

Ministerio de Salud de Panamá



*Análisis de Situación de Salud
Panamá 2018*

Macro Visión Nacional de Salud



Análisis de Situación de Salud Panamá 2018

Macro Visión Nacional de Salud

Autoridades Nacionales

**Su Excelencia Miguel Mayo
Ministro de Salud**



**Su Excelencia Eric Ulloa
Viceministro de Salud**



**Su Excelencia Javier López
Secretario General de Salud**



Dirección Nacional de Planificación

Reina Roa

Directora de Planificación de Salud

Iritzel Santamaría

Subdirectora de Planificación de Salud

Coordinación

Norma Astudillo

Jefa del Departamento de Análisis de Situación y Tendencia de Salud

Equipo Técnico

Departamento de Análisis de Situación y Tendencias de Salud

Rebeca Bazán
Jamileth Cortés E.
Cristina Gómez
Geni Hooker

Equipo Técnico de DIPLAN

Alvis Ruiloba
Luz Mery Lasso
Fania de Roach
Melba Cruz
Indira Credidio

Índice

Agradecimiento	9
Introducción	10
Contenido General de las Fotografías	13
FOTOGRAFÍA 1 - CONTEXTO	14
DATOS GENERALES E HISTÓRICOS DE LA REPÚBLICA DE PANAMÁ	15
SERVICIO DE SALUD PÚBLICA DE LA REPÚBLICA DE PANAMÁ.....	21
IFOTOGRAFÍA 2 - DEMANDA Y NECESIDADES DE SERVICIOS - ASPECTOS DEMOGRÁFICOS	30
DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN	31
DESIGUALDADES SOCIALES EN SALUD MATERNA INFANTIL Y ADOLESCENTES.....	59
DESIGUALDADES SOCIALES EN SALUD MATERNO-INFANTIL - MORTALIDAD MATERNA	59
MORTALIDAD INFANTIL	63
DESNUTRICIÓN EN <5 AÑOS	64
ADOLESCENTES, ATENCIÓN PROFESIONAL DEL PARTO ADOLESCENTE	65
SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA – EVENTOS DE NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA - AÑO 2016.....	67
ENCUESTA MUNDIAL DE TABAQUISMO EN JOVENES	106
ANÁLISIS DE LA MORTALIDAD POR EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA ENTRE LOS AÑOS 2001 Y 2016, COMARCA NGÄBE BUGLÉ.	112
CONSIDERACIONES SOBRE LA MORTALIDAD POR VIH	126
INFORMACIÓN DE ATENCIÓN – MINSA	129
ESTRATEGIA DE FORTALECIMIENTO DE LAS REDES INTEGRADAS DE SALUD (FORIS)	139
RESULTADOS DEL PRIMER CENSO NACIONAL DE SALUD PREVENTIVA AÑO 2015 – 2017	143
“SALUD Y NUTRICIÓN, SITUACIÓN ACTUAL EN PANAMÁ”	150
INFORMACIÓN DE LA CSS	156
FOTOGRAFÍA 3 - CARACTERIZACIÓN DE LA OFERTA	166
COMPLEJIDAD DE LA RED	167
ESTRATEGIA eSALUD	174
FOTOGRAFÍA 4 - SATISFACCIÓN DEL USUARIO	176
CONTROL DE CALIDAD – SATISFACCIÓN DEL USUARIO/AUDITORIA SOCIAL	177
FOTOGRAFÍA 5 - ACTORES Y REDES SOCIALES	181
COMITÉS, ONG’S, CLUBES CÍVICOS, IGLESIAS, GRUPOS ORGANIZADOS DE TRABAJADORES DE SALUD.	182
FOTOGRAFÍA 6: PROYECCIÓN DE LA RED - ADECUACIONES DE LA OFERTA	184
INSTALACIONES DEL MINISTERIO DE SALUD (MINSA)	185
OFERTA DE LA CAJA DE SEGURO SOCIAL (CSS)	187
INDICADORES DE COBERTURA Y DESEMPEÑO DE LA ESTRATEGIA DE FORTALECIMIENTO.....	187
FOTOGRAFÍA 7 – CARACTERIZACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD	190
CARACTERIZACIÓN DEL SISTEMA REGIONAL Y PROYECCIONES - ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO	191

FOTOGRAFÍA 8: INSTRUMENTOS DE GESTIÓN.....	204
EVALUACIÓN DE LAS FUNCIONES ESENCIALES DE SALUD PÚBLICA.....	205
SISTEMA DE MONITOREO Y EVALUACIÓN DEL PLAN NACIONAL DE SALUD	211
EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS	212
AUDITORIAS FOCALES Y GENERALES	213
FOTOGRAFÍA 9 - FINANCIACIÓN DE LOS SERVICIOS.....	216
ASIGNACIÓN PRESUPUESTARIA	217
FOTOGRAFÍA 10 - PROYECTOS DE INVERSIÓN	224
<i>Conclusiones.....</i>	227
<i>Recomendaciones</i>	227
ACRÓNIMOS Y ABREVIATURAS.....	228
<i>Bibliografía</i>	232

Agradecimiento

*A todo el equipo técnico y administrativo del Ministerio de Salud, a las entidades del sector salud, a la **Organización Panamericana de la Salud - Organización Mundial de la Salud (OPS-OMS)** y sus representantes en Panamá, gracias por el apoyo en la cooperación técnica brindada ya que han contribuido de manera especial y diligente en la actualización del **Análisis de Situación de Salud de la República de Panamá 2018**, basado en la guía desplegadas en 10 fotografías.*

Introducción

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

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

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

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

En el ASIS se toman en cuenta aspectos del Plan Estratégico de Gobierno 2015-2019, “Un Solo País”, enmarcado en la visión de la construcción de un estado participativo, en su estrategia económica y social del sector salud que impone como meta fortalecer la rectoría en salud. Los lineamientos y estrategias están dirigidos a la población y al derecho absoluto a la salud y como tal, tenemos la responsabilidad de gestionar, monitorear, evaluar y de hacer intervenciones oportunas, para la conservación integral de la salud y del ambiente en todo el territorio nacional, con la participación de múltiples actores sociales, que contribuya al desarrollo de una sociedad más justa y equitativa.

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

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

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

Por lo anteriormente expuesto, El Ministerio de Salud se complace y pone a disposición el documento “ASIS macro nacional 2017” a los usuarios internos y externos del Sector Salud, proveedores de otras Instituciones Gubernamentales, No Gubernamentales, Sociedad Civil,



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

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

En este sentido la metodología que fue elaborada, desarrollada e implementada, apunta hacia la búsqueda de alianzas estratégicas, para poder generar siempre las sinergias y complementariedades requeridas, entre los actores relevantes, que toman decisiones desde los diversos cargos gerenciales asignados

Contenido General de las Fotografías

Fotografía N° 1. El Contexto

Fotografía N° 2. Demanda y necesidades de servicios

Fotografía N° 3. Caracterización de la oferta

Fotografía N° 4: Satisfacción del usuario

Fotografía N° 5: Actores y red social

Fotografía N° 6: Proyección de la red

Fotografía N° 7: Caracterización del sistema regional y proyecciones

Fotografía N° 8: Instrumentos de gestión

Fotografía N° 9: Financiación de los servicios

Fotografía N° 10: Proyectos de inversión

I. FOTOGRAFÍA 1 - CONTEXTO



La Política Nacional de Salud de Panamá, busca garantizar la salud de la población y del ambiente mediante el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud, privilegiando la Atención Primaria de Salud, con un enfoque de salud como derecho humano, expresado en acciones integrales de promoción, protección, conservación, restitución, cuidados paliativos y rehabilitación de la salud biopsicosocial durante el curso de vida, con base en principios y valores de equidad, eficacia, eficiencia, humanización, integralidad, calidad, transparencia y rendición de cuentas, con la participación social e intersectorial en la vigilancia y control de los determinantes de la salud, de su autocuidado y el de su familia, para el logro de un mejor nivel de bienestar y calidad de vida.

La Política de Salud 2016 – 2025 se orienta en principios y valores mediante los cuales busca alcanzar un mejor nivel de bienestar y calidad de vida de la población a lo largo del curso de vida, integrando a los individuos, a la familia, al ambiente y a la comunidad. Sus Lineamientos Estratégicos, se articula en tres ejes definidos, que agrupan nueve (9) Políticas de Salud con cuarenta (40) objetivos estratégicos y doscientos (200) líneas de acción, como se muestra en el cuadro adjunto.



Datos generales e históricos de la República de Panamá

Contexto Nacional

El actual Análisis de Situación de Salud, presenta como marco de referencia, algunos aspectos generales de la realidad nacional. Panamá es considerado como un país con estabilidad política, pero aún con un marcado espacio para mejorar su Estado de derecho. Actualmente existen temas pendientes, que pudieran impactar positivamente en la gobernabilidad futura del país, como el fortalecimiento de las capacidades de gestión pública territorial mediante la implementación de la Ley 66 de descentralización en vigencia desde enero de 2016.

Panamá ha sido históricamente un país abierto, con poco desarrollo industrial y volcado a la actividad comercial y logística. Los índices internacionales del Banco Mundial y del Foro Económico Mundial que comparan la competitividad de distintos países nos ubican como la segunda economía más competitiva de América Latina, superada solo por Chile. Los factores que nos penalizan se relacionan con la educación y la innovación tecnológica.

El monto de la deuda pública siguió creciendo en el año 2016, registrando un aumento de B/. 1,379.9 millones con respecto al año anterior. El crecimiento en el bienio comprendido entre los años 2015 y 2016 fue menos fuerte, comparado con los tres años anteriores (2012, 2013 y 2014). La estabilidad macroeconómica, el grado de inversión del cual goza Panamá, junto a las oportunidades que ofrece la economía, ha podido atraer un flujo creciente de inversión extranjera, dando pasó a un flujo importante de migración laboral. En los últimos dos años el país ha visto reducirse la tasa de crecimiento de la economía y esta situación ha causado incluso la reacción de la población panameña, pues es el resultado la ola de inmigrantes provenientes de países con situación económica menos propicia y ha ido creciendo. El crecimiento económico y las nuevas demandas de personal calificado requieren que el país eleve el nivel de preparación de la población para que se pueda incorporar con éxito a las actividades requeridas por el mercado.

En cuanto a la situación de los grupos vulnerables, las cifras oficiales de pobreza muestran una reducción importante en los últimos años. El 23% de la población se encontraba en condiciones de pobreza general en marzo de 2015 y los niveles de acceso a los servicios básicos han mejorado en forma significativa en los últimos años, pero todavía subsisten brechas significativas.

Panamá no se puede sentir orgullosa de estar colocada en el lugar número catorce de todos los países del mundo con peor distribución de la riqueza según el Coeficiente Gini, que se usa para medir el grado de desigualdad en la distribución del ingreso, es, en el caso de Panamá, uno de los más altos de la región.

Durante el período que comprende los años 2011 a 2016, el crecimiento económico con creación de empleo y las políticas sociales del gobierno (transferencias a hogares y personas), destinadas principalmente a los más vulnerables, continuaron reduciendo los índices de

pobreza en el país. Sin embargo, los retos resultantes de alto grado de postergación económica y social de la población rural dispersa, sobre todo de la población indígena residente en las comarcas, constituyen el mayor obstáculo para que Panamá pueda alcanzar los indicadores de desarrollo humano a los que se ha comprometido en el marco de los ODS.

Como iniciativas de país, actualmente el Ministerio de Gobierno está trabajando en la implementación del Plan de Desarrollo Integral de los Pueblos Indígenas de Panamá, a través de un préstamo del Banco Mundial, que comprende cuatro áreas: salud, educación, agua/saneamiento y gobernanza, y que consiste en la articulación de los respectivos planes para cada uno de los pueblos indígenas (siete etnias) del país. Este proyecto, con una visión de largo plazo, tendrá un impacto directo sobre el 12.3% (417,559 personas) de la población total de Panamá.

En materia de cobertura de educación, Panamá ocupa entre los países de América Latina un lugar intermedio en el nivel preescolar y entre los más altos en cuanto a matrícula en edad escolar. Sin embargo, persisten marcadas desigualdades regionales en la escolaridad y el nivel promedio nacional se ha mantenido estancado en 11 años durante el último quinquenio. La inversión en educación pública, medida como proporción del PIB, no es alta, en términos de comparaciones internacionales.

Según las previsiones del Centro Nacional de Competitividad, existe una brecha entre oferta y la demanda que indica que el país necesitará hacerle frente a la capacitación de 47 mil 788 trabajadores para el periodo 2017 - 2020, cuya formación rebasa la capacidad del sistema educativo actual.

En cuanto a medio ambiente, el Índice de Rendimiento Ambiental (EPI, Environmental Performance Index, en inglés) del año 2016 registra mejor evaluación en calidad del aire, biodiversidad y hábitat, además de salud. Con una evaluación media están agua y sanidad, los recursos acuáticos, así como clima y energía. Con una baja calificación están agricultura y pesca. Si bien sigue habiendo deforestación, ha bajado el ritmo a niveles cercanos a 11 mil hectáreas anuales (antes era 13 mil hectáreas por año). Se registra un aumento significativo en energía renovable dentro de la matriz energética.

En cuanto a los indicadores de cobertura de servicios básicos como electricidad, agua potable y alcantarillado, expertos en el sector cuestionan estos índices ante la realidad evidente de carencias en áreas urbanas y rurales. Panamá se ha propuesto llegar a la cobertura universal de servicios de agua potable y saneamiento en el año 2030, según los Objetivos de Desarrollo sostenible (ODS). Observadores independientes consideran que esta meta es muy difícil de cumplir.

En materia de salud, Panamá ha logrado grandes avances en salud en las últimas décadas y se encuentra entre los países con mejores indicadores de salud en América Latina. El estado de salud de la población refleja, en gran parte, los estilos de vida, las condiciones ambientales

y otras condiciones biológicas. Sin embargo, existen grandes disparidades en las condiciones de salud entre grupos étnicos y entre áreas urbanas y rurales, siendo particularmente grave la situación de postergación en las comarcas y las áreas rurales más pobres y dispersas.

El sistema de salud pública bicéfalo, dividido entre la Caja del Seguro Social (CSS) y el Ministerio de Salud (MINSA), requiere de una reestructuración. El 74.2% de la población es afiliada a la CSS, aunque el 37% de las consultas en las instalaciones del MINSA es por pacientes asegurados. En los hospitales nacionales como el Instituto Oncológico, hasta dos tercios de los pacientes atendidos son asegurados. Fuera de la provincia de Panamá y las cabeceras de provincia, la mayor parte de las áreas rurales cuenta con una menor cobertura por parte de la CSS; el MINSA es la Institución que debe brindar cobertura y acceso en las zonas menos servidas. Estos servicios del MINSA no han registrado un aumento significativo de la cobertura, sobre todo en las áreas de mayor postergación como las comarcas indígenas.

Una alta proporción del gasto en salud se orienta propiamente a los servicios y los recursos que invierte el sistema podrían conducir a resultados mejores. El gasto total en salud es comparable al de países similares en la región, a pesar de su alto valor con respecto al PIB, en el Panamá gasta como Chile y menos que Costa Rica, así como que en términos del gasto per cápita, gastamos más que Costa Rica. La conclusión que se deriva de este análisis es que Panamá debería obtener mejores resultados en salud en función del nivel del gasto público que invierte en el sector.

El desafío consiste en reestructurar el sector público de salud para que sus servicios generen mayor impacto, mayor cobertura y mejor calidad a un costo sostenible. Lo más importante sería orientar el gasto público en salud con preferencia hacia las acciones de prevención y promoción de la salud y hacia la atención de los grupos de mayor postergación, a fin de reducir las enormes desigualdades en el acceso a estos servicios. El establecimiento de alianzas entre sector público y privado debería ser también un elemento facilitador para enfrentar el desafío (Segundo Informe del Observatorio de la Visión País 2025).

Localización

La República de Panamá está ubicada entre las siguientes coordenadas: los 7°12'07" y 9°38'46" de latitud norte y los 77°09'24" y 83°03'07" de longitud oeste. Limita al norte con el Mar Caribe, al este con la República de Colombia, al sur con el Océano Pacífico y al oeste con la República de Costa Rica.

El Istmo está ubicado en la zona intertropical próxima al Ecuador terrestre y tiene la forma de una "S" mayúscula acostada y presenta una dirección de este a oeste, contraria a la dirección del resto de los istmos centroamericanos los cuales van de norte a sur.

Idioma y religión

El español es el idioma oficial de la República.

Religión

La religión predominante es católica (69.7%), seguida por la evangélica (18.0%), 8.5% ninguna especificó su religión.

Moneda

El balboa es la unidad monetaria del país; se subdivide en 100 centésimos y es equivalente al dólar de los Estados Unidos de América.

División Política-Administrativa

La conducción de la política social es responsabilidad de las instituciones públicas que forman el Gabinete Social del Ejecutivo.

Con fundamento en las características geográficas, la tradición histórica, los regionalismos y el ordenamiento jurídico vigente, el territorio se divide en diez provincias (Bocas del Toro, Coclé, Colón, Chiriquí, Darién, Herrera, Los Santos, Panamá, Panamá Oeste y Veraguas), 77 distritos o municipios, 3 comarcas indígenas con categoría de provincia (Kuna Yala, Emberá y Ngäbe Buglé), pues cuentan con un gobernador comarcal; y 2 comarcas con nivel de corregimiento (Kuna de Madungandí y Kuna de Wargandí), con los cuales se completan un total de 655 corregimientos en todo el país.

Superficie

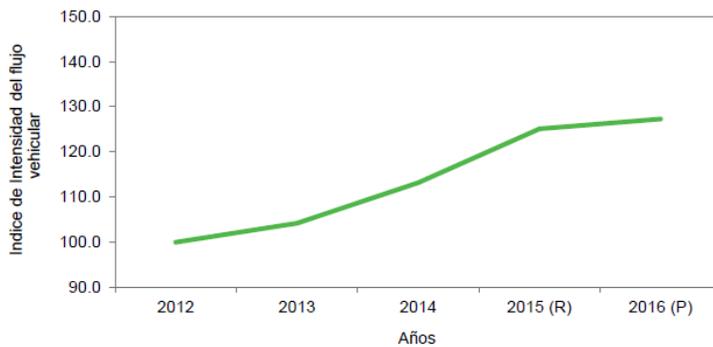
El territorio de la República de Panamá comprende la superficie terrestre, el mar territorial, la plataforma continental submarina, el subsuelo y el espacio aéreo entre Colombia y Costa Rica, de acuerdo con los tratados de límites celebrados por Panamá con estos Estados, tiene superficie de 74,177.3 km², no incluye áreas de masas de aguas continentales con 1,142.5069 km². Panamá tiene una considerable longitud de costas, que suman en total 2,988.3 kilómetros, de los cuales 1,700.6 corresponden al litoral Pacífico; y 1,287.7 al Caribe. Longitud de los ríos más importantes en la Vertiente del Caribe tenemos el Chagres (125), Changuinola (118), Indio (97), Cricamola (83) y Sixaola - Yorkín (70). En la Vertiente del Pacífico están: Chucunaque (231), Tuirá (230), Bayano (206), Santa María (173), Balsas (152), Chiriquí Viejo (128), La Villa (119), Tabasará (109) y Grande (97).

Ambiente

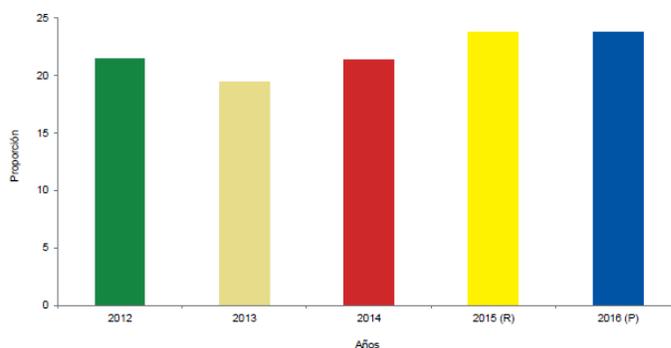
Panamá es clasificado por la Organización Meteorológica Mundial como una nación con pocos problemas de escasez de agua. 500 ríos (350 en el litoral Pacífico y 150 en el Caribe) y 52 cuencas hidrográficas nos colocan como el segundo país, después de Nicaragua, con la mayor disponibilidad hídrica de Centroamérica.

Sin embargo, el mapa hídrico panameño está en el ojo de la tormenta, muchos sectores están sedientos de agua potable y la contaminación amenaza la preservación del recurso.

**ÍNDICE DE INTENSIDAD DEL FLUJO VEHICULAR
EN LA REPÚBLICA: AÑOS 2012-16**



**PROPORCIÓN DE LA OFERTA DE ENERGÍA DE LOS RECURSOS RENOVABLES,
EN LA REPÚBLICA: AÑOS 2012-16**



Según los Registros Sismológicos del Instituto de Geociencias, Universidad de Panamá, en el país durante el 2016 se registraron 983 sismos, lo que representó 278 movimientos telúricos menos que en el 2015. La mayor cantidad de sismos se reportaron en las provincias de Chiriquí (461), Veraguas (165) y Bocas del Toro (133).

Según el INEC, en su informe de Panamá en Cifras, las estadísticas ambientales reflejan que el índice de intensidad del flujo vehicular aumentó 1.7% en el 2016. Este aumento impacta en la emisión de gases, en el incremento de accidentes de tránsito y de la incidencia de enfermedades respiratorias.

La matriz energética del país ha experimentado muy pocos cambios en el 2016. Durante este período persistió la mayor dependencia de los combustibles

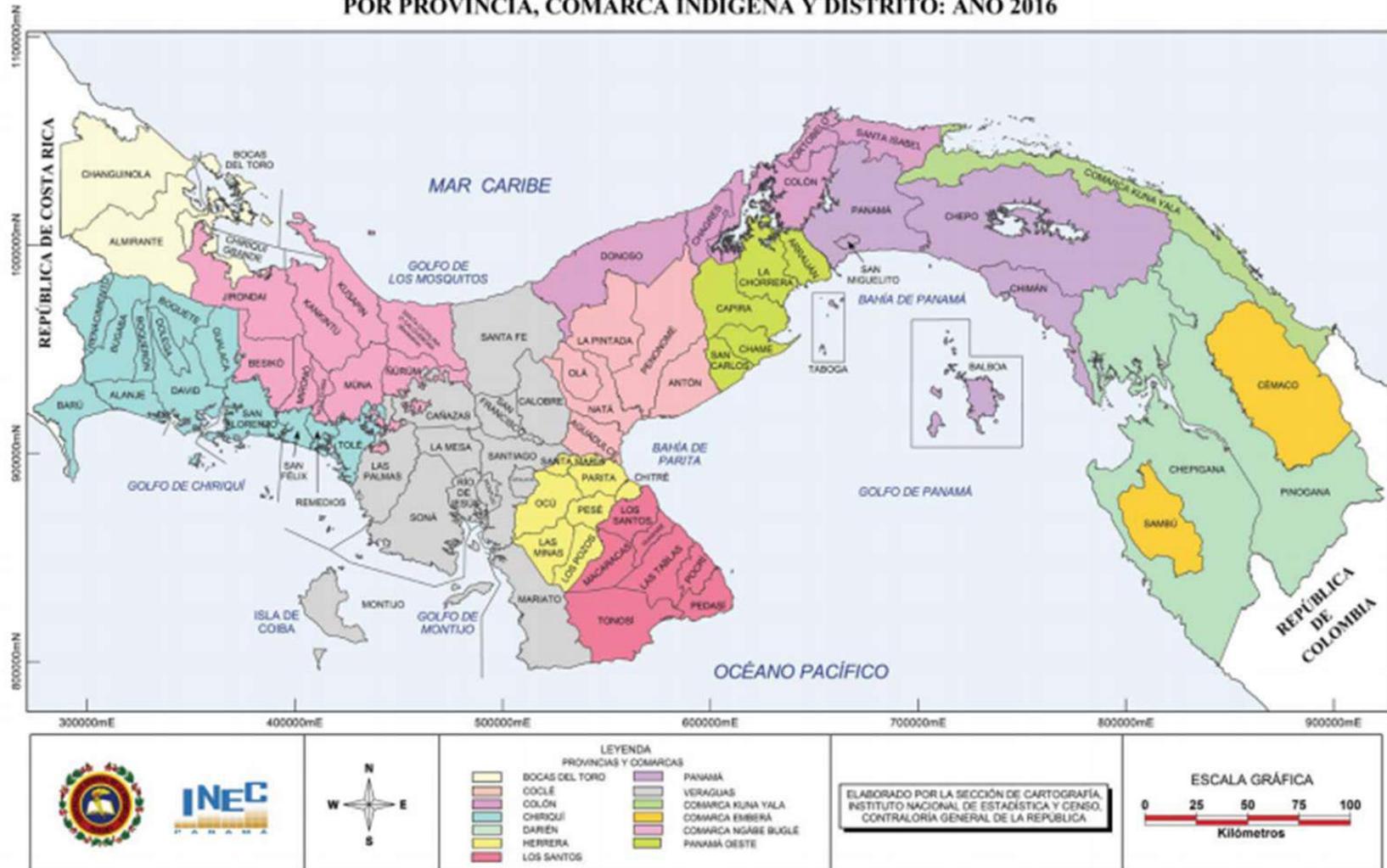
fósiles; no obstante, se evidencia un leve incremento en la oferta de recursos energéticos procedente de fuentes renovables, ya que pasó de 21.5% en 2012 a 23.8 % en 2016.

El Ministerio de Ambiente otorgó 30 concesiones durante el 2016 para uso de fuentes superficiales y subterráneas de agua, con el problema la tala ilegal, la ganadería extensiva y el desarrollo urbanístico, fueron las principales causas de la pérdida de cobertura boscosa, según el INEC. Motivo por el cual se busca restaurar los ecosistemas.

Los incendios forestales y agropecuarios continúan siendo un problema para los ecosistemas. En el 2016, se reportaron 4,664 incendios, lo que representó un incremento de 6.9% con respecto al 2015. De las 80,295.5 hectáreas afectadas en el 2016, el 51.5% corresponde a superficie boscosa y el 48.5% son de uso agrícola y ganadera.

Según los reportes del Ministerio de Ambiente, durante el 2016 se incorporaron dos nuevas áreas protegidas al sistema nacional, la Cinta Norteña en la provincia de Panamá y Cerro Plata en la provincia de Veraguas. La superficie total en las áreas protegidas al 2016 se estimó en 67,137.9 km². Además se reforestaron 1,961 hectáreas, lo que representó 1,394 más que el 2015 cuando se plantaron 567 hectáreas. Éstos programas Acciones para revertir el proceso de deforestación de los bosques naturales de nuestro país.

DIVISIÓN POLÍTICA ADMINISTRATIVA DE LA REPÚBLICA DE PANAMÁ, POR PROVINCIA, COMARCA INDÍGENA Y DISTRITO: AÑO 2016



Salud Pública de la República de Panamá

Reseña histórica del Sistema de Salud de la República de Panamá

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

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

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

El período comprendido entre los años 1930-1943 marca la etapa de desarrollo de instituciones básicas de salud en las comunidades a saber: Hospitales, Unidades Sanitarias y Dispensarios. Este período da inicio al Ministerio de Salud y Obras Públicas en 1941, el cual contó con tres Direcciones: Higiene y Salubridad Pública, Beneficencia y Lucha Antituberculosa y, la de Beneficencia y Fomento, las cuales se consolidaron después en un Departamento de Higiene y Beneficencia con las siguientes divisiones: Ingeniería Sanitaria, Malaria, Asistencia Pública (Hospitales y Dispensarios), Bioestadística y Educación Sanitaria, Lucha Antituberculosa, Enfermería de Salud Pública, Laboratorio de Higiene Pública, Saneamiento y Medicina Forense.

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

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

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

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

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

En 1969, durante el gobierno del Coronel José María Pinilla (Régimen Militar) se crea el Ministerio de Salud. Durante las décadas de 1960, 1970 y 1980, el sistema de Salud Panameño

tuvo un crecimiento y desarrollo considerable, sobre las bases del Ministerio de Salud y de la Caja del Seguro Social, a los que se fue agregando un sector privado.

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

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

La creación del **Ministerio de Salud** por medio del **Decreto de Gabinete N° 1 del 15 de enero de 1969** y de su Estatuto Orgánico por medio del Decreto Ejecutivo N° 75 del 27 de febrero de 1969, reviste a las regiones y a las áreas médico-sanitarias, de todas las facultades descentralizadas que permitan la agilización de los programas dentro de las instituciones de salud de los núcleos poblados, en base a un sistema satélite de organización, en el cual, las instituciones de mejor jerarquía funcionan alrededor de las instituciones más complejas o centros médicos urbanos, sedes de las áreas médico-sanitarias u hospitales generales.

El hecho más sobresaliente en salud logrado durante el período responde al despertar de nuestras comunidades, las cuales a través del Decreto N° 401 del 29 de diciembre de 1970, se orientan hacia la concientización de nuestras comunidades en sus derechos y deberes en salud para participar en forma organizada en la solución de sus propios problemas de salud. Así, durante el período se encuentran funcionando en el país más de 1000 Comités de Salud con personería jurídica, que representan un rico potencial de recursos en salud.

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

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

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

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

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

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

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

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

En este sentido se desarrollaron cambios estructurales importantes para el país, dado que se crean las Direcciones de Promoción de la Salud y de Provisión de Servicios de Salud, se denomina a la Dirección de Planificación, Dirección Nacional de Políticas de Salud, se avanza en una Planificación estratégica MINSA/CSS, en la RSSM se elabora, diseña y construye el Modelo de Atención Primaria de Salud Familiar, Comunitario y Ambiental, se implementa en cada Instalación de salud de la RSSM y algunas instalaciones de la Región Metro.

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

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

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

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

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

Base legal

- **La Constitución Política de Panamá** de 1972, reformada en 2004.; que en su **Título III - establece los Derechos y deberes individuales y sociales.**
- **Capítulo 6: Salud, Seguridad Social y Asistencia Social. Artículos 105, 106, 107, 108, 109, 110, 111 y 112.**
- **Código Sanitario de la República de Panamá.** Ley Nª 66 de 10 de noviembre de 1947, el cual regula en su totalidad los asuntos relacionados con la salubridad e higiene pública, la política sanitaria y la medicina preventiva y curativa.
- Decreto de Gabinete Nª1 del 15 de enero de 1969: Por el cual se crea el Ministerio de Salud, se determina su estructura y funciones. (Gaceta Oficial Nª 16.292 de 4 de febrero de 1969).
- Decreto Nª 75 del 27 de febrero de 1969: Por medio del cual se establece el Estatuto Orgánico del Ministerio de Salud (Gaceta Oficial Nª 16.437 del 2 de septiembre de 1969).

Detalles del Capítulo 6º salud, seguridad social y asistencia social de la Constitución Panameña.

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

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

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

- Regular y vigilar el cumplimiento de las condiciones de salud y la seguridad que deban reunir los lugares de trabajo, estableciendo una política nacional de medicina e higiene industrial y laboral.

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

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

Artículo 113. Todo individuo tiene derecho a la seguridad de sus medios económicos de subsistencia en caso de incapacidad para trabajar u obtener trabajo retribuido. Los servicios de seguridad social serán prestados o administrados por entidades autónomas y cubrirán los casos de enfermedad, maternidad, invalidez, subsidios de familia, vejez, viudez, orfandad, paro forzoso, accidentes de trabajo, enfermedades profesionales y las demás contingencias que puedan ser objeto de previsión y seguridad sociales. La Ley proveerá la implantación de tales servicios a medida que las necesidades lo exijan. El Estado creará establecimientos de asistencia y previsión sociales. Son tareas fundamentales de éstos la rehabilitación económica y social de los sectores dependientes o carentes de recursos y la atención de los mentalmente incapaces, los enfermos crónicos, los inválidos indigentes y de los grupos que no hayan sido incorporados al sistema de seguridad social.

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

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

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

El Ministerio de Salud en aras de hacer operativas las políticas públicas enunciadas dentro del proceso global de Reforma y Modernización del Estado y para hacer cumplir los mandatos jurídicos formalizados en su Estatuto Orgánico, promulgó los lineamientos políticos y estratégicos de salud para el quinquenio 1994-1999 orientados hacia la ejecución de dos acciones consideradas prioritarias para la producción social de la salud en un sector social de la salud reformado, las cuales son: el desarrollo del Sistema de Rectoría de la Salud y el Desarrollo del Proceso de Descentralización en Salud¹.

¹ (<http://www.minsa.gob.pa/informacion-salud/2015-y-anos-anteriores>, 2018)

Es importante reconocer que en el desarrollo de las Redes Integradas e Integrales de Servicios de Salud (RIISS), se han incorporado las experiencias y los avances de los países en el desarrollo de Estrategias desde los años 1970 Alma Ata Atención Primaria de Salud (APS), a finales de los años 90 desarrollo del Modelo de Atención Primaria Familiar, Comunitario y Ambiental, incorporando estos avances y definiendo la salud como un derecho.²

Cobertura Universal de Salud

Las estimaciones de cobertura asignan el 60% de la población a la CSS y el 40% al MINSA que además de ser un importante prestador de servicios es también, el ente Rector del Sistema Nacional de Salud y, como tal, formula las políticas, regula la actividad y ejerce la función de autoridad sanitaria. 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 utilizados, dejando un 30% al gasto de bolsillo de los ciudadanos.

La Salud como un Derecho Humano fundamental, garantiza las condiciones para que las personas más vulnerables alcancen el más alto nivel posible de bienestar físico, mental y social, sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social.

