancias sujetas a fiscalización sanitaria y medicamentos que los contienen. h) Analizar la situación farmacéutica del país y sus determinantes, i) Monitorear y evaluar el mercado farmacéutico nacional y difundir la información. j) Convocar y coordinar la participación sectorial y multisectorial para el cumplimiento de sus funciones. k) Contribuir a erradicar el comercio informal, adulteración, falsificación y contrabando de medicamentos, otros productos farmacéuticos y afines a nivel nacional, promoviendo a participación multisectorial. l) Coordinar la elaboración del Formulario Nacional de Medicamentos y promover su difusión. m) Promover el concepto de medicamento esencial y petitorio nacional e institucional, como base del proceso de selección de medicamentos, n) Proponer Políticas de Medicamentos Genéricos en el país en coordinación con las entidades del Sector Salud, o) Promover la difusión y acceso a la información científica y técnica, completa e independiente referida a medicamentos y su utilización. p) Normar, conducir, promover, monitorear, vigilar, supervisar y evaluar la Red Nacional de Centros de información de Medicamentos q) Diseñar e implementar el sistema de mejoramiento.

La calidad de la atención consiste en la aplicación de la ciencia y tecnología médicas en una forma que maximice sus beneficios para la salud sin aumentar en forma proporcional sus

riesgos. El grado de calidad es, por consiguiente, la medida en que se espera que la atención suministrada logre el equilibrio más favorable de riesgos y beneficios.

- Fomentar que en los establecimientos de salud se brinden servicios de salud oportunos, eficaces, no discriminatorios y accesibles a todas las personas que contribuyan a elevar su calidad de vida
- Evaluar continuamente la satisfacción de los usuarios como mecanismo para mejorar
- Informar a la población sobre los compromisos, actividades y resultados del Sistema de Calidad para el Servicio de Atención Integral de Salud

Implica la definición de un diseño organizacional que permita llevar a cabo las funciones para la gestión de calidad integrada al sistema de salud.

Las actividades son sostenibles cuando los conocimientos, el nivel de compromiso y los recursos son suficientes para aplicar, adaptar, sostener y continuar desarrollando el proceso de garantía de calidad

La organización comprende el Nivel central, Regional y local( redes y establecimientos de Salud públicos y privados.

*Conjunto de acciones que deliberada y sistemáticamente se llevan a cabo para fijar normas, vigilar y mejorar el desempeño, en forma continua y cíclica de manera que la atención prestada sea efectiva, eficaz y segura, orientándose a la satisfacción del usuario.”*

Implica el desarrollo e implementación de los procesos:

- Autoevaluación y Acreditación.
- Auditoría clínica en salud.
- Evaluación de la tecnología sanitaria.

Mora quirúrgica

- La Organización Mundial de la Salud (OMS) incluyó en su definición de salud el bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de dolencias o enfermedades.

Con relación al bienestar social, sabía que el Gobierno utilizaría su habitual política de tratar de descalificar a los que difieren, pero jamás pude imaginarme que llegaría a donde ha llegado con los médicos y odontólogos. Reitero que es necesario formar ciudadanos que sean participantes activos y comprometidos con la convivencia democrática.

Aunque no me sorprendió la ‘satanización’, sí me ha indignado. Por ello, como desagravio a los recursos humanos del sector público que laboran denodadamente para contribuir a garantizar esa salud a que se refiere la OMS -muchas veces sin tener consultorios, equipos e insumos imprescindibles para su labor-, les hago un

reconocimiento público a tres de ellos: la odontóloga Mónica Anguizola y el clínico Julio Toro -policlínica Alejandro De la Guardia, en Betania- y el otorrinolaringólogo Julio García -hospital Santo Tomás-, que siempre me han brindado una excelente atención, con un gran calor humano.

Según la ministra de Salud y el director de Prestaciones Médicas de la Caja de Seguridad Social (CSS), el primer día de paro ocasionó pérdidas que superan el millón de balboas, pero no explicaron cómo es posible que si la mayor parte de las instalaciones sanitarias están paralizadas en gran medida, se incurra en pérdidas.

¿Por qué las autoridades sanitarias no calculan las pérdidas anuales en que incurren los asegurados porque la dirección de la CSS incumple con su deber de suministrar los reactivos, materiales de laboratorio, equipos, materiales e instrumental médico-quirúrgico necesarios? O los millones de balboas que desembolsan los asegurados porque las farmacias de la CSS están desabastecidas.

Conozco de innumerables casos donde no se han podido realizar mamografías, rayos X, etc., ya que no hay equipos o están dañados. O no hay reactivos para los laboratorios. O no hay insumos odontológicos. Para muestra, tres botones: 1) Durante tres días, cinco odontólogos no pudieron hacer restauraciones o calzas, ya que se agotó el lubricante que es indispensable para poder manipular la pieza de mano utilizada para ello. 2) Desde febrero en la CSS no hay pentoxifilina. 3) El hospital Santo Tomás sin sábanas.

La norma es que en 8 horas los médicos generales atiendan 32 pacientes, y los médicos especialistas 16 pacientes. Pero como no hay consultorios suficientes, la jornada diaria se divide en 2 sesiones de 6 horas c/u: de 7 a 1 de la tarde y de 1 a 7 de la noche. O sea ¡un médico general sólo tiene once minutos para cada paciente!

La carencia de médicos especialistas en la CSS es alarmante. A pesar de que la segunda causa de muerte se debe a trastornos cardiovasculares, sólo tiene 42 cardiólogos. La diabetes es la quinta causa de muerte y sólo hay 8 endocrinólogos. Esta crítica situación se agudizará si no se realiza la equiparación salarial.

- La mayor parte de la insatisfacción de los pacientes es causada por citas tardías, mora quirúrgica, falta de medicamentos e insumos médico-quirúrgicos. ¿Esto es ocasionado por los médicos y odontólogos o por una pésima administración?
- La periodista Maribel Cuervo de Paredes denunció que desalojaron en forma inhumana y abrupta a seis pacientes recluidas en la sala de mujeres del Complejo Hospitalario, para internar al subdirector de la CSS, Aníbal Illueca. Como la periodista no recibió respuesta a las cartas que dirigió a las autoridades sanitarias, el 11 de octubre se reunió con la Junta Directiva, informándoles de los privilegios del Subdirector. La Junta Directiva no ha dado respuesta, pero sí publicó un aviso

pagado rechazando la equiparación salarial.

Las deficiencias observadas en la administración de nuestra salud pública son tan elementales que no concibo pueda deberse a incapacidad. Considero que son realizadas deliberadamente para justificar la privatización de la salud pública.

El 14 de octubre de 2007, desde mi columna dominical en La Estrella de Panamá aseveré: “Como el modelo neoliberal está tan desprestigiado, ya no utilizan el término ‘privatizar’; ahora hablan de ‘externalizar’, ‘descentralizar’ y ‘concesión administrativa’...”. Esta semana, John Bennett, ex presidente de APEDE, y el semanario Capital Financiero lo han confirmado. Bennett declaró que hay que acabar de privatizar todo el sistema de salud. El editorial de Capital Financiero expresa: “pareciera justo analizar la posibilidad de traspasar los servicios de administración de hospitales y atención médica a manos privadas, ya sea en la figura de patronatos o cualquiera otra, que permita enderezar un sistema que está condenado a fracasar”.

.

- **Interpretación:** El factor Tiempo que influye en el 32% de la satisfacción del usuario obtuvo la media más baja, los atributos que componen este factor son: el tiempo para conseguir citas, el tiempo para ser atendido en los servicios y la puntualidad del médico. El factor Servicios que influye en el 25% de la satisfacción del usuario también obtuvo una media muy baja, sin embargo el Servicio de Farmacia es el que fue peor valorado por los usuarios
- MONITOREO Y EVALUACIÓN DE LAS REFORMAS CONCEPTOS CLAVE
- EFECTIVIDAD Y CALIDAD EFICIENCIA EQUIDAD SOSTENIBILIDAD
- Tendencias de la Situación de Salud en la Región 22.El panorama de salud en la Región se caracteriza por la coexistencia de daños debidos a enfermedades transmisibles, con enfermedades de tipo crónico–degenerativo, violencia, trauma, enfermedades laborales y enfermedades mentales<sup>14</sup>. Las últimas han reemplazado a las transmisibles como causas principales de muerte y enfermedad en la totalidad de los países<sup>15</sup>. Entre las enfermedades transmisibles persisten las amenazas tradicionales, como la malaria, han aparecido nuevas amenazas (como el VIH/SIDA), han reemergido otras (como la tuberculosis) y se han producido cambios en las características de algunos agentes, tales como los virus de la influenza, cuyas variantes podrían provocar una pandemia de graves consecuencias. Junto a esto, subsiste un grupo de enfermedades que afectan desproporcionadamente a los países en desarrollo y que son consecuencia de la pobreza y, en general, están cargadas de estigma<sup>16</sup>. Aunque estas enfermedades son prevenibles y curables con medicamentos de fácil administración, su control sigue siendo un reto. <sup>23</sup>. Pese a que en los últimos años es posible apreciar mejoras en la mayoría de los indicadores de salud tradicionales<sup>17</sup>, especialmente cuando se trata de promedios nacionales, la

característica principal de la Región es la gran diferencia que muestran los mismos tanto entre los países como al interior de ellos. Las desigualdades en salud están relacionadas a importantes diferencias geográficas, de edad, de género, de etnia, de educación y de distribución del ingreso<sup>18</sup>. 24. Las condiciones de salud de los pueblos indígenas son consistentemente peores que las de la población no-indígena<sup>19</sup>. En la Región, más de 45 millones de habitantes pertenecen a las etnias originarias, pero los sistemas de información no destacan suficientemente las variables raciales y culturales, lo que dificulta el desarrollo de estrategias apropiadas para intervenir sobre los daños a la salud de esta importante población. 25. Los logros en reducción de la mortalidad precoz y evitable han sido obtenidos en gran medida por acciones específicas del sector salud, especialmente de atención primaria, como el aumento de la cobertura de inmunizaciones, la planificación familiar y la rehidratación oral. Aun cuando la mortalidad materna ha disminuido, en el año 2005 la Región tenía una tasa de 71,9 por 100.000 nacidos vivos. Esta tasa sube a 94,5 cuando se considera sólo América Latina y el Caribe y alcanza el valor máximo de 523 en Haití y el mínimo de 13,4 en Chile<sup>20</sup>. Los embarazos de adolescentes, en su mayoría no deseados, llegan al 20% del total de embarazos en muchos países y son un desafío evidente para las futuras madres, los padres y sus hijos. La mortalidad por cáncer del cuello uterino, cáncer de mama, septicemias, desnutrición e infecciones respiratorias agudas — todas causas evitables de muerte— pueden ser reducidas con mayor efectividad y cobertura de la atención primaria de salud. 26. En muchos casos, el avance que se puede lograr con acciones específicas del sistema de salud parece estar llegando a sus límites. Se reconoce cada vez más que los factores de riesgo de las principales causas de enfermedad y muerte.

- Fortalecer la Autoridad Sanitaria Nacional<sup>30</sup> 34. Para lograr mejoras en la situación de salud, la Autoridad Sanitaria Nacional debe fortalecer su capacidad institucional para cumplir su rol rector en salud y ejercer un liderazgo intersectorial, con capacidad de convocatoria y orientación a los socios, en la tarea de impulsar el desarrollo humano. Debe propiciar la plena participación social y comunitaria y el fortalecimiento de la atención primaria de salud, así como la de todos los agentes de transformación, incluyendo aquellos en el sector privado, para alcanzar las metas nacionales de salud. Simultáneamente, la Autoridad Sanitaria Nacional debe contar con los marcos legales que respalden y permitan auditar su gestión. 35. El ejercicio de la gobernanza, liderazgo y rendición de cuentas son elementos claves para que la Autoridad Sanitaria Nacional logre, al más alto nivel, el compromiso y la voluntad política para fortalecer el desarrollo de la salud. Los ministerios de salud deben cumplir plenamente las funciones esenciales de salud pública<sup>31</sup> y desempeñar eficientemente su papel en la conducción, regulación y gestión de los sistemas de salud. Una tarea sustancial es la clarificación de las responsabilidades que incumben al gobierno, la sociedad y las personas, respectivamente. La toma de decisiones basada en evidencias fortalece a la Autoridad Sanitaria Nacional. **Los procesos de asignación de recursos y diseño de políticas, se beneficiarían de la** institucionalización de sistemas de información sobre gasto y financiamiento del sistema de salud. 36. La Autoridad Sanitaria Nacional debe participar activamente en la definición de políticas dirigidas al abordaje de los determinantes sociales. El diálogo, coordinación y colaboración

entre los ministerios de salud y los de finanzas y planificación, debe centrarse en previsión, estabilidad y continuidad de la asignación de recursos financieros para la consecución de las metas nacionales de desarrollo humano. 37. Una parte esencial del papel rector de la Autoridad Sanitaria Nacional es asegurar que los temas de salud que han sido adoptados como mandatos regionales y subregionales, se incorporen en la agenda hemisférica de desarrollo. La Autoridad Sanitaria Nacional, en coordinación con el sector de relaciones exteriores y otros pertinentes, aseguraría así, que la salud ocupe un lugar preponderante en las estrategias de desarrollo y reducción de la pobreza que, dentro del marco de salud global, se discuten en foros como las reuniones cumbres de las Américas e Iberoamericana, entre otras. 38. A la vez que se propicia una mayor inversión en salud se debe consolidar un sistema de rendición de cuentas efectivo, eficiente y transparente, que apoye a la movilización de recursos y resguarde su adecuado manejo. En esta misma línea, se identifica el requerimiento que la Autoridad Sanitaria Nacional fortalezca su capacidad para planificar, gestionar y coordinar el uso de recursos tanto de origen nacional como de la cooperación externa en salud.

**ARTÍCULO 13.- OFICINA DE DESCENTRALIZACIÓN** La Oficina de Descentralización, es un órgano que depende del Despacho Viceministerial, responsable de coordinar, articular y monitorear las actividades orientadas a facilitar las relaciones entre el Ministerio de salud y los Gobiernos Regionales y Locales, en el marco del proceso de descentralización. Tiene a su cargo las siguientes funciones generales: a) Representar por delegación, al Ministro de Salud en Comisiones Multisectoriales y/o eventos relacionados con el proceso de descentralización del Sector. b) Asesorar a la Alta Dirección en el proceso de descentralización. c) Coordinar el proceso de descentralización en salud. d) Articular los esfuerzos del Ministerio de Salud para la implementación de la transferencia de competencias y recursos a los Gobiernos Regionales y Locales. e) Elaborar los planes y proponer los instrumentos para la implementación de la transferencia de competencias, en coordinación con los órganos del Ministerio de Salud y del sector. f) Participar en el proceso de selección y evaluación de los Directores Regionales de Salud. g) Coordinar y apoyar a los Gobiernos Regionales en las acciones para la implementación del proceso de descentralización de la salud. h) Efectuar el monitoreo y seguimiento del proceso de descentralización y evaluar el Plan de Transferencia Sectorial, en coordinación con los órganos del Ministerio de Salud. i) Coordinar la evaluación de la implementación de las funciones delegadas y transferidas. j) Mantener informada a la Alta Dirección sobre el funcionamiento de las Direcciones Regionales de Salud y proponer las medidas pertinentes.