Instancias internacionales y regionales sobre Derechos Humanos reconocidas manifiestan y reafirman la importancia de la equidad y cobertura universal de salud. Podemos citar algunas declaraciones como antecedentes tales como:

- La Declaración Universal de Derechos Humanos (1948).
- La Declaración Americana de los Derecho y Deberes del Hombre (1948).
- El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966).
- La Declaración de Alma Ata. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. OMS – UNICEF (1978).
- El Protocolo Adicional de la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, “Protocolo de San Salvador” (1988).
- La Convención sobre los Derechos del Niño (1989), entre otros.
- Convenio Marco para el Control de Tabaco (CMCT) elaborado por la OMS en el año 2003 y ratificado por Panamá en 2004

*La **VISIÓN** en materia de Salud que tiene Panamá, es lograr un cambio en la salud, con compromiso de todos para contribuir al desarrollo y mejorar las condiciones de vida y bienestar de la población.*

(<http://www.minsa.gob.pa/informacion-salud/2015-y-anos-anteriores>, 2018)

Por ello la MISIÓN que nos lleva el día a día como norte de garantizar la atención de excelencia a la población, a través del acceso a los servicios de salud bio psicosocial, 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.

Guardando nuestros **PRINCIPIOS Y VALORES**: Equidad, Eficiencia, Eficacia, Calidad, Sostenibilidad, Participación, Transparencia y Rendición de Cuentas.

Esto nos lleva a trabajar enfáticamente en identificar todos aquellos eslabones que no nos permite avanzar en salud, como apoyo a este Análisis de Situación (ASIS) contamos con el perfil de Salud de Panamá, documento que plasma los hallazgos más relevantes y puntuales de nuestro país, como lo es: los efectos de una polarización demográfica y epidemiológica, en donde las enfermedades transmisibles aún prevalentes, especialmente presentes en las poblaciones jóvenes, rurales y pobres coexisten con las de tipo crónico-degenerativo propias de poblaciones en envejecimiento, con creciente urbanización y con cambios notables en el estilo de vida (cambios en las dietas y en la actividad física, urbanización, adicciones, entre otras), consecuentemente existe una emergencia de problemas como la obesidad, los accidentes y la violencia (incluyendo la violencia doméstica y de género) y los relacionados con tabaquismo, alcoholismo y consumo de drogas, aunados al incremento de aquellos de origen laboral y mental, este perfil como base nos orienta hacer intervenciones y actuar efectivamente en la resoluciones de estos problemas a nivel nacional.

II. FOTOGRAFÍA 2 - DEMANDA Y NECESIDADES DE SERVICIOS - ASPECTOS DEMOGRÁFICOS



Reflexión

El gobierno llamó al diálogo por la transformación del sistema salud (julio de 2014) y en diciembre del 2015 se presentó la hoja de ruta o libro blanco que destaca el diagnóstico de la situación de salud y el camino para mejorarlo, teniendo como fundamento, el reforzamiento de la atención primaria de salud (como profesa la Declaración de Alma Ata). Después de esto, se formó la Comisión de Alto Nivel (integrada por los gremios de la salud y de pacientes), que ha aportado insumos necesarios para leyes y divulgación de la necesidad de la coordinación entre la CSS y el MINSA. Esta aún está en función, y se ha reunido con diferentes sectores de la sociedad, incluyendo el gabinete social, que apoya los determinantes sociales de la salud.

En cuanto a Atención Primaria, se implementó el Censo Nacional de Salud Preventiva, en el cual va a las casas de la gente, para llevarlos al centro de salud o policlínica y se les hacen exámenes de sangre, para diagnosticar enfermedades crónicas que están afectando a la población y que usualmente no dan síntomas en sus etapas iniciales.

Para el éxito de esta transformación, necesitamos el apoyo de toda la población, que a su vez tiene que empoderarse de estos beneficios y defenderlos.

<http://www.minsa.gob.pa/noticia/realidades-del-sistema-de-salud-en-panama>



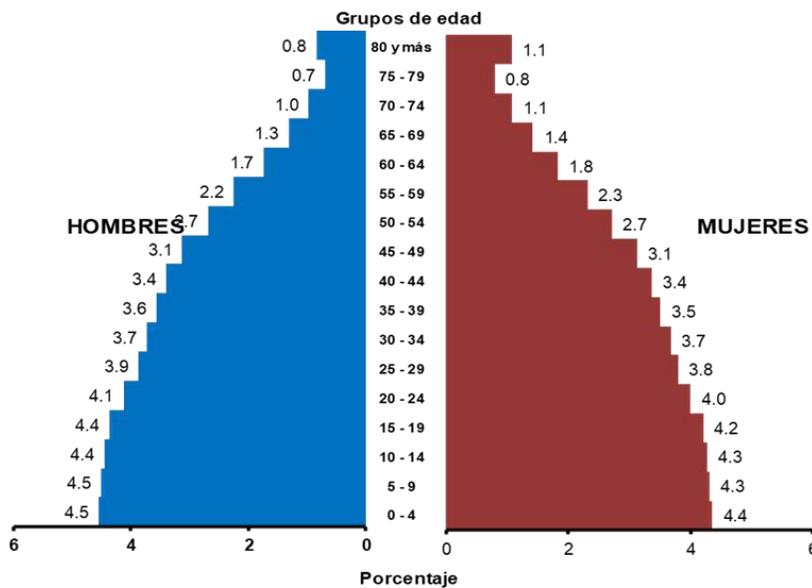
Distribución de la población

Panamá por su condición de país de tránsito, históricamente ha sido el destino migratorio de personas del mundo, principalmente de la región de América Latina y del Caribe, lo que nos ha convertido en un lugar donde cohabitan habitantes de diferentes culturas, etnias, credos y religiones en una sola comunidad. El 2016 estimó que al menos 4,65 % de los residentes de la república son migrantes.

Actualmente con una densidad de población de 53 habitantes por km², el 75% de la población se encuentra localizada a lo largo de la vertiente del Pacífico, distribuida en tres centros importantes de concentración: La región metropolitana, la cual incluye las grandes ciudades de Panamá, Colón, La Chorrera y Arraiján (con más del 50% de la población nacional); el área de las provincias centrales en la que se destacan las ciudades de Chitré, Las Tablas, Los Santos, Santiago, Aguadulce y Penonomé; el área occidental de Chiriquí con centros como David, La Concepción y Puerto Armuelles. En las últimas décadas se ha acentuado la migración de las áreas rurales hacia los centros urbanos, especialmente hacia la zona metropolitana.

La población estimada de Panamá para el año 2018 fue de 4, 158,783 habitantes. La estructura de la población, muestra que el 26.4 % de la población es menor de 15 años y el 8,2 % son de 65 años y más. Un escenario donde se reduce en 4% los menores estrechando la base de la pirámide poblacional para aumentar cada día el ancho del ápice. Sin embargo, esta estructura de población por edad presenta diferencias entre las provincias y comarcas del país, predominando una estructura de base ancha que indica que en las regiones de salud de Bocas del Toro, Guna Yala, Ngabe Bugle y Darién la población de más joven.

PIRÁMIDE DE LA POBLACIÓN DEL PAÍS,
POR SEXO Y GRUPOS DE EDAD. AÑO : 2018



Fuente: Departamento de Registros y Estadísticas de Salud. MINSA.
Proyección en base a Censo 2010,

La población indígena para el 2018 representó, el 12,3% del total y el 9,2% de la población es afrodescendiente.

ESTIMACIÓN DE LA POBLACIÓN TOTAL EN LA REPÚBLICA, SEGÚN SEXO Y GRUPOS DE EDAD: AÑOS 2012-16

Sexo y grupos de edad	Estimación al 1 de julio				
	2012	2013	2014	2015	2016
TOTAL	3,787,511	3,850,735	3,913,275	3,975,404	4,037,043
0 - 4	366,104	367,619	368,852	370,005	370,725
5 - 9	360,379	361,396	362,185	362,768	363,595
10 - 14	350,991	353,958	356,620	358,651	360,177
15 - 19	330,330	335,534	340,482	345,556	349,908
20 - 24	313,490	316,292	319,489	323,080	327,790
25 - 29	302,383	305,479	308,315	310,893	313,211
30 - 34	289,323	292,106	295,172	298,533	301,592
35 - 39	276,468	279,878	282,963	285,652	288,510
40 - 44	255,027	260,767	265,976	270,190	274,032
45 - 49	221,885	228,090	234,420	241,273	247,932
50 - 54	187,930	194,640	201,040	207,085	212,756
55 - 59	148,456	154,725	161,328	168,288	175,577
60 - 64	116,385	121,079	126,080	131,310	136,739
65 - 69	90,747	94,060	97,487	101,172	105,170
70 - 74	68,556	71,152	73,838	76,627	79,521
75 - 79	48,672	50,642	52,682	54,802	56,993
80 - 84	31,548	32,900	34,304	35,778	37,319
85 y más	28,837	30,418	32,042	33,741	35,496
Hombres	1,903,085	1,934,264	1,965,087	1,995,695	2,026,044
0 - 4	187,010	187,797	188,436	189,032	189,407
5 - 9	183,953	184,487	184,905	185,219	185,657
10 - 14	179,048	180,579	181,951	183,004	183,793
15 - 19	168,208	170,895	173,448	176,080	178,305
20 - 24	159,005	160,414	162,049	163,902	166,338
25 - 29	153,029	154,493	155,836	157,066	158,181
30 - 34	146,250	147,618	149,100	150,699	152,131
35 - 39	139,170	140,942	142,546	143,948	145,423
40 - 44	127,811	130,725	133,385	135,557	137,551
45 - 49	110,749	113,877	117,065	120,509	123,855
50 - 54	93,203	96,564	99,772	102,807	105,657
55 - 59	72,992	76,084	79,352	82,805	86,428
60 - 64	58,734	58,974	61,372	63,888	66,531
65 - 69	43,814	45,360	46,962	48,696	50,564
70 - 74	32,654	33,839	35,066	36,342	37,667
75 - 79	22,738	23,622	24,536	25,486	26,466
80 - 84	14,350	14,944	15,559	16,203	16,876
85 y más	12,367	13,050	13,747	14,472	15,214

Fuente: Datos del INEC

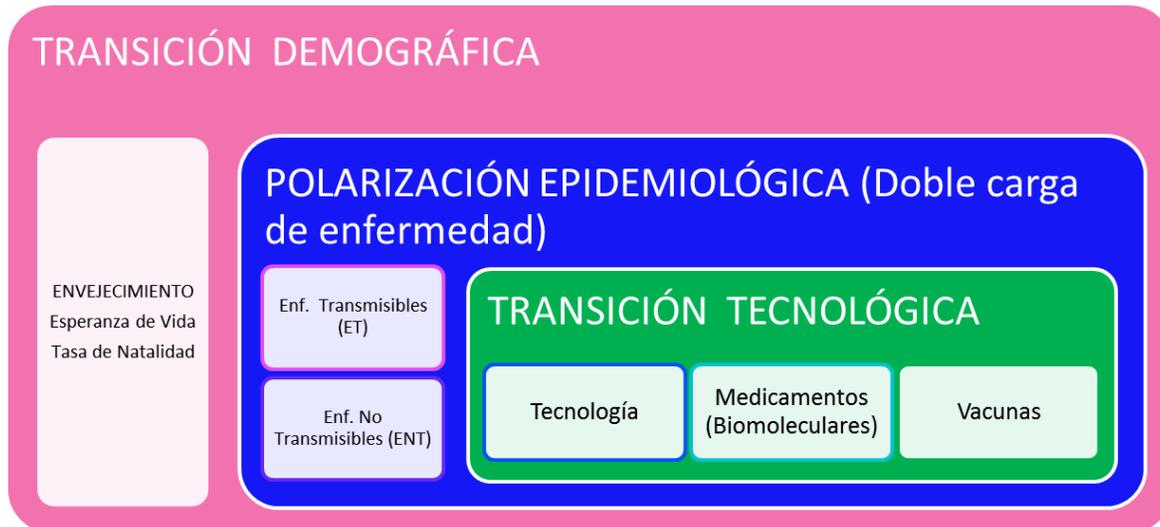
Indicadores demográficos derivados de las estimaciones y proyecciones de la población total, años 2012 – 2016.³

Indicador	2012	2013	2014	2015	2016
Fecundidad:					
Nacimientos Vivos	75,655	75,429	75,363	75,338	75,224
Tasa Bruta de Natalidad (por mil personas)	19.97	19.59	19.26	18.95	18.63
Tasa de Fecundidad General (por mil mujeres en edad fértil)	76.83	75.49	74.37	73.33	72.25
Tasa Global de Fecundidad (promedio de hijos por mujer)	2.53	2.49	2.46	2.43	2.40
Tasa Bruta de Reproducción	1.23	1.22	1.20	1.19	1.17
Tasa Neta de Reproducción	1.23	1.21	1.20	1.18	1.17
Edad Media de la Fecundidad (en años)	27.01	26.99	26.97	26.94	26.92
Mortalidad:					
Defunciones	18,614	19,061	19,402	19,862	20,278
Defunciones de Menores de un año	1,165	1,147	1,126	1,112	1,094
Tasa Bruta de Mortalidad (por mil personas)	4.91	4.95	4.96	5.00	5.02
Tasa de Mortalidad Infantil (por mil nacidos vivos):					
Ambos sexos	15.40	15.21	14.94	14.75	14.54
Hombres	18.07	17.86	17.56	17.36	17.15
Mujeres	12.59	12.42	12.19	12.02	11.80
Esperanza de Vida al Nacer (en años):					
Ambos sexos	77.16	77.36	77.55	77.75	77.94
Hombres	74.15	74.36	74.57	74.78	74.99
Mujeres	80.31	80.50	80.68	80.87	81.05
Crecimiento Natural:					
Crecimiento Natural	57,041	56,368	55,962	55,476	54,946
Tasa de Crecimiento Natural (por mil personas)	15.06	14.64	14.30	13.95	13.61
Migración Internacional:					
Saldo Neto Migratorio	6,500	6,500	6,500	6,500	6,500
Tasa Neta de Migración (por mil personas)	1.72	1.69	1.66	1.64	1.61
Crecimiento Total:					
Tasa de Crecimiento Exponencial (por cien personas)	1.66	1.61	1.58	1.54	1.50
Tasa de Crecimiento Geométrico (por cien personas)	1.67	1.62	1.59	1.55	1.51

Fuente: Estimaciones y Proyecciones de la Población Total del País, por Sexo y Edad: años 1950-2050.
Situación Demográfica, Boletín N° 13.

³

Perfil de Salud de la Población Panameña



Panamá se encuentra en plena transición demográfica con polarización epidemiológica, es decir, con doble carga de enfermedad, por un lado, las transmisibles son prevalentes en la población rural y pobre y las enfermedades de tipo crónico-degenerativo van en ascenso, como es de esperar en poblaciones en envejecimiento. Además, desde el punto de vista tecnológico el país avanza en los diversos escenarios y va en ascenso, llevando al sector salud a una era digital, reconociendo la necesidad de la misma como herramienta en los procesos de modernización. Ejemplo de esto, es el Sistema Electrónico de Información de Salud **SEIS** para las instalaciones del MINSA y el Sistema de Información de Salud **SIS** para la CSS.

Envejecimiento de la población

Salud vislumbra el envejecimiento de la población como una combinación de dos factores: la disminución sostenida de las tasas de fecundidad y el aumento de la esperanza de vida al nacer, lo cual puede considerarse un éxito en las políticas de salud pública y desarrollo económico de los países, pero que trae a su vez altos costos para la salud por lo que constituye un reto para la sociedad. Este cambio demográfico tiene un impacto socio-cultural importante y obliga al país hacer modificaciones para prepararnos como país, para cubrir las demandas y necesidades de los adultos mayores.

Dichas modificaciones incluyen realizar, por ejemplo, adecuaciones de infraestructura para eliminar las barreras arquitectónicas que impiden a una persona de la tercera edad transitar adecuadamente en las ciudades e inclusive acceder a los servicios de atención. Además, la población de tercera edad requiere áreas de sano esparcimiento. Actualmente, En el hospital de Bugaba en la provincia de Chiriquí y en el de La Villa provincia de Los Santos, se están diseñando áreas para cumplir con esta misión.

Reto que conlleva, La transición demográfica es el fortalecimiento del Programa de prevención de enfermedades crónicas y la formación del recurso humano especializado para el abordaje integral de los pacientes con enfermedades crónicas, para este fin, se busca incentivar al personal de salud a capacitarse, otorgándole becas y aumentando las plazas para formación de médicos familiares y geriatras. Es importante hacer mención del énfasis que se realiza en el Programa de Cuidados paliativos, en la formación de los profesionales en esta especialidad y el fortalecimiento de la humanización en la atención que se brinda a los pacientes.

Reformular los planes y/o programas de educación enmarcados en mantener un estilo de vida saludable abordado y reforzado en el ámbito, familiar, escolar, medios de comunicación, entre otros, y la planificación adecuada de la jubilación son parte de las metas que deberá lograr el Estado para que el éxito de la atención preventiva de los ciudadanos en etapa de envejecimiento sea un éxito.

Cabe señalar, que El Censo Nacional de Salud Preventiva que se lleva a cabo en Panamá ha contribuido al diagnóstico oportuno de algunas enfermedades crónicas en personas mayores de 40 años, permitiéndolo el tomar medidas nutricionales y farmacológicas entre otras, con miras a evitar que esta población adulta presente complicaciones de salud que les impida mantenerse funcionales y productivos.

Esperanza de Vida en Panamá

La esperanza de vida al nacer de la república de Panamá es de 77, 7 años con diferencias importantes según el sexo. Para los hombres es de 74,8 años y 80,9 para las mujeres. Esta diferencia por sexo es significativas, según el lugar de nacimiento. Hasta el año 2010, en las comarcas indígenas la esperanza de vida fue aproximadamente 10 años menor que en las provincias con mayor esperanza de vida. Factor que mejoró para el años 2015 en el que la diferencia estuvo en aproximadamente 7 años menos que el resto de las provincias.

(https://www.contraloria.gob.pa/inec/archivos/P6001Cuadros%201_7.pdf, 2018).

La provincia de Panamá es la de menor nivel de mortalidad, su esperanza de vida al nacer para todo el período 2015 fue de 79.5 siendo la mayor del país, con una tendencia de aumento a un ritmo lento. Para el año 2000 se ubica este indicador en 78.5 años. Es decir, 3.5 años superior al promedio nacional. En ese momento la provincia estaba en su etapa de baja mortalidad. Se estimó para el transcurso de quince años, un incremento 1.3 % por ciento, alcanzando una esperanza de vida al nacer de 79.5 años en el 2015, tasa que supera el promedio nacional en 1.8 años. Al final del período 2015, la esperanza de vida al nacer en esta provincia se habrá incrementando en 3.7 años, se prevé que al 2030 alcance los 82.2 años, siendo para ese momento superior al promedio nacional en 1.7 años, reflejando, además, en promedio un incremento porcentual de 4.7 por ciento durante los treinta años en estudio. Para entonces la provincia se ubicará en el nivel de mortalidad muy baja, acompañada de las provincias de Los Santos, Herrera y Chiriquí, las cuales se encuentran entre las de menor nivel de mortalidad en el país.

ESTIMACIÓN DE LA ESPERANZA DE VIDA AL NACER, SEGÚN PROVINCIA,
COMARCA INDÍGENA Y SEXO: AÑOS 2000-30

Provincia, comarca indígena y sexo	2000	2005	2010	2015	2020	2025	2030
Ambos sexos	75.0	76.0	76.8	77.7	78.7	79.6	80.5
Bocas del Toro	69.9	70.9	71.9	73.2	74.6	75.8	77.0
Coclé	74.0	75.1	76.0	77.1	78.1	79.0	79.8
Colón	71.8	73.0	74.0	75.2	76.3	77.5	78.4
Chiriquí	75.5	76.6	77.4	78.4	79.3	80.0	80.8
Darién	70.1	71.5	72.7	74.1	75.4	76.5	77.6
Herrera	75.1	76.5	77.5	78.4	79.3	80.1	80.9
Los Santos	75.4	76.9	77.8	78.7	79.6	80.4	81.0
Panamá	78.5	78.2	78.6	79.5	80.4	81.3	82.2
Veraguas	72.7	74.6	76.0	77.1	78.1	79.0	79.8
Comarca Kuna Yala	68.6	69.2	70.1	71.7	73.2	74.5	75.7
Comarca Emberá	65.7	67.2	68.8	70.4	72.0	73.4	74.9
Comarca Ngäbe Buglé	65.3	66.9	68.5	70.4	72.0	73.5	74.6
Hombres	72.7	73.3	73.7	74.8	75.8	76.7	77.6
Mujeres	77.5	78.8	79.9	80.9	81.7	82.6	83.4

Fuente: Boletín 17. Estimaciones y Proyecciones. Tablas abreviadas de Vida de la población en la República, Provincia y Comarca Indígena, por Sexo: años 2000-30.

Tasa de Natalidad

La tasa de natalidad en Panamá, fue en 2016 del 19,53%, y el **índice de Fecundidad** (número medio de hijos por mujer) de 2,51. Esta cifra asegura que la pirámide población de Panamá se mantenga estable, ya que para ello es necesario que cada mujer tenga al menos 2,1 hijos de media (fecundidad de remplazo). Si miramos la evolución de la Tasa de Natalidad en Panamá vemos que ha bajado respecto a 2015, en el que fue del 19,85%, al igual que ocurre al compararla con la de 2006, en el que la natalidad era del 21,83%.⁴

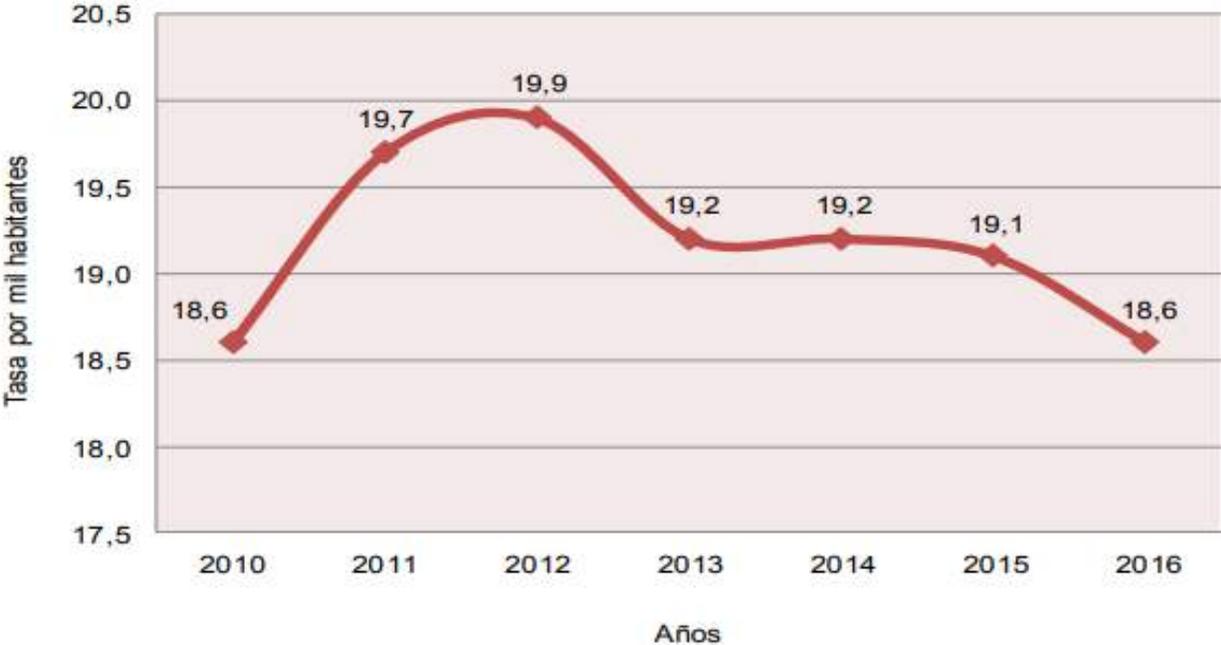
Panamá - Natalidad		
Fecha	Tasa Natalidad	Índice de Fecund.
2016	19,53‰	2,51
2015	19,85‰	2,54
2014	20,15‰	2,57
2013	20,42‰	2,59
2012	20,68‰	2,60
2011	20,90‰	2,61
2010	21,10‰	2,62
2009	21,28‰	2,63
2008	21,46‰	2,63
2007	21,64‰	2,64
2006	21,83‰	2,64
2005	22,04‰	2,65

⁴ <https://datosmacro.expansion.com/demografia/natalidad/panama>

La República de Panamá desde los años 70 ha marcado un constante descenso en la tasa de natalidad, hasta llegar a 18 nacimientos por cada 1000 habitantes en el año 2010, ésta tasa representa la mitad de la tasa correspondiente a 1970 que fue de 37.1.

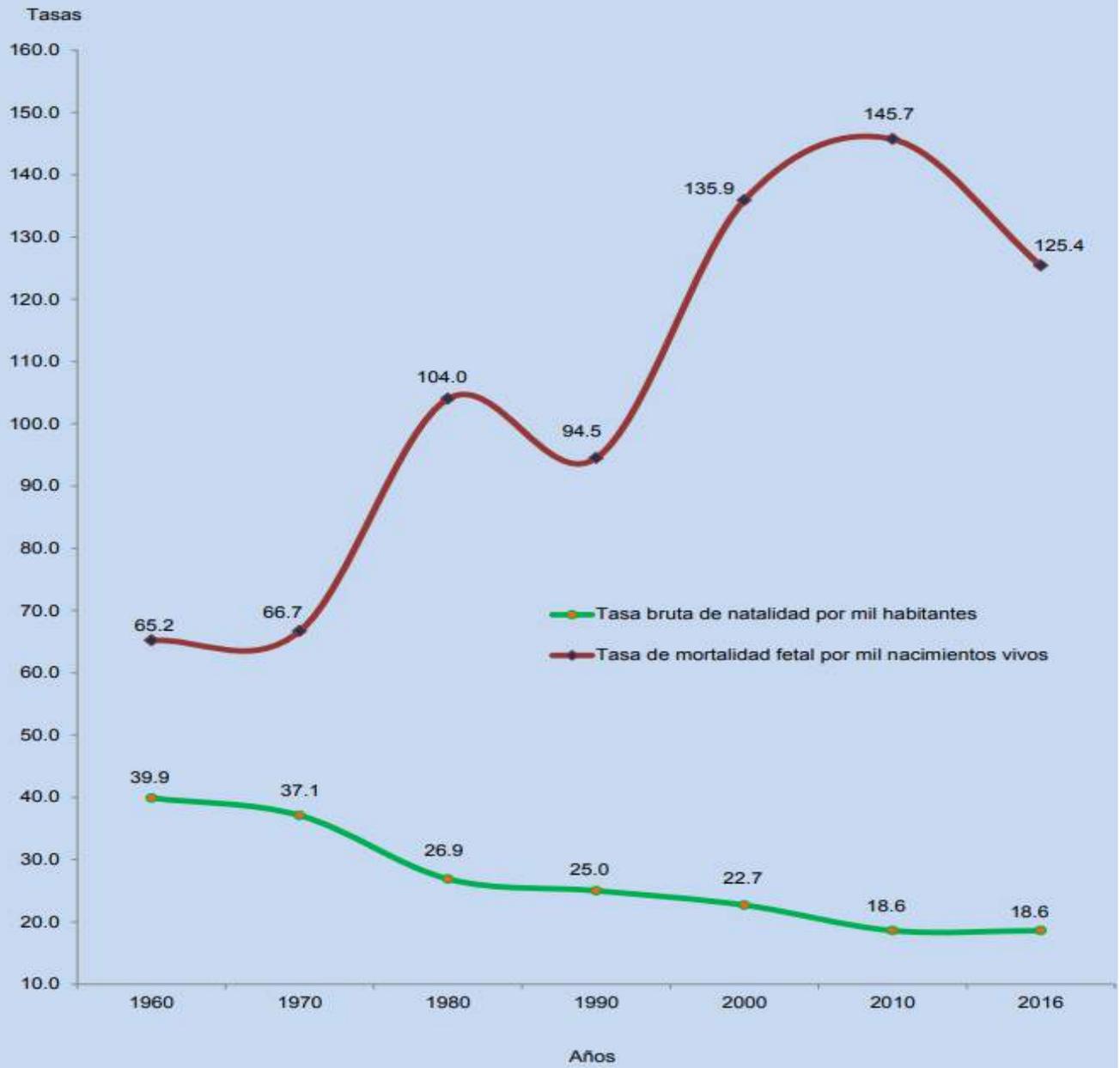
Desde entonces, se ha mantenido con la tendencia a la disminución en casi todas las provincias, situación que es muy diferente en la Comarca Ngobe Bugle, en donde cada año es mayor, alcanzando valores cercanos a los de hace 50 años atrás en el país.

Tasa de Natalidad, República de Panamá. Años 2010 - 2016



Fuente: Datos del INEC.

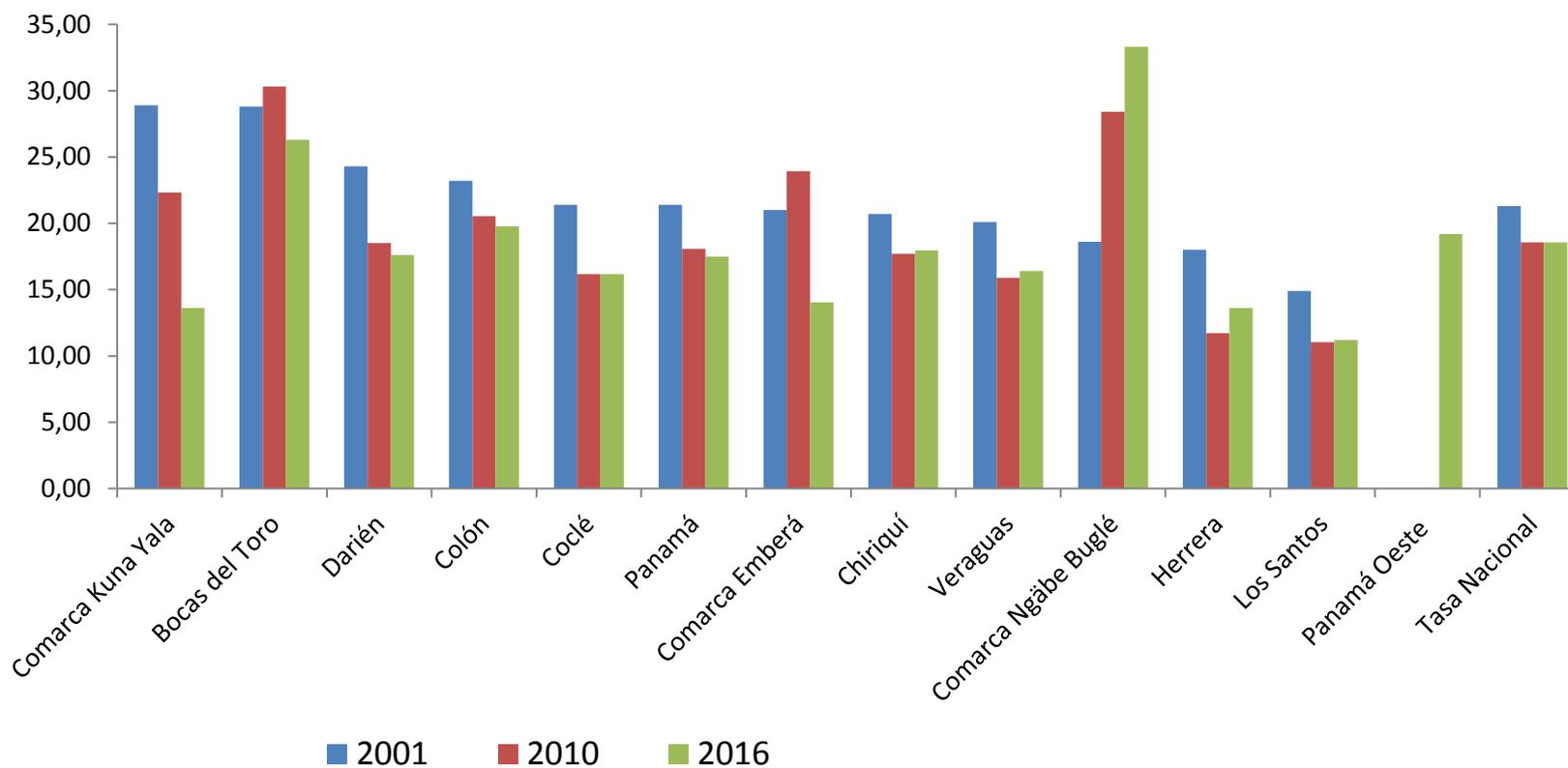
TASA BRUTA DE NATALIDAD Y TASA DE MORTALIDAD FETAL EN LA REPÚBLICA: AÑOS 1960, 1970, 1980, 1990, 2000, 2010 Y 2016



Fuente: Datos del INEC.