## **Ministerio de Salud**

### **Visión**

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

## **Misión**

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

- descentralización
- La operatividad del Sistema de Rectoría de la Salud implica el que todos los organismos públicos y privados con competencia en la producción de la salud, enmarquen sus acciones de acuerdo a las políticas, planes, programas y normas que promulgue el Ministerio de Salud. También quedarán sujetos a un simultáneo proceso de monitoreo, supervisión y evaluación, que será ejercido en procura de la eficiencia y la calidad de los servicios de salud en el país. Para el desarrollo de la descentralización en salud, otra de las acciones prioritarias, la orientación básica consistirá en la operativización de la Estrategia de la Atención Primaria, en búsqueda de la equidad en salud. Ello implica priorizar a los grupos humanos postergados, desarrollando el primer nivel de atención y mejorando la capacidad operativa y gerencial de los servicios de salud. El punto focal para el desarrollo de la descentralización lo constituye el fortalecimiento del Nivel Local, como base de la respuesta organizada a los requerimientos de salud de la población y el ambiente. La consolidación de las acciones para la Rectoría y la Descentralización que orienta el Ministerio de Salud, será apoyada por la implementación de estructuras y procesos que concreten ambos procesos técnicopolíticos. 1. Implementación del Sistema de Información en Salud 2. Desarrollo de nuevas estrategias para el financiamiento de la salud 3. Desarrollo efectivo de la Participación Social en Salud 4. Diseño y ejecución de perfiles educacionales para el proceso de capacitación y formación permanente del recurso humano en salud. La operatividad del Sistema de Rectoría de la Salud implica el que todos los organismos públicos y privados con competencia en la producción de la salud, enmarquen sus acciones de acuerdo a las políticas, planes, programas y normas que promulgue el Ministerio de Salud. También quedarán sujetos a un simultáneo proceso de monitoreo, supervisión y evaluación, que será ejercido en procura de la eficiencia y la calidad de los servicios de salud en el país. Para el desarrollo de la descentralización en salud, otra de las acciones prioritarias, la orientación básica consistirá en la operativización de la Estrategia de la Atención Primaria, en búsqueda de la equidad en salud. Ello implica priorizar a los grupos humanos postergados, desarrollando el primer nivel de atención y mejorando la capacidad operativa y gerencial de los servicios de salud. El punto focal para el desarrollo de la descentralización lo constituye el fortalecimiento del Nivel Local, como base de la respuesta organizada a los requerimientos de salud de la población y el ambiente. La consolidación de las acciones para la Rectoría y la Descentralización que orienta el Ministerio de Salud, será apoyada por la implementación de estructuras y

procesos que concreten ambos procesos técnicopolíticos. 1. Implementación del Sistema de Información en Salud 2. Desarrollo de nuevas estrategias para el financiamiento de la salud 3. Desarrollo efectivo de la Participación Social en Salud 4. Diseño y ejecución de perfiles educacionales para el proceso de capacitación y formación

- Patronatos rol

El Sector Salud permanente del recurso humano en salud.

en Panamá muestra la tradicional fragmentación de los subsectores público, privado y de la seguridad social

Con escasa complementariedad y articulación de sus instituciones y establecimientos

Múltiples actores gestionan y prestan servicios a la población

Contemplada en el Artículo III de la Constitución Política de la

República, está conformada por:

Ministerio de Salud

Caja del Seguro Social

Instituto de Acueductos y Alcantarillados Nacionales

Escuelas y Facultades de Ciencias de la Salud

Sector Privado de Servicios de Salud

Patronatos

Instituciones Autónomas y Semi -autónomas que realicen acciones de promoción, prevención, reparación y rehabilitación de la salud, instituciones de docencia e investigación en salud.

**La Caja de Seguro Social** provee servicios de atención directa a la población derechohabiente, así como los servicios de prestación económica, a través del desarrollo de los programas de invalidez, vejez y muerte.

La población protegida por la seguridad social alcanzó, en el 2003, cerca del 60.0% de la población total y se estima que por cada jubilado o pensionado hay 5 trabajadores solidarios con él, y que por cada cotizante activo hay un promedio de tres dependientes o beneficiarios.

El **sector privado** se compone de prestadores directos y de entidades financiadoras o “prepagos”.

El **sector público** presta servicios a la totalidad de la población que los demanda sin exclusión, y cubre financieramente a la población no asegurada.

La atención de salud se lleva a cabo a través de establecimientos proveedores organizados en **redes**, según nivel de atención con distintos grados de complejidad y capacidad de resolución.

Los establecimientos de la red de atención pública hospitalaria se clasifican de acuerdo con la complejidad de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos del proceso asistencial, en hospitales de primer, segundo y tercer nivel de atención.

La Caja del Seguro Social y el Ministerio de Salud cuentan con más de 25,000 funcionarios de diversas calificaciones y competencias técnicas, que se constituyen en la fuerza de trabajo con capacidad para la generación de cambios en el sistema.

MINSA: 8,622

CSS: 14,050

Patronatos: 2,229

Junta Comunal/Comités 254

Otros: 7

MINSA y CSS se desempeñan como entes financiadores de los servicios de salud

Fuentes de financiamiento: Recursos del estado, que se obtiene vía recaudación de impuestos

Usuarios del sistema aportan mediante cuotas de co-pago que retornan vía cuentas bancarias, a instalaciones de salud (cuota obrero patronal)

Fuentes de autogestión

Objetivos del MINSA...fundamentales

Fortalecer el sistema de rectoría en salud

Mejorar la accesibilidad de la población a los servicios de salud

Alcanzar calidad de vida

Prevenir y proteger a la población de riesgos de contaminación

Aumentar la participación ciudadana

Garantizar oferta de servicios

Contar con capital humano con alto nivel de competencia

Fortalecer el conocimiento científico y social

Se fortalecerá el Sistema Nacional de Salud, con la participación sinérgica de los sectores públicos, privados y de la sociedad civil, bajo la Rectoría del Ministerio de Salud; de igual manera, fortaleceremos los mecanismos de prestación de los servicios de salud.

**2.** Actualizaremos el sistema de regulación sanitaria.

**3.** Impulsaremos el desarrollo integral de los recursos humanos, mediante el desarrollo de los sistemas de méritos, evaluación del desempeño y capacitación permanente.

Devolveremos a los comités de salud su rol protagónico

Nuevos modelos de gestión

## **Gestión**

Metodología de presupuesto por resultados

Convenios de Gestión

## **Extensión de Cobertura**

Caravana de la Salud

Encuentros comunitarios

Corregimiento Saludable

Escuela Saludable

El sistema público está conformado por dos instituciones: el Ministerio de Salud (MINSA) y la Caja de Seguro Social (CSS), ambas se dividen administrativamente en 14 regiones sanitarias, con presencia paralela y organizados por niveles de complejidad. Ofertan a la población servicios de salud acorde con su capacidad resolutive. También participa como parte del sector salud, el subsector privado. El 90% de la población tiene acceso a los servicios de salud, de cualquiera de las dos instituciones públicas, independientemente de su afiliación o no a la seguridad social, ya que existen subsidios cruzados entre el MINSA y la CSS (se estima que la CSS cubre el 80%). La población indígena y la que habita en el área rural, tiene un limitado acceso a los servicios de salud debido a barreras económicas y geográficas, así como el limitado abordaje intercultural y la escasa infraestructura de salud que incluye disponibilidad de personal de salud, acceso a medicamentos e insumos tecnológicos.

#### Cadena de abastecimiento

El sistema público está conformado por dos instituciones: el Ministerio de Salud (MINSA) y la Caja de Seguro Social (CSS), ambas se dividen administrativamente en 14 regiones sanitarias, con presencia paralela y organizada por niveles de complejidad. Ofertan a la población servicios de salud acorde con su capacidad resolutive. También participa como parte del sector salud, el subsector privado. El 90% de la población tiene acceso a los servicios de salud, de cualquiera de las dos instituciones públicas, independientemente de su afiliación o no a la seguridad social, ya que existen subsidios cruzados entre el MINSA y la CSS (se estima que la CSS cubre el 80%). La población indígena y la que habita en el área rural, tiene un limitado acceso a los servicios de salud debido a barreras económicas y geográficas, así como el limitado abordaje intercultural y la escasa infraestructura de salud que incluye disponibilidad de personal de salud, acceso a medicamentos e insumos tecnológicos.

**PROMOVER EL USO DE MEDICAMENTOS GENÉRICOS** Estrategia de medicamentos genéricos: El establecimiento de una estrategia de medicamentos genéricos es un medio para aumentar la disponibilidad y el uso de medicamentos esenciales de calidad, con ello se mejora el acceso, se beneficia la competencia, disminuyen los precios y favorece el uso racional de los medicamentos. Lineamientos: a) Priorización del proceso de evaluación para la obtención de registro sanitario de medicamentos genéricos que estén incluidos en la lista nacional de medicamentos, garantizando su calidad y vigilando su seguridad. b) Fortalecimiento de los procesos de análisis de calidad, pre y post registro, de los medicamentos. c) Promoción de acciones para mejorar la aceptación de los medicamentos genéricos por los profesionales de la salud y la población. d) Promoción e incentivo de la producción nacional de medicamentos. e) Información de precios de referencias de los medicamento genéricos. f) Información a los profesionales de la salud y a la población sobre los medicamentos intercambiables. Estrategias: a) Promoción y apoyo de la solidez técnica y transparencia de la Autoridad Sanitaria en la exigencia de estándares de calidad. b) Implementación de métodos para agilizar el registro sanitario de los medicamentos genéricos incluidos en la lista nacional de medicamentos, asegurando su

calidad, seguridad y eficacia. c) Diseño y desarrollo de un plan estratégico que incluya herramientas de comunicación para la transferencia de información en los aspectos de conocimientos y aceptación de los medicamentos genéricos por los profesionales de la salud y la población. d) Incorporación del tema de medicamentos esenciales y la Denominación Común Internacional (DCI) en la formación de profesionales de la salud. e) Promoción de las prescripciones por Denominación Común Internacional (DCI). f) Difusión de la política de genéricos como mecanismo de ampliación de acceso, asequibilidad y racionalización del mercado farmacéutico. g) Revisión de los convenios y acuerdos de prestación de servicios, sobre medicamentos, pactados entre el Ministerio de Salud con otras entidades del país e internacionales. h) Establecimiento de incentivos para la producción e importación de medicamentos genéricos. i) Promoción de cambios en los planes de estudios de las universidades a fin que se prepare farmacéuticos en farmacia industrial y tecnología farmacéutica. j) Diseñar un programa de información de precios de referencia tope de medicamentos.

El suministro de medicamentos debe ser garantizado en todas sus etapas para lograr un acceso oportuno y eficiente a la población. Lineamientos: a) Fortalecimiento de la gestión del sistema de suministro en todas sus fases. b) Programa de fortalecimiento de la capacidad de las áreas técnicas y autoridades competentes en la planificación, selección de medicamentos y gestión de suministros. c) Establecimiento de procedimientos de adquisición, almacenamiento y distribución de los productos en la cadena de abastecimiento y servicios farmacéuticos. d) Desarrollo de un sistema tecnológico que permita la información oportuna y control que garantice la gestión de suministro y la toma de decisiones. e) Aseguramiento de un presupuesto de acuerdo a las necesidades identificadas para la adquisición de medicamentos esenciales, que permita el uso racional de los mismos. f) Aseguramiento de un presupuesto para la adquisición de medicamentos especializados de alto costo y/o difícil adquisición. g) Identificación de otras fuentes de financiamiento para el suministro de medicamentos. h) Creación y difusión de las buenas prácticas de adquisición. i) Introducción de mecanismos que favorezcan la transparencia. Estrategias: a) Adopción de medidas para mejorar la eficiencia a través de mecanismos tales como: definición de listas básicas, adquisiciones mediante economías de escala, precio único, convenio marco, establecimiento de protocolos de tratamiento, entre otros. b) Adecuación de las instalaciones de los establecimientos farmacéuticos para el almacenamiento y dispensación de medicamentos. c) Dotación a los establecimientos farmacéuticos de personal de salud idóneos. d) Disponibilidad de los recursos financieros sostenibles para el desarrollo oportuno y eficiente de todos los componentes en el sistema de suministro de medicamentos. e) Definición de un sistema de evaluación a todos los actores involucrados y cumplimiento de los criterios de calificación del comportamiento de los proveedores. f) Actualización de las normas que reglamentan la donación de medicamentos. g) Capacitación del recurso humano en buenas prácticas de almacenamiento, distribución, transporte y dispensación de medicamentos. h) Negociaciones anuales con las Autoridades vinculantes para el aumento en la asignación de fondos gubernamentales sostenibles en el rubro de medicamentos para la atención de la población con énfasis en las más priorizadas, según análisis realizado.

OTROS MECANISMOS DE CONTENCIÓN DE COSTOS: Optimización de los recursos manteniendo los conceptos de calidad, eficacia y seguridad. Lineamientos: a) Realización de negociación conjunta, entre instituciones y/o entre países, de precios de determinados medicamentos. b) Utilización de mecanismos regionales de adquisición (fondo estratégico u otros). c) Desarrollo, establecimiento y utilización de sistemas de información de precios. Estrategias: a) Utilización de las estrategias provenientes de iniciativas internacionales para la adquisición de medicamentos b) Armonización de listados y establecimiento de procedimientos e instrumentos de negociación. c) Utilización de los convenios de participación con OPS y otras Organizaciones Internacionales. d) Recopilación y difusión de experiencias exitosas de adquisición. e) Fortalecimiento y utilización del Observatorio de Medicamentos en la gestión de costo para mejorar la transparencia de los procesos de negociación conjunta de precios y adquisiciones de medicamentos.

EFICACIA Y VIGILANCIA DE LA SEGURIDAD DE MEDICAMENTOS Lineamientos: a) Fortalecimiento de las capacidades para la evaluación de la documentación sobre eficacia y seguridad de los medicamentos. b) Fortalecimiento del sistema de fármaco-vigilancia. Estrategias: a) Alianzas estratégicas con instituciones de ciencia y tecnología, centros colaboradores de OPS/OMS y de otras agencias internacionales de cooperación y desarrollo, para el fortalecimiento de las capacidades y de habilidades en la evaluación. b) Adecuación del pensum académico, a nivel de pregrado, para formar profesionales con competencia actualizada en aspectos de fármaco-epidemiología y fármaco-economía.

c) Promoción de actividades académicas de especialización, dirigidas a profesionales del sector salud.

d) Desarrollo del Sistema Nacional de Fármaco-vigilancia, asignando infraestructura, recurso financiero y personal a nivel central, regional y local.

e) Creación y Fortalecimiento de los Comités Locales de Farmacoterapia y Fármaco-vigilancia.

f) Intercambio de información y alertas tempranas relacionadas con el uso de los medicamentos.

g) Fortalecimiento de los procesos de gestión del riesgo de los medicamentos.

h) Intercambio de información y alertas tempranas relacionadas con problemas de calidad de medicamentos identificados durante el proceso de vigilancia.

i) Fortalecimiento de la gestión de los Centros de Información de Medicamentos y de Tóxicos.

C. USO RACIONAL DE LOS MEDICAMENTOS El uso racional de los medicamentos significa que los pacientes reciban medicamentos apropiados y oportunos que contribuyan a la restauración de la salud, en dosis que satisfagan las necesidades y calidad de vida de los individuos y que aseguren la continuidad del tratamiento y a un costo más bajo para ellos y la comunidad. El uso racional de medicamentos es un proceso complejo, que exige la aplicación simultánea de intervenciones multifactoriales. Lineamientos:

- a) Elaboración de normas de buenas prácticas de prescripción y dispensación, basadas en las guías terapéuticas
- b) Promoción y desarrollo de programas de atención farmacéutica y el cumplimiento de las buenas prácticas de farmacia en los servicios farmacéuticos.
- c) Reconocimiento de las farmacias como establecimiento farmacéutico de interés sanitario.
- d) Desarrollo de programas de educación, capacitación e información dirigidos a los diferentes actores involucrados en el uso de medicamentos.
- e) Control de una promoción ética de los medicamentos.
- f) Auditoria de los Servicios de Salud, incluyendo el cumplimiento de la normativa de la farmacoterapia.
- g) Fortalecimiento de la vigilancia de la resistencia microbiana y reacciones adversas.