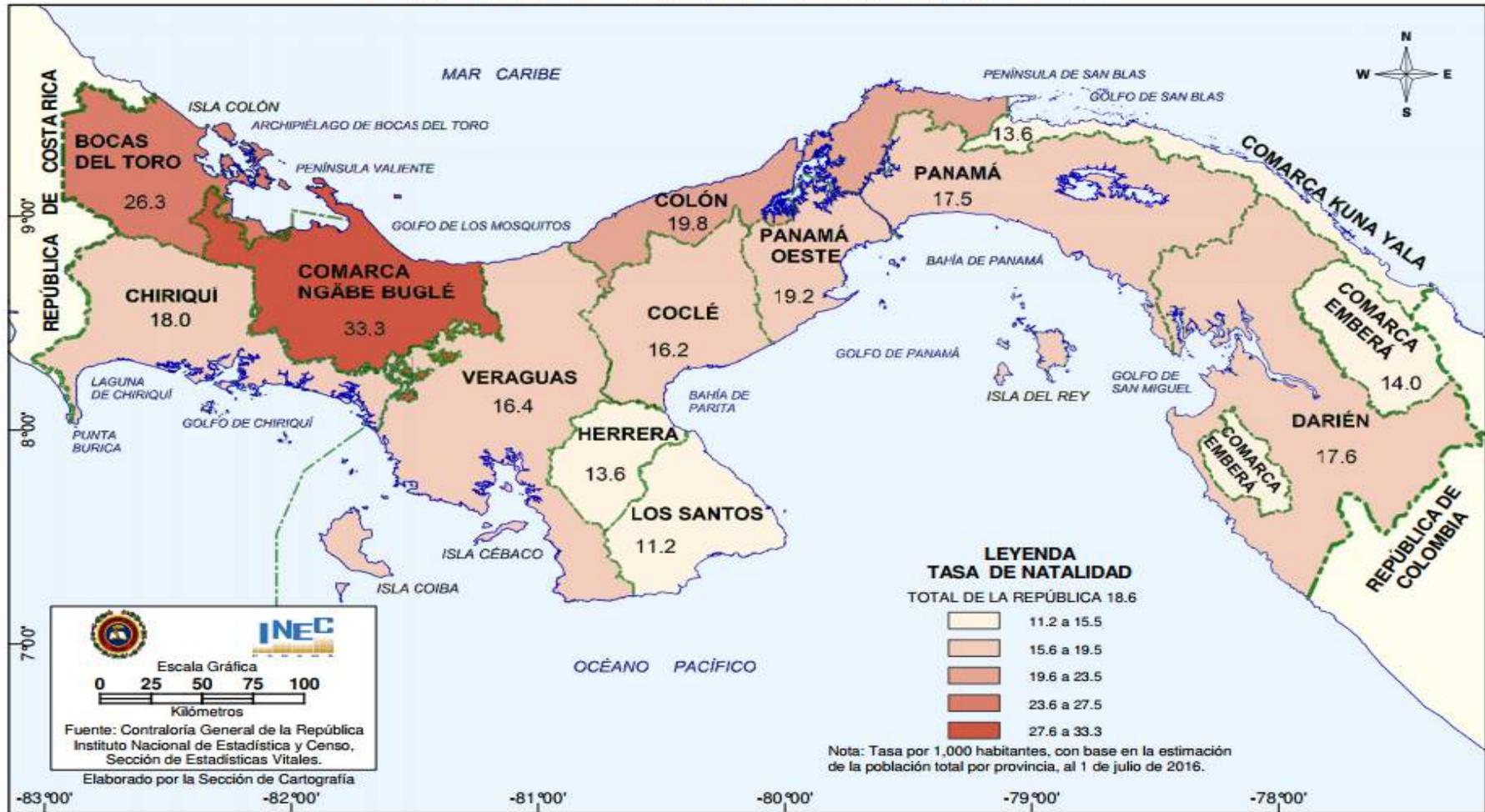
Tasa bruta de natalidad por provincia

Tasa bruta de natalidad por provincia años 2001, 2010 y 2016



Fuente: Datos de DIPLAN - MINSA

TASA BRUTA DE NATALIDAD EN LA REPÚBLICA, POR PROVINCIA Y COMARCA INDÍGENA DE RESIDENCIA: AÑO 2016



Fecundidad

En América Latina existe un proceso continuo de descenso de la fecundidad, Panamá logro una disminución importante en las últimas décadas, para luego mantenerse estable en los últimos años. Para el 2010 y para 2016, la tasa de fecundidad global ha sido de 2,4 niños por cada mujer lo que se considera bajo, según clasificación del Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE).

La edad media de fecundidad la cual varía entre provincias y comarcas de 26 a 29 años. Las provincias de Darién, Herrera y Los Santos presentaron como edad promedio los 26 años. En Coclé, Colón, Chiriquí, Panamá y Veraguas fue de 27 años.

Bocas del Toro, Comarcas Guna Yala y Emberá de 28 años; y con la edad media de fecundidad más alta de 29 años, la Comarca Ngäbe Bugle.

Migración

A lo interno del país, continúan las corrientes migratorias de zonas rurales hacia las crecientes zonas urbanas, ahora distribuidas a lo largo del país. El informe de la Contraloría General de la República indica que las provincias con mayor porcentaje de emigración son: Darién: 50.8%, Guna Yala 43.5%, Los Santos 41.6%, Veraguas 37.2% y Herrera 34.5%. Mientras que los lugares donde menos emigra su población son: Panamá Oeste 13.0%, Panamá 13.6%, Colón 15.2%, Comarca Emberá 16.4%, Bocas del Toro 17.9%, Comarca Ngäbe Buglé 18.6% y Chiriquí 22.6%. Esta migración responde en gran medida a la búsqueda de mejores oportunidades de empleo o de acceso a los centros universitarios. Las zonas urbanas también poseen instalaciones de salud que concentran a especialistas clínicos por lo que la población percibe mejor atención a sus problemas de salud.

Migración externa y salud

Históricamente Panamá ha sido un país receptor de múltiples nacionalidades lo que ha enriquecido culturalmente nuestro territorio. Desde la construcción del ferrocarril hasta la permanencia de las bases americanas, muchos extranjeros eran acogidos por los locales sin limitación.

Desde hace aproximadamente una década el país goza de un crecimiento económico pujante que lo hace atractivo a muchos extranjeros que vienen a invertir, pero también lo hace atractivo a personas procedentes de países en crisis socioeconómicas y políticas. Según el servicio de migración, el 64% de la población extranjera no ha formalizado su estadía en Panamá.

Entre los años 2012 y 2015 se atendieron 1, 265,475 extranjeros en las instalaciones de salud del Ministerio de Salud, en su mayoría eran adultos. Estos extranjeros gozan de todos los beneficios de gratuidad o de bajo costo.

En algunos casos nos hemos percatado que las personas acuden solo para recibir medicamentos que en sus países no se encuentran y en otros como en el caso del VIH/SIDA

donde los extranjeros son vulnerables, se han dado situaciones especiales como: las personas viajan a Panamá como turistas, son atendidos y se retiran hacia sus países con medicamentos recetados y entregados gratuitamente en las instalaciones de salud pública.

Cuadro de Indicadores demográficos en la República de Panamá. 2000, 2010 y 2016.

Indicadores Demográficos	2000	2010	2016
Densidad de población	37.3	46.4	53.46
Tasa de crecimiento natural o anual	18.5	14.7	13.95
Tasa bruta de natalidad	21.3	18.56	18.56
Tasa global de fecundidad	2.7	2.4	2.4
Tasa general de fecundidad	72.1	63.2	61.75

Morbilidad General

La Rinofaringitis aguda (resfriado común) es la causa de morbilidad más diagnosticada en los servicios de atención del Ministerio de Salud, concentrando el 14% de las atenciones en el 2016 para la población general, más cuando analizamos la morbilidad por grupo de edad, en el menor de un año este diagnóstico abarca el 33% y en menores de 1 a 4 años es del 28%.

5 PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD, SEGÚN EL MINISTERIO DE SALUD EN LA REPUBLICA DE PANAMÁ.
AÑO 2016

Cód.	CAUSAS 1/	Total	Tasa
	Total	2300158	100.00
J00.X	Rinofaringitis aguda [resfriado común]	324876	14.12
A09.9	Gastroenteritis y colitis de origen no especificado	125071	5.44
I10.X	Hipertensión esencial (primaria)	108845	4.73
N39.0	Infección de vías urinarias, sitio no especificado	75422	3.28
E66.9	Obesidad, no especificada	67093	2.92
..	Demás Causas	1598851	69.51

1/ Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud - CIE-10. Decima Revisión

Fuente Documental: Sistema de Información de Estadísticas de Salud - SIES - Base de Dato de Morbilidad.

Fuente Institucional: Dirección de Planificación - Departamento de Registros y Estadísticas de Salud.

Entre las 5 principales causas de morbilidad atendida, también se encuentran la hipertensión primaria y la obesidad lo cual orienta a nuestros equipos de salud a trabajar en función de la prevención de las enfermedades crónicas no transmisibles sin dejar de un lado los problemas infecciosos prevenibles con medidas básicas de higiene los cuales requieren el apoyo de otras entidades gubernamentales tanto locales como nacionales, además de la participación de la empresa privada y el empoderamiento del individuo y la comunidad para el abordaje adecuado de aspectos socioculturales y económicos que determinan los procesos salud-enfermedad en los diferentes grupos de edad.

Morbilidad Infantil

En el 2016, se atendieron cerca de 150,216 consultas de morbilidad en menores de un año y el 50% correspondió a cuadros infecciosos, en su mayoría afecciones al sistema respiratorio 39%: rinofaringitis aguda, bronquitis e influenza. Un 11% correspondió a las afecciones al sistema digestivo y piel.

Las intervenciones de salud respecto a la prevención de enfermedades infecciosas en menores de un año son limitadas, el cambio climático, el vivir en hacinamiento y el nivel educativo bajo son algunos de los determinantes que influyen directamente en el aumento de estas patologías, Se requiere de la participación de otros actores claves para lograr cambios que sean sostenibles y que impacten en la vida de estos menores. Actualmente, con las medidas adoptadas respecto a la gratuidad, se garantiza el acceso de esta población al servicio de salud, logrando que estos cuadros infecciosos sean atendidos en las etapas iniciales y se disminuya el riesgo de complicaciones.

5 PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD, EN < DE 1 AÑO, SEGÚN EL MINISTERIO DE SALUD EN LA REPUBLICA DE PANAMÁ.
AÑO 2016

Cód.	CAUSAS 1/	TOTAL	%
	Total	150216	100.00
J00.X	Rinofaringitis aguda [resfriado común]	49062	32.66
A09.9	Gastroenteritis y colitis de origen no especificado	13146	8.75
J21.9	Bronquiolitis aguda, no especificada	5236	3.49
J11.1	Influenza con otras manifestaciones respiratorias, virus no identificado	4562	3.04
L08.0	Pioderma	3538	2.36
..	Demás Causas	74672	49.71

1/ Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud - CIE-10. Decima Revisión

Fuente Documental: Sistema de Información de Estadísticas de Salud - SIES - Base de Dato de Morbilidad.

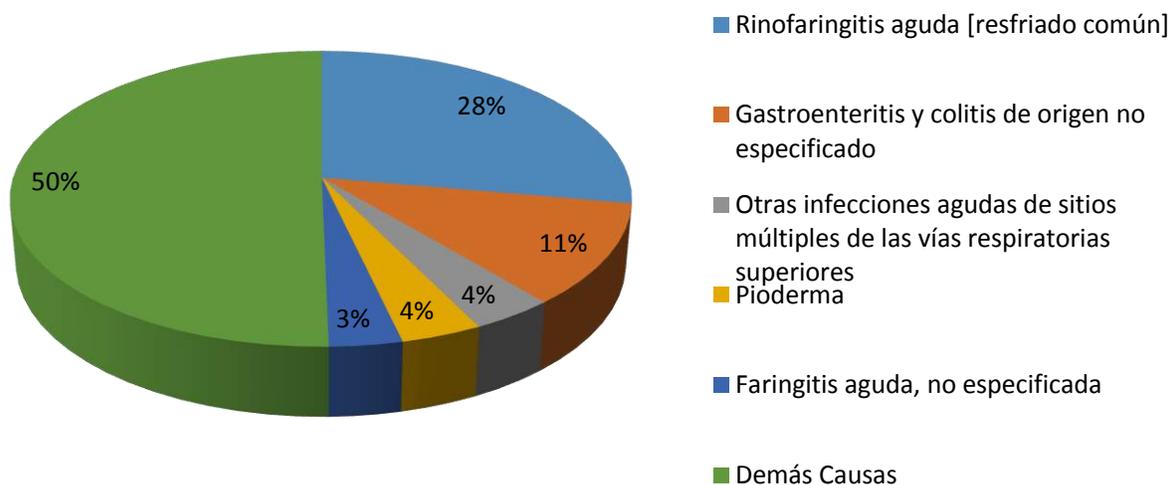
Fuente Institucional: Dirección de Planificación - Departamento de Registros y Estadísticas de Salud.

Morbilidad en niños de 1 a 4 años

En este grupo de edad, al igual que en el grupo menor de un año, las enfermedades del tracto respiratorio superior ocupan cerca del 40 % de las atenciones de morbilidad a nivel nacional y las piodermis en este grupo de edad sobrepasan el 10%. Es claro que todas las patologías graficadas son tratables, con los recursos disponibles con los que cuentan las instalaciones de salud, pero que además la mayoría son prevenibles con medidas mucho más accesibles como es la educación.

En el Ministerio de Salud se atendieron 40,970 morbilidades en embarazadas en el 2016, lo que representa a un 3,8 % menos de atenciones que en el 2010. Las infecciones de vías urinarias ocuparon en ambos años la principal causa de atención, seguidas por la amenaza de aborto. La malnutrición durante la gestación, figuraba entre las 5 morbilidades en el 2010, pero para el 2016, estas afectaciones fueron menores en porcentaje por lo que consideramos importante continuar con los programas de gratuidad en los controles prenatales y los planes de nutrición complementaria que se hacen efectivos en las instalaciones de salud.

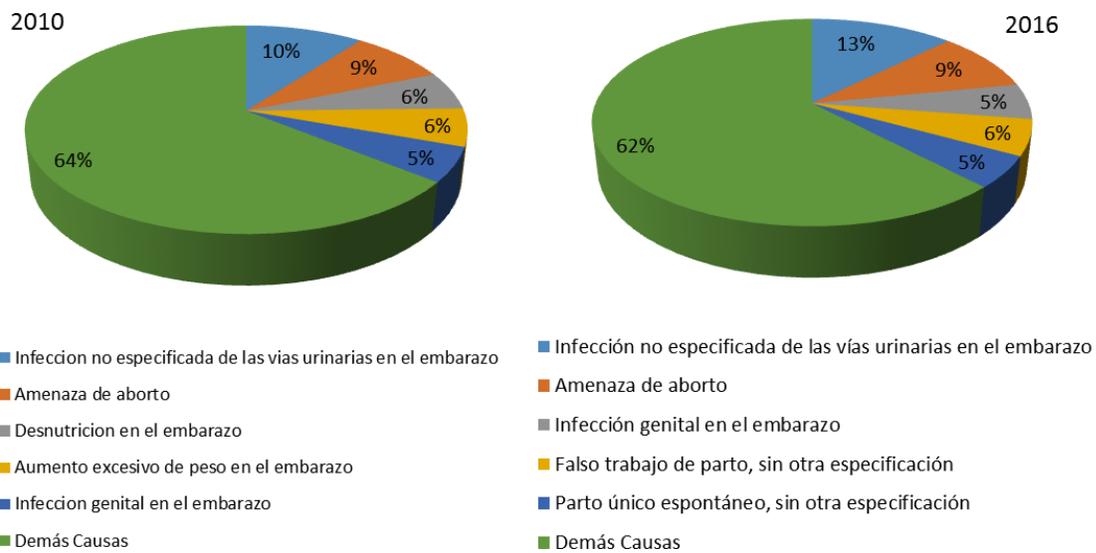
5 Principales causas de morbilidad, en menores de 1 a 4 años, según el Ministerio de Salud en la República de Panamá. 2016



Fuente: Datos de DIPLAN - MINSA

Morbilidad materna

5 Principales causas de morbilidad materna, según el Ministerio de Salud en la República de Panamá. 2010 y 2016



Fuente: Datos de DIPLAN - MINSA

Indicadores Demográficos Derivados de las Estimaciones y Proyecciones de la Población Total:
Años 2012-16

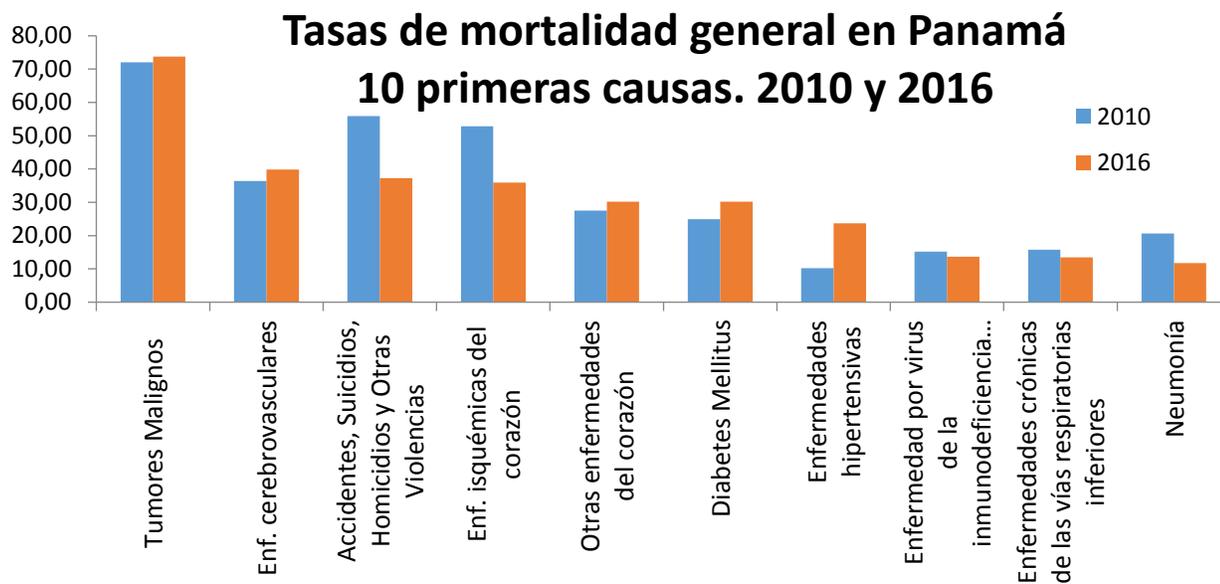
Indicador	2012	2013	2014	2015	2016
Fecundidad:					
Nacimientos Vivos	75,655	75,429	75,363	75,338	75,224
Tasa Bruta de Natalidad (por mil personas)	19.97	19.59	19.26	18.95	18.63
Tasa de Fecundidad General (por mil mujeres en edad fértil)	76.83	75.49	74.37	73.33	72.25
Tasa Global de Fecundidad (promedio de hijos por mujer)	2.53	2.49	2.46	2.43	2.40
Tasa Bruta de Reproducción	1.23	1.22	1.20	1.19	1.17
Tasa Neta de Reproducción	1.23	1.21	1.20	1.18	1.17
Edad Media de la Fecundidad (en años)	27.01	26.99	26.97	26.94	26.92
Mortalidad:					
Defunciones	18,614	19,061	19,402	19,862	20,278
Defunciones de Menores de un año	1,165	1,147	1,126	1,112	1,094
Tasa Bruta de Mortalidad (por mil personas)	4.91	4.95	4.96	5.00	5.02
Tasa de Mortalidad Infantil (por mil nacidos vivos):					
Ambos sexos	15.40	15.21	14.94	14.75	14.54
Hombres	18.07	17.86	17.56	17.36	17.15
Mujeres	12.59	12.42	12.19	12.02	11.80
Esperanza de Vida al Nacer (en años):					
Ambos sexos	77.16	77.36	77.55	77.75	77.94
Hombres	74.15	74.36	74.57	74.78	74.99
Mujeres	80.31	80.50	80.68	80.87	81.05
Crecimiento Natural:					
Crecimiento Natural	57,041	56,368	55,962	55,476	54,946
Tasa de Crecimiento Natural (por mil personas)	15.06	14.64	14.30	13.95	13.61
Migración Internacional:					
Saldo Neto Migratorio	6,500	6,500	6,500	6,500	6,500
Tasa Neta de Migración (por mil personas)	1.72	1.69	1.66	1.64	1.61
Crecimiento Total:					
Tasa de Crecimiento Exponencial (por cien personas)	1.66	1.61	1.58	1.54	1.50
Tasa de Crecimiento Geométrico (por cien personas)	1.67	1.62	1.59	1.55	1.51

Fuente: Fuente: Estimaciones y Proyecciones de la Población Total del País, por Sexo y Edad: años 1950-2050. Situación Demográfica, Boletín N° 13.

Mortalidad

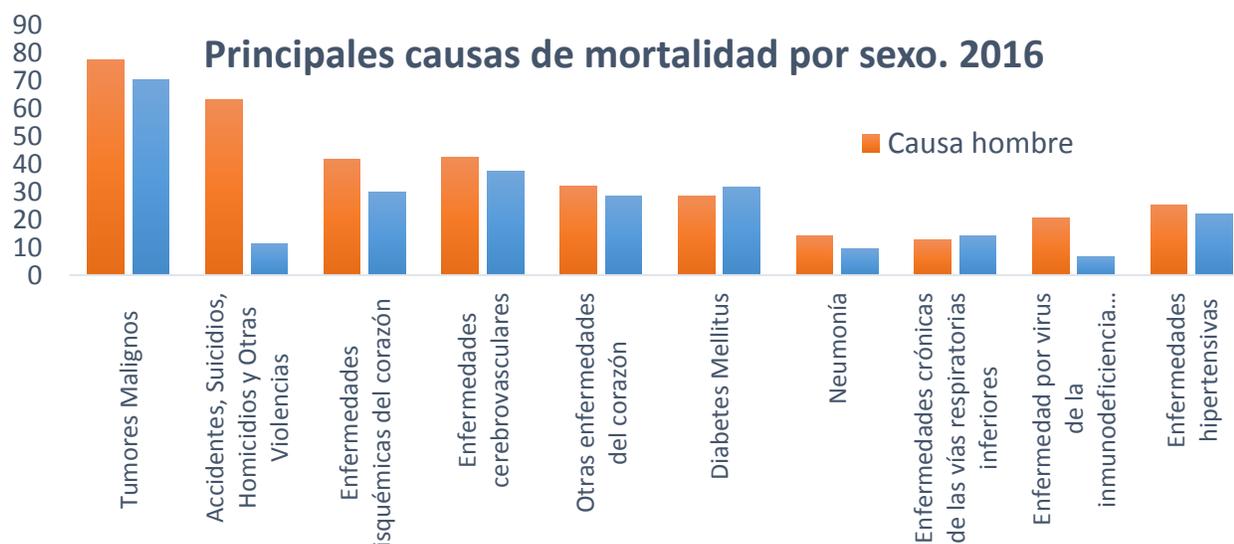
La tasa de mortalidad general entre los años 2010 y 2016 ha disminuido levemente, las 10 principales causas de muerte se mantienen, aunque en diferente orden, Los tumores malignos siguen ocupando el primer lugar como causa de muerte en el país.

De las 5 primeras causas corresponden a padecimientos o enfermedades agrupadas, 4 de ellas son enfermedades crónicas no transmisibles y una corresponde a los accidentes y las violencias. El lugar número 6 lo ocupa la Diabetes Mellitus, lo que constituye un verdadero reto para la salud pública. En el año 2010, la tasa de mortalidad general por diabetes fue de 24.94 muertes por cada 100,000 habitantes y para el 2016 se elevó a 30,15 muertes por cada 100,000 habitantes y aunque este valor es mayor en mujeres el aumento de las muertes fue más significativo en hombres.



Fuente: Datos de DIPLAN - MINSA

La situación de la mortalidad analizada desde la perspectiva de género en el 2016, nos dice que, en Panamá casi todas las causas, los hombres tienen mayor tasa de mortalidad que las mujeres, Cabe destacar que la brecha absoluta entre hombres y mujeres a causa de los accidentes, homicidios, suicidios y otras violencias es de 51.79 más muertes por cada 100,000 habitantes que en las mujeres, lo que en términos relativos se traduce a casi 6 muertes en hombres por cada mujer.



Fuente: Datos de DIPLAN - MINSA

Es importante mencionar que para ambos sexos los tumores malignos ocupan el primer lugar en cuanto a tasa de mortalidad. El cáncer de próstata en hombres, seguido por el cáncer gástrico, pulmón y colon son los principales causantes. En las mujeres, el cáncer de mama, el cérvico uterino, los cánceres de colon ocupan los primeros lugares muy seguidos de cáncer gástrico y de pulmón.

Tasas de mortalidad por tumores malignos según sexo en el 2016.

Mortalidad por cáncer	Tasa en hombres	Tasa en mujeres
Próstata	14.7	
Mama		11.3
Cérvico Uterino		6.8
Estomago	11.0	6.1
Colon	5.5	6.5
Pulmón	8.0	4.8

Tasa calculada por 1,000 nacidos vivos

Fuente Documental: Base de Datos de INEC-Estadísticas Vitales, Contraloría General de la República

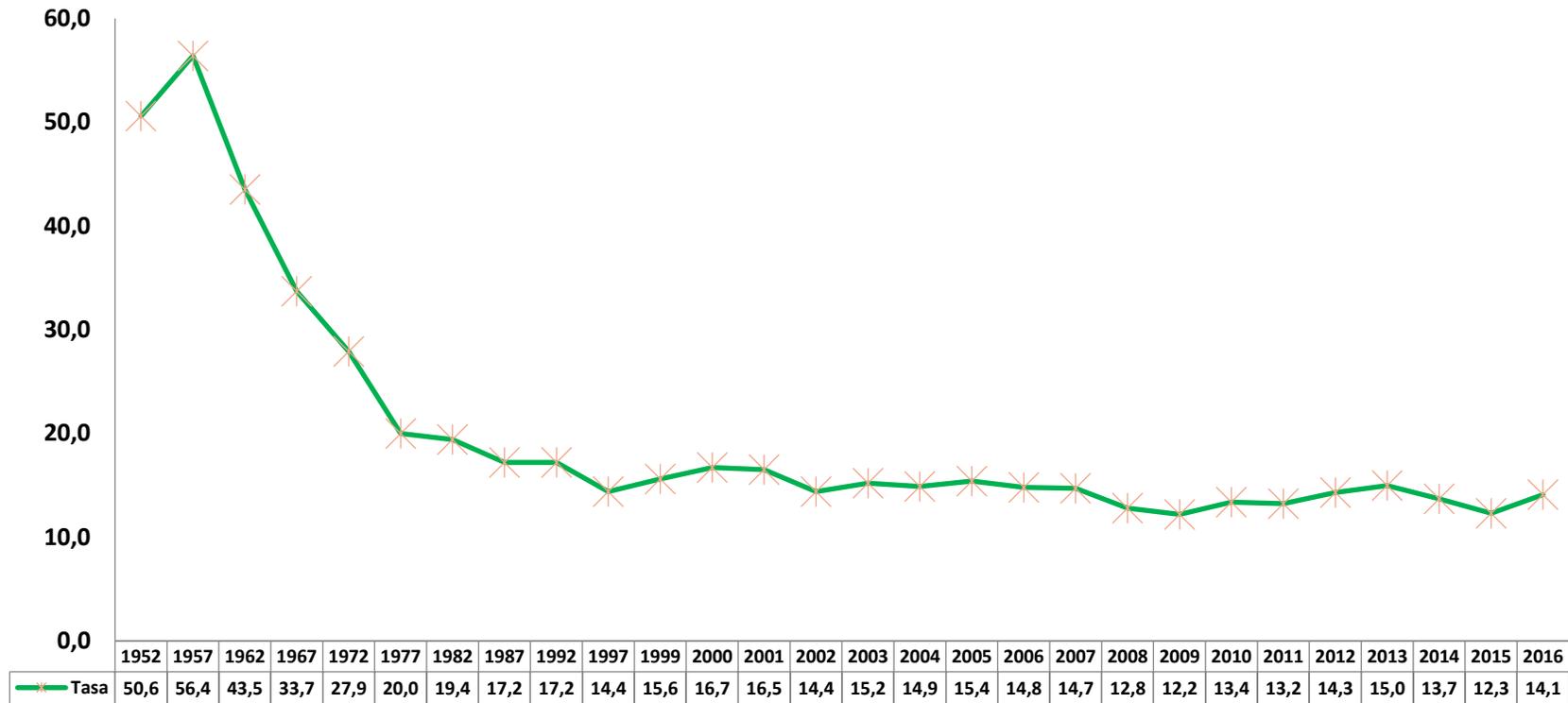
Fuente Institucional: Dirección de Planificación-Departamento de Registros y Estadísticas de Salud. MINSA

Mortalidad Infantil

La Mortalidad Infantil, en la República de Panamá en el año 2016 aumento en relación a la del año anterior, de 12.3 a 14.1 muertes por cada 1,000 nv. Las afecciones originadas en el periodo perinatal ocupan el primer lugar de las causas, seguidas por las malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas abarcando el 70% de las muertes.

La tendencia de la mortalidad infantil de Panamá nos dice que va en aumento, pero aun mantenemos provincias y comarcas con tasas similares a las que teníamos en los años 70 en el país, es por esto, el ministerio de salud realiza análisis de la situación de salud de cada región y los específicos de las desigualdades para que sea una herramienta importante, en la toma de decisiones gerenciales Nacionales, Regionales y locales, durante la planificación y priorización de los recursos.

Tasa de Mortalidad Infantil en la República de Panamá. Años seleccionados, 1952 - 2016



Tasa calculada por 1,000 nacidos vivos

Fuente Documental: Base de Datos de INEC-Estadísticas Vitales, Contraloría General de la República

Fuente Institucional: Dirección de Planificación-MINSA

Principales indicadores, en la República de Panamá, por área. Años 2012 - 2016

Área, ciudad (1) y año	Natalidad (nacimientos vivos)		Mortalidad fetal		Mortalidad (2)						Crecimiento natural (4)	
	Total	Tasa (5)	Total	Tasa (6)	General		Infantil (menores de un año)		Materna (3)		Total	Tasa
					Total	Tasa (5)	Total	Tasa (6)	Total	Razón (7)		
REPÚBLICA												
2012	75,486	19.9	9,801	129.8	17,350	4.6	1,081	14.3	49	64.9	58,136	15.3
2013	73,804	19.2	9,664	130.9	17,767	4.6	1,106	15.0	41	55.6	56,037	14.6
2014	75,183	19.2	9,182	122.1	18,171	4.6	1,033	13.7	44	58.5	57,012	14.6
2015	75,901	19.1	9,474	124.8	(R) 18,182	(R) 4.6	(R) 935	(R) 12.3	40	52.7	(R) 57,719	(R) 14.5
2016	(P) 74,295	(P) 18.4	9,431	(P) 126.9	18,882	4.7	1,046	(P) 14.1	37	(P) 49.8	(P) 55,413	(P) 13.7
Urbana:												
2012	47,801	19.0	7,970	166.7	11,754	4.7	631	13.2	25	52.3	36,047	14.3
2013	47,901	18.6	7,829	163.4	12,540	4.9	683	14.3	11	23.0	35,361	13.7
2014	49,006	18.5	7,505	153.1	12,379	4.7	583	11.9	15	30.6	36,627	13.8
2015	48,960	18.1	7,462	152.4	(R) 12,265	(R) 4.5	(R) 543	(R) 11.1	17	34.7	(R) 36,695	(R) 13.6
2016	(P) 47,648	(P) 17.2	7,348	(P) 154.2	12,617	4.6	556	(P) 11.7	13	(P) 27.3	(P) 35,031	(P) 12.6
Rural:												
2012	27,685	21.7	1,831	66.1	5,596	4.4	450	16.3	24	86.7	22,089	17.4
2013	25,903	20.4	1,835	70.8	5,227	4.1	423	16.3	30	115.8	20,676	16.3
2014	26,177	20.6	1,677	64.1	5,792	4.6	450	17.2	29	110.8	20,385	16.0
2015	26,941	21.3	2,012	74.7	(R) 5,917	(R) 4.7	(R) 392	(R) 14.6	23	85.4	(R) 21,024	(R) 16.6
2016	(P) 26,647	(P) 21.1	2,083	(P) 78.2	6,265	5.0	490	(P) 18.4	24	(P) 90.1	(P) 20,382	(P) 16.1

Tasa calculada por 1,000 nacidos vivos

Fuente Documental: Base de Datos de INEC-Estadísticas Vitales, Contraloría General de la República

Fuente Institucional: Dirección de Planificación-MINSA

Principales causas de defunción en el menor de un año, en la República de Panamá, por sexo.
Año 2016

Causas	Total General		Sexo	
	N°	Tasa	Hombre	Mujer
Total general	1046	13.9	567	479
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	418	5.6	230	188
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	316	4.2	174	142
Neumonía	71	0.9	46	25
Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	37	0.5	13	24
Resto de enfermedades del sistema respiratorio	36	0.5	20	16

Tasa calculada por 1,000 nacidos vivos

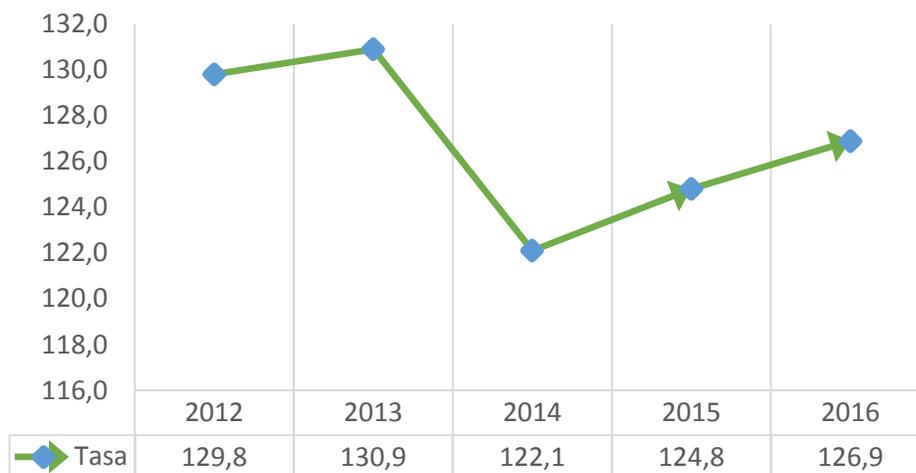
Fuente Documental: Base de Datos de INEC-Estadísticas Vitales, Contraloría General de la República

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

Mortalidad Neonatal

Las muertes ocurridas desde el nacimiento hasta los 28 días, para fueron 50 %, para el 2010 de la mortalidad en menores de 1 año, correspondía a la mortalidad neonatal, mientras que, en el 2016, concentra el 56% de las muertes en menores de un año. En el 2016 se incrementó a 7.7 muertes por cada 1,000 nacidos vivos, en este periodo las tasas han sido mayores en productos masculinos en relación a los femeninos. Entre las causas principales tenemos la inmaduridad extrema, la sepsis bacteriana, las malformaciones congénitas entre otras. Las regiones que registran mayor número de defunciones son Panamá Metro, Chiriquí, Panamá Oeste y Bocas del Toro.