Estrategias:

- a) Control eficaz de las acciones de publicidad y promoción mediante actualización de la normativa e implementación de sanciones.
- b) Monitoreo y evaluación del cumplimiento y aplicación de las guías y protocolos de atención y otros instrumentos normativos.
- c) Educación continua a los profesionales de la salud como requisito para el desempeño de sus funciones.
- d) Ofrecimiento de atención farmacéutica continuada con garantía de privacidad y confidencialidad en los servicios farmacéuticos en todos los niveles de atención.
- e) Creación y desarrollo de los procesos de supervisión y auditoria en el entorno del uso de medicamentos.
- f) Capacitación en farmacoterapia basada en la solución de problemas de salud.
- g) Establecimiento de comités de farmacoterapia institucionales para la elaboración de las normas, seguimiento y evaluación de su cumplimiento.
- h) Establecimiento de criterios éticos de promoción de medicamentos.
- i) Desarrollo de estudios cualitativos y cuantitativos de uso de medicamentos.

j) Reforzar el Laboratorio Central de Referencia en Salud Pública para la vigilancia de la resistencia microbiana.

k) Creación de Centros de información de medicamentos y tóxicos en las instituciones de salud

l) Creación de los sistemas regionales de fármaco-vigilancia D. INVESTIGACIÓN La investigación es un elemento prioritario en los sistemas de salud que ayuda a elaborar políticas, establecer prioridades, planificar acciones, hacer un uso óptimo de los recursos y la toma de decisiones basadas en la evidencia.

Entidades de salud del MINSA Tipo de instalación Cantidad Hospitales nacionales especializados 4 Institutos nacionales especializados 1 Hospitales regionales 14 Hospital Nacional para Enfermedades Crónicas 1 Hospitales rurales 11 Hospital Regional Integrado MINSA/CSS 1 Poli centros 3 Centros de salud 185 Sub-centros de salud 110 Puestos de salud 455 Centros de promoción de la salud 7 GRAN TOTAL 7

En junio del 2006, se inauguraron 2 centros REINTEGRA de rehabilitación integral, unidades ejecutoras adscritas administrativa, técnica y funcionalmente a las Direcciones Regionales de Chiriquí y Veraguas, ubicadas en los perímetros de los hospitales José Domingo de Obaldía y Luis "Chicho" Fábrega.

Entidades de de salud de la CSS Tipo de instalación Cantidad Hospitales nacionales especializados 2 Hospital Nacional para Enfermedades Crónicas 1 Hospitales sectoriales 8 Policlínicas 25 Unidades locales de atención primaria 13, Centros de atención y prevención 27 GRAN TOTAL 7.

Presupuesto por producto

La Oficina General de Planeamiento y Presupuesto es el órgano de asesoría de la Alta Dirección responsable de los sistemas de planeamiento, presupuesto racionalización, inversión y cooperación internacional en el Sector Salud; coordina, en el ámbito de su competencia, con todas las entidades y organismos del Estado, así como con las dependencias, órganos y unidades orgánicas del Sector Salud y Ministerio de Salud esta a cargo de las siguientes funciones generales: a) Proponer las políticas y estrategias de largo, Y mediano y corto plazo; así como evaluar su cumplimiento y asegura' su articulación y consistencia con las políticas nacionales que coadyuven al desarrollo del país. b) Conducir los estudios referidos a diagnósticos y prospectivos del ámbito sectorial. c) Formular los planes de largo, mediana y «largo plazo, así como el Plan Estratégico en concordancia con tos lineamientos de políticas sectoriales e institucionales y de conformidad con las normatividad vigente. d) Proponer al Ministro de Salud a priorización de los programas, proyectos y actividades institucionales, así como las prioridades del gasto y de la inversión. en armonía y conformidad con os objetivos estratégicos nacionales y sectoriales e) Conducir los procesos de planeamiento, presupuesto, inversión y organización en el ámbito sectorial e

institucional. f) Formular y difundir la normatividad, metodología y técnica de los sistemas y procesos a su cargo, así como cautelar su cumplimiento. g) Efectuar la programación, monitoreo y evaluación de la inversión pública en salud, en el marco de la ley del Sistema Nacional de Inversión Pública. h) Proponer los modelos de organización, proceso y procedimientos brindando asistencia técnica en implementación. i) Participar conjuntamente con la Dirección General de Salud de las Personas en el diseño e implementación de herramientas relacionadas con la gestión económica financiera de los servicios de salud a nivel descentralizado. j) Promover la gestión por resultados y definir los indicadores de gestión que el Ministerio de Salud requiera para realizar el seguimiento y evaluación del avance en la consecución de los objetivos y las metas, en coordinación con las Direcciones y Oficinas Generales. k) Estimar los requerimientos complementarios de recursos de endeudamiento y de cooperación técnica para el cumplimiento de los objetivos y metas de planeamiento estratégico. l) Diseñar, rediseñar y mejorar continuamente el proceso de

Presupuesto aumentado para salud

## Recursos humanos e incentivos minsa.

Se tiene la voluntad y un plan de incentivos desarrollados para la realización de la redistribución del personal. Hay convenios con las Universidades e instituciones de educación superior que preparan profesionales de acuerdo a la demanda según las necesidades del MINSA y CSS y se cumplen. Existe un Consejo Técnico del sector Salud que regula y da la idoneidad de los trabajadores de la salud integrado por MINSA, CSS, Universidades (Facultades relacionadas con la salud) y el Colegio de Médicos y profesionales de las áreas de salud conducido por el Ministerio de Salud y que se reúnen una vez al mes con agenda y minutas definida, con marco legal establecido desde 1948 y funcionando con alta credibilidad.

FRENTE A LA BRECHA DE RRHH, QUE EN PANAMÁ SE MARCA EN EL NIVEL DE MÉDICOS ESPECIALISTAS, SOBRETUDO PARA CUBRIR LAS ZONAS RURALES DEL PAÍS, PARA HACERLE FRENTE A ÉSTA SE ESTA IMPLEMENTANDO: CONVENIO DE COOPERACIÓN INTERNACIONAL CON REPÚBLICA DOMINICANA PARA LA FORMACIÓN DE ESPECIALIDADES Y YA ESTÁ LA CONVOCATORIA ABIERTA A TODOS LOS INTERESADOS. CONVENIO CON EL IFARHU-SENACYT PARA LA FORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN ÁREAS PRIORITARIAS IDENTIFICADAS POR EL MINISTERIO DE SALUD, INICIANDO CON 62 PLAZAS EN 31 ESPECIALIDADES. INCREMENTO SUSTANCIAL DE PLAZAS DE RESIDENCIA, RESULTANDO ASÍ: DE 15 A 42. INICIO DEL EJERCICIO DE MEDICIÓN DE METAS REGIONALES DE RHUS EN LOS PAÍSES CENTROAMERICANOS. (LÍNEAS DE BASE DE NUESTRA REGIÓN EN RHUS) SE ESTÁ DISEÑANDO EL MODELO

DESAFÍOS DE RRHH EN PANAMÁ 'Lograr con una fuerza de trabajo bien capacitada, distribuida y retribuida que tenga la capacidad de satisfacer las necesidades de salud de población y que esté comprometida con la entrega de los mejores servicios sanitarios.

DESAFÍO DE TORONTO 1: DEFINIR POLÍTICAS Y PLANES DE LARGO PLAZO PARA ADAPTAR LA FUERZA LABORAL A LOS CAMBIOS PREVISTOS EN LOS SISTEMAS DE SALUD.

META 1: TODOS LOS PAÍSES DE LA REGIÓN HABRÁN LOGRADO UNA RAZÓN DE DENSIDAD DE RECURSOS HUMANOS DE 25 PROFESIONALES POR 10.000 Fuente: Contraloría General de la República, Instituto Nacional de Estadística y Censo: 2009 •La obstetra, es a la vez enfermera, se contabiliza como una persona. •El país no cuenta con Parteras, matronas u obstetrías, ya que se refiere a personal con formación universitaria o de institutos técnicos, excluyendo parteras empíricas o entrenadas en programas de la comunidad con lo que sí cuenta el país. •La Densidad de Recursos Humanos para el país es 27% siendo la suma el N° de médicos, enfermeras entre la población de Panamá por 10,000 habitantes. CATEGORIA TOTAL MÉDICO 4,904 ENFERMERA 1 / 4,421 PARTERA 2 / ----- POBLACIÓN 3,504,483.00 DENSIDAD DE RRHH EN SALUD 27 X 10 mil

LAS PROPORCIONES REGIONAL Y SUBREGIONAL DE MÉDICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA EXCEDERÁN EL 40% DE LA FUERZA LABORAL MÉDICA TOTAL •El porcentaje de Médicos de atención primaria es: 20% •Un 87% del personal médico labora en las instituciones públicas 48% en las instalaciones de la CSS y 39% en las instalaciones del MINSA), el 13% restante en la Universidad de Panamá, Instituto Panameño de Habilitación Especial y las instalaciones de salud particulares. •El 80% trabaja en las instalaciones de segundo y tercer nivel y solo el 20% restante trabaja en el primer nivel de atención.

CATEGORIA TOTAL TOTAL DE MÉDICOS 4,904 MÉDICOS EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN 20 % DE MÉDICOS EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

•El porcentaje de Médicos de atención primaria es: 20% •Un 87% del personal médico labora en las instituciones públicas 48% en las instalaciones de la CSS y 39% en las instalaciones del MINSA), el 13% restante en la Universidad de Panamá, Instituto Panameño de Habilitación Especial y las instalaciones de salud particulares. •El 80% trabaja en las instalaciones de segundo y tercer nivel y solo el 20% restante trabaja en el primer nivel de atención.

META 3: TODOS LOS PAÍSES HABRÁN FORMADO EQUIPOS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD CON UNA AMPLIA GAMA DE COMPETENCIAS QUE INCLUIRÁN SISTEMÁTICAMENTE AGENTES COMUNITARIOS DE SALUD PARA MEJORAR EL ACCESO, LLEGAR A LOS GRUPOS VULNERABLES Y MOVILIZAR REDES DE LA COMUNIDAD Según la Guía de medición 70 puntos representan el 100% de la meta. Por lo tanto 58 representan el 83.0% de nuestro avance con respecto a esta meta.

DESAFIO DE TORONTO 2: UBICAR A LAS PERSONAS ID ÓNEAS EN LOS LUGARES ADECUADOS, DE MANERA DE LOGRAR UNA DISTRIBUCI ÓN EQUITATIVA DE ACUERDO A LAS NECESIDADES DE SALUD DE LA POBLACI Ó N.

DESAFÍO DE TORONTO 4 GENERAR AMBIENTES DE TRABAJO SALUDABLES QUE PROPICIEN EL COMPROMISO CON LA MISIÓN INSTITUCIONAL DE GARANTIZAR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DE BUENA CALIDAD PARA TODA LA POBLACIÓN

17 EL 80% DE LAS ESCUELAS DE CIENCIAS DE LA SALUD HABRÁN REORIENTADO SU FORMACIÓN HACIA LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD Y LAS NECESIDADES DE LA SALUD COMUNITARIA, Y HABRÁN INCORPORADO ESTRATEGIAS PARA LA FORMACIÓN INTERPROFESIONAL. 100% Universidad de Panamá Universidad Latina de Panamá- Columbus University- ULACIT -UDELAS UAM- UNACHI.

El Consejo de Gabinete de Panamá aprobó una modificación al Presupuesto General del Estado para la vigencia fiscal 2014, que dio como resultado un incremento salarial a los especialistas de la salud por un orden de US\$10,000,000.00 millones reasignados al Ministerio de Salud (MINSA), así como

**US\$20,000,000.00 millones para el otorgamiento de becas mediante la Secretaría Nacional de Ciencia y Tecnología (SENACYT), para una mayor preparación académica.**

La Resolución de Gabinete detalla que este incentivo se hará efectivo a los doctores panameños que brinden sus servicios de atención de la salud en las áreas rurales o de difícil acceso del país. La propuesta fue presentada este miércoles por el ministro encargado de **Economía y Finanzas (MEF), Omar Castillo, en una reunión con la Comisión de Presupuesto de la Asamblea Nacional, en compañía del ministro de la Presidencia, Roberto Henríquez.**

“El presupuesto que hemos presentado al cual se le va a dar primer debate este jueves 10 de octubre presenta un aumento de 30 millones, los que se destinarán específicamente para cumplir la promesa anunciada por el señor Presidente la semana pasada cuando sancionó la Ley 69 que permite traer al país médicos especialistas extranjeros para laborar en el interior del país y en áreas de difícil acceso”, destacó Henríquez.

El titular de la Presidencia dijo que, “Lo que se quiere es capacitar a los médicos panameños en diversas ramas de la medicina para que vuelvan a Panamá a llenar las vacantes que hay en las diversas provincias de país para que no tengamos que necesitar médicos extranjeros”.

Explicó Henríquez que la Ley 69 no se elaboró para afectar a los médicos, ni para entrar en conflicto con ellos, sino porque en el país no hay suficientes médicos especialistas para trabajar en el interior del país.

#### Suministro de insumos

El Ministerio de Salud de Panamá ha realizado avances significativos en el proceso de sistematización de la gestión de medicamentos e insumos para la atención sanitaria, a través de la implementación del Sistema de Apoyo Logístico, mejor conocido como LSS/SUMA, lo que ha permitido al país optimizar el ciclo logístico para la dispensación de medicamentos a la población.

El LSS/SUMA (Sistema de Apoyo Logístico / Sistema de Manejo Integral de Suministros Humanitarios) es un esfuerzo colectivo de los países de las Américas, con el respaldo técnico de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), para mejorar la capacidad nacional de manejo efectivo de los suministros y que estos lleguen de una manera adecuada y oportuna a la población. El LSS/SUMA es además un instrumento para mejorar la transparencia y la rendición de cuentas en la recepción y distribución de los suministros.

La implementación del LSS/SUMA por el Ministerio de Salud de Panamá es un caso ejemplar pues ha logrado la adaptación de esta herramienta, de uso regular en situaciones de emergencias, a la actividad cotidiana de la gestión de medicamentos, con resultados exitosos.

“El gran reto del MINSA es tener al alcance de toda la población, tanto la que vive en las áreas más cercanas como las que están en las áreas más remotas, los insumos sanitarios requeridos para suplir su demanda de salud”, expresa la Dra. Reina Roa, Directora Nacional de Provisión de Servicios del Ministerio de Salud de Panamá y responsable de garantizar que los insumos sanitarios estén disponibles para la población en cada instalación de salud de la red pública de atención.

Las autoridades nacionales de salud reconocen que en materia de atención, la función de inventario de insumos sanitarios es esencial; si esta no opera con efectividad, el sistema de salud no brindará una atención de calidad y puede poner en riesgo la salud y la vida de los usuarios.

En el año 2010, el MINSA inició el proceso de sistematización de la gestión de medicamentos utilizando el LSS/SUMA con adaptaciones que permitieran una oportuna gestión de todos los insumos sanitarios: medicamentos, material médico quirúrgico, insumos para odontología, materiales e insumos para imagenología y e insumos reactivos para laboratorio de análisis clínico.