TASA DE MORTALIDAD FETAL. AÑOS 2012-2016



Fuente: Datos de DIPLAN - MINSA

Mortalidad en niños de 1 a 4 años

La tasa de mortalidad en menores desde 1 año hasta los 4 años de vida en Panamá, han disminuido de 100.2 a 98.2 por cada 1,000 nv en el 2016 respecto al 2010. Según datos por sexo es importante resaltar que en el año 2010 no existía diferencia, pero para el 2016 la tasa de defunción por sexo masculino es mayor a expensas de neumonías. La principal causa de esta mortalidad es la diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso, seguida por las Causas externas, la desnutrición y las neumonías.

Principales causas de mortalidad en niños de 1 a 4 años según sexo 2016.

Causas de Muerte	Total		Sexo			
	general		Hombre		Mujer	
	Nº	Tasa	Nº	Tasa	Nº	Tasa
Total general	291	98.2	162	107.0	129	89.0
Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	44	14.8	21	13.9	23	15.9
Causas Externas	34	11.5	16	10.6	18	12.4
Desnutrición	33	11.1	16	10.6	17	11.7
Neumonía	32	10.8	23	15.2	9	6.2
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	29	9.8	16	10.6	13	9.0
Las demás Causas	119	40.2	70	46.2	49	33.8

Tasa calculada por 1,000 nacidos vivos

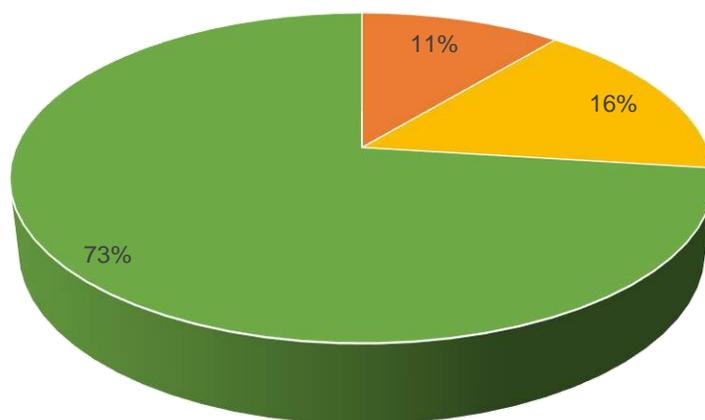
Fuente Documental: Base de Datos de INEC-Estadísticas Vitales, Contraloría General de la República

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

Mortalidad Materna

En el año 2010 se registraron 41 muertes maternas, de las cuales 27 fueron por causas directas. Para el 2016, se reportaron 37 muertes maternas de las cuales 73% responden a causas directas, es decir producto de complicaciones del embarazo, donde la de mayor frecuencia fue el sangrado del tercer trimestre seguido de la ruptura uterina y la sepsis puerperal.

Causas de Mortalidad Materna en la República de Panamá. 2016.



- Embarazo terminado en aborto
- Muerte obtetricas indirectas
- Otras muertes obstetricas directas

Tasa calculada por 1,000 nacidos vivos

Fuente Documental: Base de Datos de INEC-Estadísticas Vitales, Contraloría General de la República

Fuente Institucional: Dirección de Planificación-MINSA

Causas de la Mortalidad Materna, en la República de Panamá				
	2010		2016	
Mortalidad Materna	N°	Tasa 1/	N°	Tasa 1/
Total general	41	4.5		3.6
Embarazo terminado en aborto	6	0.7	4	0.4
Muertes obstétricas indirectas	8	0.9	6	0.6
Otras muertes obstétricas directas	27	3.0	27	2.6
1/ Tasa calculada por 100,000 mujeres de 15 a 49 años				

Fuente: Datos del INEC.

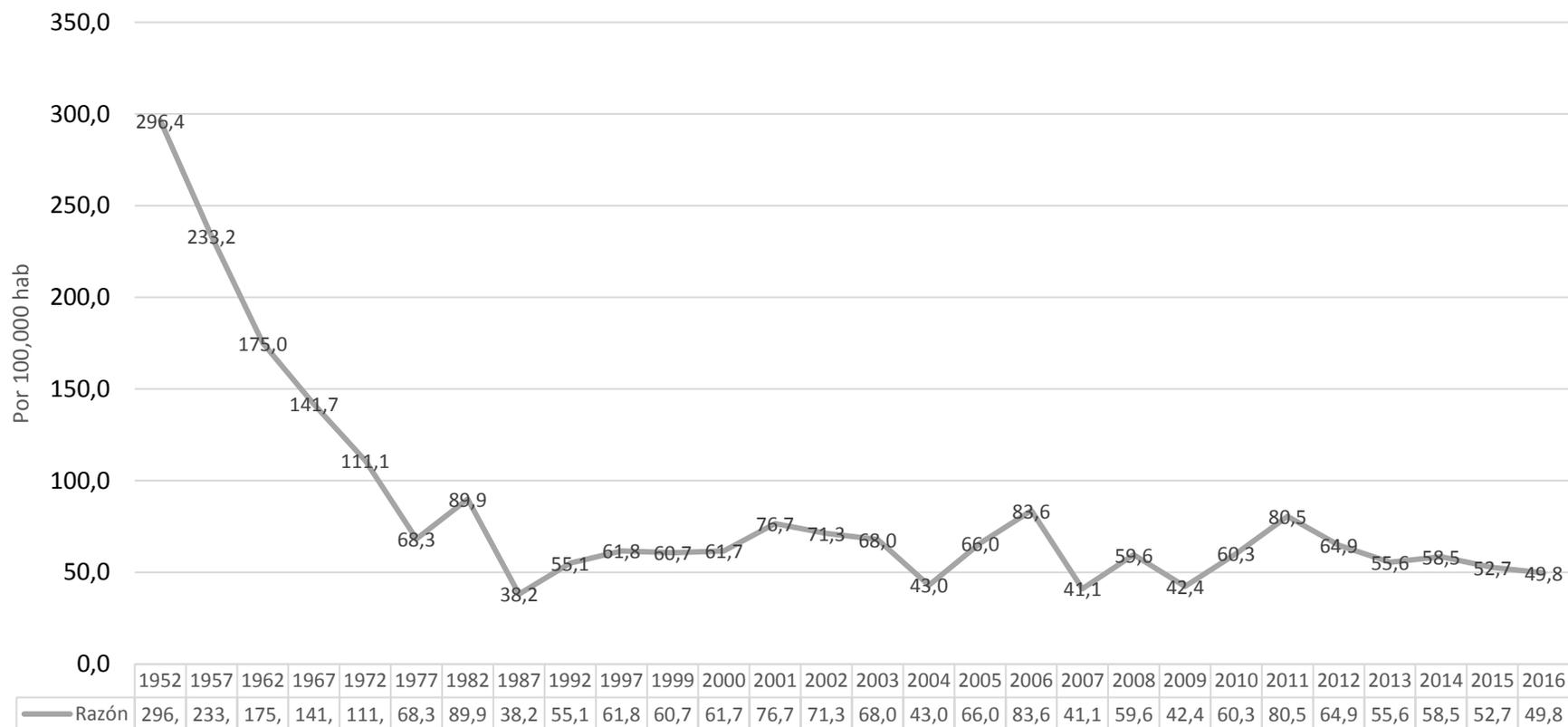
Resumen de las principales tasas de mortalidad de la República de Panamá. 2010 y 2016.

	2010			2016		
	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem
Tasa de mortalidad x 100, 000 habitantes	472.0	551.6	391.2	467.7	536.0	399.0
Tasa de mortalidad en < de 1 año x 1, 000 nv	13.4	14.7	12.0	13.9	14.5	13.2
Tasa de Mortalidad perinatal	10.6			10.4		
Tasa de Mortalidad Neonatal x 1,000nv	6.8	7.3	6.2	7.7	8.3	7.1
Tasa de mortalidad postneonatal x 1,000 nv	6.6	7.4	5.8	6.2	6.2	6.2
Tasa de Mortalidad en menores de 5 años x 1,000 niños < 5 años	3.4	3.7	3.2	3.6	3.8	3.4
Tasa de Mortalidad Materna x 100,000 mujeres de 15 a 49 años	4.5	..	4.5	2.5	..	2.5
Esperanza de Vida al nacer	75.9	73.3	78.6	77.9	74.9	81.1

Fuente Documental: Base de Datos de INEC-Estadísticas Vitales, Contraloría General de la República

Fuente Institucional: Dirección de Planificación-MINSA

Razón de Mortalidad Materna en la República de Panamá. Años seleccionados 1952 - 2016



Fuente:

- (1) Se refiere a la residencia de la madre para los nacimientos vivos y del fallecido para las defunciones.
- (2) Excluyen las defunciones fetales.
- (3) Se refiere a las defunciones por complicaciones del embarazo, del parto y del puerperio.
- (4) Se refiere a la diferencia entre Natalidad y Mortalidad general.
- (5) Por 1,000 habitantes, con base en la estimación de la población al 1 de julio del año respectivo.
- (6) Por mil nacimientos vivos.

Principales Indicadores de Salud

Estructura de población por grupo de edad (en años)	2000			2010			2016		
	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem
Total	285570			350448	176573	173874	403704	202604	201099
	3			3	4	9	3	4	9
Menor de un año	59919			70711			74412		
1 a 4	241463			280510			296313		
5 a 9	300852			345709			363595		
10 a 14	291488			329340			360177		
15 a 19	271683			307769			349908		
20 a 59	145909			183797			175306		
	7			6			7		
60 y más	231201			336468			839571		
Otras Tasas	2005			2010			2016		
	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem
Tasa de mortalidad				472.0	551.6	391.2	467.7	536.0	399.0
Tasa de mortalidad en < de 1 año	15.4			13.4	14.7	12.0	13.9	14.5	13.2
Tasa de mortalidad perinatal									
Tasa de mortalidad neonatal				6.8	7.3	6.2	7.7	8.3	7.1
Tasa de mortalidad post neonatal				6.6	7.4	5.8	6.2	6.2	6.2
Tasa de mortalidad < 5 años	21.0						3.6	3.8	3.4
Tasa de mortalidad materna ¹							2.5		2.5
Razón de mortalidad materna ¹	66.0								
Esperanza de vida al nacer (total)							77.9	74.9	81.1

Fuente(S): INEC, Contraloría General de la República. Incluir la pirámide poblacional por provincia, región y comarca, según edad y sexo para cada uno de los años, por cada uno de los distritos.

1/ Tasa calculada por 100,000 mujeres de 15 a 49 año

Principales tasas de mortalidad según sexo

Principales causas de mortalidad	2010			2016		
	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem
Mortalidad general	472.02	551.61	391.20	467.72	535.97	398.96
Tumores(Neoplasias)	72.05	77.25	66.77	73.82	77.39	70.21
Causas externas de morbilidad y de mortalidad	55.90	94.58	16.62	37.28	63.08	11.29
Enfermedades isquémicas del corazón	52.82	62.41	43.08	35.89	41.90	29.84
Enfermedades cerebrovasculares	36.41	38.40	34.39	39.83	42.30	37.34
Otras enfermedades del corazón	27.54	28.09	26.97	30.17	31.98	28.34
Diabetes mellitus	24.94	21.86	28.07	30.15	28.63	31.68
Neumonía	20.60	23.22	17.94	11.77	14.07	9.45
Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	15.72	16.25	15.18	13.48	12.64	14.32
Enfermedad por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)	15.21	22.88	7.42	13.70	20.68	6.66
Enfermedades hipertensivas	10.24	10.53	9.95	23.66	25.27	22.03
Mortalidad en menores de un año	13.39			13.91		
Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	4.18			5.60		
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	3.12			4.20		
Neumonía	1.60			0.90		
Accidentes, Suicidios, Homicidios y Otras Violencias	0.72					
Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	0.57			0.50		
Mortalidad en menores de 1-4 años	105.9	106.1	105.6	98.2	107.0	89.0
Neumonía	19.6	20.2	18.9	10.8	15.2	6.2
Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	15	14.7	15.3	14.8	13.9	15.9
Causas Externas	12.5	17.5	7.3	11.5	10.6	12.4
Resto de enfermedades del sistema nervioso	7.1	6.3	8.0			
Desnutrición	7.8	6.3	9.5	11.1	10.6	11.7
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas				9.8	10.6	9.0

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

DESIGUALDADES SOCIALES EN SALUD MATERNA INFANTIL Y ADOLESCENTES

La equidad en salud se consigue cuando cada persona tiene la oportunidad de alcanzar su pleno potencial de salud y nadie es excluido o queda en desventaja para alcanzar tal potencial por razón de su posición social u otras circunstancias socialmente determinadas.

La OMS define a los determinantes sociales de la salud como las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud.

Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional, regional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas.

En Panamá, entre los esfuerzos realizados para atender las problemas y necesidades de salud de la población, están los documentos marco de regulación de la salud y sus determinantes como lo son: Las Políticas Públicas de Panamá, las cuales son evaluadas por el Banco Interamericano de Desarrollo y por el Banco Mundial y la **Política de Salud 2016-2025**, que luego de una minuciosa evaluación de la política vigente hasta 2015, se consideró ampliar su vigencia a 10 años con el fin de que se dé continuidad a los Planes, Programas y Proyectos, que permitan el alcance de las metas.

A pesar de las limitantes financieras y de disponibilidad de recursos, el Ministerio de Salud capacita al recurso humano en estrategias de optimización de recursos basados en los Análisis de Situación de Salud. Además, establece Planes Operativos Anuales y Estrategias de priorización para el cumplimiento de las metas, principalmente en atención de los grupos de mayor vulnerabilidad social.

Definitivamente, la estabilidad y el crecimiento económico del que goza Panamá, debe ser acompañada de un mejor desarrollo social, razón por la cual, Nos enfocamos en analizar además de los indicadores macro de Situación de Salud, evidenciamos con detalle las diferencias significativas de la salud entre provincias y comarcas determinados por el ingreso, el porcentaje de analfabetismo, el índice de desarrollo humano, al acceso a los servicios de saneamiento, entre otros.

Estas diferencias o desigualdades en salud son cuantificables y definen las brechas en un gradiente social, aportando un panorama que permitirá a los tomadores de decisiones priorizar las intervenciones en salud y los recursos en pro de disminuir o abolir las inequidades⁵ en salud.

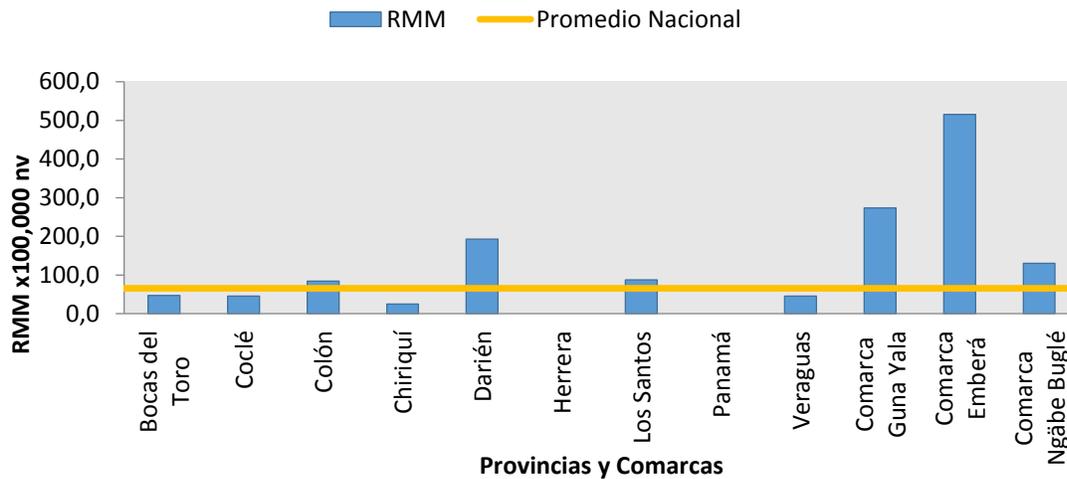
En este documento realizamos un análisis comparativo para los años 2005 y 2015 de las desigualdades de salud materno-infantil y salud de los adolescentes a través de algunos indicadores de salud de la República de Panamá utilizando métricas estadísticas definidas.

Desigualdades Sociales en Salud Materno-Infantil - Mortalidad Materna

La razón de la mortalidad materna nacional promedio en el 2005 fue de 61.7 y para el 2015 fue de 52.7 muertes por 1,000 nv, con una disminución del promedio nacional en los años mencionados, aunque a nivel de provincias y comarcas se observan diferencias significativas que mantienen a las comarcas y a la provincia de Darién muy por encima del promedio nacional.

⁵ Inequidades en salud: desigualdades en salud que se consideran injustas y evitables.

Razón de la Mortalidad Materna en la República de Panamá, por Provincia y Comarca. Año 2015.



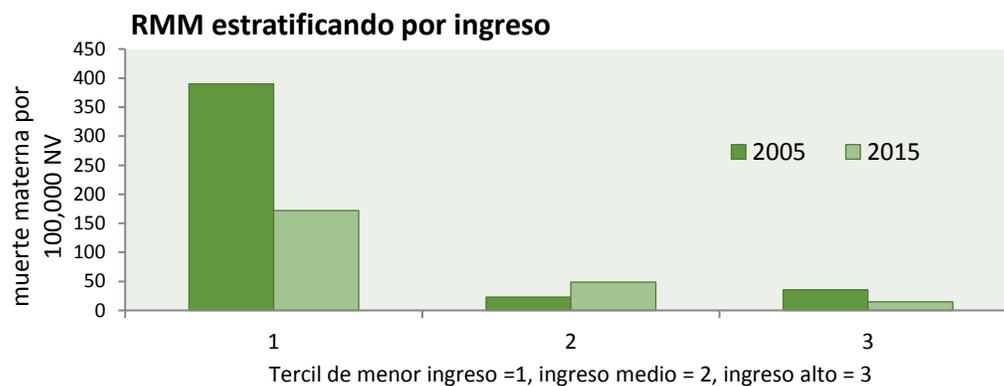
Las estrategias empleadas en la última década para lograr disminuir la mortalidad materna parecen no haber alcanzado el objetivo esperado. A continuación, mencionaremos algunas de estas estrategias:

- El Decreto ejecutivo 428 del 15 de diciembre de 2005, otorgamiento de la gratuidad en la prestación de los servicios y asistencia a la maternidad.
- El programa de Red de Oportunidades inicio en el año 2005 inicio en 15 corregimientos del país con mayor incidencia de pobreza extrema.
- El país ejecuto un Plan Estratégico para la Reducción de la Muerte Materna y Muerte Perinatal, para el periodo 2005^a 2009.

Mortalidad Materna por Ingreso Medio de Hogares

En este informe de desigualdades analizaremos, la RMM entre provincias y comarcas asociadas a las condiciones sociales como el ingreso medio de hogares y el porcentaje de población indígena.

Razón de mortalidad materna por tercil provincial según Ingreso medio de hogar. En el 2005 y 2015



El tercil provincial con menor ingreso medio de hogar, está constituido por las 3 comarcas indígenas y la provincia de Darién, en él podemos visualizar la razón de mortalidad materna más alta en ambos periodos. En termino de desigualdades, la brecha absoluta entre este tercil y el de mejor ingreso medio de hogar (provincias de Chiriquí, Herrera, Panamá y Colón) bajó de 3.55 en el 2005 a 2.37 muertes por cada 1000 nv para el 2015, en otras palabras, por cada mujer que muere en las provincias con mejor ingreso, mueren 2 en las comarcas y Darién. La brecha relativa, entre provincias de los terciles extremos de ingreso, bajó de 10.74 a 7.88 en los periodos evaluados, lo que significa que en el 2005 la mortalidad materna era 11 veces mayor en las comarcas y Darién y en el 2015 esta brecha disminuyó a 8 veces más. La TMM nacional se mantuvo en 0.7 por cada 1000 nacidos vivos.

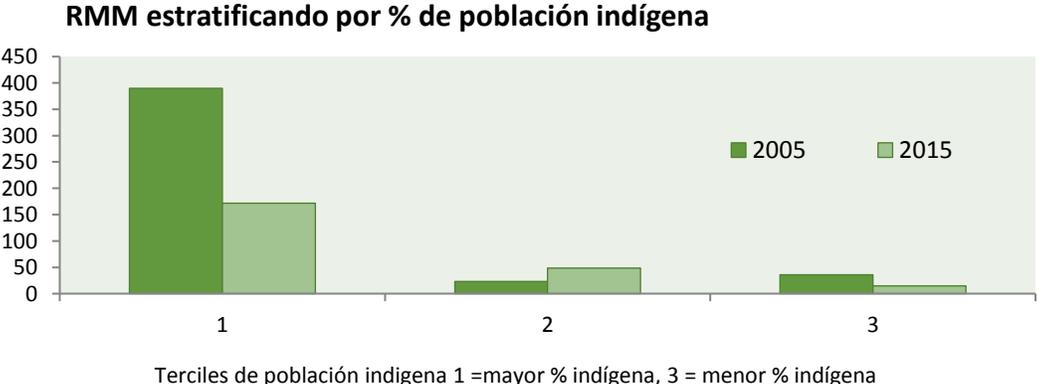
Al observar la gráfica de RMM x tercil provincial según ingreso medio del hogar apreciamos que el único tercil que disminuyó la RMM en función de un aumento en el ingreso medio, fue el tercil más pobre. Posiblemente debido a que se desarrollaron programas de interés social vinculados al sector salud que impactaron en este tercil. Todo esto nos lleva a inferir que el ingreso promedio de los hogares, como indicador social no tiene una inherencia directa en el cambio.

Mortalidad Materna por Tercil Provincial Según % de Población Indígena

En el año 2005, la Razón de Mortalidad Materna (RMM) en el tercil provincial con mayor porcentaje de población indígena respecto al de menor porcentaje fue de 2.05 que en términos absolutos y de 6.91 veces mayor entre los extremos en términos relativos. En el año 2015, la RMM en el tercil provincial con mayor porcentaje de población indígena respecto al de menor porcentaje fue de 1.77 (1.91) que en términos absolutos y de 3.62 (4.58) veces mayores en las provincias y comarcas con más % de población indígena en comparación con las provincias con menor población indígena.

Realizando una comparación entre los años 2005 y 2015 sobre la RMM en relación al porcentaje de población indígena, la brecha absoluta, aunque se acortó, no es realmente significativo dicho acortamiento y la brecha relativa prácticamente se redujo a la mitad.

Razón de Mortalidad Materna por Tercil Provincial según % de Población Indígena. 2005 y 2015.



Atención del Parto por Personal Calificado

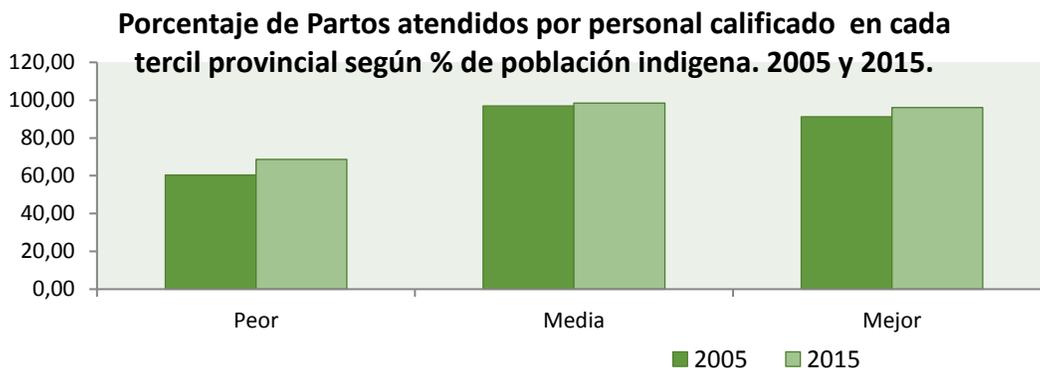
En la República de Panamá, la cobertura de partos atendidos por personal de salud idóneo fue de 91.1 % en el 2005, y en el 2015 de 92.8 %, lo cual es considerablemente bueno, desde el punto de vista de país, cabe destacar que la Comarca Ngobe Bugle pasó de 31 a 51 % en el periodo evaluado pero que la Comarca Emberá desmejoró su cobertura de 76 a 55% en el mismo periodo. La situación en términos generales de país mejoró en cuanto a % de partos con atención profesional, aunque se requiere más esfuerzo en las zonas comarcales.

El análisis de las desigualdades en la atención profesional del parto según el ingreso económico por provincia en los años 2005 y 2015, muestra muy pocos cambios entre los años evaluados, las brechas de equidad son verdaderamente grandes entre terciles extremos tanto en términos absolutos de 51.6 a 40.1, reflejan grandes desigualdades entre provincias de peor y de mejor situación económica, con una tendencia al acortamiento de la brecha. En términos relativos las brechas de cada año evaluado también evidencian desigualdad en la atención de los partos, puesto que las mujeres embarazadas del tercil provincial con mejor situación económica tiene 2 veces más probabilidades de tener un parto atendido por personal capacitado que una mujer que vive en una de las provincias del tercil más pobre. Se reconoce que entre los años evaluados la brecha relativa ha disminuido de 0.60 a 0.48.



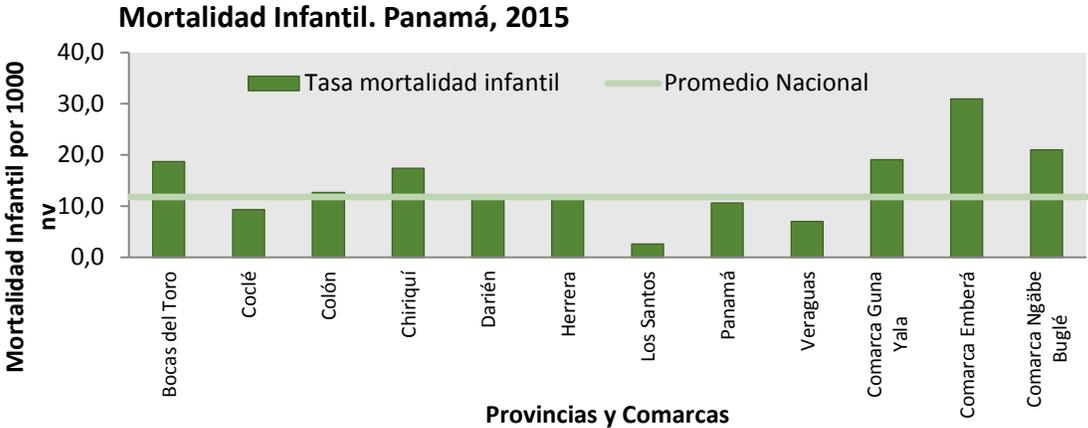
Atención Del Parto Por Personal Calificado Según % De Población Indígena

La población indígena en Panamá está compuesta de distintas etnias cada una con costumbres y tradiciones diferentes.



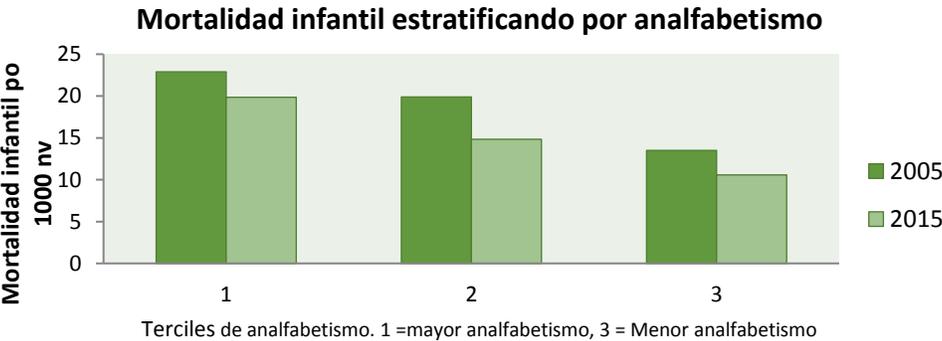
El análisis de las desigualdades en la atención profesional del parto según población indígena por provincia y comarcas en los años 2005 y 2015, el promedio nacional presenta una disminución en términos absolutos de 30.7 a 27.3, pero reflejando grandes desigualdades en el tercil con mayor población indígena y menor cobertura de atención por personal calificado, con una tendencia al acortamiento de la brecha. Podemos decir que a mayor cantidad de población indígena se afecta la cobertura de atención profesional al parto.

Mortalidad infantil



La mortalidad infantil del país en terminos generales disminuyó, al igual que en las provincias agrupadas en el tercil medio y en el tercil más favorecido de educación. En términos relativos, entre terciles extremos, por cada muerte infantil en el grupo provincial con mejores oportunidades de educación ocurren 1.69 muertes en el grupo provincial de menor oportunidad de educación en el 2005, mientras que en el 2015 por cada muerte infantil en el grupo provincial con mejores oportunidades de educación ocurren 2.43 muertes en el grupo provincial de menor oportunidad de educación, es decir, La brecha absoluta de la mortalidad infantil entre el 2005 y 2015, en los terciles provinciales extremos por analfabetismo, se ensanchan de 9.37 a 16.53 muertes más respectivamente; este aumento responde principalmente a la tasa de mortalidad infantil agrupada en el tercil de peor situación de educación, la cual se incrementa de 22.88 a 28.08 muertes en menores de un año por cada 1000 nacidos vivos en el periodo evaluado.

Cabe señalar, que el tercil de peor situación de educación incluye las 3 comarcas indigenas y la provincia de Darien.

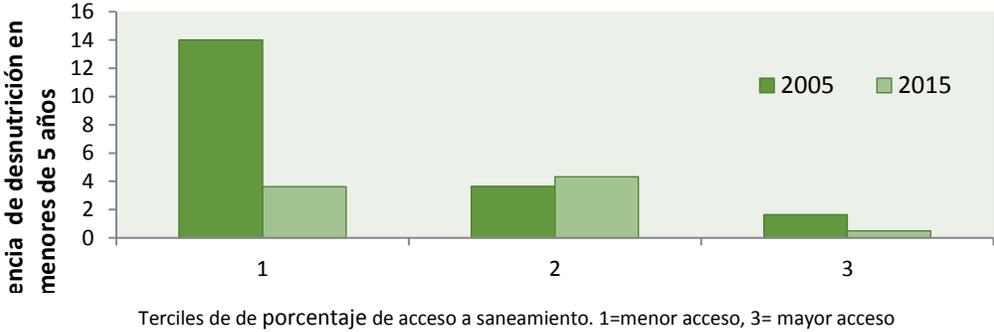


La mortalidad infantil en relación al nivel educativo para los terciles provinciales en este período evidencia la disminución de la misma en las provincias con las mejores oportunidades de educación respecto a la mortalidad infantil en aquellas provincias con las peores oportunidades de educación, no obstante se mejoró la educación en las mismas. Esto refleja el mejoramiento de este indicador social pero se mantiene la desigualdad en salud.

En resumen, la desigualdad en la tasa de mortalidad infantil entre provincias estratificadas por el porcentaje de analfabetismo se evidencia en las métricas simples de desigualdades para cada año analizado, pero también evidencia que las brechas de dichas desigualdades entre los años 2005 y 2015 se han estrechado, esto es positivo para el país, pero nos motiva a evaluar que estrategias debemos emplear para lograr desaparecer esta inequidad.