El proceso inició con un taller de inducción al LSS/SUMA con le objetivo de dar a conocer las posibilidades de la herramienta y los beneficios que traería en el desarrollo del trabajo diario del personal del Almacén Central de Medicamentos.

Progresivamente, se realizaron las inversiones en infraestructura y los equipo necesarios para el funcionamiento en línea del LSS/SUMA adaptado a las necesidades de Panamá por el Ingeniero Víctor Martínez, Consultor del Programa de Preparativos para Emergencias y Desastres de la OPS/OMS. Se concretó la dotación del servidor y las computadoras, así como la interconexión de los equipos a través de una red con acceso a Internet y la instalación del software.

Junto con el Almacén Central, se automatizó la gestión en los almacenes de las regiones de salud del Área Metropolitana, Herrera, la Comarca Ngabe Buglé, Veraguas, Chiriquí y Los Santos. Posteriormente, fueron añadidas a este grupo las regiones de salud de Darién y Bocas del Toro, que conjuntamente representan a más del 50% (ocho regiones de salud catorce) de los almacenes regionales a cargo del almacenamiento y distribución de los insumos sanitarios que utiliza el MINSA.

Durante el presenta año, se tiene previsto implementar el sistema LSS/SUMA de forma permanente en las seis regiones de salud restantes, así como se avanzará en su aplicación en los almacenes de hospitales y en las instalaciones de salud del primer nivel de atención.

La Dra. Norma Astudillo, Coordinadora de Insumos Sanitarios del MINSA, explica que este proceso está enmarcado en una política ministerial amplia de fortalecimiento del sistema logístico de insumos sanitarios, que además de modernizar el almacenamiento y distribución, también buscan mejorara las prácticas de los componentes de planificación, selección, compra y dispensación, con el propósito de asegurar que los insumos sanitarios estén disponibles en el momento en que se requieran en los servicios de salud.

La implementación del LSS/SUMA para la administración de inventarios y el fortalecimiento general del sistema logístico de insumos sanitarios está permitiendo obtener los siguientes resultados en forma progresiva:

- Establecer relaciones exactas entre las necesidades probables y los abastecimientos de los diferentes insumos.
- Definir categorías para los inventarios y clasificar cada insumo en la categoría adecuada.
- Mantener los costos de abastecimiento al más bajo nivel posible.
- Mantener un nivel adecuado de inventario.

- Tener un control más exacto comportamiento de las entradas y salidas de insumos en la red de almacenes con información precisa sobre las entregas a las unidades de salud y con necesidades inmediatas.
- Satisfacer de manera oportuna y exacta la demanda de insumos.

Señala la Dra. Roa que todo este proceso es para la satisfacción de las necesidades de atención de la salud que nuestra gente tiene. “Algunas claves del éxito han sido el desarrollo de un proceso basado en un sólido soporte político, administrativo y técnico; el liderazgo y la responsabilidad asumida por el Equipo Coordinador; el fortalecimiento de las capacidades en las Regiones de salud; el trabajo en equipo y la incorporación de experiencias exitosas”.

La aplicación de la metodología LSS/SUMA se ha desarrollado con un enfoque integral, que incluye: personal local capacitado, material diseñado para la operación del sistemas, con guías y tutoriales, así como disponer de una herramienta electrónica flexible y fácil de usar.

“El apoyo de la OPS/OMS ha sido muy valioso al éxito del trabajo que el MINSA realiza. Contar con información e inventarios sistematizados de nuestros almacenes de insumos y suministros sanitarios es un gran avance para el Sistema de Salud Panameño, mejorando la calidad, seguridad y oportunidad de la atención”, puntualizó la Dra. Astudillo. “El aporte de la OPS/OMS ha sido técnico y también para la adquisición de los equipos informáticos”, subrayó la Dr Astudillo.

### **Ubicación y dependencia jerárquica**

La Dirección Nacional de Provisión de Servicios de Salud está ubicada en el Nivel Operativo Ejecutivo y depende jerárquicamente del Despacho superior.

### **Misión:**

1. Garantizar la efectiva cobertura de servicios de salud a toda la población, con niveles óptimos de calidad científico-técnica, eficacia, eficiencia, efectividad, equidad y universalidad, para mejorar el grado de salud y de satisfacción de los usuarios del Sistema Nacional de Salud.

### **Funciones:**

1. Garantizar el acceso universal y equitativo de la población a los servicios de salud.
2. Fortalecer los servicios de salud en el país mediante la homologación de los planes de acción y las redes de servicios de salud de instituciones públicas y privadas, evitando la duplicación de servicios de salud en el país.
3. Desarrollar modelos de gestión técnica, administrativa y financiera en la red de servicios públicos de salud que se correspondan con las nuevas tecnologías en salud y mejorar las herramientas de gestión que permitan elevar la calidad, eficiencia y eficacia de las intervenciones de salud, así como la satisfacción de los usuarios.
4. Desarrollar formas de relación y de compromisos anuales con las instituciones de salud que permitan, asignar financiación en función de la población y espacio geográfico de

responsabilidad, tipo, cantidad, costos de los servicios que se ofertan a la población, mediante medidas de desempeño expresadas tanto en término de procesos como de resultados.

5. Verificar que las instituciones prestadoras de servicios de salud cumplan con los criterios de habilitación y acreditación.
6. Supervisar que las instituciones cumplan con criterios de calidad de atención a la salud.
7. Desarrollar y coordinar actividades institucionales, sectoriales e interinstitucionales para el fortalecimiento y consolidación institucional de las acciones de prevención, mitigación, preparación, respuesta y rehabilitación ante situaciones de emergencias y desastres.
8. Implementar los mecanismos que garanticen la adquisición equipos materiales e insumos reduciendo los costos por compras a grandes escalas.
9. Validar los criterios de incorporación de tecnología sanitaria.
10. Garantizar el óptimo estado nutricional a la población.
11. Gestionar y asignar los recursos en los diferentes niveles de atención y complejidad de la red de los servicios públicos con base a las Políticas Sanitarias y los criterios de equidad, eficiencia, eficacia y calidad.
12. Participar en la formulación de prioridades para la rehabilitación y fortalecimiento de la red de servicios públicos.
13. Aumentar la eficiencia de los servicios sanitarios, mediante la optimización de los recursos disponibles y adecuación científico técnica permanente de la práctica clínica.
14. Establecer los servicios que oferta el sistema, según los niveles de atención y complejidad.
15. Desarrollar y mejorar las herramientas de gestión que permitan elevar la calidad, eficiencia y eficacia de las intervenciones de salud, así como la satisfacción de los usuarios.
16. Impulsar el sistema de costos para la gestión de los servicios de salud, según nivel de atención y complejidad.
17. Participar con la Dirección de Planificación de Salud en el diseño e implementación del subsistema de información para la gestión de la provisión de servicios de salud.
18. Velar porque las relaciones contractuales que se establezcan con los nuevos modelos de gestión cumplan con la legislación y contrataciones vigentes.

DEPARTAMENTO DE COMPRAS Y PROVEDURIA SECCIÓN DE COMPRAS DE MEDICAMENTOS Y OTROS INSUMOS MÉDICOS MISIÓN Materializar las Políticas de Compras y Suministros del Ministerio de Salud, para la adquisición de medicamentos e insumos médicos. FUNCIONES

01. Coordinar con la Departamento para la Provisión de Suministros Sanitarios, la presentación de las requisiciones y especificaciones de medicamentos e insumos médicos oportunamente.

02. Velar por el cumplimiento de las leyes, normas y reglamentaciones sobre la contratación pública de medicamentos e insumos médicos.

03. Asegurar la participación de las partes interesadas en los diferentes Actos Públicos de contratación pública de medicamentos e insumos médicos.

04. Elaborar y tramitar las órdenes de compra correspondientes a la adquisición de medicamentos e insumos médicos.

05. Solicitar las multas a los proveedores que no cumplen con la fecha de entrega de los medicamentos e insumos médicos consignados en la Orden de Compra.

RELACIONES INTERNAS La Sección de Compras y Medicamentos y Otros Insumos Médicos mantiene relaciones directas con todas las unidades administrativas del Departamento de Compras y Proveduría y con el resto de las unidades administrativas del Ministerio de Salud.

RELACIONES EXTERNAS La Sección de Compras y Medicamentos y Otros Insumos Médicos mantiene relaciones directas con unidades homólogas o equivalentes de instituciones del Sector Salud y otras entidades gubernamentales.

DEPARTAMENTO DE COMPRAS Y PROVEDURIA SECCIÓN DE COMPRA DE MATERIALES Y SUMINISTROS MISIÓN Materializar las Políticas de Compras y Suministros del Ministerio de Salud, para la adquisición de materiales y suministros. FUNCIONES 01. Velar por el cumplimiento de las leyes, normas y reglamentaciones sobre la contratación pública de bienes y servicios. 02. Coordinar con las unidades administrativas la presentación de las requisiciones oportunamente y en forma correcta. 03. Coordinar con la Departamento de Administración Presupuestaria las asignaciones presupuestarias disponibles para la adquisición de los materiales y suministros. 04. Gestionar la adquisición de los materiales y suministros en forma oportuna. 05. Preparar los Actos Públicos correspondientes con antelación a fin de que las unidades ejecutoras reciban los insumos oportunamente. 06. Asegurar la participación de las partes interesadas en los diferentes Actos Públicos de contratación pública de materiales y suministros. 07. Elaborar y tramitar las órdenes de compra correspondientes a la adquisición de materiales y suministros. 08. Coordinar con la Oficina de Asesoría Legal, la elaboración de los contratos correspondientes. 09. Solicitar las multas a los proveedores que no cumplen con la fecha de entrega de los medicamentos e insumos médicos consignados en la Orden de Compra. RELACIONES INTERNAS La Sección de Compras de Materiales y Suministros mantiene relaciones directas con todas las unidades administrativas del Departamento de Compras y Proveduría y con el resto de las unidades administrativas del Ministerio de Salud. RELACIONES EXTERNAS La Sección de Compras de Materiales y Suministros mantiene relaciones directas con unidades homólogas o equivalentes de instituciones del Sector Salud y otras entidades gubernamentales, a través del Departamento de Compras y Proveduría.

DEPARTAMENTO DE COMPRAS Y PROVEDURIA ALMACEN GENERAL MISIÓN Administrar la logística interna de los bienes adquiridos por la Institución. FUNCIONES

01. Coordinar y supervisar la implementación de normas y procedimientos relacionados con la administración y manejo de los insumos.
02. Vigilar el consumo de los materiales y suministros de la institución a través de los pedidos de reposición periódica, dando cuenta a los superiores en cuanto se observen consumos anormales.
03. Vigilar las existencias y movimientos del Almacén por medio de tarjetas de control, llevando a cabo pruebas selectivas de tiempo en tiempo, para determinar la existencia real de los bienes, así como de los máximos y mínimos.
04. Efectuar las requisiciones de reabastecimiento de los materiales y bienes necesarios, cuando la reserva que se considera mínima, ha disminuido por debajo del límite establecido.
05. Despachar oportunamente los pedidos que requieren las diferentes unidades administrativas, así como vigilar el aprovechamiento real de los bienes, requiriendo la devolución de aquellos que han sido solicitado en exceso y sin una programación debida.
06. Rechazar los artículos, productos y equipos que no satisfagan los requisitos del pedido según la Orden de Compra, en cuanto a cantidad, calidad y vencimientos, cuando se trate de alimentos, además de la dosificación en los medicamentos.
07. Coordinar con la Unidad de Bienes Patrimoniales el proceso de identificación (plaqueado) de todos los activos adquiridos por la Institución.
08. Vigilar y tramitar oportunamente el canje o distribución de medicamentos y material de uso hospitalario que tienen fecha de expiración.
09. Tramitar la recuperación de artículos deteriorados y la baja y remate de artículos inservibles.
10. Vigilar la conservación, custodia y acomodo de los artículos en el Almacén, de manera que se garantice la fácil localización y preservación de cualquier deterioro, almacenando por separado y en lugares a prueba de incendio, los materiales inflamables.
11. Supervisar la recepción y despacho de los insumos en general.
12. Coordinar con las Regiones la distribución de los insumos en general, así como las donaciones.
13. Remitir oportunamente los informes de movimientos del Almacén (recepción y despachos) y demás datos que se requieren, al Departamento de Contabilidad Manual de Organización y Funciones Ministerio de Salud OODI-Mayo 2011

#### Funciones relacionadas al control de inventarios

01. Organizar el registro del inventario y del control del mobiliario, equipos, vehículos de transporte y otros que integren el activo fijo de la institución.
02. Actualizar diariamente los registros en las tarjetas de control, según los informes de Recepción y Salidas recibidos del Almacén.
03. Revisar las operaciones aritméticas de las facturas, comprobantes, recibos y otros documentos sustentadores de la compra de materiales y otros insumos.

04. Realizar comprobaciones selectivas de las existencias físicas de los bienes que se mantienen en el Almacén, para verificar su veracidad con la existencia según la tarjeta control.
05. Aplicar el método contable de costo promedio a los bienes, para conocer el valor real de los activos.
06. Cumplir con las normas reglamentarias para la salvaguarda efectiva de dichos bienes, como lo son el registro de la marca, la localización y el traspaso de una a otra oficina y, el custodio de los documentos relacionados con los registros de los bienes en las tarjetas de control.
07. Establecer el control y registro de todos aquellos bienes que por su obsolescencia o deterioro han quedado fuera de servicio y promover su baja de los inventarios de la institución.
08. Mantener las tarjetas de control de cada bien en buenas condiciones físicas, con el debido código de identificación, así como con los niveles máximos y mínimos de existencia según programación.
09. Elaborar el Informe mensual de Entradas, Salidas y Existencias de los bienes existentes en el Almacén.
10. Enviar mensualmente al Departamento de Contabilidad el original del Informe de Entradas, Salidas y Existencias, con copia a la Dirección de Administración y a la Oficina de Control Fiscal.
11. Programar los requerimientos de uso de los materiales y otros insumos. RELACIONES INTERNAS  
El Almacén General mantiene relaciones directas con todas las unidades administrativas del Departamento de Compras y Proveduría y con el resto de las unidades administrativas del Ministerio de Salud.

**ARTÍCULO 13.- OFICINA DE DESCENTRALIZACIÓN** La Oficina de Descentralización, es un órgano que depende del Despacho Viceministerial, responsable de coordinar, articular y monitorear las actividades orientadas a facilitar las relaciones entre el Ministerio de salud y los Gobiernos Regionales y Locales, en el marco del proceso de descentralización. Tiene a su cargo las siguientes funciones generales:

- a) Representar por delegación, al Ministro de Salud en Comisiones Multisectoriales y/o eventos relacionados con el proceso de descentralización del Sector.
- b) Asesorar a la Alta Dirección en el proceso de descentralización.
- c) Coordinar el proceso de descentralización en salud.
- d) Articular os esfuerzos del Ministerio de Salud para la implementación de la transferencia de competencias y recursos a los Gobiernas Regionales y Locales.
- e) Elaborar los panes y proponer los instrumentos para la implementación de la transferencia de competencias, en coordinación con los órganos del Ministerio de Salud y del sector.

f) Participar en el proceso de selección y evaluación de los Directores Regionales de Salud.  
g) Coordinar y apoyar a los Gobiernos Regionales en las acciones para la implementación del proceso de descentralización de la salud.

h) Efectuar el monitoreo y seguimiento del proceso de descentralización y evaluar el Plan de Transferencia Sectorial, en coordinación con los órganos del Ministerio de Salud.

i) Coordinar la evaluación de la implementación de las funciones delegadas y transferidas.  
j) Mantener informada a la Alta Dirección sobre el funcionamiento de las Direcciones Regionales de Salud y proponer las medidas pertinentes.

**DIRECCIÓN NACIONAL DE FARMACIA Y DROGAS UNIDAD ADMINISTRATIVA DE LA QUE DEPENDE** La Dirección Nacional de Farmacia y Drogas está ubicada a Nivel Directivo y depende jerárquicamente del Despacho Superior. **MISIÓN** Asegurar que el análisis, la vigilancia y el control de calidad de Medicamentos y otros Productos para la Salud Humana, así como los establecimientos que se dedican a la producción, distribución y custodia de los mismos, cumplan con los estándares de calidad establecidos en las normas y reglamentos sanitarios nacionales e internacionales vigentes, en forma permanente, para que la población adquiera y utilice productos seguros y eficaces. **FUNCIONES** 01. Vigilar que los Medicamentos y otros Productos para la Salud Humana, cumplan con los estándares de calidad establecidos en las normas y reglamentos sanitarios nacionales e internacionales vigentes. 02. Garantizar a la ciudadanía que los medicamentos y otros productos para la salud humana sean seguros y eficaces, por medio del registro sanitario, auditorias, vigilancia y control permanente que se realicen a los establecimientos y lugares de producción y expendio en la República de Panamá. 03. Asegurar que los productos disponibles en el mercado local cuenten con el registro sanitario vigente y que aquellos adquiridos por las instituciones estatales mediante leyes especiales, cumplan con los estándares de calidad. 04. Vigilar el fiel cumplimiento del procedimiento en lo relativo a las Buenas Prácticas de Almacenamiento, Distribución y Transporte de los medicamentos y otros productos para la salud humana. 05. Garantizar que las sanciones y las medidas preventivas y/o correctivas aplicadas a los clientes se cumplan según lo establecido en las normas sanitarias vigentes. 06. Velar que se cumpla con la evaluación de los productos sujetos a control posterior y las notificaciones de fármaco-vigilancia. 07. Autorizar a los laboratorios analíticos, para la realización de los análisis de control de calidad a los medicamentos y otros productos para la salud humana. 08. Evaluar y tomar decisión sobre los informes confidenciales con los resultados técnicos y analíticos de los controles posteriores o controles por fármaco- 10. Asegurar el cumplimiento de las Buenas Prácticas de Laboratorio de Control Analítico. 11. Garantizar que los medicamentos y otros productos para la salud humana, registrados, en proceso de registro, o adquiridos por las instituciones estatales mediante leyes especiales o sometidas a control de calidad lote a lote, se le apliquen las pruebas analíticas de control de calidad establecidas en las normas sanitarias vigentes o en las farmacopeas internacionales reconocidas. 12. Velar que se cumplan los controles para la importación de sueros biológicos y productos hemoderivados o con componentes derivados de sangre humana que se importen al país de acuerdo a leyes especiales vigentes. 13. Velar que los productos biológicos importados al país cumplan con

los requisitos necesarios para garantizar su calidad lote a lote. 14. Velar por el cumplimiento de las tarifas reguladas y establecidas en los procesos administrativos para el pago de los registros y análisis de los productos. 15. Mantener una estrecha comunicación y coordinación con los propietarios o representantes de las empresas fabricantes, importadoras, distribuidoras y comercializadoras de productos farmacéuticos y de uso o consumo humano. 16. Autorizar la retención, cuarentena, retiro o no utilización de productos farmacéuticos o de uso o consumo humano, cuando se sospeche que éstos no reúnen los estándares de calidad establecidos en las leyes y reglamentos vigentes. 17. Autorizar y firmar los Certificados de Registro Sanitario que han cumplido con las normas y leyes vigentes. 18. Autorizar y firmar los Certificados de Libre Venta, Permisos de Importación, Especiales de Importación, Exportación y Reexportación. 19. Autorizar la importación, exportación y reexportación de medicamentos y otros productos para la salud humana. 20. Autorizar los Certificados de Buenas Prácticas de Fabricación, Buenas Prácticas de Almacenamiento, Permisos de Sustancias Controladas, Licencias para el Manejo de Sustancias Controladas, Certificado de Buenas Prácticas de Laboratorios de Control Analítico, Certificados de Calidad y Certificados de Lote, Licencias de Operación de Establecimientos Farmacéuticos y no Farmacéuticos. 21. Autorizar y firmar las resoluciones de las sanciones aplicadas a los usuarios que no han cumplido con las leyes, normas y reglamentos legales vigentes. 22. Asegurar que los procesos de evaluación para la obtención o renovación del Certificado de Registro Sanitario, cumplan con los requisitos establecidos en las normas sanitarias. Manual de Organización y Funciones Ministerio de Salud OODI-Mayo 2011 343 23. Asegurar que los procesos de evaluación para la obtención o renovación de la Intercambiabilidad, cumplan con los requisitos establecidos en las normas sanitarias. 24. Garantizar que los procesos para la modificación del Certificado de Registro Sanitario o de Intercambiabilidad, cumplan con los requisitos establecidos en las normas sanitarias. 25. Garantizar que se dé la emisión del Certificado de Libre Venta. 26. Aprobar la expedición del Certificado de Registro Sanitario, Certificación de Intercambiabilidad o Certificado de Libre Venta de los medicamentos y otros productos para la salud humana. 27. Autorizar la suspensión o cancelación de las solicitudes en trámite del Certificado de Registro Sanitario o de Intercambiabilidad de los medicamentos y otros productos para la salud humana. 28. Aprobar la renovación del Certificado de Registro Sanitario o de Intercambiabilidad de los medicamentos y otros productos para la salud humana. 29. Garantizar la emisión de las notificaciones al cliente sobre los aspectos relativos al estatus de sus solicitudes. 30. Aprobar la autenticación de los Certificados de Registros Sanitarios, Certificados de Medicamentos de Referencia y Certificados de Intercambiabilidad. 31. Aprobar las Modificaciones al Certificado de Registro Sanitario o de Intercambiabilidad de los productos. 32. Aprobar la emisión de certificación relacionada con el registro sanitario o intercambiabilidad de los medicamentos y otros productos para la salud humana. 33. Autorizar las Listas de Medicamentos de Riesgo Sanitario Alto, Intermedio y Bajo. 34. Autorizar y aprobar los Permisos Especiales para importar productos. 35. Asegurar el cumplimiento de las disposiciones legales y técnicas vigentes por parte de los establecimientos farmacéuticos y no farmacéuticos. 36. Garantizar que todos los establecimientos farmacéuticos y no farmacéuticos dispongan de la Licencia de Operación y Licencia de Sustancias Sujetas a Control, para su funcionamiento. 37. Aprobar o rechazar las licencias para el manejo de sustancias sujetas a control y los permisos para su importación, exportación y reexportación. 38. Autorizar los Certificados de Buenas

Prácticas de Fabricación, Almacenamiento, Laboratorio de Control Analítico de Productos Farmacéuticos entre otros. 39. Garantizar el cumplimiento de la regencia farmacéutica en los establecimientos farmacéuticos.

#### Manual de Organización y Funciones Ministerio de Salud OODI-Mayo 2011

40 -Garantizar el cumplimiento de las acciones legales y técnicas que determine la Dirección, en el ámbito de competencia del departamento. 41. Aprobar o rechazar los carné de los regentes farmacéuticos, visitantes médicos y los vendedores de productos farmacéuticos del sector privado que ejercerán la promoción de medicamentos y otros productos para la salud humana, aprobados. 42. Asegurar que los establecimientos farmacéuticos y no farmacéuticos mantengan vigente la licencia de operación. 43. Aprobar ó rechazar los documentos y notificaciones generadas por las secciones del Departamento de Auditoría de Calidad. 44. Aprobar o rechazar los informes de auditoría e inspecciones a establecimientos farmacéuticos y no farmacéuticos. 45. Autorizar y remitir a las instancias correspondientes los informes anuales sobre el movimiento de sustancias sujetas a control. 46. Autorizar las licencias para el manejo de sustancias sujetas a control y los permisos para su importación, exportación y reexportación. 47. Garantizar el cumplimiento de las acciones legales y técnicas en el ámbito de su competencia. 48. Avalar los proyectos de modificación y actualización de las guías de auditoría de calidad de establecimientos farmacéuticos y laboratorios de control analítico de la industria farmacéutica. 49. Autoriza las modificaciones de operaciones de los establecimientos farmacéuticos y laboratorios de control analítico de la industria farmacéutica. 50. Instruir al Departamento de Auditoría de Calidad de Establecimientos Farmacéuticos y No Farmacéuticos las medidas preventivas para asegurar el cumplimiento de las buenas prácticas farmacéuticas en la dispensación, prescripción y manejo de medicamentos y otros productos para la salud humana. 51. Autorizar la licencia de operación de los establecimientos farmacéuticos y no farmacéuticos. 52. Autorizar las liquidaciones de importación de materia prima destinada a la fabricación de medicamentos y otros productos para la salud humana. 53. Coordinar con otras Instituciones del Estado, la resolución de conflictos entre las disposiciones de salud, y el sector privado, a través de convenios y proyectos para garantizar el cumplimiento de las disposiciones legales vigentes. Manual de Organización y Funciones Ministerio de Salud OODI-Mayo 2011 345 54. Coordinar con la Oficina de Asesoría Legal, los trámites legales cuando proceden, “apegándose al debido proceso”, según lo establecido en las leyes y reglamentos vigentes y las resoluciones donde se establecen las sanciones, las medidas preventivas y/o correctivas aplicables a las empresas o a los productos que no cumplan con los requisitos establecidos. 55. Coordinar con las empresas fabricantes, importadoras, distribuidoras y comercializadoras aspectos relacionados con los controles de calidad de los medicamentos y otros productos para la salud humana disponibles en el mercado. 56. Revisar e informar al Despacho Superior sobre los Permisos Especiales de Donaciones otorgados a las Instituciones Privadas y del Estado. 57. Garantizar la participación en las reuniones de la Comisión Consultiva, Comisión de Publicidad, Comisión de Estudios Clínicos, Subcomisión Nacional de Acreditación, Consejo Técnico de Salud, Comisión Interinstitucional de Plaguicidas, Perito en la Destrucción de Drogas Ilícitas Incautadas, La Comisión Nacional Asesora de Prácticas de Inmunización y otros. 58. Elaborar los indicadores que permita medir los resultados de la gestión de la Dirección Nacional de Farmacia y Drogas y presentarlos al Despacho Superior para su aprobación. 59. Representar al Ministerio de

Salud ante la Comisión de Medicamentos de la Caja del Seguro Social. 60. Representar al Ministerio de Salud, en otros eventos nacionales e internacionales relacionados con las funciones de la Dirección Nacional de Farmacia y Drogas previa autorización del Ministro (a) de Salud-vigilancia. 09. Evaluar y tomar decisión sobre los informes confidenciales de los resultados de la evaluación técnica de las notificaciones de Fármaco-vigilancia.

Sistema de información en salud.

Panamá tiene una larga trayectoria en materia estadística en la Región; no obstante, los requerimientos actuales de información que presenten datos oportunos y de calidad del área social y específicamente del sector salud, se ha convertido en un reto importante para las instituciones productoras de estadísticas del sector salud. Durante los últimos años, el país ha experimentado mejoras en algunos procesos de generación de información de salud, sobretodo en lo referente a la cobertura; sin embargo, no es suficiente. Algunas evaluaciones indican que el subregistro de los hechos vitales en lugares de difícil acceso y en áreas rurales e indígenas puede alcanzar hasta el 80%. Adicionalmente, se ha demostrado que la integración de información entre el Ministerio de Salud (MINSa), la Caja de Seguro Social (CSS) y proveedores de servicios privados es incompleta, lo cual afecta el nivel de cobertura existente. Estudios recientes han demostrado la necesidad de aplicar mecanismos para desagregar datos de salud por sexo, grupos de edad, grupos socioeconómicos, grupos étnicos y otros, así como considerando los distintos niveles geográficos, con la finalidad de identificar brechas y desigualdades. En el marco del proyecto de la Red de la Métrica en Salud, se ha elaborado un Diseño y Plan Estratégico, que busca la unificación e integración del Sistema de Información de Salud (SIS) de Panamá, que permita disponer de datos para mejorar la capacidad de análisis, incorporando estadísticas socioeconómicas, los resultados de los censos y encuestas de hogares, mejorando el registro de hechos vitales y otras estadísticas de salud. Esta propuesta enfatiza la necesidad del desarrollo, planeación, gestión y evaluación de las políticas de los servicios de salud basadas en evidencia, para asegurar el uso óptimo de los recursos, para lo cual se requiere de un Sistema de Información en Salud sólido, funcionando de forma sistémica, en un proceso que reúna, comparta, analice y use la información relacionada con la salud. El presente documento se divide en dos partes fundamentales. En la primera, se presenta el Diseño del Sistema de Información de Salud, formado por los Subsistemas de estadísticas vitales, estadísticas de provisión de servicios, estadísticas de vigilancia de la salud y otros Subsistemas, donde se espera incluir las estadísticas e información de las áreas económico-financiera, recursos humanos, promoción de la salud, regulación y rectoría, calidad del Sistema y otros. La segunda parte se refiere al Plan Estratégico, que desarrolla la misión y visión, áreas estratégicas y líneas de acción para la aplicación del SIS propuesto. Se complementa con los antecedentes del proyecto HMN y un resumen del contexto sociodemográfico y de salud del país.

En mayo del 2005, la 58ª Asamblea Mundial de la Salud, lanzó la HMN - una innovadora red de cooperación integrada por países, organismos multilaterales y bilaterales de desarrollo, fundaciones, iniciativas mundiales de salud y expertos técnicos, con la meta de aumentar la disponibilidad, valor y uso de la información en salud, oportuna y precisa, en los países y a nivel mundial. Entre los 40 países seleccionados en la primera convocatoria para recibir apoyo técnico y financiero de HMN, Panamá fue el único país de América Latina. Para desarrollar un Sistema de Información de Salud articulado y descentralizado,

con capacidad de proveer información integral, oportuna y de calidad, para la definición de políticas y la toma de decisiones en salud, basadas en evidencias y con énfasis en equidad, varias instituciones gubernamentales: Ministerio de Salud, Contraloría General de la República (Dirección de Estadística y Censo), Caja de Seguro Social, Ministerio de Desarrollo Social, Tribunal Electoral (Registro Civil), se han unido mediante un Acuerdo Interinstitucional y con el apoyo técnico de la OPS/OMS en Panamá, para trabajar en el Proyecto Red Métrica de Salud, que inició en el año 2006.

Los resultados esperados de este Proyecto son: • Articulación de un Sistema de Información de Salud y el desarrollo de un Plan estratégico consensuado del SIS. • Mejorar las capacidades técnicas de los recursos humanos del SIS. • Normalizar y estandarizar los procedimientos técnicos, mejorar las metodologías y establecer la gestión de calidad basada en procesos del SIS. • Estandarizar las bases de datos, generar módulos para el registro y aplicativos para el análisis de los datos. • Fortalecer la cultura institucional del uso de la información, la toma de decisiones basadas en evidencias y la evaluación de resultados de salud pública. El Proyecto incluye tres fases: diagnóstico, planificación e implementación. En la primera fase se elaboró el diagnóstico que describe la situación actual del sistema de información de salud, identificando algunos puntos críticos, como la existencia de sistemas de información paralelos y la falta de coordinación entre las áreas de producción de estadísticas de salud; problemas de calidad en los registros administrativos e información incompleta del sector privado; ausencia de mecanismos de producción y del proceso de administración de datos; poco enfoque de desarrollo integral de las investigaciones y análisis de información; necesidad de fortalecer los recursos humanos, materiales (informáticos) y financieros del sistema; ausencia de un repositorio o base de datos integrada. La segunda fase está dirigida al Diseño y Plan estratégico del Sistema de Información de Salud (SIS), descritos en el presente documento. Para la fase de implementación se requiere completar el Diseño y Plan Estratégico del SIS, para lo que se espera contar con la voluntad política e interés de las autoridades. Posteriormente, se realizarán otras actividades como la sensibilización de los tomadores de decisiones, talleres regionales y locales para la diseminación del SIS, elaboración de planes operativos, desarrollo de un plan de capacitación, diseño de las bases de datos y otras.