Desnutrición en <5 años

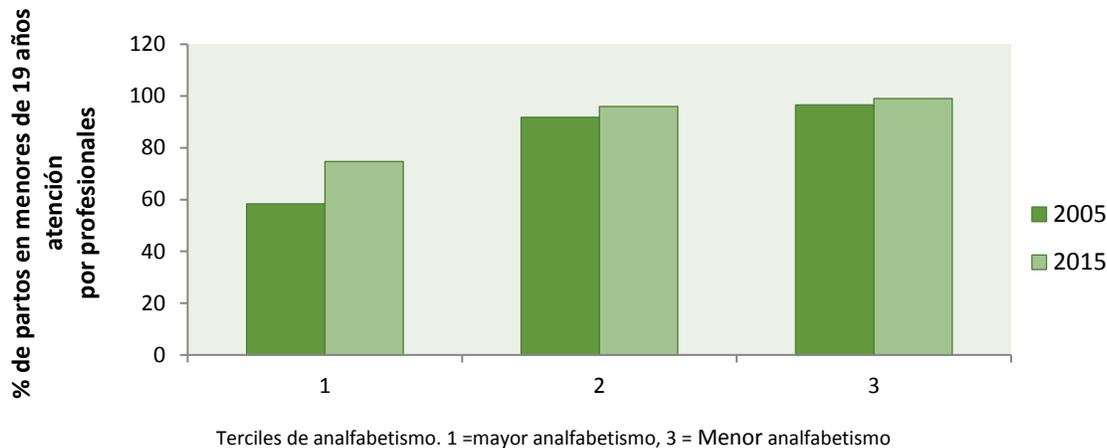
Prevalencia de desnutrición en menores de 5 años estratificando por % de acceso a saneamiento



El análisis exploratorio de las desigualdades sociales en la desnutrición entre provincias y comarcas en los años 2005 y 2014, utilizando como estratificador social el porcentaje de acceso al saneamiento en cada unidad geográfica y como base poblacional la población menor de 5 años, demuestra una disminución de la tasa de desnutrición en menores de 5 años en todos los terciles provinciales entre los años 2005 y 2014, además de un acortamiento significativo de la brecha absoluta (de 12.35 a 4.42) con un cambio desfavorable en la brecha relativa de 8.5 veces más desnutridos en el 2005 a 10 veces más en el 2014 entre provincias con menos acceso a los servicios de saneamiento y las de mayor acceso. Lo que corresponde a una gran desigualdad de la desnutrición en la niñez entre provincias según el acceso a saneamiento aun cuando en términos absolutos todos los terciles provinciales mostraron mejoría del indicador de salud.

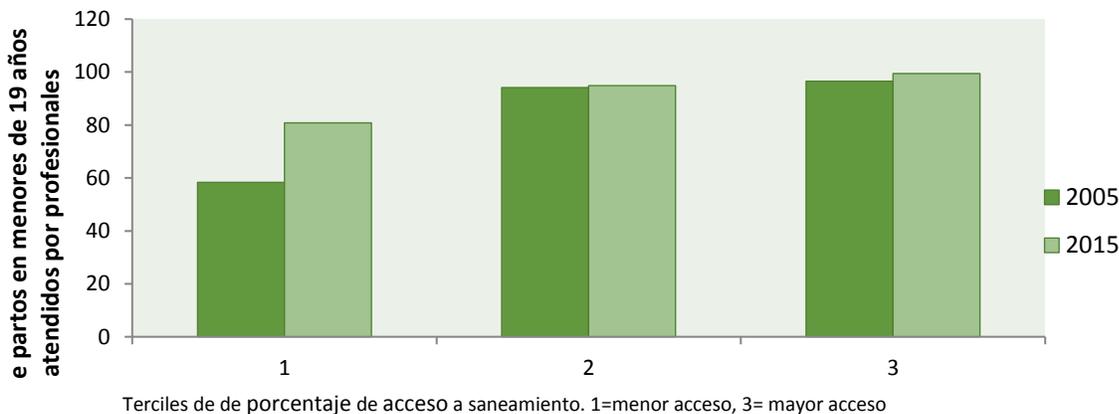
Adolescentes, atención Profesional del Parto Adolescente

Atención profesional del parto en adolescentes estratificando por % de analfabetismo



El análisis de las desigualdades en la atención profesional del parto en adolescentes según % de analfabetismo por provincia y comarcas en los años 2005 y 2015, ha reflejado un aumento en la cobertura de atención por personal calificado en todos los terciles geográficos estratificados. El tercil con mayor analfabetismo persiste en ser el de menor cobertura de atención del parto por personal calificado, aunque la brecha absoluta en el 2005 era de 38.32 % menor cobertura y en el 2015 fue de 24.33% menos de cobertura de la APP, respecto al grupo con menor analfabetismo. En otras palabras, la desigualdad ha disminuido en el 2015 favoreciendo al tercil más vulnerable. Esto hace evidenciar la necesidad de continuar el enfoque de prevención y promoción de **los Servicios de Salud Amigables para los Adolescentes (SSAA)**.

Atención profesional del parto en adolescentes estratificando por % de acceso a saneamiento

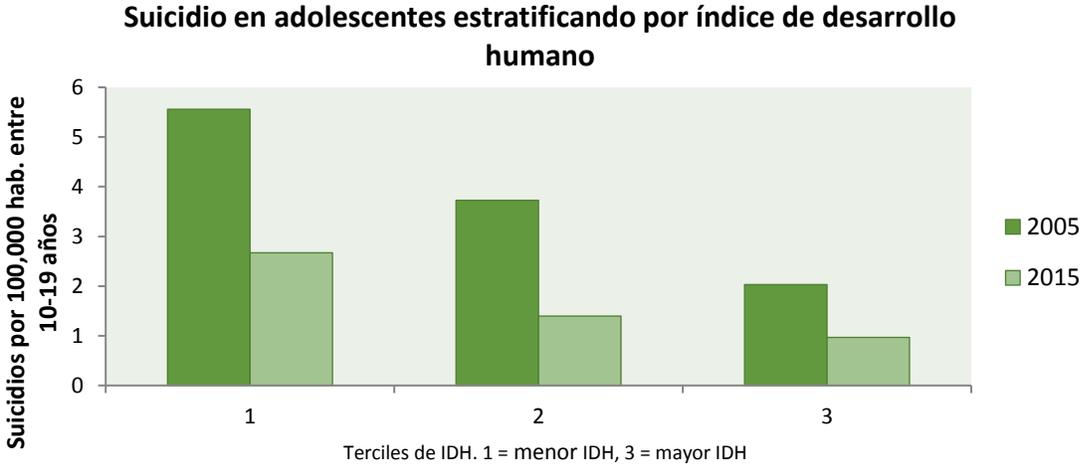


Estratificando la población, según el porcentaje de acceso a saneamiento básico, el tercil con menor acceso, es decir la más vulnerable muestra menor cobertura de atención profesional del parto en población adolescente.

Brechas	2005	2015	Diferencia
Brecha Absoluta	38.3	18.6	19.7
Brecha relativa	1.66	1.23	0.43

Ambas brechas han disminuido entre los años evaluados mostrando una tendencia hacia la equidad.

Suicidio en Adolescentes



Fuente: Departamento de Análisis de Situación y Tendencias de Salud. MINSA 2017.

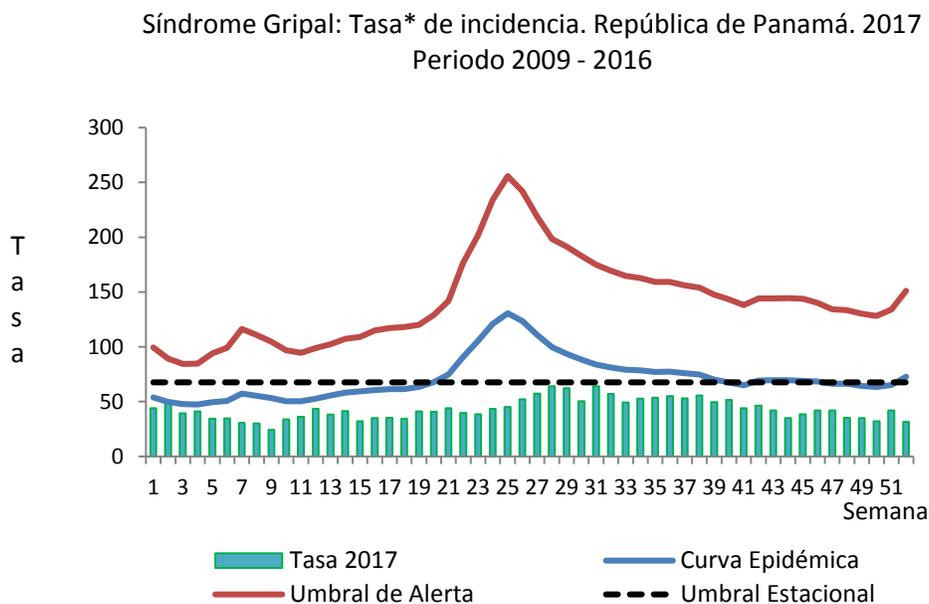
Las tasas de suicidio en población adolescente entre 10 y 19 años según el índice de desarrollo humano de la provincia o comarca son relativamente bajas en comparación con otros países. Este valor es 2.73 veces mayor en el tercil más vulnerable, es decir, en provincias o comarcas de bajo índice de desarrollo se suicidan 3 jóvenes por cada uno en el tercil de mejor índice de desarrollo. Entre los años evaluados, la tasa de suicidios disminuyó en todos los terciles poblacionales, tal como lo muestran la gráfica anterior. Las brechas absolutas entre terciles extremos se redujo a la mitad lo que probablemente responde a las intervenciones de los gobiernos cuanto a subsidios para estudios y apoyo económico a familias de extrema pobreza y aunado a las mejoras al acceso a los servicios de salud que les ofrece el Ministerio de Salud por medio de los SSAA.

Situación Epidemiológica – Eventos de notificación obligatoria - año 2016

Situación de la Infecciones Respiratorias Agudas Virales

Morbilidad, El Síndrome gripal/gripe/influenza es el evento que se utiliza para monitorear el comportamiento de las infecciones respiratorias agudas leves o la Enfermedad tipo Influenza (ETI).

Síndrome Gripal: Tasa* de incidencia. República de Panamá. 2017/p. Periodo 2009 - 2016



*:Tasa por 100 000 habitantes

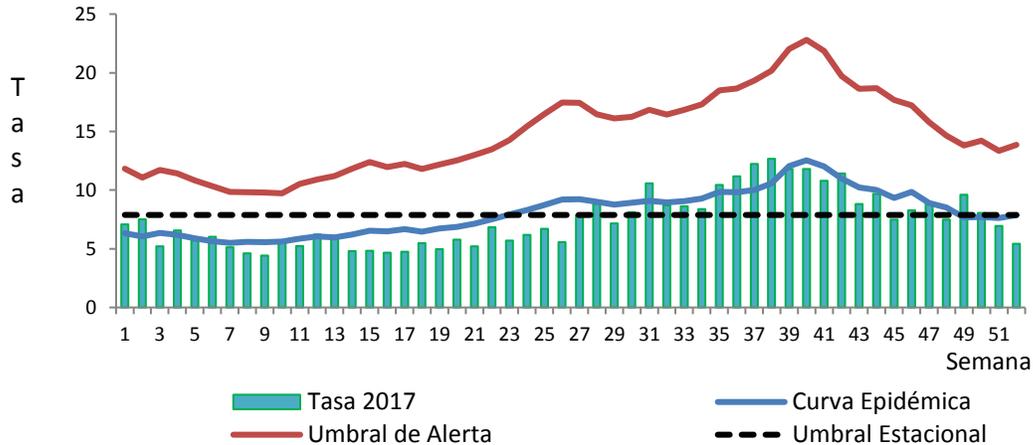
/p: datos hasta semana 52

Fuente: Departamento de Epidemiología

Durante las 52 semanas epidemiológicas del 2017, la tasa de incidencia del Síndrome gripal/gripe/influenza se ha mantenido por debajo del umbral estacional. Las neumonías, bronconeumonías y las bronquiolitis son los eventos que se utilizan para monitorear el comportamiento de las infecciones respiratorias agudas graves (IRAG) para lo cual se construye un gráfico que permite identificar la línea basal y los umbrales estacionales y de alerta.

Neumonías + Bronconeumonías: Tasa* de incidencia. República de Panamá. 2017/p Periodo 2009 - 2016

Neumonías+Bronconeumonías: Tasa* de incidencia. República de Panamá. 2017 Periodo 2009 - 2016



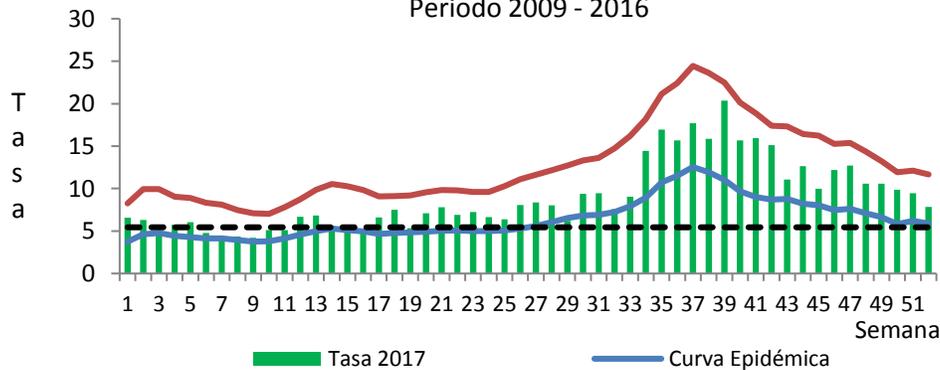
*:Tasa por 100 000 habitantes
/p: datos hasta semana 52
Fuente: Departamento de Epidemiología

La tasa de incidencia de las neumonías y bronconeumonías a partir de la semana 31 se ha mantenido por encima del umbral estacional hasta la semana 49.

En cuanto a la Bronquiolitis observamos que desde la semana 20 la tasa de incidencia se ubica por encima del umbral estacional de manera sostenida persistiendo hasta la semana 48, con un nivel moderado de presencia de este evento ya que presenta tasas de incidencia por encima de la línea base o curva epidémica.

Bronquiolitis: Tasa* de incidencia. República de Panamá. 2017/p Periodo 2009 - 2016

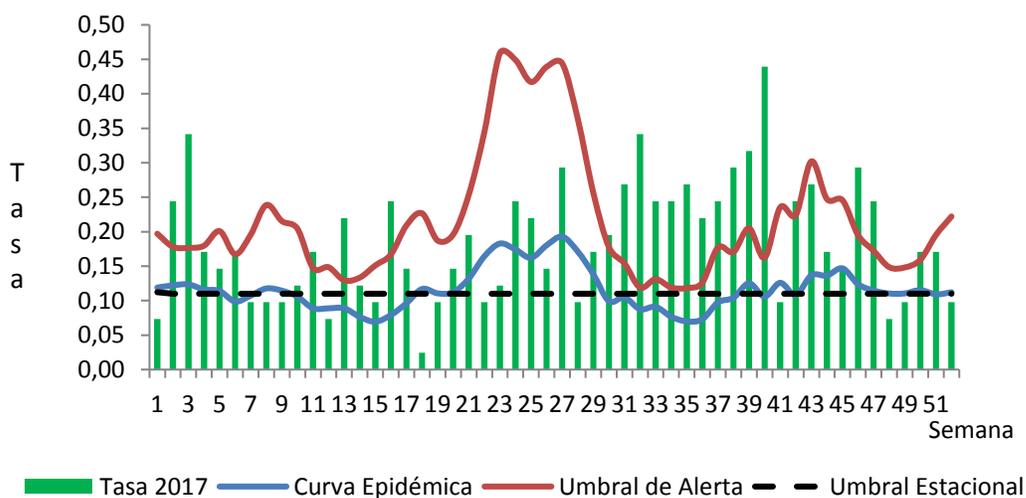
Bronquiolitis: Tasa* de incidencia. República de Panamá. 2017 Periodo 2009 - 2016



*:Tasa por 100 000 habitantes
/p: datos hasta semana 52

Descripción de la mortalidad, Las defunciones por infecciones respiratorias agudas tales como neumonías, bronconeumonías y bronquiolitis según los códigos de la Décima Clasificación Internacional de Enfermedades son notificados individualmente en el módulo VIGMOR del SISVIG, con esta información distribuida por semana epidemiológica se construye la línea base o curva epidémica y los umbrales de alerta y estacional tomando en cuenta el periodo de 2012 a 2016 para comparar las tasas de mortalidad de 2017.

Infección Respiratoria Aguda Grave: Tasa* de Mortalidad. República de Panamá. 2017/p
Periodo 2012 - 2016



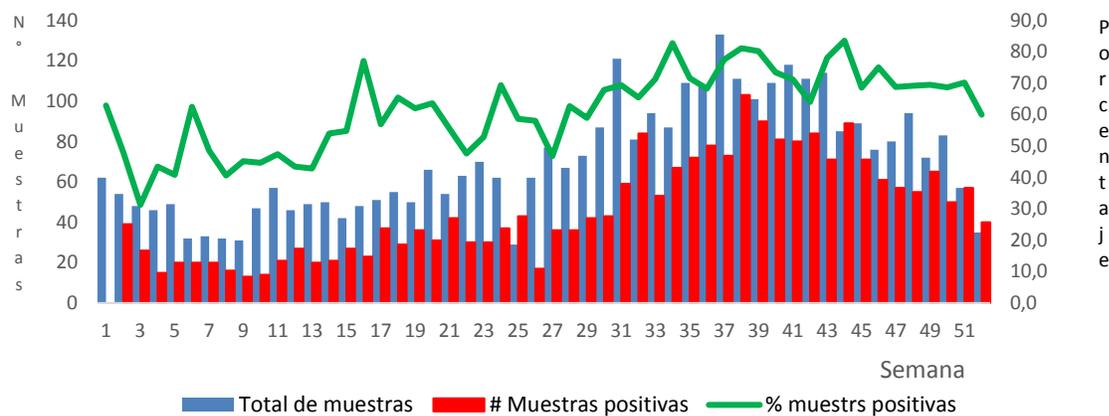
*:Tasa por 100 000 habitantes
/p: datos hasta semana 52
Fuente: Departamento de Epidemiología

Las defunciones por todas las IRAG durante algunas semanas de 2017 (2, 3, 11, 13 y 16) se ubicaron por encima del umbral de alerta no manteniendo esta tendencia hasta la semana 31 cuando la tasa de mortalidad se mantiene por encima del umbral mencionado hasta la semana 47. Cabe señalar que el incremento de esta notificación en parte se debe a que más instalaciones hospitalarias se han incorporado a la notificación de las defunciones por IRAG en Vigmor y que solo 5 defunciones han sido atribuidas al virus influenza. Nueve defunciones se notifican como debida al VSR (Virus Sincitial Respiratorio).

Descripción de la Vigilancia Centinela por Laboratorio y Epidemiológica

Vigilancia Centinela por Laboratorio –SILAB, Las muestras de laboratorio que se toman en las instalaciones de salud se analizan en los laboratorios del ICGES, del Hospital José Domingo De Obaldía y del Hospital Luis Chicho Fábrega y se notifican a la OPS/OMS la cual publica semanalmente el número de muestras positivas según virus identificado y su porcentaje de positividad.

Número de muestras analizadas y número y porcentaje con resultados positivos a virus respiratorios, Según semana epidemiológica. República de Panamá. 2017



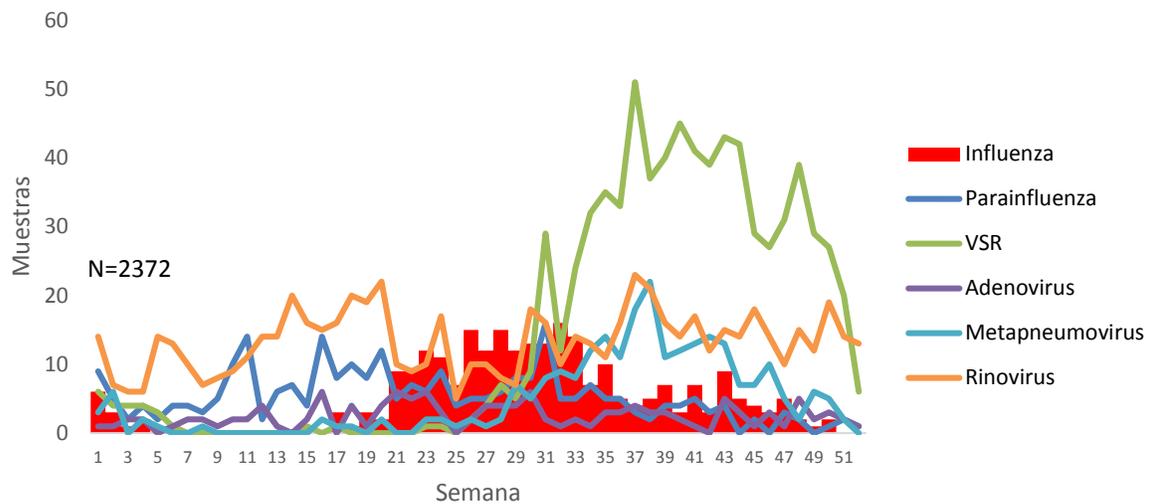
/P: Datos hasta semana 52

Fuente: Departamento de Epidemiología-MINSA-ICGES

Así vemos que de las semanas epidemiológicas de 1 a la 52 el porcentaje de positividad para todos los virus respiratorios ha oscilado entre 31.3 y 83.5.

Durante las 52 semanas epidemiológicas de 2017 se identificaron seis tipos diferentes de virus respiratorios siendo el Virus sincitial respiratorio (764) el más frecuentemente encontrado seguido por el rinovirus (692) y parainfluenza (275).

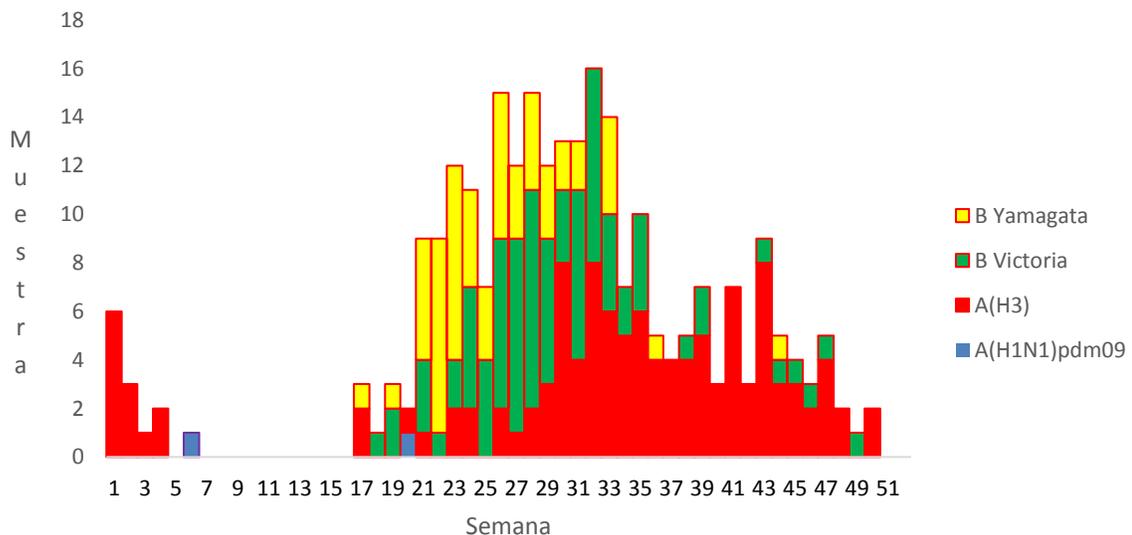
Distribución de virus influenza y otros virus respiratorios en vigilancia por Semana Epidemiológica. República de Panamá. 2017



P: Datos hasta semana 52.
Fuente: Departamento de Epidemiología-MINSA-ICGES

En este periodo descrito se han identificado 262 muestras positivas a Influenza, siendo la cepa más frecuente la Influenza B (141). Los linajes de la influenza B son Victoria (86) y Yamagata (56). Se ha identificado Influenza AH3N2 (119) e influenza AH1N1 en dos ocasiones.

Número de muestras positivas, según virus tipo influenza identificado y semana Epidemiológica. República de Panamá. 2017



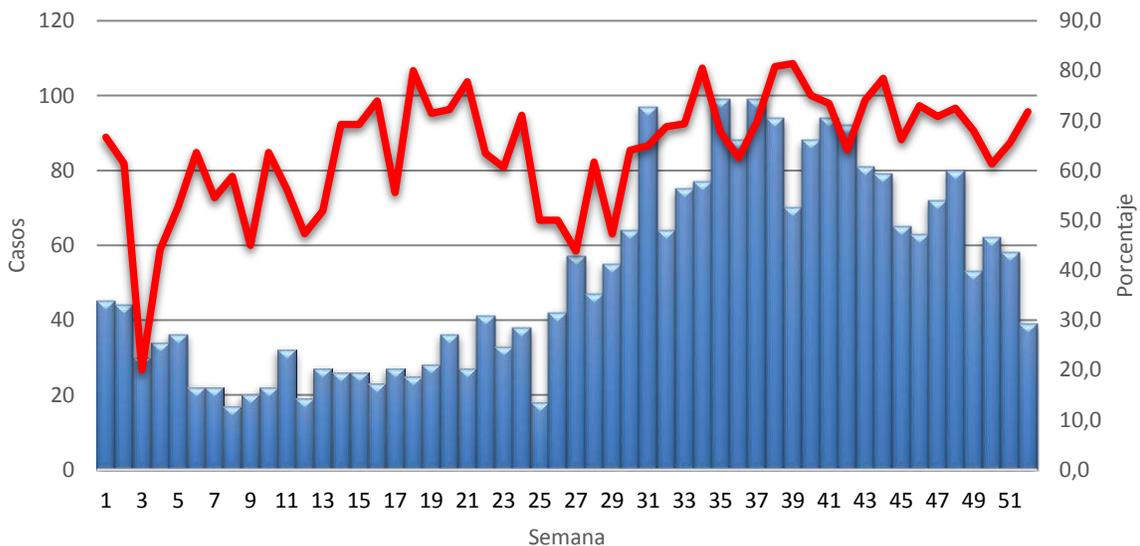
P: Datos hasta semana 52
Fuente: Departamento de Epidemiología-MINSA-ICGES

Vigilancia Epidemiológica - SISVIG

Además de conocer los virus circulantes, podemos conocer el comportamiento de las infecciones respiratorias agudas graves y leves de acuerdo a la triada epidemiológica de aquellos casos que se investigan.

Para el periodo descrito se han investigado 2672 casos de los cuales 1775 han resultado positivos a algún virus respiratorio. Con un porcentaje de positividad a cualquier virus de 66.4 acumulado a la semana 52. Este % de positividad ha oscilado entre 20.0 y 81.4 para el mismo periodo.

Número y porcentaje de positividad de casos investigados por virus respiratorios y con resultados positivos a virus respiratorios, según semana epidemiológica. República de Panamá. 2017

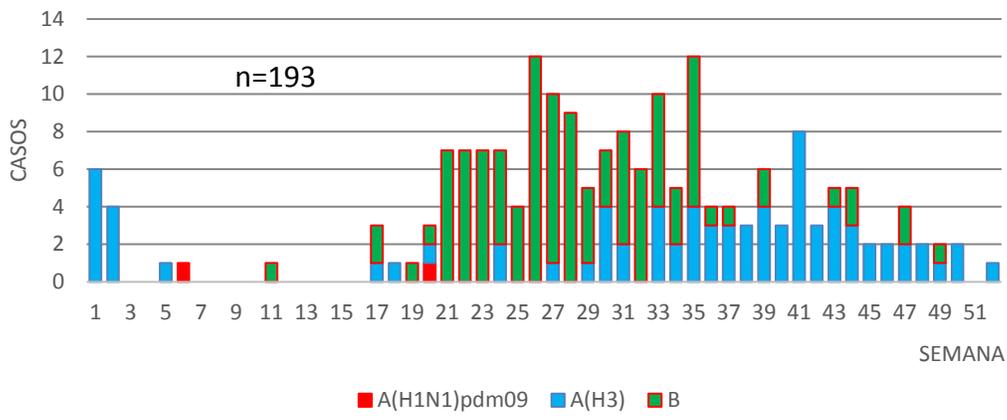


P: Datos hasta semana 52.

Fuente: Departamento de Epidemiología-MINSA-SISVIG.

De estos 1,775 casos positivos en 193 se ha identificado virus Influenza A o B en las semanas epidemiológicas 1, 2, 5, 6, 11, y luego se inicia la detección nuevamente en las semanas 17 hasta la semana 50 sin interrupción.

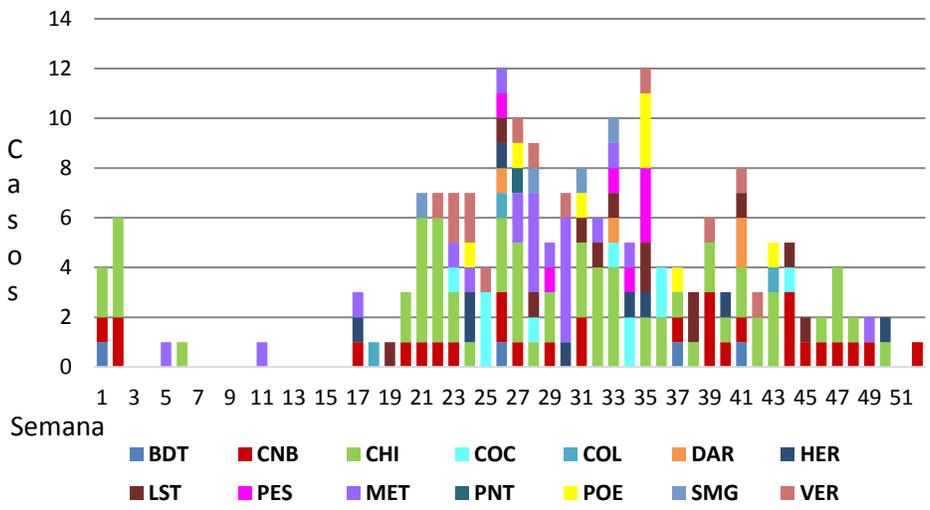
Número de casos positivos, según tipo de virus influenza identificado y Semana epidemiológica. República de Panamá. 2017



/P: Datos hasta semana 52.
Fuente: Departamento de Epidemiología-MINSA-SISVIG

Según región de salud de residencia de los casos positivos a virus influenza encontramos que durante las primeras once semanas del año los casos procedían de Chiriquí, Bocas del Toro, C. N. Buglé y P. Metro. Luego del silencio de 5 semanas epidemiológicas se evidencia circulación del virus influenza en 14 de las 15 regiones de salud. No se ha identificado en Comarca K. Yala.

Número de casos positivos por virus influenza, según semana epidemiológica y Región de Salud. República de Panamá. 2017

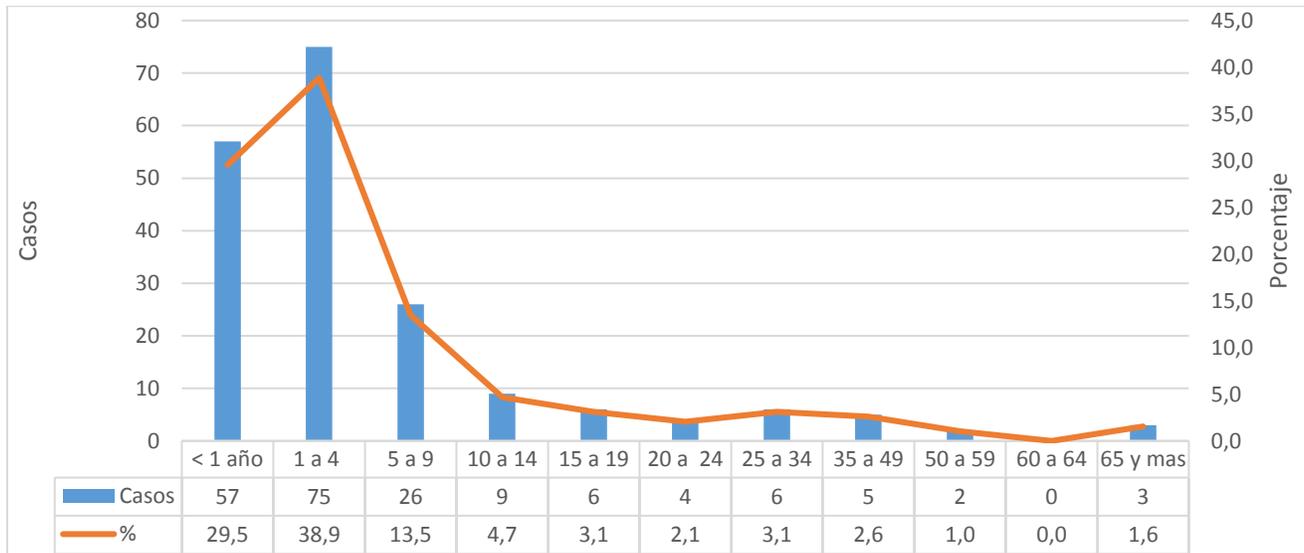


/P: Datos hasta semana 52.
Fuente: Departamento de Epidemiología-MINSA-SISVIG

Se reporta como el mayor número de casos positivos a los niños de 1 a 4 años con 75/193 seguido por el grupo de edad < de 1 año de edad con 57/193 casos.

El esquema de vacunación de Panamá contempla la priorización de la vacuna de influenza en los menores de cinco años (6 meses a 4 años), mayores de 60 años, embarazadas, enfermos crónicos y funcionarios de salud.

Número de casos positivos por virus influenza, según grupo de edad. República de Panamá. 2017



/P: Datos hasta la semana 52.
Fuente: Departamento de Epidemiología-MINSA-SISVIG.

En cuanto a la distribución por sexo el 63% (97) son del sexo masculino y 37% (57) son del sexo femenino.

Número de casos positivos a Virus Influenza, según sexo. República de Panamá. 2017

Sexo	Casos	Porcentaje
F	75	39
M	118	61
Total	193	100

/p/: Datos hasta la semana 52
Fuente: Departamento de Epidemiología-MINSA-SISVIG.