. Puntos críticos identificados Los resultados obtenidos en el diagnóstico del actual Sistema de Información de Salud, han permitido identificar algunos puntos críticos, los cuales será necesario resolver para el fortalecimiento de las estadísticas del sector salud. En este sentido se observó: • La existencia de Sistemas de información paralelos y la falta de coordinación entre las áreas de producción de estadísticas de salud. • Problemas de calidad en los registros administrativos e información incompleta del sector privado. • Ausencia de mecanismos de producción y del proceso de administración de datos. • Limitado enfoque de desarrollo integral de las investigaciones y análisis de información. • Utilización parcial de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la Salud (CIE-10) para fines de registro y producción de estadísticas de salud. • Falta de recursos humanos, materiales (informáticos) y financieros en el Sistema. • Limitaciones en la capacitación relacionada con los procesos estadísticos, clasificaciones, uso de indicadores y otras áreas especializadas. • Limitaciones para el uso de la información por problemas de cobertura, calidad, oportunidad, confiabilidad, que afectan la toma de decisiones y el análisis de la situación del sector salud. • Ausencia de un

repositorio o bases de datos integradas. • Falta de un marco conceptual y regulatorio de las estadísticas de salud. • La inexistencia de normas específicas que regulen la función estadística en las principales instituciones de salud. • El desconocimiento, por parte de las instituciones privadas, del rol rector del MINSA en materia de estadísticas de salud. • Se hace difícil determinar un marco normativo para el Sistema de Información de Salud, sin conocer la nueva disposición legal que regirá las Estadísticas nacionales que se encuentra en proceso de aprobación. • Las principales instituciones de Sector Salud, MINSA y CSS, no logran ponerse de acuerdo en la conformación de un Sistema de información único, como una alternativa a una utilización óptima del recurso humano. A nivel interno de ambas instituciones, existe una distribución no equitativa de los recursos, tanto humanos como de equipo. • El MINSA presenta una mayor dispersión de sus recursos, debido a la amplia distribución de la red de servicios, lo que aunado a la ejecución de las múltiples funciones que realiza el personal del nivel local y la deficitaria situación del equipamiento, dificulta las labores de supervisión y capacitación. • La CSS, con personal concentrado principalmente en las cabeceras de provincia, con mayor y mejor formación, adolece de un programa de capacitación continua que permita la actualización y fortalecimiento de su personal. • Existen diferentes programas de bases de datos para la captación, elaboración y análisis de información a lo interno, tanto del MINSA como de la CSS, lo que dificulta la posibilidad de análisis comparativos e inclusive imposibilita una comunicación y coordinación efectiva. • Ausencia de una instancia de coordinación interinstitucional que funcione de forma permanente.

. La propuesta que se presenta para el desarrollo del Sistema de Información de Salud está dirigida a unificar e integrar conceptos, definiciones, procedimientos, normas y estándares, flujo de información y comunicaciones, como elementos esenciales para los procesos de registro, almacenamiento, integración y producción de estadísticas de salud. Como punto de partida, se tomaron los problemas identificados en el diagnóstico, los cuales hacen referencia fundamentalmente a la duplicidad de tareas, de procedimientos e instrumentos utilizados, de flujos de la información y el paralelismo existente en los Sistemas de información, lo que ha impedido contar con información común, homogénea, completa, integral, oportuna y de calidad. La coordinación de las actividades relacionadas con la integración y unificación del Sistema de Información de Salud estará a cargo del Comité Técnico Interinstitucional, formado por la Dirección de Políticas del Sector Salud del Ministerio de Salud (MINSA) como Secretaría Ejecutiva, la Dirección Nacional de Planificación y la Dirección de Servicios y Prestaciones Médicas de la Caja de Seguro Social (CSS), la Dirección de Estadística y Censo de la Contraloría General de la República (CGR-DEC), la Dirección del Registro Civil del Tribunal Electoral y las Direcciones de Planificación y Políticas Sociales del Ministerio de Desarrollo Social (MIDES). Las funciones

de este Comité están descritas en el Acuerdo Interinstitucional de Cooperación y se refieren particularmente a realizar las tareas necesarias para fijar los lineamientos técnicos para el mejoramiento del Sistema de información, recomendar acciones para optimizar e integrar los recursos de las diferentes organizaciones, con el fin de lograr mayor beneficio e impacto social, determinar las responsabilidades de cada institución para el logro de los objetivos, garantizar la planificación oportuna para asegurar la continuidad y sostenibilidad del SIS, brindar apoyo logístico para atender y cumplir con el plan de mejoramiento y sus componentes operativos anuales, realizar reuniones periódicas y permanentes; facilitar la capacitación de los funcionarios; elaborar las recomendaciones necesarias para incorporar las actividades recomendadas en el plan de acción nacional y en los planes operativos de cada entidad y desarrollar un plan de implementación que incluya la asignación de recursos humanos y financieros por parte de cada entidad. El Sistema de Información de Salud es una de las partes que integran el Sistema Estadístico Nacional y está formado por distintos Subsistemas, relacionados entre si y con objetivos similares, destinados primordialmente a brindar información oportuna, confiable y de calidad a todos los usuarios, especialmente a los diferentes niveles de gestión del Sistema de salud. De acuerdo con las investigaciones realizadas, el Sistema de Información de Salud estará compuesto por los siguientes Subsistemas, tal como se describe en el organigrama: • Subsistema de Estadísticas Demográficas y vitales. • Subsistema de Estadísticas de Provisión de Servicios. • Subsistema de Estadísticas de Vigilancia de la Salud. • Otros Subsistemas de Estadísticas de Salud

El Observatorio de Calidad en Salud es un espacio de información e insumos importantes sobre la calidad de la atención en salud. Recopila, analiza y difunde información para generar conocimiento que apoye el desarrollo e implementación de políticas y estrategias de calidad destinadas a los diferentes usuarios del Sistema de Salud panameño. Se creará mediante resolución ministerial. La Conformación del Observatorio surge del interés de las autoridades y equipo de salud en promover una cultura de calidad en las instalaciones de salud y posicionar la calidad de la atención sanitaria y la seguridad del paciente como prioridad sectorial. La calidad, incluyendo la seguridad del paciente, es una cualidad de la atención sanitaria esencial para la consecución de los objetivos nacionales en salud, la mejora de la salud de la población y el futuro sostenible del sistema de atención en salud. A través del observatorio se promueve la participación de todos los interesados en lograr la calidad de la atención en los servicios de salud y generar y compartir información y evidencia en materia de calidad que ayuden a desarrollar y apoyar la implantación de soluciones de calidad. Para la implementación del Observatorio el proceso de desarrollará

en dos Etapas. Una primera Etapa, con participación del Nivel Central y Regional del Ministerio de Salud y Hospitales Nacionales y Regionales pertenecientes al Ministerio de Salud y la Organización Panamericana de Salud (OPS). Durante esta primera Etapa los Indicadores publicados abarcarán las instalaciones del Ministerio de Salud. La Segunda Etapa de Ampliación consistirá en la incorporación de otras instituciones participantes y la información de Indicadores de Calidad abarcará a las Instalaciones de la Caja de Seguro Social. El Ministerio de salud facilitará la sostenibilidad del Observatorio, se encargará de la administración y mantenimiento del espacio virtual, la obtención y depuración de la información y la convocatoria de las entidades participantes y la gestión de las entidades colaboradoras. I. DEFINICION: El Observatorio de Calidad en Salud es un espacio de información e insumos importantes sobre la calidad de la atención en salud. Recopila, analiza y difunde información para generar conocimiento que apoye el desarrollo e implementación de políticas y estrategias de calidad destinadas a los diferentes usuarios del Sistema de Salud.

**CARACTERÍSTICAS O ATRIBUTOS DEL OBSERVATORIO:** a) Transparente: Cuenta con normas y procedimientos descritos y accesibles. b) Técnico: Basado en evidencias y fundamentado en el método científico. c) Participativo: El visitante podrá tener acceso a todo tipo de información que se encuentre dentro del observatorio al mismo tiempo que podrá compartir los propios. d) Dinámico: La información ofrecida será variada y podrá ser compartida y discutida entre los visitantes, ofrecerá la opción al usuario a aportar ideas, temas y propuestas relacionadas a temas de calidad de los cuales tenga conocimiento o duda. e) Crítico: El visitante podrá dar críticas y sugerencias a los distintos temas, documentos y herramientas las cuales se plasmen dentro del observatorio. V. PRODUCTOS O RESULTADOS ESPERADOS DEL OBSERVATORIO DE CALIDAD: a) Recolección de información relevante y de interés sobre la calidad de la gestión de los servicios de salud a la población. El objetivo es determinar y seleccionar con base a normas y pautas establecidas por el Comité Técnico, el conjunto de información que ha de ponerse a disposición de los usuarios y colaboradores del Observatorio. b) Análisis de la información. El objetivo es proporcionar y compartir observaciones y conocimientos basados en evidencia, mediante procedimientos técnicamente establecidos c) Publicación de la información. Son objetivos compartir conocimientos y, facilitar el acceso a información, la comunicación y el trabajo colaborativo en red; relacionado a temas de calidad en la gestión de los servicios de salud VI. POBLACIÓN OBJETIVO O BENEFICIARIO: La constituyen los usuarios externos e internos del sistema de salud con interés en temas relacionados a la calidad de la gestión de los servicios de salud y seguridad del paciente. a) Usuarios externos: lo conforman la población en general, la empresa privada las organizaciones no gubernamentales, gremios, asociaciones de usuarios, sindicatos, centros de enseñanza o investigación. b) Usuarios internos: son todos los funcionarios profesionales y técnicos que conforman el sistema de salud, proveedores de servicios de salud, directores o gerentes de servicios e instalaciones, autoridades nacionales y regionales de salud.

En avance de 90% se encuentran los trabajos de remodelación y equipamiento del departamento de Radiología de la Unidad Local de Atención Primaria en Salud (ULAPS) Profesor Carlos Velarde de la Caja de Seguro Social (CSS), en San Cristóbal, informó el director médico de esta unidad ejecutora, Dr. Noel De León.

Para esa instalación, la CSS adquirió un nuevo equipo de rayos X para realizar las pruebas de rutina de cráneo, columna, abdomen, estómago, pulmón y extremidades. También, un mamografía digital, que ahora permitirá realizar estudios de la mama, micro-calcificaciones y quistes.

El jefe técnico de Radiología de esta instalación, Lcdo. Víctor González, manifestó que gracias a estos equipos la ULAPS se sumará a la digitalización que ya está en funcionamiento en casi todos los departamentos de Radiología a nivel nacional.

La ULAPS realiza al mes unos 360 estudios de Rayos X y se estima que con la implementación de la tele-radiología se realicen más de 450 estudios mensualmente.

***Tareas o actividades comunes a cualquiera de sus especialidades.***

*Ejecuta diferentes exámenes, como también procedimientos en los que se apoya el diagnóstico y tratamiento de diferentes patologías.*

*Genera, analiza e interpreta documentos de diagnóstico.*

*Dirige la labor regular de los laboratorios. Tiene a su cargo la organización, coordinación y dirección del trabajo realizado en los servicios que se desempeña. Además es de su competencia la supervisión del personal a su cargo, como también es responsable de la dotación de \*recursos humanos necesarios para el buen funcionamiento de su servicio, de la provisión de \*insumos y mantención de equipos e instrumental.*

*Implementa, ejecuta y evalúa normas de bioseguridad para prevenir, evitar y minimizar riesgos propios de la ejecución de exámenes y procedimientos clínicos, con el fin de proteger a las personas y al medioambiente.*

*Identifica problemas propios de su quehacer específico y proponer, planificar y ejecutar estrategias de solución, utilizando sus conocimientos y experiencia.*

*Planifica y/o participa en campañas de prevención, detección temprana y rehabilitación de distintas patologías de la comunidad.*

*En coordinación con el equipo de salud, planifica, desarrolla, ejecuta y evalúa procedimientos y técnicas de exámenes en el ámbito de su mención, dirigidos al diagnóstico y la \*terapia.*

*Da juicios fundamentados de los alcances y limitaciones de los resultados de exámenes y procedimientos llevados a cabo.*

*Participa en trabajos de investigación en ciencias básicas o aplicadas en calidad de autor, coautor, colaborador técnico o asesor.*

*Difunde los resultados de su investigación, realizando publicaciones en revistas científicas nacionales o extranjeras y también transmite sus conocimientos al personal a su cargo y otros profesionales del área.*

*Organiza y participa en congresos, jornadas o seminarios, nacionales o internacionales.*

## **Especialidades**

### ***Mención Laboratorio Clínico, \*Hematología (estudio de la sangre) y Banco de Sangre.***

*Profesional responsable del diagnóstico mediante el análisis de la sangre y otros fluidos de los pacientes. Especializado en la ejecución de los diversos exámenes que se realizan en el laboratorio de análisis clínicos, diagnóstico y terapéutica de las enfermedades; capaz de efectuar los análisis, actuando en todos los casos por indicación médica, pero está preparado para realizar exámenes complementarios que aumenten la Orientación de un diagnóstico.*

*Por ejemplo, en el área de la salud llegan muestras y se realizan análisis, identificaciones y aislamientos de \*agentes patógenos, determinaciones de \*carga viral o microbiana de \*agentes patógenos en una determinada muestra, análisis de metales pesados en orina o en sangre cuando hay gente expuesta a ese tipo de elementos químicos, etc.*

*La actividad está tendiendo al diagnóstico molecular de las enfermedades, la información que aporte el \*genoma humano va a ser trascendental para el manejo y aplicación de muchas técnicas en el laboratorio clínico.*

*El descubrimiento del \*ADN en su fórmula molecular, va a permitir grandes tratamientos para el cáncer o el Sida.*

*Además, este profesional, por su capacidad para aplicar los procedimientos tecnológicos que han surgido a partir de las ciencias básicas modernas, constituye uno de los pilares principales para la investigación básica y aplicada en el área biomédica. Los desarrollos de la \*biotecnología, las certificaciones de calidad biológica y química de productos exportables, el control de enfermedades en personas, animales y plantas.*

*Puede desempeñarse en hospitales, clínicas y laboratorios públicos o privados.*

## **Mención Radiología y Física Médica**

*La radiología es la especialidad médica que se ocupa de generar imágenes del interior del cuerpo mediante diferentes técnicas y de utilizar estas imágenes para el diagnóstico y también para el control evolutivo de afecciones y el tratamiento de enfermedades.*

*También se le denomina genéricamente radiodiagnóstico o diagnóstico por imagen.*

*Utiliza las siguientes técnicas:*

*Equipos de Rayos X*

*Equipos de Ultrasonografía (ecografía), que emplean los ultrasonidos para obtener imágenes del interior del cuerpo.*

*Tomografía Computarizada, que permite realizar exploraciones tridimensionales de todos los órganos del cuerpo incorporando a un tubo de rayos X giratorio y un potente ordenador que es capaz de reconstruir las imágenes.*

*Resonancia Magnética, cuyos equipos contienen potentes imanes capaces de generar campos magnéticos para obtener información sobre una muestra.*

*Comprende los principios físicos en los que se basa y cómo se adquiere la Imagen por Resonancia Magnética.*

*Planifica, ejecuta y evalúa diferentes exámenes, técnicas y procedimientos en los que se apoya el diagnóstico y el tratamiento de diferentes patologías.*

*Tiene a su cargo la dirección del trabajo demandado por el médico en la obtención del documento radiográfico del paciente. Conoce y con toda exactitud, cual es la posición adecuada de la región anatómica que corresponde radiografiar; domina con certeza los valores o medidas eléctricas que deberán actuar para alcanzar en cada caso una imagen correcta e ilustrativa y, por último, con la técnica fotográfica del revelado, procura obtener del film el resultado mejor para la finalidad buscada, la que será en todos los casos proporcionar al médico un elemento gráfico adecuado e indispensable para su diagnóstico.*

*Realiza el procesamiento de la información, como la elaboración y presentación de datos, construcción de gráficas e \*histogramas, revelado de material fotográfico, procesamiento de la información por técnicas de computación, tratamiento y reconstrucción de imágenes \*tomográficas.*

*Controla el cuidado de los equipos de manera que mantengan las condiciones necesarias para su correcto empleo y se eviten daños. Comunica de toda falla o anomalía comprobada en el instrumento.*

## Compensación costos MINSA-CSS

La Caja de Seguro Social (CSS) atiende a pacientes no asegurados, sin que medie convenio ni remuneración, en contra de lo dispuesto por la ley orgánica del año 2005 que rige la entidad. El hecho quedó manifestado en un enfrentamiento epistolar entre las autoridades de la CSS y el Ministerio de Salud (Minsa).

El pasado 7 de noviembre, el director de la CSS, Guillermo Sáez-Llorens, envió una nota al ministro de Salud, Javier Díaz, en la que reclama que no se han “perfeccionado” los convenios de reciprocidad para la prestación de servicios médicos a pacientes no asegurados.

Los “convenios” a los que alude Sáez-Llorens benefician a pacientes de trasplante renal y de médula ósea, e intoxicados por dietilene glycol, entre otros. Sáez-Llorens acusa al Minsa de no haber gestionado toda la documentación para que los citados acuerdos tengan presupuesto y/o refrendo de la Contraloría. El director de la CSS entiende que, por tanto, los convenios no están legalmente “vigentes”.

“A todas luces se transgrede la Ley Orgánica de la Caja de Seguro Social cuando brindamos servicios de salud a los pacientes no asegurados, utilizando los recursos de la Caja, sin que medie convenio vigente”, indicó en la nota al ministro, con copia al presidente, Ricardo Martinelli; a la contralora,, Gioconda de Bianchini, y al ministro de Economía y Finanzas, Frank De Lima, y a la que tuvo acceso este periódico.

Sáez-Llorens advirtió a Díaz –que fue director de Prestaciones Médicas de la CSS hasta su designación como ministro, en agosto de 2012– que ante la “evidente e injustificada” reticencia demostrada para gestionar toda la documentación relativa a estos convenios “la Caja de Seguro Social se abstendrá de atender a los pacientes no asegurados en nuestras instalaciones y en el Hospital Regional Docente 24 de Diciembre”.

Sáez-Llorens cita cinco artículos de la Ley 51 de 2005, entre ellos el artículo 133, que dice: “el sistema de servicios de salud de la Caja de Seguro Social tiene como propósito elevar el nivel de salud y la calidad de vida de la población asegurada...”.

La misma norma, en su artículo 136, sostiene que la institución atenderá a pacientes no asegurados, “sin menoscabo de la autonomía económica, funcional y administrativa de la CSS, y con la debida compensación de los costos de los servicios que se obtengan o brinden”.

Ministro pide auditoría

La carta de Sáez-Llorens fue replicada por Díaz quien, en entrevista con este diario, respondió que así como la CSS atiende a los no asegurados, el Minsa hace lo propio con los asegurados.

Sin precisar montos, recalcó que ambas instituciones se adeudan mutuamente por la atención de pacientes, y solicitó una auditoría externa que determine quién le debe a quién, a fin de finiquitar las cuentas.

“Así como la CSS atiende a los no asegurados, el Minsa también atiende a asegurados. Los convenios están bajo negociación de ambas instituciones y una vez que ambos equipos se pongan de acuerdo, se procederá a firmar los convenios”, precisó el ministro.

CONFLICTO de vieja data

Esta no es la primera vez que ambas entidades discuten por dinero.

En noviembre de 2011, el Minsa –entonces bajo la jefatura de Franklin Vergara– dijo que la CSS le debía \$10.2 millones por servicios médicos prestados. La CSS, a su vez, reclamó al Minsa el pago de \$11.4 millones. Las partes no lograron un acuerdo y no hubo pagos.

En ese momento, Reina Roa, directora de Provisión de Servicios del Minsa, explicó que desde finales de 1995 ambas entidades establecieron una compensación de costos para cubrir los gastos en que se incurría por la atención cruzada de los pacientes de sus respectivas competencias en los centros de atención operados por los dos sistemas.

En el convenio se estableció un tope de deuda de \$3 millones anuales, pero desde 2002 surgieron diferencias por los montos adeudados y ni una de las dos entidades cobró.

Las cuentas por servicios prestados todavía no han sido presentadas, a la espera de una auditoría formal.

#### SISTEMA ÚNICO

Para el ex viceministro de Salud Carlos Abadía, la solución a este conflicto sería el establecimiento de un sistema único de atención médica, prestado por la CSS.

El Minsa –según su propuesta– solo tendría el rol de ser el rector en materia de salud, sin prestación de servicios. Según Abadía, su planteamiento, defendido durante los últimos 15 años, no se ha concretar “por falta de confianza”.

La población asegurada en Panamá es de 2.8 millones de personas.

Desde 2011 no se presentan los reportes financieros auditados de la CSS que exige el artículo 41 de la ley orgánica, el total de cotizantes (1.13 millón) no tiene información sobre el estado actual de las cuentas en la entidad que maneja sus jubilaciones, y las de los ahorros individuales en línea se esperan desde hace seis años.

Gasto en Salud como porcentaje del Gasto Público Total 14.5

Gasto en Salud como porcentaje del Gasto Público Social 30.1

Gasto en Salud Pública por habitante (en balboas) 498.1      2012

Gasto en Salud como porcentaje del PIB 5.2

#### Financiación por autogestión

Cabe resaltar también que está en proceso un nuevo proyecto de extensión de cobertura con financiamiento del Banco interamericano de Desarrollo para los años 2002-2006. El mismo responde a la modalidad de los Paquetes Básicos de Salud Integral, antes descritos. Actualmente, existen algunas instancias y mecanismos de participación social en la gestión y gerencia de los servicios de salud, tales como los Comités de Salud, las Federaciones de Comités de Salud, los Consejos Comunitarios de Salud y las Juntas Administradoras de Acueductos Rurales en el ámbito de la comunidad, los cuales participan desde el diagnóstico de sus necesidades, la planificación de acciones y en la evaluación. Algunos son co-gestores de la salud. También son instancias de coordinación y consulta para la toma de decisiones en salud. Cabe mencionar, además, las Comisiones interinstitucionales para la prevención y control del Dengue, Hantavirus, las Redes contra la Violencia, los Consejos Nacionales de la Mujer, la Familia y el Menor, de Adultas y Adultos Mayores, entre otros. Entre los resultados más relevantes obtenidos en estas instancias de participación pueden citarse: Control de la epidemia de Hantavirus en la provincia de Los Santos. Realización de actividades por autogestión como las Ferias de Salud en las comunidades. 21 Mejoras en la dotación de agua potable por medio de la construcción de Acueductos Rurales. Mejoramiento de la disposición de excretas a través del desarrollo de proyectos de letrínación. Mejoramiento nutricional por medio de la construcción de granjas comunitarias. Formulación del Marco Jurídico para la atención integral de la violencia. Formulación del Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva y del Plan nacional para la Atención Integral de la Violencia. Aprobación de la Ley 4, sobre Igualdad de oportunidades para las mujeres.

La Oficina General de Fortalecimiento de Recursos Estratégicos y de Oferta en Salud es el órgano responsable del abastecimiento de medicamentos, otros productos farmacéuticos y afines de demanda a nivel nacional, denominados recursos estratégicos, así como de la ejecución de los proyectos priorizados por la Oficina General de Planeamiento y Presupuesto, financiados con recursos provenientes del Tesoro Público y de la Cooperación internacional. Depende del Viceministro de Salud y tiene a su cargo las siguientes funciones generales:

- a) Conducir la planificación y ejecución del abastecimiento a nivel nacional de recursos estratégicos, como son medicamentos, insumos médicos y odontológicos, material de laboratorio y otros de ayuda al diagnóstico, así como plaguicidas.
- b) Desarrollar los mecanismos para efectuar el canje y redistribución de medicamentos para la obtención de los resultados sanitarios esperados.
- c) Aprobar los expedientes técnicos de los proyectos de inversión pública declarados viables.
- d) Dirigir a formulación de los estudios de pre inversión de los Proyectos de Inversión Pública, por requerimiento de la entidad competente.
- e) Coordinar la asistencia técnica a las Direcciones Regionales de Salud, para la planificación y programación de los recursos estratégicos.
- f) Dirigir la administración de los recursos asignados, en el marco de la normatividad del proceso presupuestario o por encargo de otras entidades públicas vinculadas al Sector Salud.

Artículo 33.- OFICINA DE GESTIÓN DE RECURSOS ESTRATÉGICOS EN SALUD PÚBLICA La Oficina de Gestión de Recursos Estratégicos está a cargo de las siguientes funciones generales:

- a) Establecer las necesidades de medicamentos, otros productos farmacéuticos y afines de mayor demanda a nivel nacional, en coordinación con órganos correspondientes.
  - b) Monitorear la distribución de los recursos estratégicos en los establecimientos de salud a nivel nacional
  - c) Efectuar el canje y redistribución de recursos estratégicos.
  - d) Monitorear y supervisar la disponibilidad oportuna de los recursos estratégicos en los establecimientos de salud, en función de las intervenciones sanitarias priorizadas.
  - e) Brindar asistencia técnica a las Direcciones Regionales de Salud, para la planificación y programación de los recursos estratégicos.
  - f) Cumplir con los procesos para el suministro de los recursos con eficiencia y transparencia para la provisión oportuna de las necesidades requeridas por las instancias correspondientes.
  - g) Administrar los recursos asignados, en el marco de la normatividad del proceso presupuestario.
- Artículo 34.- OFICINA DE FORTALECIMIENTO DE LA OFERTA EN SALUD La Oficina de Fortalecimiento de la Oferta en Salud, está a cargo de las siguientes funciones generales:

- a) Formular los estudios de pre-inversión de los Proyectos de Inversión Pública por requerimiento de la entidad competente, en coordinación con las autoridades regionales y/o locales en los ámbitos jurisdiccionales en los cuales intervenga.
- b) Elaborar los expedientes técnicos de los proyectos de inversión pública declarados viables.

c) Llevar a cabo los procesos de selección para la contratación de la ejecución supervisión de los proyectos de inversión pública, en coordinación con las autoridades regionales y/o locales de los ámbitos jurisdiccionales en los cuales intervengan.

d) Liquidar y transferir contable y administrativamente los proyectos de inversión pública ejecutados.

e) Realizar la evaluación ex-post de los proyectos ejecutados.

f) Participar en la asistencia técnica a las Entidades receptores de la inversión pública durante el proceso de post inversión de los PIP ejecutados.

g) Administrar los recursos financieros asignados a los proyectos de inversión .Autogestión en patronatos

PANAMÁ. Mientras el Ministerio de Salud (MINSA) invierte \$386 millones en megahospitales en varias provincias, incluyendo el reemplazo del Luis 'Chicho' Fábrega de Veraguas, todos bajo la modalidad 'llave en mano', hay otros hospitales que mueren.

Es el contraste del Hospital del Niño, que el próximo 23 de agosto cumple 60 años de funcionamiento ininterrumpido en la avenida Balboa. Sus instalaciones están al borde de la crisis. Hacinamiento, falta de equipos, infraestructura enferma y pocos médicos completan el panorama.

#### VIEJO RECLAMO

Del 2004 a la fecha, se viene exigiendo un edificio más amplio y moderno para atender a una población anual que alcanza los 200 mil usuarios.

Son \$41 millones que se le asignó al hospital este año, dinero con el que no se ha podido cubrir todas las necesidades. Esto provoca que se 'active' la autogestión de su Patronato y de la Dirección Médica que en septiembre próximo quedará a cargo del doctor Paul Gallardo Sosa.

El Gobierno, a través de Economía y Finanzas y del propio MINSA, revocó hace poco la decisión de cederle el terreno donde operó la Embajada de Estados Unidos para la construcción del nuevo hospital que le fue prometido el pasado 5 de junio en una carta firmada por el ministro Frank De Lima.

#### APOYO

Patria Portugal, defensora del Pueblo, pidió ayer a las autoridades que consideren la construcción del nuevo hospital como un 'proyecto imperdonable'.

Bissot, por su parte, expresa que el presidente Ricardo Martinelli tiene que entender que el crecimiento económico depende de la salud de un pueblo.

En tanto, Gallardo Sosa cree que no están cumpliendo con las normas internacionales, puesto que en el caso de las Salas de Cuidados Intensivos Neonatales, las distancias entre las incubadoras es de seis pies y no de dos, como actualmente ocurre en este hospital.

El Club de Leones anunció el inicio de la campaña 'Por los niños', para recaudar fondos para la construcción del nuevo hospital. Igual piden el apoyo del gobierno.

Sin embargo, esta aparente separación de funciones responde al modelo segmentado/fraccionado del Sistema de Salud del país, más que a un proceso de reforma estructurado y sistemáticamente

implementado, por lo que la duplicidad de funciones, procesos y la segmentación de planes y servicios se encuentran aún presentes. Referente a las funciones específicas, en el área de planeación, no existe un sistema unificado de salud, por lo tanto el MINSA y la CSS formulan, implementan, monitorean y evalúan sus propios planes, proyectos y programas individualmente, apoyándose en algunas ocasiones específicas uno al otro.

El sistema público de salud de Panamá se organiza y opera, a través, de dos subsistemas públicos que coexisten de manera fraccionada, bajo la administración centralizada de dos instituciones independientes, el Ministerio de Salud<sup>1</sup> y la Caja de Seguro Social<sup>2</sup>. La coexistencia de ambos subsistemas ha conllevado la segmentación de la población panameña (asegurada y no asegurada), asignándole a cada institución un grupo de responsabilidad, en función de su condición laboral. Con el objetivo de velar por la salud de cada segmento de población, ambas instituciones brindan, de forma individual, servicios de promoción, protección, conservación, restitución y rehabilitación de la salud. Para lo cual, cuentan con redes de servicios propias distribuidas sobre los mismos espacios geográficos. En pro de lograr una cobertura efectiva de sus segmentos poblacionales, a través de sus redes de servicios, ambas instituciones canalizan importantes volúmenes de recursos humanos, físicos y monetarios.