Los factores de riesgo identificados en estos 193 casos han sido:

- Embarazo (2 caso)
- Enfermedades crónicas como diabetes (3 casos)
- Enfermedad cardíaca (3 caso)
- Enfermedad hepática (1 caso)
- Desnutrición moderada (2 caso)
- Cáncer (1 caso)
- Inmunosupresión (1 caso)

Producto de la vigilancia centinela se ha identificado el 74% (142) de los casos positivos a Influenza (IRAG centinela y síndrome gripal). Otras formas de vigilancia como la nacional intensificada al estudiar los casos de IRAG inusitado, conglomerado, neumonía bacteriana han permitido conocer el 26% (51) de los mismos.

Casos y porcentaje positivos a virus Influenza, según tipo de evento. República de Panamá. 2017

Tipo de Evento	Casos	Porcentaje
IRAG Centinela	109	56.5
IRAG Inusitado	42	21.8
IRAG Conglomerado	1	0.5
Síndrome Gripal	33	17.1
Neumonía Bacteriana	8	4.1
Total	193	100.0

p/: Datos hasta la semana 52

Fuente: Departamento de Epidemiología-MINSA-SISVIG.

De los 193 casos positivos a influenza 179 se han identificado en instalaciones centinela para la vigilancia de virus respiratorios. En el Hospital José Domingo de Obaldía se han identificado el 45.8 % de los casos seguido por el Hospital del Niño con 11.2%, el Hospital Luis Chicho Fábrega con 9.5%, el hospital Rafael Estévez y el Policentro de P. Lefevre con 6.7%, el Hospital Joaquín Pablo Franco con 6.1% y en la Policlínica Gustavo A Ross el 5.0%. También se han identificado casos positivos a influenza en otras instalaciones centinelas.

Casos y porcentaje positivos a Influenza según unidad notificadora centinela. República de Panamá. 2017

UNIDAD NOTIFICADORA	Casos	%
HOSP. JOSE DOMINGO DE OBALDIA	82	45.8
HOSP. DEL NIÑO	20	11.2
HOSP. LUIS (CHICHO) FABREGA	17	9.5
POLICENTRO DE PARQUE LEFEVRE	12	6.7
HOSP. RAFAEL ESTEVEZ	12	6.7
HOSP. JOAQUÍN P. FRANCO F.	11	6.1
POLICLINICA GUSTAVO A, ROSS	9	5.0
HOSP. NICOLAS A. SOLANO	5	2.8
HOSP. DE ESPECIALIDADES PEDIATRICAS	4	2.2
HOSP. REGIONAL DE CHEPO	3	1.7
C. DE S. TOCUMEN	1	0.6
HOSP. MANUEL AMADOR GUERRERO	1	0.6
HOSP. RAFAEL HERNANDEZ	1	0.6
POLICLINICA MANUEL FERRER VALDÉS	1	0.6
Total	179	100.0

/P: Datos hasta la semana 52.

Fuente: Departamento de Epidemiología-MINSA-SISVIG.

Otras instalaciones de la Red hospitalaria han identificado casos positivos a influenza tales como el Hospital Cecilio A. Castellero (7), Hospital Gustavo Nelson Collado (3), C.S. con Cama de Boca de Cupe (2), Hospital Oncológico (1) y de la Red Privada como el Hospital Chiriquí (1) participando en la vigilancia de IRAG inusitadas, imprevistas o conglomerados.

Se han notificado 5 defunciones positivas a influenza, una en la semana epidemiológica 4, una en la semana 27 y 28 y una en la semana 46 y 47 de 2017, las cuales corresponden a dos menores de un año, dos niños de un año y un adulto de 63 años de edad, cuatro del sexo masculino y uno del femenino. En las 4 defunciones elegibles para vacunar no se le aplicó vacunación contra influenza. Tampoco se captó el caso de 63 años en el sistema de salud, sino que este fue notificado por la Morgue Judicial.

En cuatro (4) defunciones se identificó influenza AH3N2 y en una (1) Influenza B.

Defunciones por influenza según Grupo de Edad y Región de Salud. República de Panamá. 2017

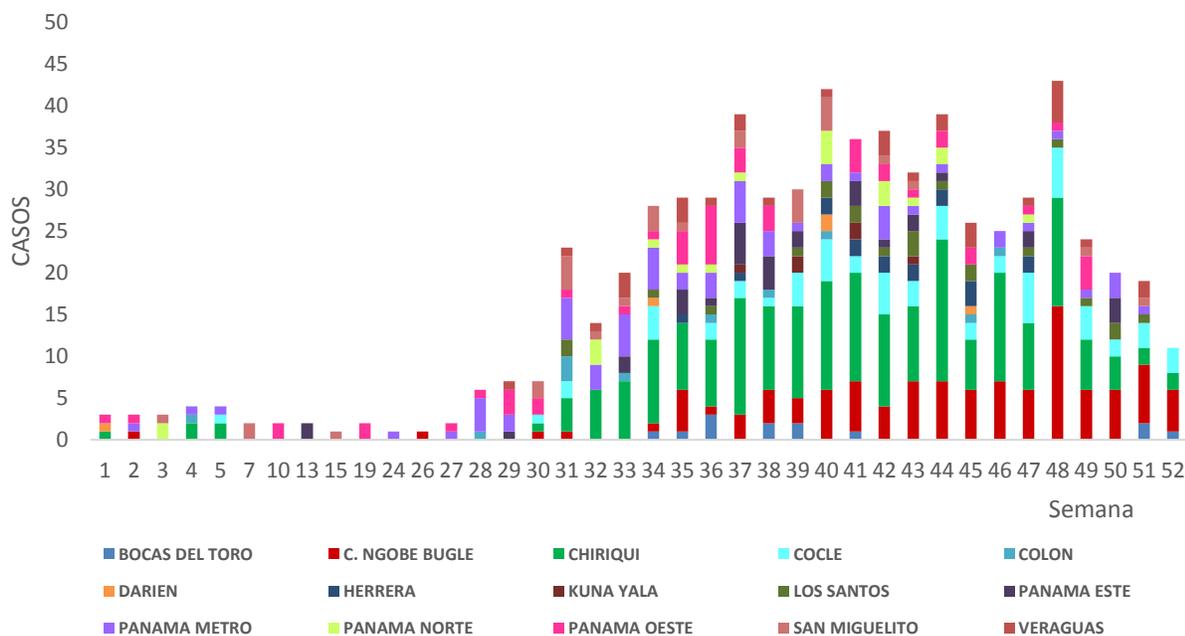
Grupo edad	Región de Salud				
	Total	Chiriquí	Bocas del Toro	Panamá Este	C. N Buglé
Menos de 1 año (Menos de 6 meses)	2 (1)	1(AH3N2) 1	1 (AH3N2)		
1 a 4 años	2				2(AH3N2)
60 a 64 años	1			1(Influenza B)	
Total	5	1	1	1	2

p/: Datos hasta la semana 52.

Fuente: Departamento de Epidemiología-MINSA-SISVIG.

Además del virus influenza se identifica el virus sincitial respiratorio (VSR) en todas las semanas transcurridas de 2017 aumentando la frecuencia de su notificación a partir de la semana 28 a la 40 y en 14 de 15 regiones de salud.

Casos positivos a VSR según semana epidemiológica y Región de Salud. República de Panamá. 2017.

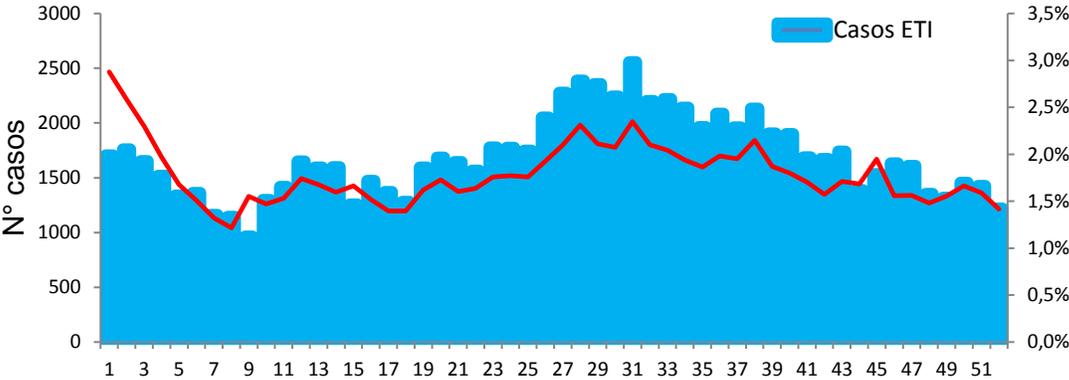


p/: Datos hasta la semana 52

Fuente: Departamento de Epidemiología-MINSA-SISVIG.

El Impacto en los servicios de salud de la demanda de atención por síndrome gripal (ETI) lo monitoreamos calculando el porcentaje de consultas por ETI en relación al total de consulta por todas las causas y observamos que esta ha oscilado durante el año 2017 entre 1.2 %y 2.9 %. Durante la mayor circulación de virus influenza (semanas 17-40) este porcentaje ha oscilado entre 1.4% y 2.3 %.

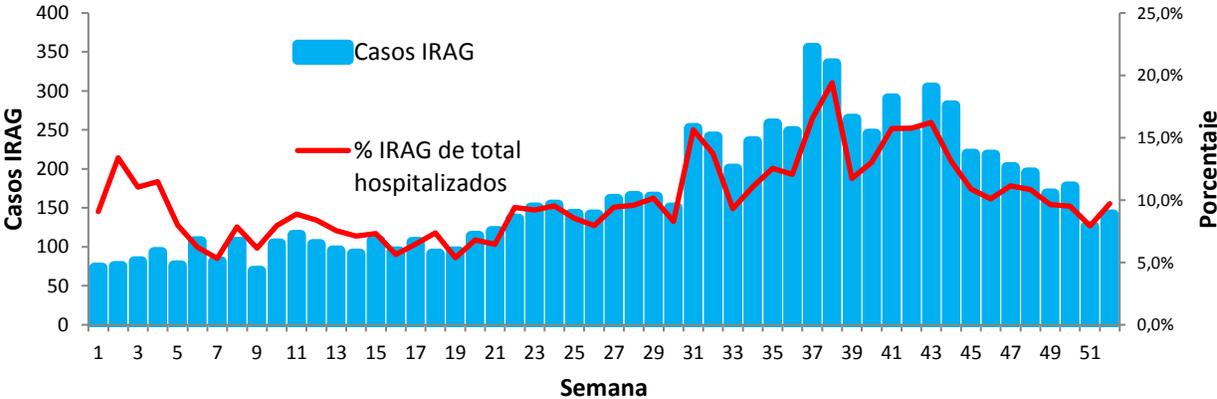
Casos de síndrome gripal (ETI) y porcentaje de casos de síndrome gripal en relación al total de consultas, según semana epidemiológica. República de Panamá. 2017.



p/: Datos hasta la semana 52
Fuente: Departamento de Epidemiología-MINSA-SISVIG.

De la misma forma observamos que el porcentaje de hospitalizaciones por IRAG en relación al total de hospitalizaciones oscila entre 5.3 y 19.4 siendo este máximo valor alcanzado en la semana 38.

Total, de hospitalizaciones y porcentaje de casos de IRAG hospitalizados en relación al total de hospitalizaciones, según semana epidemiológica. República de Panamá. 2017



p/: Datos hasta la semana 52
Fuente: Departamento de Epidemiología-MINSA-SISVIG.

Situación de la Tuberculosis

Morbilidad, En el 2016 se notificaron 1,837 casos nuevos de Tuberculosis; 1588 de los casos (86.4%) fueron Tuberculosis pulmonar y 249 (13.5%), TB extrapulmonar.

La tasa de incidencia de Tuberculosis en todas sus formas fue de 45.5, casos por 100,000 habitantes a nivel nacional. Para la Tuberculosis pulmonar la incidencia fue de 39.3 y para la extra pulmonar fue de 6.2 casos por 100,000 habitantes. Seis regiones registraron incidencias superiores a la nacional: Kuna Yala, Bocas del Toro, Ngäbe Buglé, Panamá Este, Colón y la Metropolitana. La tasa más elevada fue en Kuna Yala 208.0 casos por 100,000 habitantes; 4.6 veces la tasa nacional, Bocas del Toro y Ngäbe Buglé ocuparon la segunda y tercera posición con incidencia de 156.5 y 84.2 casos por 100,000 habitantes. Las regiones con el menor riesgo de enfermar fueron: Herrera, Veraguas y Los Santos con 14.4, 14.3 y 8.4 casos por cada 100,000 habitantes, respectivamente.

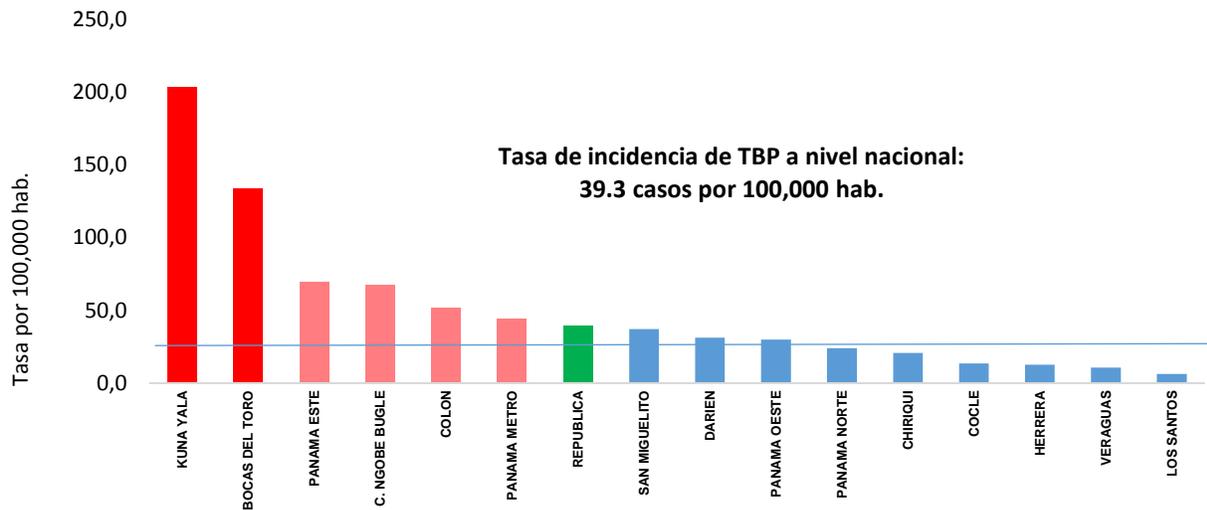
Casos de Tuberculosis según localización anatómica de la TB y región de salud.
República de Panamá. Año 2016.

Region de salud	Localización de la Tuberculosis					
	Total		Pulmonar		Extrapulmonar	
	Nº	Tasa	Nº	Tasa	Nº	Tasa
REPUBLICA	1837	45.5	1588	39.3	249	6.2
KUNA YALA	90	208.0	88	203.4	2	4.6
BOCAS DEL TORO	252	156.5	215	133.5	37	23.0
C. NGOBE BUGLE	171	84.2	137	67.4	34	16.7
PANAMA ESTE	114	83.1	95	69.2	19	13.8
COLON	156	55.5	145	51.6	11	3.9
PANAMA METRO	394	50.0	346	43.9	48	6.1
SAN MIGUELITO	156	43.3	134	37.2	22	6.1
PANAMA OESTE	199	35.2	169	29.9	30	5.3
DARIEN	23	34.3	21	31.3	2	3.0
CHIRIQUI	116	25.5	94	20.7	22	4.8
PANAMA NORTE	66	25.5	62	23.9	4	1.5
COCLE	40	15.4	35	13.5	5	1.9
HERRERA	17	14.4	15	12.7	2	1.7
VERAGUAS	35	14.3	26	10.6	9	3.7
LOS SANTOS	8	8.4	6	6.3	2	2.1

Fuente: SISVIG. Modulo de notificación individual de casos. Año 2016.

Con relación a la Tuberculosis pulmonar, las mismas seis regiones: Kuna Yala, Bocas del Toro, Panamá Este, Ngäbe Buglé, Colon y Metropolitana superaron la incidencia nacional con 203.4, 133.5, 69.2, 67.4, 51.6 y 43.9 casos por 100,000 habitantes respectivamente; no obstante, destaca Kuna Yala cuya población tuvo 5.2 veces más riesgo de enfermar por TB pulmonar que la población del país.

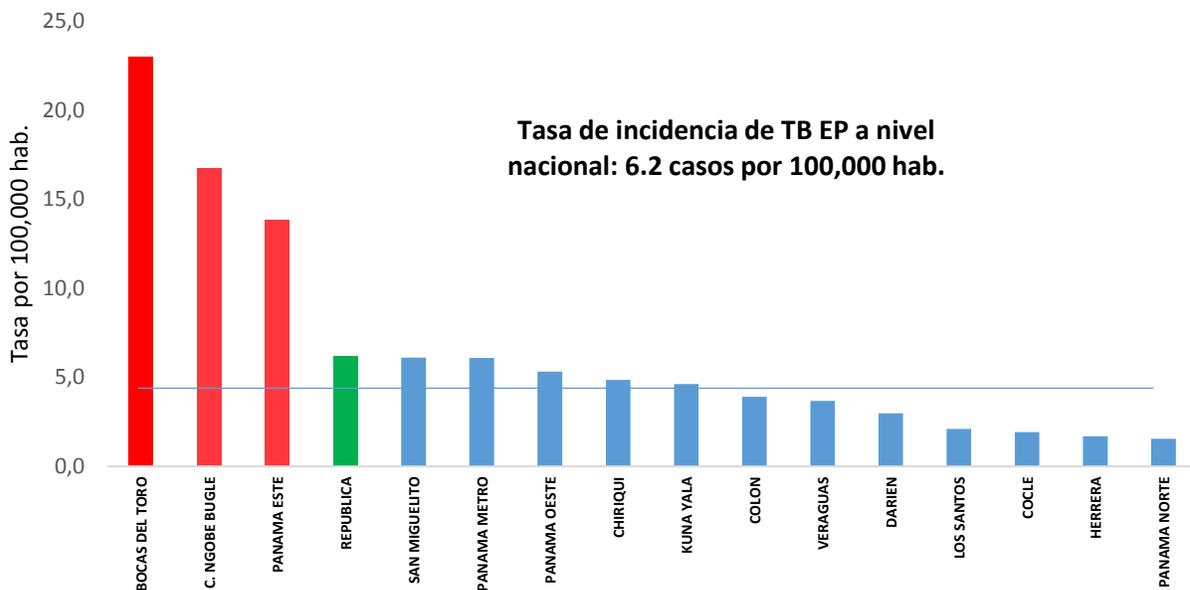
Tasa de incidencia de TB Pulmonar según región de salud. Panamá. Año 2016.



p/: Datos hasta la semana 52
Fuente: Departamento de Epidemiología-MINSA-SISVIG.

La forma extrapulmonar de TB por su parte presentó tasas de incidencia más elevadas a la media nacional en las regiones de Bocas del Toro, Ngäbe Bugle y Panamá Este con tasas de 23.0, 16.7 y 13.8 casos por 100,000 habitantes correspondientemente.

Tasa de incidencia de TB Extra pulmonar según región de salud. Panamá. Año 2016

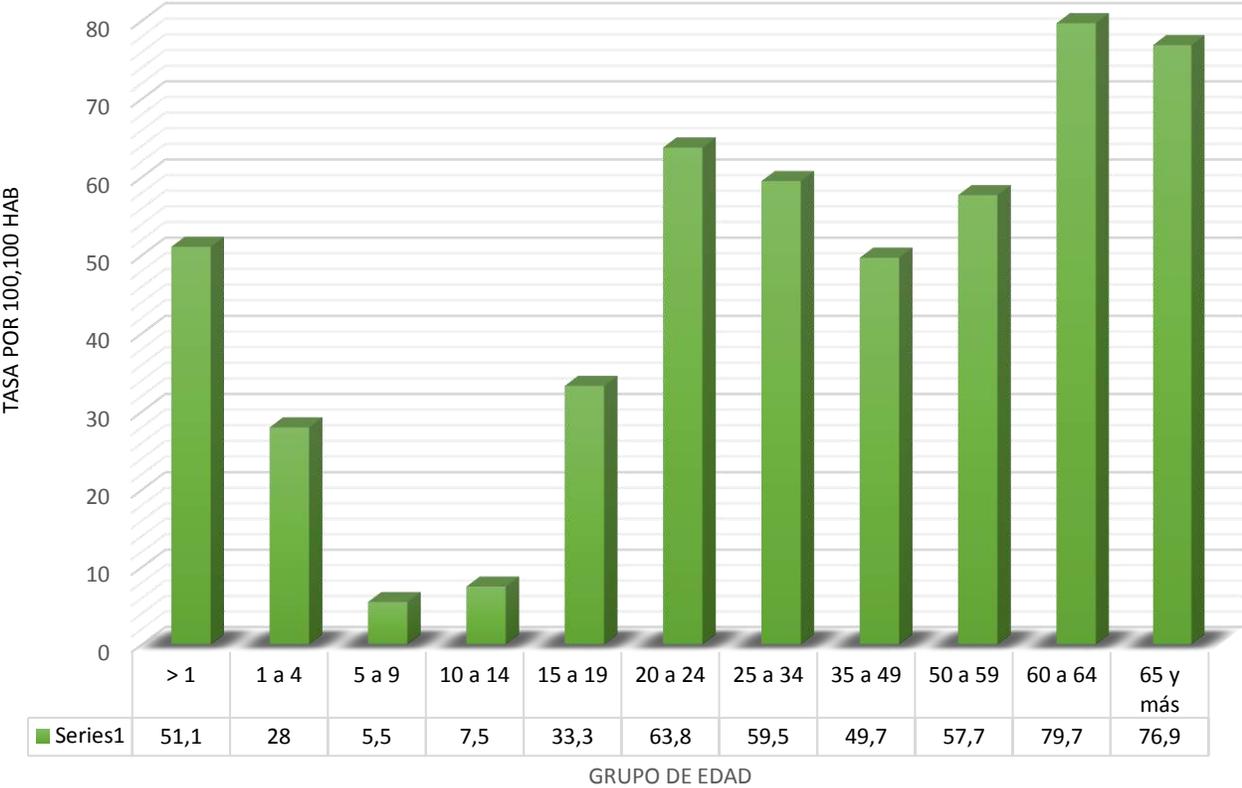


Fuente: Epidemiología. SISVIG. Notificación individual

Por edades, hubo siete grupos cuyos riesgos de enfermar por Tuberculosis superaron el promedio nacional. Los de 60-64 años, los de 65 años y más, los de 20-24 años fueron grupos muy afectados por la TB.

En los niños menores de cinco años se acumularon 121 casos de Tuberculosis. En los menores de un año la incidencia fue de 51.1 y en los de 1 a 4 años, 28.0 casos por 100,000 habitantes.

Tasa de incidencia de TBC, según grupo de edades. Panamá. Año 2016.



Fuente: Departamento de Epidemiología-MINSA-SISVIG.

Comportamiento similar tuvo la Tuberculosis pulmonar; que entre las personas de 60 a 64 y los mayores de 65 años presentaron tasa de incidencia superior a la nacional; con valores de 72.4 y 72.8 casos por 100,000 habitantes respectivamente. En los menores de un año y los de 1-4 años la incidencia fue 47.0 y 21.6 casos por 100,000 habitantes respectivamente.

La TB extra pulmonar afectó mayormente a las personas con edades entre los 20 a 34 años.

Casos de TBC, según grupo de edad y localización anatómica de la TB. Panamá. Año 2016.

Grupo de edad	Total		Pulmonar		Extra pulmonar	
	N°	Tasa	N°	Tasa	N°	Tasa
> 1	38	51.1	35	47	3	4
1 a 4	83	28	64	21.6	19	6.4
5 a 9	20	5.5	14	3.9	6	1.7
10 a 14	27	7.5	15	4.2	12	3.3
15 a 19	116	33.2	96	27.4	20	5.7
20 a 24	209	63.8	180	54.9	29	8.8
25 a 34	366	59.5	313	50.9	53	8.6
35 a 49	403	49.7	347	42.8	56	6.9
50 a 59	224	57.7	196	50.5	28	7.2
60 a 64	109	79.7	99	72.4	10	7.3
65 y más	242	76.9	229	72.8	13	4.1
Total	1837	45.5	1588	39.3	249	6.2

Fuente: Departamento de Epidemiología-MINSA.

De los 121 casos en menores de cinco años la mayoría procedían de Bocas del Toro y la Comarca Ngäbe Bugle; 51 y 41 casos, respectivamente.

Por sexo, la tasa de incidencia a nivel nacional fue de 61.2 en el masculino, lo que supera la nacional y, de 29.7 casos por 100,000 habitantes en el sexo femenino; inferior a la del país.

Casos de TBC en menores de 5 años, según región de salud. Panamá. Año 2016.

Grupo de edad	Total	
	Casos	%
Bocas del Toro	51	42.1
C. Ngobe Bugle	41	33.9
Chiriquí	10	8.3
Colón	6	5
Kuna Yala	1	0.8
Panamá Este	2	1.7
Panamá Metro	7	5.8
Panamá Oeste	3	2.5
Total	1,837	45.5

Fuente: Departamento de Epidemiología-MINSA.

Por región y sexo, las incidencias más altas fueron en hombres y se registró en Bocas del Toro (192.8), Kuna Yala (181.1), Panamá Este (140.0) y en la Comarca Gnäbe Bugle (117.0) casos por 100,000 habitantes. Para el femenino con riesgos muy elevados están Kuna Yala (233.2) y Bocas del Toro (118.4) casos por 100,000 habitantes.

Casos de Tuberculosis según sexo y región de salud. Panamá. Año 2016.

Región de Salud	Total		Hombres		Mujeres	
	N°	Tasa	N°	Tasa	N°	Tasa
Bocas Del Toro	252	156.5	159	192.8	93	118.4
C. Ngobe Bugle	171	84.2	117	117.0	54	52.3
Chiriquí	116	25.5	82	35.9	34	15.1
Coclé	40	15.4	25	18.9	15	11.8
Colón	156	55.5	94	66.0	62	44.7
Darién	23	34.3	18	49.8	5	16.2
Herrera	17	14.4	12	20.2	5	8.5
Kuna Yala	90	208.0	38	181.1	52	233.2
Los Santos	8	8.4	5	10.4	3	6.3
Panamá Este	114	83.1	105	140.0	9	14.5
Panamá Metro	394	50.0	270	70.5	124	30.6
Panamá Norte	66	25.5	51	39.4	15	11.6
Panamá Oeste	199	35.2	132	46.3	67	23.9
San Miguelito	156	43.3	104	59.1	52	28.3
Veraguas	35	14.3	27	21.2	8	6.8
Total	1837	45.5	1239	61.2	598	29.7

Fuente: SISVIG. Módulo de notificación individual de casos. Año 2016.

Con relación a la protección por el sistema de seguridad social, en el 53.2% de los pacientes se documentó que no estaban asegurados, el 27.9% si lo estaban y en el 18.9% no se consignó el dato. Panamá Este fue la región que documentó la mayor proporción de no asegurados (83.3%), esto como consecuencia de la población privada de libertad afectada por TB; en tanto que las regiones de Panamá Norte, San Miguelito y Panamá Oeste registraron los mayores porcentajes de pacientes de TB que tenían seguro social.

Condición de seguridad social de los pacientes con diagnóstico de Tuberculosis por region de salud. Panamá. Año 2016.

REGION	Total	ASEGURADO					
		No	%	Si	%	Sin dato	%
TOTAL	1837	977	53.2	513	27.9	347	18.9
BOCAS DEL TORO	252	160	63.5	51	20.2	41	16.3
C. NGOBE BUGLE	171	110	64.3	3	1.8	58	33.9
CHIRIQUI	116	64	55.2	36	31.0	16	13.8
COCLE	40	17	42.5	10	25.0	13	32.5
COLON	156	103	66.0	45	28.8	8	5.1
DARIEN	23	17	73.9	2	8.7	4	17.4
HERRERA	17	10	58.8	5	29.4	2	11.8
KUNA YALA	90	60	66.7	4	4.4	26	28.9
LOS SANTOS	8	4	50.0	2	25.0	2	25.0
PANAMA ESTE	114	95	83.3	12	10.5	7	6.1
PANAMA METRO	394	170	43.1	157	39.8	67	17.0
PANAMA NORTE	66	24	36.4	29	43.9	13	19.7
PANAMA OESTE	199	60	30.2	82	41.2	57	28.6
SAN MIGUELITO	156	62	39.7	66	42.3	28	17.9
VERAGUAS	35	21	60.0	9	25.7	5	14.3

Fuente: SISVIG. Modulo de notificación individual de casos. Año 2016.

Mortalidad, En el 2016 la Contraloría General de la República registró oficialmente 176 defunciones por Tuberculosis, para una tasa de mortalidad de 4.36 defunciones por 100,000 habitantes. Las Tuberculosis respiratorias fue la causa de defunción en 154 personas, para una tasa de mortalidad de 3.81 y, las defunciones por otras causas de Tuberculosis fueron 22, para una tasa de 0.54 fallecidos por 100,000 habitantes.

Por edades, las personas que superan los 45 años tuvieron los riesgos más elevados de morir por TB. De estos grupos la tasa de mortalidad más elevadas ocurrió en las personas de 80 y más años (21.97); los de 70 a 74 años (18.86), los de 75 a 79 (17.55) y los de 65 a 69 (15.21).

Defunciones por TBC, según edades. Panamá. Año 2016.

Grupo de edad	Total		TBC respiratoria		Otras TBC	
	N°	Tasa	N°	Tasa	N°	Tasa
> 1	3	4.03	2	2.69	1	1.34
1 a 4	5	1.69	3	1.01	2	0.67
5 a 9	1	0.28	0	0	1	0.28
10 a 14	1	0.28	1	0	0	0.28
15 a 19	7	2	6	1.71	1	0.29
20 a 24	6	1.83	6	1.83	0	0
25 a 29	10	3.19	9	2.87	1	0.32
30 a 34	9	2.98	7	2.32	2	0.66
35 a 39	18	6.24	14	4.85	4	1.39
40 a 44	6	2.19	6	2.19	0	0
45 a 49	13	5.24	11	4.44	2	0.81
50 a 54	14	6.58	13	6.11	1	0.47
55 a 59	13	7.4	10	5.7	3	1.71
60 a 64	13	9.51	11	8.04	2	1.46
65 a 69	16	15.21	16	15.21	0	0
70 a 74	15	18.86	13	16.35	2	2.52
75 a 79	10	17.55	10	17.55	0	0
80 y más	16	21.97	16	21.97	0	0
Total	176	4.36	154	3.81	22	0.54

Fuente: Contraloría General de la República. INEC. Año 2016.

Situación del Dengue

Morbilidad, En el 2016 se notificaron 3,327 casos; 3069 de los casos (92%) fueron dengue sin signo de alarma, 244 casos de dengue con signos de alarma y 14 casos de dengue grave.

La tasa de incidencia de dengue fue de 82.4, casos por 100,000 habitantes a nivel nacional. Las regiones que registraron incidencias por encima de la nacional: Bocas del Toro, Darién, p. este, P. Norte, San Miguelito y Guna Yala. La tasa más elevada fue en Bocas del Toro con 446 casos por 100,000 habitantes; 5.4 veces que la tasa nacional, Guna Yala y Darién con la segunda y tercera tasa de incidencia de 238 y 220.6 casos por 100,000 habitantes respectivamente. Las regiones con el menor riesgo de enfermar fueron: Colón, Veraguas y Chiriquí con 7.1, 24.9 y 32.6 casos por cada 100,000 habitantes, respectivamente.

La relación de sexo es 1:1, la tasa de incidencia a nivel nacional fue de 84.6 en el femenino, lo que supera la nacional y, de 80.2 casos por 100,000 habitantes en el sexo masculino; inferior a la nacional.

Por región y sexo, las incidencias más altas fueron en las mujeres y se registró en Bocas del Toro (478.8), Guna Yala (336.4), Darién (223) y P. Este (130.3) casos por 100,000 habitantes. Para los hombres con riesgos muy elevados persistiéndolas regiones de Bocas del Toro (414.7) y Darién (218.5) casos por 100,000 habitantes.

La mayoría de los casos se les realiza el diagnóstico por laboratorio 66% (2193/3327), el resto por nexos epidemiológicos; sin embargo, nos queda en un registro de sospechosos de un poco más de la misma cantidad de los confirmados. Se detectó la circulación de tres serotipos de virus circulantes, serotipo DEN1 y DEN2 en la mayoría de las regiones de salud (13/15) y el DEN3 se detectó en las regiones de San Miguelito, Metropolitana y Guna Yala. Hubo dos regiones que no enviaron muestras para la detección de la circulación viral.