El financiamiento de la CSS por los fondos de los Programas de Enfermedad y Maternidad y Riesgos Profesionales. Como contraparte, el subsistema de salud administrado por la Caja de Seguro Social se financia, a partir, de los fondos de los Programas de Enfermedad y Maternidad y Riesgos Profesionales. El Programa de Enfermedad y Maternidad, basado en un sistema financiero de reparto anual con reserva de fluctuaciones y contingencias<sup>3</sup>, fija sus fuentes de financiamiento en:  $\theta$  Cuotas regulares (8.5%)<sup>4</sup> :  $\clubsuit$  8.0% aportado por los patronos sobre la base de los sueldos pagados a sus empleados, para la provisión de servicios de salud.  $\clubsuit$  0.5% aportado por el trabajador para el financiamiento de las prestaciones económicas de este programa.  $\theta$  Cuotas de los asegurados voluntarios.  $\theta$  Cuotas de 6.75% de las pensiones concedidas.  $\theta$  Cuotas especiales.  $\theta$  Aporte Adicional del Estado  $\theta$  Ingresos financieros e  $\theta$  Ingresos diversos de gestión en concepto de multas y recargos y venta de servicios médicos. <sup>3</sup>Establece el equilibrio financiero estricto.

De esta manera, es evidente que dada la naturaleza de sus fuentes de ingreso, el financiamiento del sistema público de salud, a través, de sus dos (2) subsistemas, depende de la situación económica nacional e internacional que enfrente el país. En forma particular, las fuentes de ingresos del Ministerio de Salud están directamente relacionadas con el nivel de recaudación de impuestos y la capacidad de endeudamiento del Gobierno Central y el nivel de ingresos de la Caja de Seguro Social depende de la participación del empleo formal en el mercado laboral, el nivel de salarios y el comportamiento del mercado financiero nacional e internacional.

Otras fuentes de recursos Otras fuentes de recursos para la Red Pública del Ministerio está representada por las cuotas de recuperación o copagos, cuyo monto es generalmente determinado por los patronatos, pero que en términos generales no representa más allá del 1% del costo real del servicio, ni más del 5% de los recursos disponibles. Estos co-pagos aplican para servicios de primer nivel, sin embargo, cuando se trata de población sin capacidad de pago al momento de recibir una atención, la misma no le es negada. En general, el actual Gobierno ha desmontado gradualmente esta práctica, pero en muchos de los casos sin dar fuentes alternas de ingreso, lo cual ha comprometido seriamente la estabilidad financiera de los hospitales públicos y de toda la red de servicios del MINSA. Existen otros recursos provenientes de los convenios de prestación de servicios entre la CSS y el MINSA que operan en instalaciones de salud de primer, segundo y tercer nivel, que ofrecen servicios a población asegurada y no asegurada, según sea el caso, con base a los productos y servicios de

salud definidos en la cartera de servicios establecida, a costos previamente convenidos. Aunque este mecanismo no es muy ágil ni eficiente, pues la red pública no puede identificar los afiliados a la CSS, y la recuperación es muy lenta, significa algunos pocos recursos que son administrados directamente por la región o los patronatos para el caso de los hospitales nacionales. Caso especial lo representa el Hospital San Miguel Arcángel (HISMA) en donde debido a su modelo de gestión el aporte de los recursos es compartido entre la CSS y el MINSA, siendo depositados a un fondo común manejado por la Coordinadora Nacional de la Salud (CONSALUD), como ente externo. Estos recursos son utilizados para pagar la atención de los afiliados a ese hospital que a su vez es administrado por un ente privado (Subsidio demanda).

El presupuesto del MINSA El MINSA formula su presupuesto en base a la metodología por resultados mediante los siguientes pasos Unidad Ejecutora (local, distrital, regional o nacional): (MAYO) o analiza por cada servicio su nivel de demanda y oferta y establece sus metas de producción o cuantificación monetaria del nivel de servicios a ofertar por cada servicio y el total de la unidad ejecutora Nivel Distrital (MAYO) o Consolida la información de los niveles locales y el nivel distrital Nivel Regional (JUNIO) o Consolida la información de los niveles distritales y el nivel regional Nivel Nacional – Dirección de Políticas del Sector Salud (JULIO) o Consolida la información de los niveles regionales y el nivel nacional.

Las principales dificultades del sistema de salud panameño son las siguientes : Falta de coordinación de las inversiones y el gasto entre los hospitales de la caja del seguro social y los del ministerio de salud El divorcio entre el presupuesto asignado a los hospitales y su desempeño Organización fragmentada y desarticulada Servicios de salud centrados en aspectos curativos, escasa participación social e integración a la red Concentración de recursos humanos, materiales y financieros en los hospitales nacionales en desmedro de los regionales Centralización de la gestión de prestadores públicos Escaso desarrollo institucional del ministerio de salud.

Más precisamente, la red de servicios de salud del país está conformada por tres grandes sub-sectores: el público, el de seguridad social y el privado (no existen datos). El sistema público está dividido en 14 regiones sanitarias en donde tienen presencia paralela tanto la red pública del MINSA como de la CSS. En términos generales, esta red debería ser suficiente para cubrir la totalidad de la población panameña. Sin embargo, existe una irregular distribución tanto de la red como del recurso humano con una concentración mayor en las cabeceras urbanas y una fragmentación del sistema con segmentación en la cartera de servicios en detrimento de la población, especialmente no afiliada a la seguridad social, que vive en zonas apartadas y/o rurales.

Referente a las funciones específicas, en el área de planeación, no existe un sistema unificado de salud, por lo tanto el MINSA y la CSS formulan, implementan, Documento Marco - Panamá Septiembre 2007 15 monitorean y evalúan sus propios planes, proyectos y programas individualmente, apoyándose en algunas ocasiones específicas uno al otro. Las políticas en salud son elaboradas quinquenalmente por el MINSA, en cuyo proceso de elaboración no participan generalmente las otras organizaciones y sub-sectores, por lo que su ámbito de aplicación es institucional.

Como parte del proyecto piloto, entre los años 2001 y 2002, con recursos del crédito del banco mundial, se logró la creación de 14 unidades de planificación e información conjunta MINSA/CSS en las 14 regiones sanitarias del país, con el fin desarrollar un plan estratégico sectorial y se logró la firma del convenio de coordinación interinstitucional MINSA/CSS. producto de lo anterior.

El proceso de reforma no ha tenido las connotaciones de cambio radical buscadas ni el impacto esperado. Por el contrario, producto del vaivén político y la falta de continuidad en la política, el proceso se circunscribió sólo a una región de salud del área metropolitana de la ciudad de Panamá, iniciada como piloto y conocida como .

Panamá continúa teniendo un modelo de gerencia centralizado con desconcentración de algunas funciones gerenciales a nivel público. En el caso del Instituto Oncológico Nacional, del Hospital Santo Tomás y del Hospital del Niño, su legislación no los obliga a la suscripción de estos convenios para que le sean entregados los recursos financieros que se les ha asignado en la Ley de Presupuesto del Estado.

Pasar de una política financiera presupuestal a una de costo real A nivel mundial todas las empresas importantes tienen que obtener certificación de sus balances anuales. Esto no puede ser un objetivo alcanzable antes de 5 años en Panamá ese objetivo se hará a largo plazo. La gestión de presupuesto es una necesidad de cada empresa, pero la gestión real no debe hacerse por programa. La contabilidad tiene que ser el espejo de cada gasto clasificado por la naturaleza de gasto. La contabilidad analítica responde a la posibilidad de un seguimiento por programa. Para que cada empresa de servicios de salud sea comparable, la contabilidad tiene que ser universal y tener la misma clasificación contable que las empresas comerciales o industriales. La transparencia de los gastos permite definir con precisión el costo de cada servicio, de cada acto facturado. Los gastos tienen que ser repartidos con la contabilidad analítica de costo acto por acto. La metodología es hoy muy bien conocida en la industria y en el comercio. En la afectación de gastos directos y gastos indirectos por cada unidad facturadle en cada tipología de acto.

Cada unidad fija o móvil al tener su contabilidad puede conocer el costo de cada uno de los servicios. Cada gerente tendrá la posibilidad de tener el balance en equilibrio. Su gestión será comparable a la gestión de otras unidades. La comparación de los costos será una garantía de buena gestión. El rol de rectoría será más fácilmente cumplido por el Ministerio de Salud. El rol de auditoría administrativa, financiera y medica será más fácilmente cumplida por la estructura de gestión de todos los servicios de salud. Cada unidad de gestión tiene su gerente, su personalidad jurídica y su responsable de finanzas y contabilidad. Para las empresas de pequeño tamaño a el servicio de finanzas y contabilidad será común a varias unidades más cercanas.

La entidad de gestión es responsable del control de la gestión de cada unidad de servicios de salud. Dispone de un grupo de auditores financieros y administrativos, auditores médicos que son los responsables de hacer más eficiente la gestión de todas las empresas de salud y de mejorar la calidad de los servicios médicos. La entidad de gestión tiene la responsabilidad de nombrar los gerentes de cada unidad de servicios de salud con la aprobación del Ministerio de Salud. La entidad de gestión tiene su cuenta bancaria con responsabilidad jurídica propia. La entidad tiene la contabilidad de su estructura y tiene en cargo la centralización de las contabilidades de cada unidad y la consolidación de todos los gastos de la salud nacional. El Director Ejecutivo de la entidad de gestión es nombrado por decreto presidencial en consejo de ministros.

La gestión manual de los hospitales es de otro tiempo. En todas las empresas modernas la información comunica por medio de redes informáticas. El desarrollo de las herramientas informáticas es una necesidad.

La contribución de copago por los no asegurados es subsidiada por el estado cuando el paciente es de escasos recursos. En caso de la una ayuda de subsidio familiar de 50% del salario mínimo progresivamente los no asegurados que hoy no contribuyen podrían pagar el copago y si no lo realizan se le disminuye el subsidio.

Hay que reflexionar sobre la posibilidad de aumentar y abrir nuevos fuentes de financiación Durante los últimos años la producción anual crece de 7 a 9% . Una parte del crecimiento debería ser afectado para reducir la desigualdad y ser redistribuido a la población de extrema pobreza. Quizás se podría distribuir recursos mínimos a todos los ciudadanos sin recursos.

Passar de una gestión centralizada repartida en dos redes a una descentralización de la gestión financiera de un servicio único de salud para mejorar la calidad y la transparencia de los costos de los servicios Este modelo de organización da la responsabilidad a los directores ejecutivos de cada empresa de salud. Los gerentes tendrán que alcanzar los objetivos cuantitativos y cualitativos de los servicios facturados. Para el desempeño del modelo de financiamiento se debe adoptar una gestión por contrato de objetivos y de gestión sostenido por una clasificación contable universal integrada en las herramientas del sistema informático único. Para enfrentar esa responsabilidad los gerentes y directores ejecutivos deben obtener objetivos claros y los recursos humanos financieros y informático para poder controlar sus acciones. Eso necesita que ellos tienen la señaliza en la cuenta bancaria para hacer con fluidez todos los actos de compra y pago de todos los presupuestos de su entidad.

OFICINA DE PROYECTOS DE INVERSION La Oficina de Proyectos de Inversión está a cargo de las siguientes funciones generales:

- a) Conducir el Sistema de inversión Pública en el Sector Salud en el marco de los lineamientos de política sectorial y os inversiones en Salud.
- b) Formular y evaluar el Programa Multianual de Inversiones y el Programa Anual de Inversiones del Ministerio de Salud. c) Emitir opinión técnica sobre convenios y acuerdos nacionales e internacionales que involucren proyectos de inversión pública.
- d) Proponer las normas específicas para la formulación y evaluación de proyectos de inversión pública en salud.
- e) Asesorar en la identificación, formulación y evaluación de proyectos y programas de inversión a todas las instituciones involucradas en la función salud en el ámbito nacional.
- f) Evaluar y emitir informes técnicos, sobre los estudios de pre-inversión a nivel de perfil, pre-factibilidad y factibilidad elaborados por los órganos designados como Unidades Formuladoras.
- g) Gestionar la viabilidad de los proyectos aprobados y otorgarla por delegación del órgano competente.
- h) Priorizar los proyectos de inversión pública que serán financiados por la Coopera Técnica Internacional.
- i) Mantener actualizada la información registrada en el Banco de Proyectos de Inversión Pública.
- J) Efectuar el seguimiento del avance físico y financiero de los proyectos de inversión en salud a cargo de las entidades designadas como Unidades Ejecutoras.

k) Proponer los parámetros técnicos de inversión del sector para evaluar el impacto logrado por los proyectos en la fase de post-inversión.

l) Conducir el proceso de capacitación en inversión pública en salud, en coordinación con el Instituto de Desarrollo de Recursos Humanos.

Artículo 22.- OFICINA DE COOPERACIÓN INTERNACIONAL La Oficina de Cooperación Internacional está a cargo de las siguientes funciones generales:

a) Negociar y gestionar hasta su aprobación de los convenios y documentos similares de cooperación técnica y/o financiera internacional para ejecutar proyectos y programas de salud, debiendo estar su contenido de acuerdo con el marco estratégico del Sector Salud la política sectorial y la legislación peruana.

b) Efectuar el seguimiento, monitoreo y evaluación de los diferentes proyectos y programas financiados con cooperación, internacional en salud suscritos por el Ministerio de Salud o Gobierno Peruano, brindando el respectivo soporte técnico a las Direcciones Regionales de Salud.

c) Monitorear los flujos y tendencias de la cooperación internacional en salud en el Perú) y mantener actualizada la información sobre las modalidades de cooperación internacional y difundir la disponibilidad y propuestas de asistencia técnica y financiamiento de la cooperación internacional.

d) Efectuar la evaluación de los resultados e impacto de la cooperación técnica y financiera internacional.

e) Proponer las normas, registrar y reportar la autorización de donaciones del exterior a la Contraloría General de la República y a la Agencia Peruana de Cooperación Internacional, corroborando a través de los órganos técnicos competentes la efectiva asignación y uso de las mismas,

f) Emitir opinión técnica favorable para el accionar de las Organismos No Gubernamentales de Desarrollo (ONGD) Entidades e instituciones Extranjeras de cooperación (ENIEX, en coordinación con los órganos del MINSA. buscando su articulación y concordancias y las acciones sectoriales.

## **PROYECTOS DE INVERSIÓN ccs**

El aumento de la cobertura del 70 por ciento de la población y la necesidad de mantener nuestras instalaciones en óptimas condiciones de servicios, demanda la inversión de equipos e infraestructura.

Se ha fortalecido la red de servicios de salud a nivel de atención primaria, incorporando los Centros de Atención, Promoción y Prevención de Salud, en regiones suburbanas y rurales, inversión que tiene como objetivo, llevar los programas de atención a regiones apartadas.

Servicios rurales En el área rural, el MINSA es el responsable de canalizar las inversiones y ejecutar los proyectos de agua potable y saneamiento, así como brindar monitoreo y asistencia técnica a 3.749 JAAR reconocidas, que gestionan los servicios. Las JAAR se estructuran con la participación de los miembros de la comunidad y reciben capacitación y entrenamiento de parte del MINSA para las funciones y responsabilidades que tienen asignadas. Dadas las limitaciones presupuestarias.

: Informe Resumen de Provincias Centrales, Programa de Desarrollo Sostenible de Provincias Centrales BID, junio 2008.

5 - el MINSA no llega a brindar apoyo en forma sistemática y permanente en todo el territorio nacional. Las JAAR también presentan limitaciones de orden presupuestario, dado el bajo nivel de tarifa que se aplica, lo que no permite el mantenimiento adecuado de los sistemas, con los consiguientes problemas de deterioro de infraestructura y de calidad del servicio.

Por otro lado, dadas las debilidades que presenta el MINSA en su capacidad de atención al área rural, se han creado programas (entre otros: el CONADES, el FIS y el PRODEC) que hacen inversiones en dicha área. Las acciones se realizan con la falta de una coordinación estrecha con el MINSA en términos de criterios, metodologías y esquemas de inversión y participación comunitaria.