Casos confirmados de Dengue según región de salud en la República de Panamá, año 2016

REGIONES DE SALUD	CASOS CONFIRMADOS											CASOS SOSPECHOSOS							
	TOTAL		MASCULINO		FEMENINO		TIPO DE DENGUE				DEFUNCIÓNES	CRITERIO DE CONFIRMACIÓN			SEROTIPO CIRCULANTE	TOTAL	SIN SIGNO DE ALARMA	CON SIGNO DE ALARMA	GRAVE
	CASOS	TASAS 2/	CASOS	TASAS 2/	CASOS	TASAS 2/	TOTAL	SIN SIGNO DE ALARMA	CON SIGNO DE ALARMA	GRAVE		TOTAL	NEXO	LABORATORIO					
REPUBLICA	3327	82.4	1626	80.25	1701	84.6	3327	3069	244	14	11	3327	1134	2193		4557	4272	277	8
BOCAS DEL TORO	718	446.0	342	414.7	376	478.8	718	694	22	2	1	718	279	439	D-1	34	32	2	0
COCLE	206	79.4	97	73.3	109	85.8	206	201	5	0	0	206	54	152	D-1,2	96	96	0	0
COLON	20	7.1	6	4.2	14	10.1	20	20	0	0	0	20	3	17	D-1,2	34	23	11	0
CHIRIQUI	147	32.6	71	31.3	76	33.9	147	133	13	1	1	147	10	137	D-2	58	56	2	0
DARIEN	148	220.6	79	218.5	69	223.0	148	139	9	0	0	148	45	103	D-1,2	35	29	5	1
HERRERA	78	65.9	35	59.0	43	72.9	78	76	2	0	0	78	10	68	D-1,2	37	36	1	0
LOS SANTOS	60	63.0	29	60.5	31	65.5	60	57	3	0	0	60	3	57	D-1,2	13	13	0	0
PESTE	176	128.3	95	126.7	81	130.3	176	166	10	0	0	176	78	98	D-2	189	175	14	0
POESTE	423	74.9	215	75.4	208	74.3	423	384	36	3	1	423	205	218	D-1,2	1282	1229	51	2
PNORTE	219	84.5	112	86.6	107	82.5	219	188	27	4	4	219	63	156		544	511	31	2
METRO	536	68.0	249	65.0	287	70.9	536	488	46	2	2	536	150	386	D-1,2,3	1277	1186	90	1
SANMGTO	430	119.4	226	128.4	204	110.8	430	368	61	1	1	430	181	249	D-1,2,3	832	770	60	2
VERAGUAS	61	24.9	40	31.4	21	17.8	61	53	7	1	1	61	26	35	D-1	44	37	7	0
KUNA YALA	103	238.0	28	133.5	75	336.4	103	101	2	0	0	103	26	77	D-2,3	78	76	2	0
NGOBE BUGLE	2	1.0	2	2.0	0	0.0	2	1	1	0	0	2	1	1		4	3	1	0

JUNTOS PODEMOS ACABAR CON EL DENGUE

FUENTE: MINSA/Departamento de Epidemiología/Sección de Estadística/Bases de Datos.

Tasa por 100,000 Habitantes

Por edades, hubo cinco grupos cuyos riesgos de enfermar por dengue que superaron la tasa de incidencia nacional, de 10 a 14, 15 a 19, 20 a 24, 25 a 34 y de 35 a 49 años, siendo el mayor de 15 a 19 años con 117.5 casos por 100,000 habitantes; sin embargo, la tasa más elevada según región y edad se encuentra en el grupo de 50 a 59 años de la región de Bocas del Toro con 684 casos por 100,000 habitantes de esa región y de ese mismo grupo de edad.

Casos confirmados y tasa de incidencia de dengue según grupo de edad y región de salud en la República de Panamá, año 2016

REGION DE SALUD	TOTAL		< 1 AÑO		1 A 4		5 A 9		10 A 14		15 A 19		20 A 24		25 - 34		35 A 49		50 A 59		60 A 64		65 Y MÁS	
	CASOS	TASAS	CASOS	TASAS	CASOS	TASAS	CASOS	TASAS	CASOS	TASAS	CASOS	TASAS	CASOS	TASAS	CASOS	TASAS	CASOS	TASAS	CASOS	TASAS	CASOS	TASAS	CASOS	TASAS
REPUBLICA	3327	82.4	43	57.8	130	43.9	197	54.2	348	96.6	411	117.5	288	87.9	559	90.9	731	90.2	316	81.4	107	78.3	197	62.6
BOCAS DEL TORO	718	446.0	5	109.0	23	129.3	34	164.7	75	400.2	105	621.2	59	416.6	128	545.2	173	684.0	62	584.1	22	710.1	32	563.6
COCLE	206	79.4	1	21.2	4	21.4	10	42.0	20	83.9	25	99.6	17	70.8	25	61.8	52	117.3	27	116.5	10	114.9	15	64.8
COLON	20	7.1	0	0.0	1	4.1	1	3.6	2	7.2	3	11.4	1	4.3	4	9.5	7	13.5	1	4.1	0	0.0	0	0.0
CHIRIQUI	147	32.4	3	34.6	9	26.0	6	14.0	9	21.1	17	41.8	16	43.4	29	46.8	29	36.7	13	28.3	2	11.7	14	32.4
DARIEN	148	220.6	2	123.2	1	16.2	8	108.6	10	135.8	24	316.8	24	338.5	32	316.1	23	255.0	15	327.4	2	105.9	7	159.6
HERRERA	78	65.9	0	0.0	3	47.6	4	40.9	6	61.4	8	79.4	9	93.7	9	50.1	18	83.4	11	83.8	4	73.8	6	41.7
LOS SANTOS	60	63.0	1	92.5	0	0.0	1	14.9	7	104.2	5	70.1	3	42.6	11	81.0	18	97.9	6	51.7	3	60.5	5	34.9
PESTE	176	128.3	0	0.0	12	105.5	9	70.7	16	125.7	21	180.2	21	182.0	27	110.9	35	117.8	23	222.7	3	95.8	9	128.5
POESTE	423	74.9	7	72.8	11	27.7	25	53.8	48	103.3	55	124.7	26	60.1	71	83.1	98	73.5	35	61.5	18	98.9	29	75.2
PNORTE	219	84.5	3	68.3	10	59.3	20	83.4	37	154.3	30	127.3	15	77.9	32	76.8	43	67.7	18	72.6	7	99.0	4	32.4
METRO	536	68.0	12	101.4	35	76.9	26	46.6	47	84.2	49	83.6	45	77.3	104	82.8	120	63.1	56	63.1	8	26.4	34	50.2
SANMGTO	430	69.4	6	106.9	16	71.2	39	143.4	56	205.9	53	198.0	36	138.9	64	116.0	78	93.2	33	81.9	19	130.1	30	98.0
VERAGUAS	61	24.9	0	0.0	2	10.9	4	16.8	6	25.1	3	12.8	3	13.5	9	23.7	18	50.6	6	27.2	5	53.0	5	20.3
KUNA YALA	103	238.0	3	233.3	3	63.7	10	183.9	9	165.5	12	239.5	13	288.5	13	241.5	19	493.5	10	372.7	4	341.6	7	180.9
GNOBE BUGLE	2	1.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	4.4	0	0.0	1	3.4	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0

JUNTOS PODEMOS ACABAR CON EL DENGUE

FUENTE: MINSA/Departamento de Epidemiología/Sección de Estadística/Bases de Datos.
Tasa por 100,000 Habitantes

Mortalidad, En el 2016 el departamento de epidemiología del Ministerio de Salud registró 11 defunciones por dengue, para una tasa de mortalidad de 0.27 defunciones por 100,000 habitantes. De estas el 36% (4/11) se registró en la región de P. Norte y la mayoría de estas se registraron en el grupo de edad de 30 a 34 años con una letalidad de 0.44%, sin embargo, la letalidad más alta es en Veraguas teniendo la letalidad 1.0%; de las 11 defunciones de dos se pudo determinar que fue el serotipo de virus DEN1.

Número de defunciones y porcentaje de letalidad de dengue según región sanitaria en la República de Panamá, año 2016.

Región de Salud	Defunciones	% Letalidad
Bocas del Toro	1	0.1
Coclé	0	0
Colón	0	0
Chiriquí	1	0.7
Darién	0	0
Herrera	0	0
Los Santos	0	0
Panamá Este	0	0
Panamá Oeste	1	0.1
Panamá Norte	4	0.5
Panamá Metro	2	0.1
San Miguelito	1	0.1
Veraguas	1	0.1
Guna Yala	0	0
Ngobe Bugle	0	0
Total	11	0.14

FUENTE: MINSA/Departamento de Epidemiología/Sección de Estadística/Bases de Datos.

Situación del Chikungunya

Morbilidad, En el 2016 se sospecharon 3545 casos, resultando 11 positivos al virus de Chikungunya (5 importados), La tasa de incidencia nacional de esta es muy baja para este año, los casos se registraron en diferentes regiones sanitarias y semanas epidemiológicas.

Número de casos confirmados de Chikungunya según región de salud y corregimiento en la República de Panamá, año 2016.

Región	Corregimiento	Casos	Total
Total		11	
Kuna Yala	Ailigandi	1	2
	Puerto Obaldía	1	
Colón	Cristóbal**	1	1
Coclé	Pocrí	1	1
Metro	Tocumen	1	
	Pmá. Viejo**	1	3
	24 diciembre	1	
P. Norte	Alcalde Díaz	1	1
	Las cumbres*	1	1
Importado	**	2	2

Fuente: MINSA/Departamento de Epidemiología/Bases de Datos.

*casos importados viviendo en esa región sanitaria

**caso importado que no vive en el país

La edad con mayor frecuencia fue de 35-49 años (36.4%) y El sexo con mayor porcentaje de afectación fue el femenino con un 72.7%.

Situación del Zika

Morbilidad, En el 2016 se sospecharon 3917 casos, resultando 771 positivos al virus Zika (42 importados), sin dejar de mencionar que esta introducción de esta enfermedad se detectó en el 2015 en la semana epidemiológica 47 el cual fueron 39 casos en la región de Guna Yala.

La tasa de incidencia nacional de Zika es muy baja, sin embargo, la región de salud más afectada es la de Guna Yala según los casos notificados y confirmados con una Tasa de 441.4 casos por 100,000 habitantes y el corregimiento con más casos fue Narganá (58/153), a pesar que la región con más casos es la Metropolitana (307/769) y en el corregimiento de Bethania (42/307).

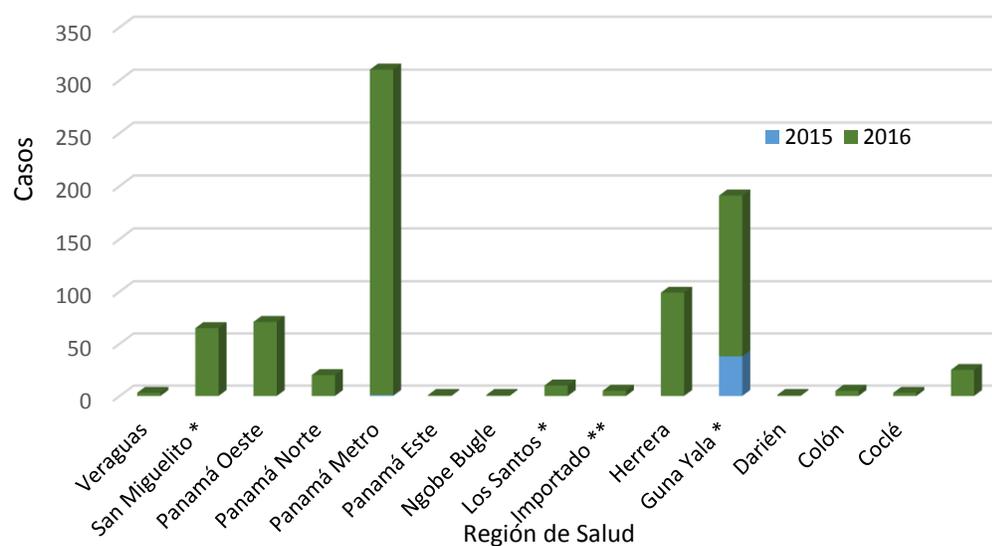
Número de casos confirmados y tasa de incidencia de Zika según laboratorio y región sanitaria de la República de Panamá, 2015–2018.

Regiones	2015	2016	2017	2018	Total	Tasa 2018	Tasa acumulada
Total	39	771	456	32	1298	0.8	31.2
Guna Yala*	38	153	3	0	194	0.0	428.9
Herrera	0	100	77	9	186	7.6	156.7
Metro*	1	309	135	8	453	1.0	55.8
San Miguelito*	0	65	51	2	118	0.5	31.9
Bocas del Toro	0	25	2	0	27	0.0	15.9
P. Oeste	0	71	46	7	124	1.2	21.1
Los Santos*	0	10	101	1	112	1.0	117.3
P. Norte	0	20	16	0	36	0.0	13.2
Colón	0	5	2	0	7	0.0	2.4
Darién	0	1	4	0	5	0.0	7.2
Veraguas	0	2	3	0	5	0.0	2.0
Coclé	0	3	3	4	10	1.5	3.8
P. Este	0	1	6	0	7	0.0	4.9
Ngabe Buglé	0	1	1	0	2	0.0	0.9
Chiriquí	0	0	3	0	3	0.0	0.7
Importado**	0	5	0	1	6		
SD	0	0	3	0	3		

Fuente: MINSA/Departamento de Epidemiología/Bases de Datos. *Regiones con casos Importados (Metro 31, San Miguelito 3, P. Oeste 1, Guna Yala 1 y Los Santos 1)

casos importados en tránsito por Panamá. Total, de Importados **42.

Casos confirmados de Zika, según región de salud en Panamá. Año 2015 – 2016.



Fuente: MINSA/Departamento de Epidemiología/Bases de Datos.

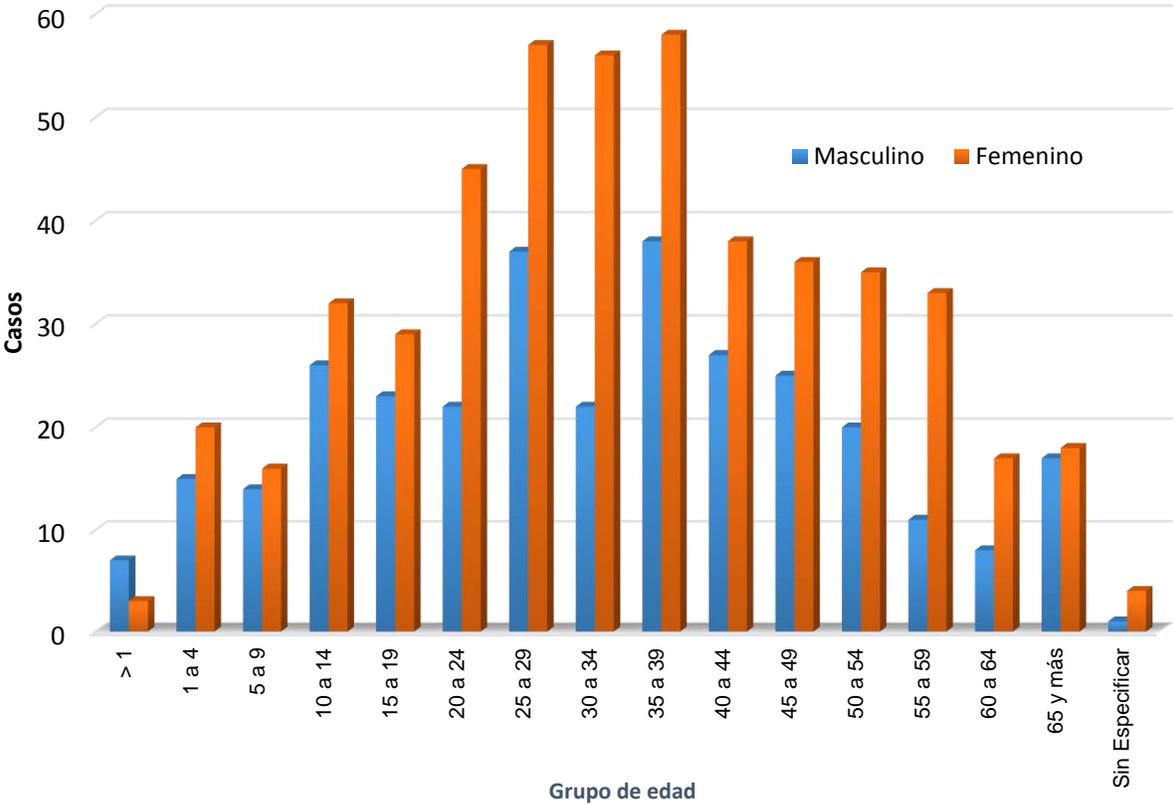
El grupo de edad de los casos confirmados más afectados con mayor riesgo de enfermar es de 60-64 años con 62.5 casos en 100,000 habitantes; y según sexo las mujeres tienen mayor riesgo de enfermar de 35 a 39 y 30 a 34 años con 41.1 y 37.8 casos en 100,000 habitantes respectivamente, seguido de 25 a 29 años con 37.1 casos en 100,000 habitantes, es decir que desde los 25 a 39 años tienen mayor riesgo de enfermar.

Incidencia de casos confirmados de virus Zika según grupo de edad y sexo de la República de Panamá, año 2015-2016

Grupo de edad	Masculino		Femenino		Total	
	Caso	Tasa	Caso	Tasa	Caso	Tasa
> 1	7	16.8	3	8.2	10	13.1
1 a 4	15	10.2	20	14.4	35	13.8
5 a 9	14	8.5	16	9.4	30	10.4
10 a 14	26	14.6	32	18.6	58	17.5
15 a 19	23	12.9	29	16.9	52	14.9
20 a 24	22	13.2	45	29.8	67	23.9
25 a 29	37	24.1	57	37.1	94	32.1
30 a 34	22	14.5	56	37.8	78	26.5
35 a 39	38	27.4	58	41.1	96	36.5
40 a 44	27	20.2	38	28.1	65	25.6
45 a 49	25	20.4	36	29.2	61	25.8
50 a 54	20	18.9	35	32.7	55	25.9
55 a 59	11	12.7	33	36.4	44	27.2
60 a 64	8	11	17	24.2	25	62.5
65 y más	17	12.2	18	11.5	35	15.2
Sin Especificar	1	0	4	0	5	0
Total	313	14.7	497	23.6	810	19.1

Fuente: MINSA/Departamento de Epidemiología/Bases de Datos.

Incidencia de casos confirmados de virus de Zika, según grupo de edad y sexo. Panamá. Años 2015 - 2016.



Fuente: MINSA/Departamento de Epidemiología/Bases de Datos.

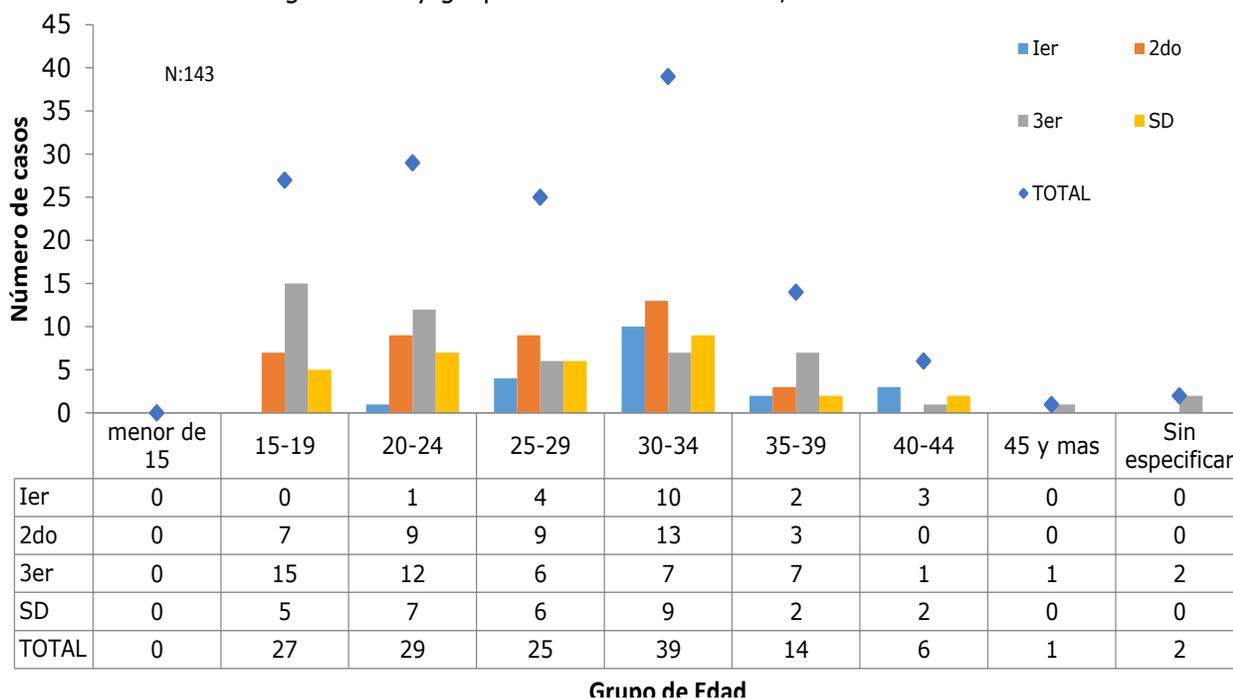
Se notificaron 143 embarazadas sospechosas a infección por virus Zika, el 35% (51/143) captada en el tercer trimestre de gestación; ninguna menor de 15 años, la mayoría está en el grupo de edad de 30-34 años con el 27% (39/143). De las 143 se confirmaron 49, una del 2015 de Guna Yala y cuarenta y ocho del 2016 (una con resultado positivo del extranjero), de las cuales el 55% (27/49) pertenecen a la región Metropolitana.

Embarazadas confirmadas por virus Zika según región de salud en la República de Panamá, año 2015-2016.

Región de Salud	Positivas		Total
	2015	2016	
Bocas del Toro	0	0	0
Coclé	0	0	0
Colón	0	0	0
Chiriquí	0	0	0
Darién	0	0	0
Herrera	0	5	5
Los Santos	0	0	0
Panamá Este	0	0	0
Panamá Oeste	0	4	4
Panamá Norte	0	1	1
Panamá Metro	0	27	27
San Miguelito	0	5	5
Veraguas	0	1	1
Guna Yala	1	3	4
Ngobe Bugle	0	1	1
Importados	0	1	1
SD	0	0	0
Total	1	48	49

Fuente: MINSA/Departamento de Epidemiología/Bases de Datos.

Número de casos sospechosos de zika en embarazadas según trimestre de gestación y grupo de edad en Panamá, 2015-2016



Fuente: MINSA/Departamento de Epidemiología/Bases de Datos.

Síndrome congénito asociado a la infección por virus Zika, Se notificaron 41 casos sospechosos de Síndrome Congénito asociados a virus Zika, de los cuales resultaron 5 positivos (con madres positivas 2 y madres negativas 3). Se han evidenciado 3 productos con malformaciones visibles cuyos resultados fueron negativos, sin embargo, son hijos de madres positivas, las cuales fueron captadas durante el embarazo.

Malformaciones congénitas con resultado Zika positivo (madre o producto) según región en la República de Panamá, año 2016

Región de Salud	Resultado			Malformaciones visible
	Hijo (a)	Madre	Condición	
P. Oeste	Positivo	Negativa	Muerto	Microcefalia con meningoencefalocele
	Positivo	Negativa	Muerto	Óbito con macroglosia y cuello corto
	Positivo	Positiva	Vivo	Labio leporino
	Negativo	Positiva*	Vivo	Microcefalia con encefalocele
Guna Yala	Positivo	Positiva	Vivo	Microcefalia
San Miguelito	Positivo	Negativa	Vivo	Microcefalia
Veraguas	Negativo	Positiva**	Muerto	Holoprocencefalia
Metropolitana	Negativo	Positiva*	Vivo	Ventriculomegalia

Fuente: MINSA/Departamento de Epidemiología/Bases de Datos.

*madre captada en el 2do trimestre

**madre captada en el 3er trimestre

Complicaciones neurológicas asociado a la infección por virus Zika, Se sospecharon 24 complicaciones neurológicas asociado a virus Zika, de los cuales tres resultaron positivas y un caso con criterios muy contundentes clínico-epidemiológico.

Casos confirmados de Complicaciones neurológicas por virus Zika según sexo, edad y procedencia en la República de Panamá, año 2016.

Enfermedad	Sexo	Edad	Región	Distrito	Localidad
Síndrome Guillain Barré	M*	45	Metro	Panamá	Chorrillo
	M	50			Tocumen
	F	13	Darién	Chepigana	Rio Congo
Encefalocerebelitis	F	54	Guna Yala	Narganá	Narganá

Fuente: MINSA/Departamento de Epidemiología/Bases de Datos.

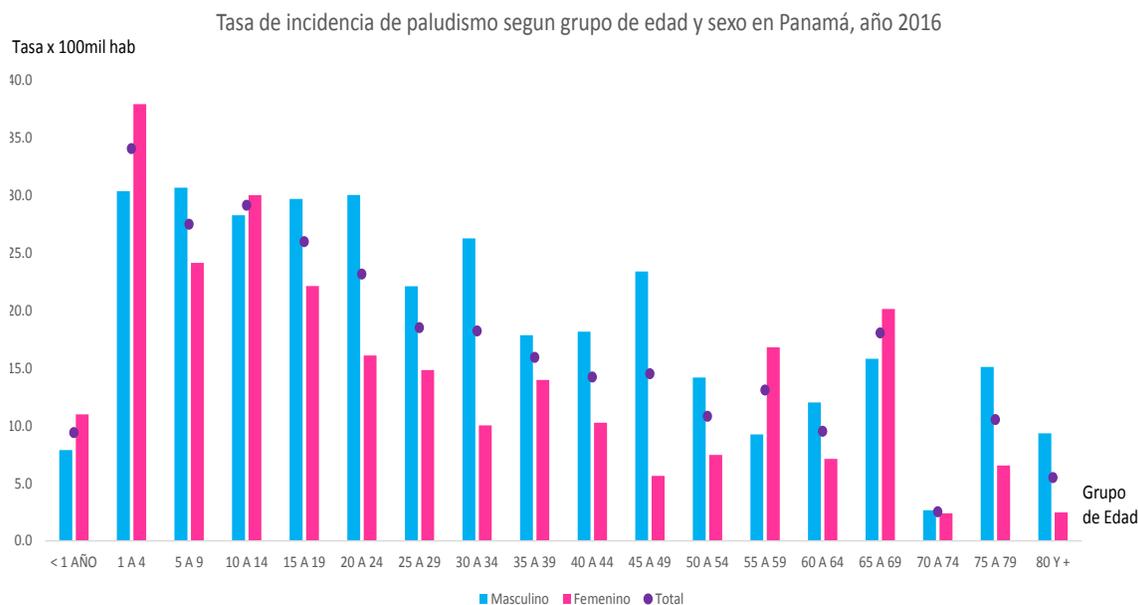
*caso clínico-epidemiológico pendiente prueba serológica

Situación de Malaria

Morbilidad, En el 2016 se examinaron 50772 muestras, resultando 811 casos; 773 *P. vivax* (748 autóctonos y 25 importados) y 38 *P. falciparum* (21 autóctonos y 17 importados).

La tasa de incidencia anual fue de 21 casos por 100,000 habitantes, la tres regiones con mayor riesgo de enfermar son las de Guna Yala con 624 casos por 100,000 habitantes, la comunidad de esta región con más número de casos son las de Carreto (49), La Miel (31), Maguebgandi (29), Playón Grande (28) y Airdirgandi (20); seguida de P. Este con 343 casos por 100,000 habitantes, las comunidades con más número de casos de esta región son Aguas Claras (66), Ipetí Kuna (24) y Nargandi (24) y la región de Darién con 252 casos por 100,000 habitantes entre las comunidades con más número de casos están Mortí (22), Cocalito (16), Boca de Tigre (14), Wala (13) y Yaviza (13); cabe señalar que las tres regiones mencionadas la mayoría de casos se registraron en población indígena área comarcal.

Se debe mencionar que en la región de Darién se registró un brote de *P. falciparum* (21 casos) la mayoría de la comunidad de Cocalito, corregimiento de Jaqué desde la semana 13 hasta la 35, se tenía más de cuatro años que no se registraba un caso autóctono de esta especie.



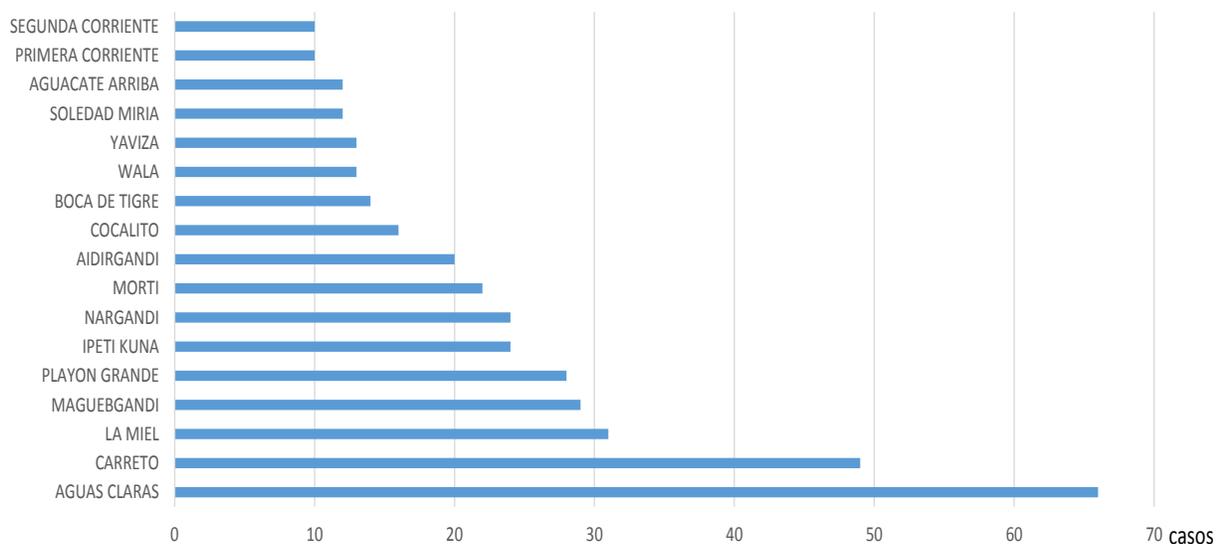
Número de casos confirmados de Malaria según región de salud en la República de Panamá, año 2016

Región	Casos	Tasa
Guna Yala	270	624
Darién	169	252
P. Este	216	343
Ngabe Bugle	107	63
Chiriquí	2	0.5
P. Metro	2	0.2
Bocas del Toro	1	5.0
P. Oeste	1	0.0
Veraguas	1	0.0
Importados	42	0
Total País	811	21.0

El grupo de edad mas afectado en este año fue de 1 a 4 años con 34 casos por 100,000 habitantes y según sexo el femenino del mismo grupo de edad con 38 casos por 100,000 mujeres de 1 a 4 años.

Fuente: MINSA/Departamento de control de vectores.

Número de casos de paludismo según localidad en Panamá, año 2016



Fuente: Departamento Nacional de Control de Vectores

Situación de la Varicela, morbilidad

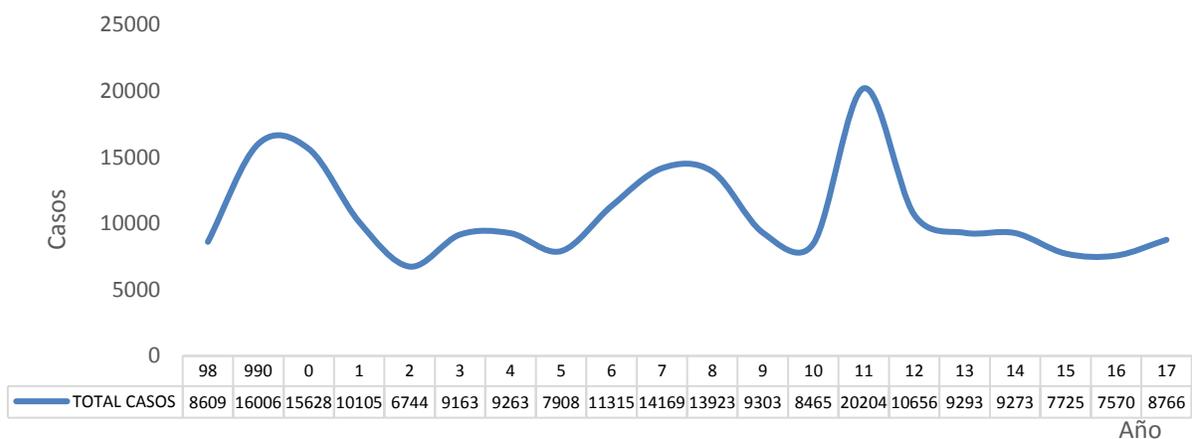
La varicela es una enfermedad aguda que se inicia con un periodo prodrómico semejante a un cuadro gripal con fiebre leve o moderada luego una erupción cutánea vesiculosa generalizada, que consta de lesiones pruriginosas en diferentes etapas de actividad y resolución. La erupción cutánea es maculo papulosa durante unas cuantas horas, vesiculosa durante unos tres o cuatro días y después forma costras granulosas. Se acompaña de adenopatía cervical. Las vesículas son uniloculares y se colapsan al pincharla. Las lesiones aparecen por lo común en brotes sucesivos y se observan en diferentes etapas de maduración, al mismo tiempo tienden a mostrar una distribución central y son más numerosas en las partes cubiertas que en las expuestas. Las lesiones dérmicas pueden producir cicatrices permanentes.

Hay infecciones leves, atípicas y no manifiestas especialmente en las personas vacunadas (varicela intercurrente). La varicela intercurrente se define la que aparece después de 42 días después de la vacunación.

Si bien la varicela suele ser una enfermedad benigna de la infancia, el virus puede ocasionar neumonía o encefalitis. Los recién nacidos que contraen la varicela entre los 5 y 10 días de vida tienen mayor riesgo de varicela generalizada grave.

Los casos de varicela notificados al sistema de vigilancia epidemiológica de 1998 a 2017 han oscilado entre 6,744 y 20,204, siendo en 2011 el año que más casos han sido notificados.

Varicela: Número de casos según año. República de Panamá. 1998 - 2017

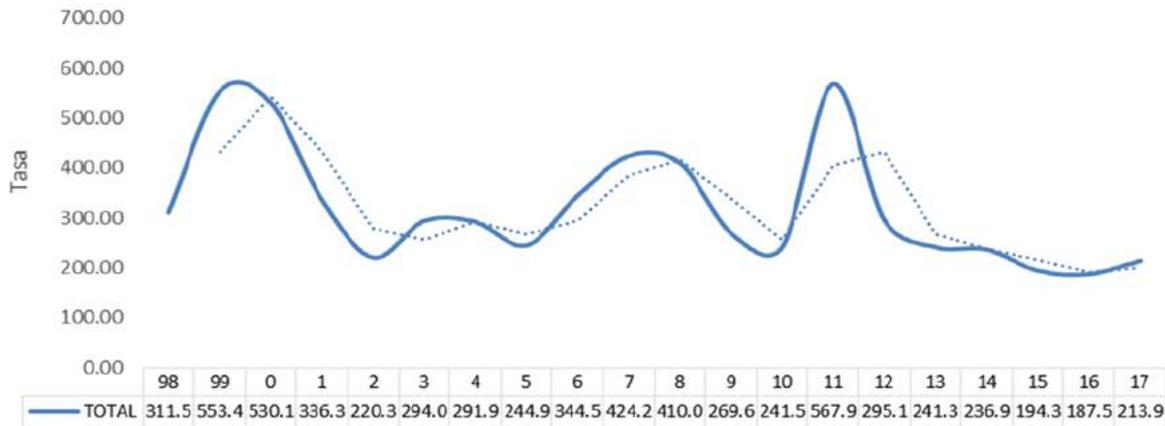


Fuente: Departamento de Epidemiología MINSA

En cuanto la tasa de incidencia esta ha oscilado entre 187.6 y 567.9 por 100,000 habitantes. La tasa más alta se registró en el año 2011 y la más baja en 2016 observándose incrementos de las mismas cada 2 a 3 años. En 2014 se introduce la vacuna en el esquema nacional de vacunación y estamos a la espera de ver cómo impacta la misma en el comportamiento

epidemiológico de la varicela ya que en 2017 se inició la aplicación de la segunda dosis, aunque la tendencia se observa en descenso para la tasa de incidencia general.

Varicela: Tasa* de incidencia y media móvil según año. República de Panamá. 1998 - 2017

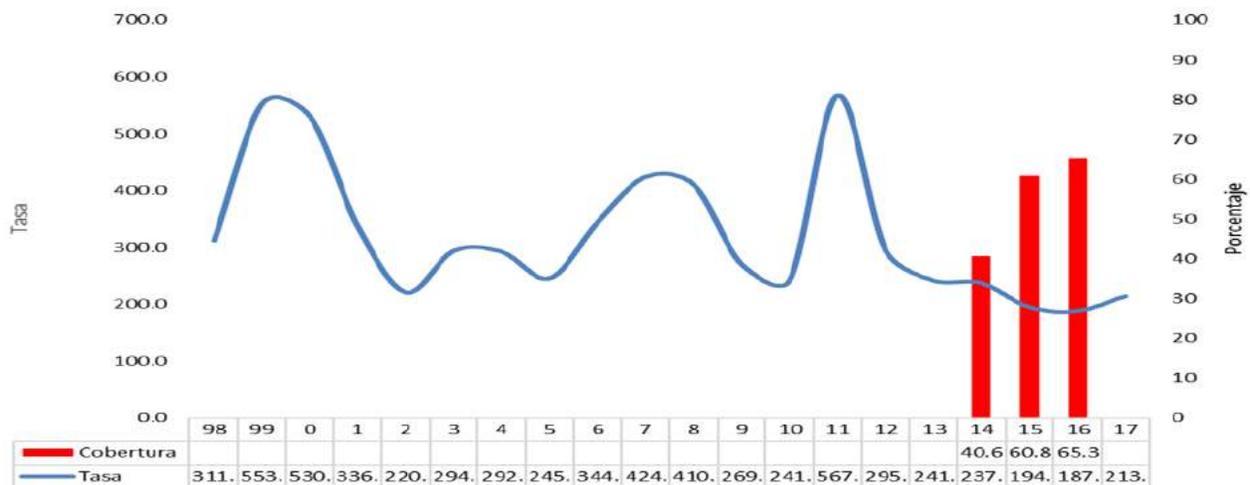


*: Tasa por 100 000 habitantes.

Fuente: Departamento de Epidemiología MINSA

Las coberturas de vacunación en el niño de un año de edad han ido en ascenso de 40% en 2014 al 65% en 2016, aunque se debe alcanzar la meta del 95%.

Varicela: Tasa* de incidencia y % de cobertura de vacunación según año. República de Panamá. 1998-2017.

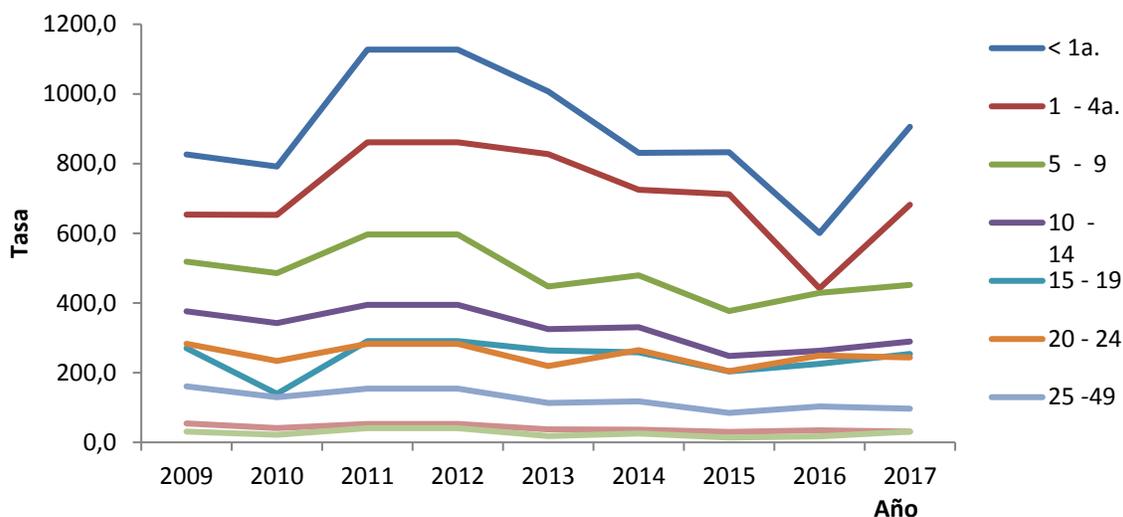


*: Tasa por 100 000 habitantes

Fuente: Departamento de Epidemiología-Programa Ampliado de Inmunizaciones-MINSA

Según edad los grupos con tasas más altas son los menores de un año que no son objeto de vacunación y los de 1 a 4 años de edad que requieren dos dosis para estar inmunizados.

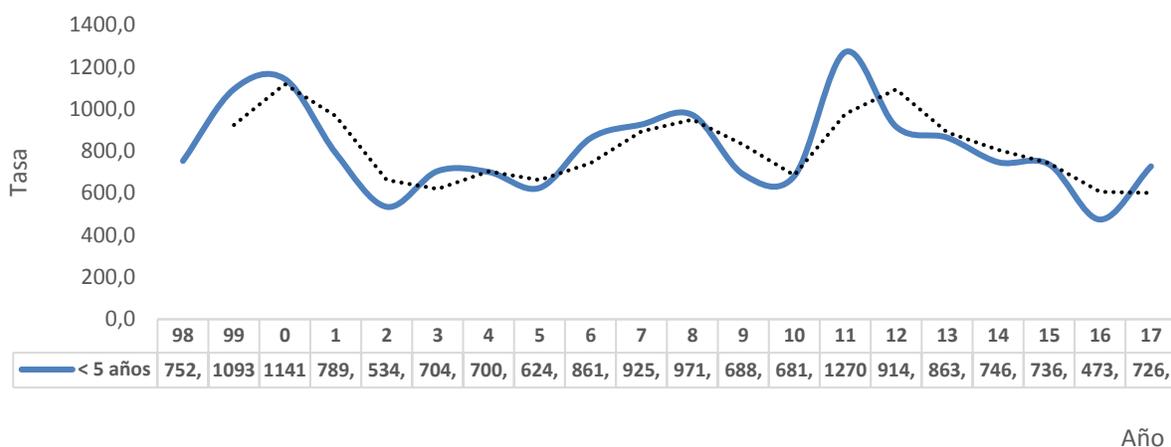
Varicela: Tasa* de incidencia según grupo de edad. República de Panamá. 2009 - 2017



*: Tasa por 100 000 habitantes
Fuente: Departamento de Epidemiología. MINSA

Las tendencias de las tasas de incidencia para los menores de cinco años se observan en descenso desde 2013 a 2016. En 2017 se observa un incremento en las tasas de incidencia.

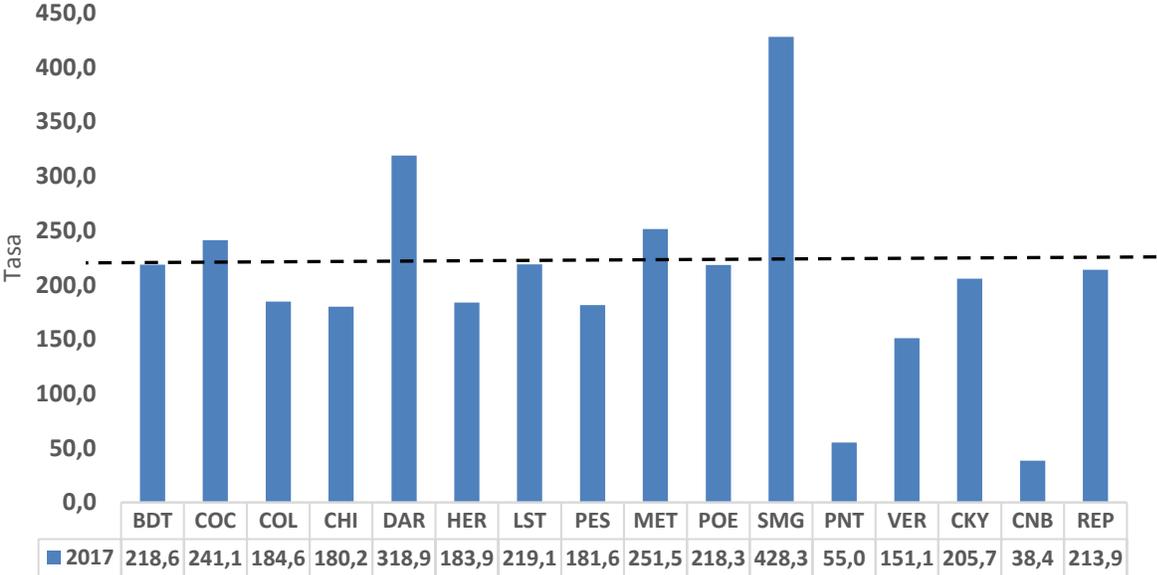
Varicela: Tasa* de incidencia y media móvil en < de 5 años, según año. República de Panamá. 1998 – 2017.



*: Tasa por 100 000 habitantes
Fuente: Departamento de Epidemiología. MINSA

En 2017 la tasa de incidencia para la república es de 213.9. Siete regiones de salud de 15 mantienen tasas de incidencia por encima de la misma.

Varicela: Tasa* de incidencia según Región de Salud. República de Panamá. 2017



*: Tasa por 100 000 habitantes
Fuente: Departamento de Epidemiología MINSA

Informe mensual a mayo 2016 – Dpto. De Control de Zoonosis

REGIÓN	ACUMULADO EN EL MES Tipos de Casos Captados												ACUMULADO EN EL AÑO Tipos de Casos Captados											
	Total	Rab	En	Bru	Tub	Sal	Cis	Leis	Toxo	Lep	Hv	Mord	Total	Rab.	En. ⁽¹⁾	Bru. ⁽¹⁾	Tub.	Sal. ⁽¹⁾	Cis.	Leis.	Toxo. ⁽¹⁾	Lep.	H.Virus ⁽¹⁾	Mord.
TOTAL.....	43	0	0	0	5	0	0	8	1	0	0	0	809	0	2	2	21	1	0	102	14	1	0	793
Bocas del Toro	14	0	0	0	2	0	0	7	0	0	0	5	85	0	0	0	10	0	0	47	1	0	0	27
Coclé	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	100	0	0	0	1	0	0	32	2	0	0	154
Colón	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	87	0	0	2	5	1	0	9	1	0	0	123
Chiriquí	29	0	0	0	3	0	0	1	1	0	0	24	197	0	2	0	5	0	0	3	6	0	0	183
Darién	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	0	0	0	14
Herrera	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Los Santos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	13	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	13
Panamá Metro	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	75	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	74
Panamá Este	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Panamá Oeste	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	39	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	58
San Miguelito	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	63	0	0	0	0	0	0	4	1	1	0	0
Veraguas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	150	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	147

NOTA: Comarcas indígenas sin vigilancia profesional veterinaria, (1) En Humanos

Rab:	Rabia
En:	Encefalitis
Bru:	Brucelosis
Tub:	Tuberculosis
Sal:	Salmonelosis
Cis:	Cisticercosis
Toxo:	Toxoplasmosis
Lep:	Leptospirosis
H. Virus:	Hanta Virus
Mord:	Mordeduras



Notificaciones por Regiones de Salud

Herrera - picd de alacran 28-, ofidios-4,
Los Santos-mord. Ofidios-5, picd. Alacrán-48
Chiriquí: Mor Ofid-1, Pic Alac-1,



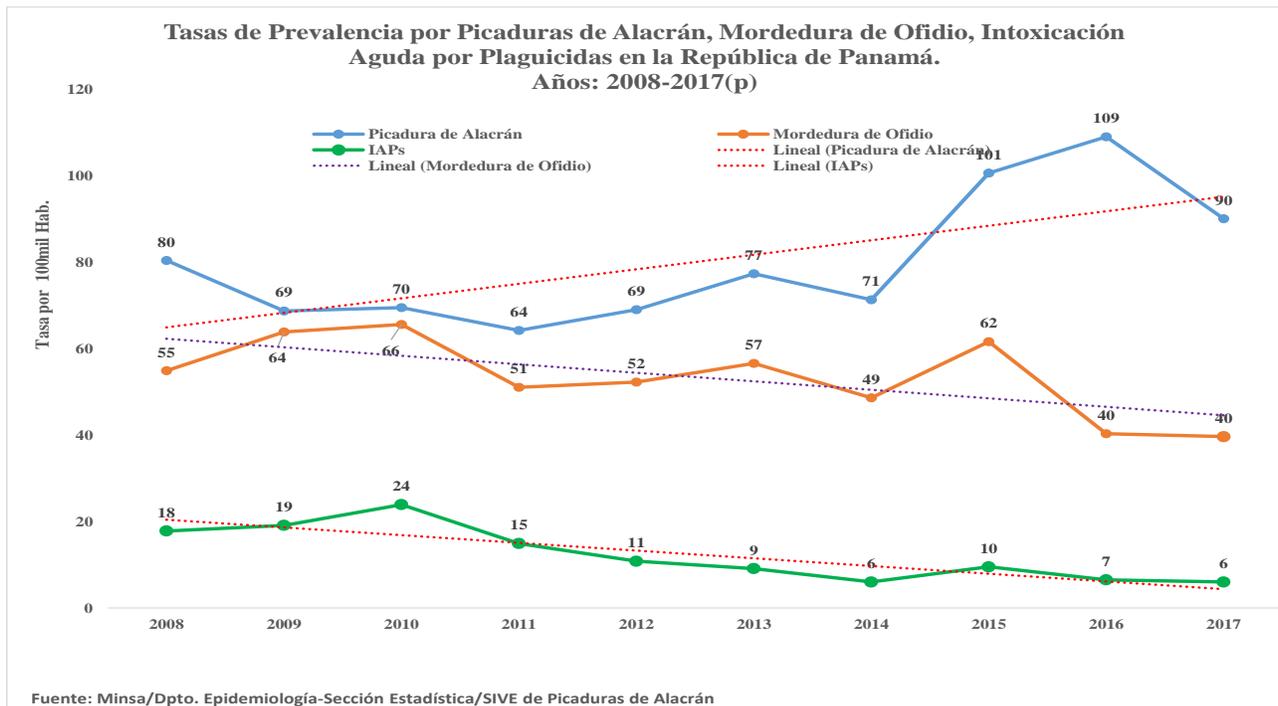
Envenenamiento por Picadura de Alacrán, Mordedura de Ofidio e Intoxicación Aguda por Plaguicidas

En Panamá contamos con una diversidad de especies de alacranes y ofidios, siendo de interés a la Salud Pública su vigilancia epidemiológica por sus efectos tóxicos al contacto con ellos y por el riesgo de mortalidad a consecuencia de la picadura o mordedura de especies muy venenosas, sino se administra el tratamiento oportunamente. Por otro lado, el uso masivo de los plaguicidas en el control de plagas en las áreas agrícolas, han producido graves problemas de salud y contaminación del medio ambiente que requieren vigilancia.

Durante el período 2008-2017(p) observamos una tendencia al incremento del riesgo por picaduras de alacrán a nivel nacional, con rangos de 80 casos por cada 100,000 habitantes en el 2008 a 90 casos por cada 100,000 habitantes en el 2017 (p).

En el caso de las mordeduras de ofidio, para el mismo período, se registra una disminución del riesgo, con rangos de 55 casos por cada 100,000 habitantes en el año 2008 y 40 casos por cada 100,000 habitantes en el 2017 (p).

En el caso de intoxicaciones por plaguicidas (IAPs), para igual período, observamos una tendencia a la disminución del riesgo, con rangos de 18 casos por cada 100,000 habitantes en el año 2008 a 6 casos por cada 100,000 habitantes en el año 2017(p).



Todas las regiones de salud registran casos por picaduras de alacrán, mordeduras de ofidio e Intoxicaciones Agudas por plaguicidas, sin embargo, durante este período, las regiones de mayor riesgo con cifras por arriba de la nacional por picaduras de alacrán son: Los Santos y Coclé; por mordedura de ofidio: Veraguas, Coclé, Bocas del Toro y Chiriquí; y por IAPs: Chiriquí, Los Santos, Herrera y Coclé

Tasa de Picaduras de Alacrán según Región de Salud y años										
República de Panamá. Años: 2008-2017(p)										
REGIONES	2008	2009.0	2010	2011	2012	2013.0	2014	2015	2016	2017(p)
BOCAS DEL TORO	12.4	22.5	32.9	51.2	29.9	27.8	25.7	24.9	37.3	18.1
COCLE	265.3	230.4	293.5	153.9	188.7	228.8	240.0	260.3	321.6	265.2
COLON	98.7	113.0	35.9	13.0	86.7	88.8	79.7	110.9	134.5	142.9
CHIRIQUI	83.6	73.8	116.2	83.6	79.7	100.2	100.8	187.3	132.8	127.8
DARIEN	43.8	81.6	198.2	68.1	26.7	9.3	24.5	46.8	28.3	35.3
HERRERA	63.6	55.3	28.4	14.2	75.9	94.4	130.7	239.6	259.2	202.4
LOS SANTOS	327.9	169.9	105.5	428.3	504.6	506.4	289.5	414.1	582.4	458.0
PMA ESTE	156	186.3	224.9	134.6	104.6	106.1	26.3	22.9	40.1	35.9
PMA OESTE	87.2	68.8	18.0	53.7	59.5	64.1	73.1	109.0	136.7	119.5
METROPOLITANA	61.5	30.2	44.4	40.4	36.0	34.7	7.9	39.9	29.1	23.2
SAN MIGUEL	26.1	20.1	17.1	31.8	22.1	26.6	33.9	31.2	44.1	38.6
VERAGUAS	14.6	52.2	60.8	51.0	20.2	69.3	133.1	106.0	170.0	159.3
KUNA YALA	5.4	13.4	34.6	34.5	21.2	7.4	0.0	2.4	9.2	4.5
NGOBEBUGLE	12.6	27.9	18.6	25.3	21.5	9.1	8.3	18.7	33.5	29.7

Fuente: Minsa/Dpto. Epidemiología-Sección Estadística/SIVE de Picaduras de Alacrán

Tasa de Mordeduras de Ofidio según Región de Salud y años										
República de Panamá. Años: 2008-2017(p)										
REGIONES	2008	2009.0	2010	2011	2012	2013.0	2014	2015	2016	2017(p)
BOCAS DEL TORO	109.6	89.8	105.6	104.9	109.2	76.6	92.8	88.8	95.0	73.1
COCLE	139.3	127.5	162.7	104.4	87.3	113.8	84.1	105.5	94.9	83.8
COLON	53.5	42.9	17.5	10.6	34.1	35.4	33.8	52.4	29.5	35.7
CHIRIQUI	98.4	124.4	140.6	88.3	70.1	67.9	69.4	152.0	65.8	49.5
DARIEN	84.0	128.8	133.3	71.6	39.2	43.5	81.2	80.1	64.1	51.4
HERRERA	68.1	83.8	56.9	49.6	53.8	64.7	56.0	70.3	52.4	65.0
LOS SANTOS	49.9	25.4	26.4	47.1	124.5	101.3	42.1	90.4	77.7	46.1
PMA ESTE	19.1	39.2	17.5	6.9	9.1	13.4	12.5	1.6	2.4	13.6
PMA OESTE	150.5	95.4	117.2	109.7	168.6	76.2	22.4	11.8	8.0	51.2
METROPOLITANA	42.5	25.7	29.1	32.4	39.6	35.5	30.2	24.6	27.8	7.0
PMA NORTE									0.4	1.9
SAN MIGUELITO	11.7	8.0	1.8	9.6	9.6	7.6	11.8	8.7	6.1	9.6
VERAGUAS	70.5	198.9	244	147.3	124.6	153.8	207.0	218.9	122.3	167.0
KUNA YALA	2.7	5.3	5.3	8.0	0.0	4.9	7.2	14.2	4.6	18.1
NGOBEBUGLE	26.5	32.7	33.9	121.9	117.9	200.7	62.2	114.7	76.3	55.6

Fuente: Minsa/Dpto. Epidemiología-Sección Estadística/SIVE de Picaduras de Alacrán

Tasa de Intoxicación Aguda por Plaguicida según Región de Salud y años

República de Panamá. Años: 2008-2017(p)

REGIONES	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017(p)
BOCAS DEL TORO	39.8	12.1	23.6	5.0	8.4	2.7	3.9	3.8	1.2	1.2
COCLE	27.5	41.2	52.1	26.7	33.2	9.5	14.5	7.8	9.6	11.2
COLON	0.8	0.4	1.6	0.0	1.5	0.4	0.4	1.4	0.4	1.4
CHIRIQUI	44.4	54.6	60.9	52.2	37.8	40.4	30.6	57.4	28.8	23.6
DARIEN	21.9	19.9	66.7	27.1	1.6	1.6	0.0	4.5	13.4	4.5
HERRERA	27.8	20.5	16.0	10.3	24.7	15.3	5.1	11.0	16.1	6.8
LOS SANTOS	21.1	58.5	59.4	52.0	32.8	27.4	10.5	20.0	25.2	33.6
PMA ESTE	22.3	10.8	15.8	0.8	8.0	29.9	5.4	4.4	8.0	5.8
PMA OESTE	6.3	4.6	4.7	1.5	2.4	1.2	1.4	2.6	1.6	0.4
METROPOLITANA	13.3	6.9	22.3	15.1	4.5	2.9	0.5	1.9	2.2	3.2
PMA NORTE									0	0
SAN MIGUELITO	12.1	12.1	3.4	0.0	2.7	1.2	1.7	1.5	0.8	1.4
VERAGUAS	10.2	10.2	26.4	15.8	1.7	1.6	1.6	2.5	1.6	4.1
KUNA YALA	56.4	56.4	111.9	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
NGOBE BUGLE	0	0.0	2.0	7.3	3.8	9.6	2.6	1.5	2.9	3.4

Fuente: Minsa/Dpto. Epidemiología-Sección Estadística/SIVE de IAPs

Encuesta Mundial de Tabaquismo en Jóvenes

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

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

- **M**onitorear el consumo de tabaco y las políticas de prevención.
- **P**roteger a las personas del humo de tabaco.
- **O**frecer ayuda para abandonar el consumo.
- **W**arn (Advertir) acerca de los peligros del tabaco
- **E**nforce (Hacer cumplir) la prohibición de publicidad, promoción y patrocinio.
- **R**aise (Aumentar) los impuestos al tabaco.

Metodología GYTS

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

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

Consumo de Tabaco

- 7.8% de los estudiantes, 7.9% de los chicos y un 7.4% de las chicas usan productos de tabaco actualmente.
- 5.9% de los estudiantes, 6.2% of chicos, y 5.4% de chicas son fumadores actuales de tabaco.
- 3.9% de los estudiantes, 4.2% de los chicos y 3.5% de las chicas fuman cigarrillos en la actualidad.
- 2.3% de los varones, 2.2% de las mujeres, y el 2.4% del total de encuestados consumen actualmente tabaco sin humo.

Cigarrillos Electrónicos

- 6.4% de los estudiantes, 7.1% de los chicos, y 5.2% de las chicas usan cigarrillos electrónicos.

Cesación

- 7 de cada 10 (65.6%) de los fumadores actuales hicieron el intento de dejar de fumar en los últimos 12 meses.

Exposición de humo de Tabaco Ajeno

- 16.7% de los estudiantes estuvieron expuestos a humo de tabaco de segunda mano en el hogar.
- 31.7% de los estudiantes estuvieron expuestos a humo de tabaco de segunda mano en espacios públicos cerrados.

Acceso y disponibilidad

- 33.6% de los fumadores actuales de cigarrillos los compraron en un kiosco, supermercado, tiendas, negocio o vendedor callejero.
- Entre los fumadores actuales de cigarrillos que compraron cigarrillos, al 58.4% no se le negó la venta debido a su edad.

Medios de comunicación

- Cerca de 5 de cada 10 estudiantes (49.5%) observaron mensajes anti-tabaco en los medios de comunicación.
- Cerca de 3 de cada 10 estudiantes (26.5%) observaron publicidad o promoción de tabaco en puntos de venta.
- 1 de cada 10 estudiantes (11.3%) posee algún elemento con la marca o el Logo De Una Empresa Tabacalera.

Conocimientos y Actitudes

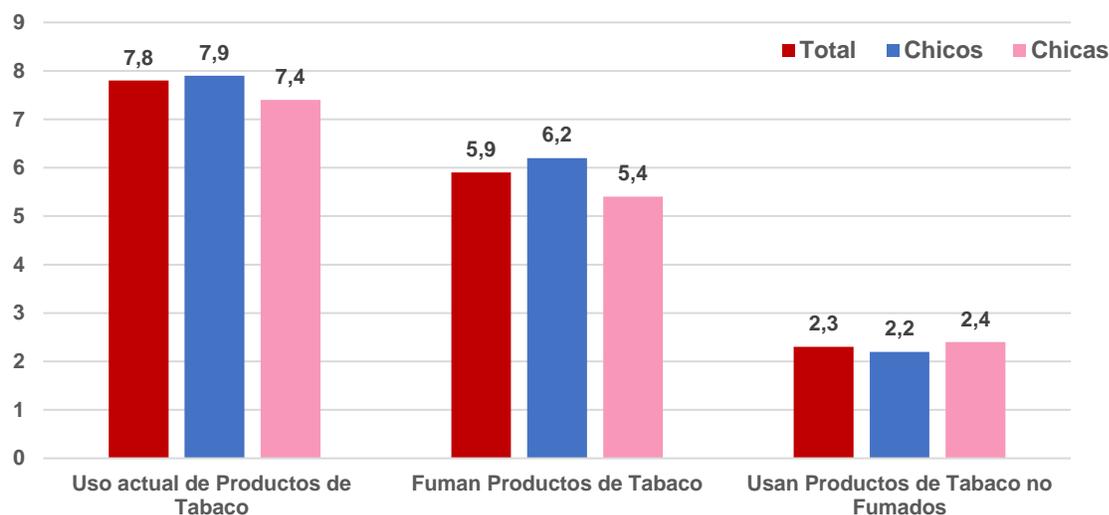
- 71.2% de los estudiantes piensa que el humo de tabaco de otras personas es perjudicial para ellos.

- 85.8% de los estudiantes está a favor de la prohibición de fumar dentro de espacios públicos cerrados.

CONSUMO DE TABACO 2.3

TABACO FUMADO	TOTAL (%)	CHICOS (%)	CHICAS (%)
Fumadores actuales de tabaco ¹	5.9	6.2	5.4
Fumadores actuales de cigarrillos ²	3.9	4.2	3.5
Fumadores frecuentes de cigarrillos ³	0.3	0.3	0.3
Fumadores actuales de otros tipos de tabaco ⁴	2.5	2.5	2.3
Fumaron tabaco alguna vez ⁵	17.3	18.2	16.0
Fumaron cigarrillos alguna vez ⁶	11.8	12.3	11.3
Fumaron otro tipo de tabaco alguna vez ⁷	8.1	8.4	7.4
TABACO SIN HUMO			
Consumidores actuales de tabaco sin humo ⁸	2.3	2.2	2.4
Consumieron tabaco sin humo alguna vez ⁹	4.7	4.8	4.7
CONSUMO DE TABACO (tabaco fumado y/o tabaco sin humo)			
Consumidores actuales de tabaco ¹⁰	7.8	7.9	7.4
Consumieron tabaco alguna vez ¹¹	20.4	20.7	19.3
SUSCEPTIBILIDAD			
Nunca consumieron tabaco pero podrían consumirlo en el futuro ¹²	16.6	18.0	14.8
Nunca fumaron y piensan que podrían disfrutar fumar un cigarrillo ¹³	8.1	8.6	7.7

Prevalencia de Uso Actual de Tabaco en Jóvenes de 13 a 15 años. GYTS. Panamá 2017



Cigarrillo Electrónico

	TOTAL (%)	CHICOS (%)	CHICAS (%)
<i>Usuarios actuales de cigarrillos electrónicos</i> ¹⁴	6.4	7.1	5.2
<i>Usuarios de cigarrillos electrónicos alguna vez en la vida</i> ¹⁵	7.3	7.0	7.1

Cesación

	TOTAL (%)	CHICOS (%)	CHICAS (%)
<i>Fumadores actuales que intentaron dejar de fumar en los últimos 12 meses.</i>	65.6	--	--
<i>Fumadores actuales que piensan que podrían dejar de fumar si quisieran.</i>	86.9	--	--
<i>Fumadores actuales que alguna vez recibieron ayuda/consejos de un programa o un profesional para dejar de fumar.</i>	21.1	23.6	--

Humo de tabaco de segunda mano

	TOTAL (%)	CHICOS (%)	CHICAS (%)
<i>Exposición a humo de tabaco ajeno en el hogar</i> ¹⁶	16.7	16.5	17.2
<i>Exposición a humo de tabaco ajeno en espacios públicos cerrados</i> ¹⁶	31.7	29.4	34.0*
<i>Exposición a humo de tabaco ajeno en espacios públicos abiertos</i> ¹⁶	35.1	32.9	37.2
<i>Estudiantes que vieron a alguien fumar dentro del edificio escolar o afuera pero dentro de las instalaciones de la institución</i> ¹⁷	28.9	28.8	28.8

Acceso y disponibilidad

	TOTAL (%)	CHICOS (%)	CHICAS (%)
<i>Fumadores actuales de cigarrillos que los compraron en un kiosco, negocio o vendedor callejero</i> ¹⁸	33.6	--	--
<i>Fumadores actuales de cigarrillos a quienes no se les negó la venta de cigarrillos por su edad</i> ¹⁹	58.4	--	--
<i>Fumadores actuales de cigarrillos que compraron cigarrillos sueltos</i> ²⁰	58.7	--	--

Conocimientos y actitudes

	TOTAL (%)	CHICOS (%)	CHICAS (%)
Estudiantes que piensan que es difícil dejar de fumar tabaco una vez que se empieza	22.2	19.5	24.7*
Estudiantes que piensan que fumar tabaco ayuda a la gente a sentirse más cómoda en celebraciones, fiestas u otras reuniones sociales	21.6	23.4	19.9
Estudiantes que definitivamente creen que el humo del tabaco de otras personas es dañino para su salud	71.2	69.4	73.1
Estudiantes que están a favor de la prohibición de fumar en lugares públicos cerrados	85.8	83.9	87.8*
Estudiantes que están a favor de la prohibición de fumar en lugares públicos abiertos	83.7	82.3	85.4

Medios de comunicación

PUBLICIDAD DE INDUSTRIA TABACALERA	TOTAL (%)	CHICOS (%)	CHICAS (%)
<i>Vieron publicidad o promoción de tabaco en puntos de venta²¹</i>	26.5	27.2	25.9
<i>Estudiantes que vieron consumir tabaco en televisión, videos o películas²²</i>	55.6	57.0	54.2
<i>Estudiantes que poseen un objeto con la marca o logo de una compañía tabacalera</i>	11.3	12.4	10.0
<i>Estudiantes a quienes alguna vez se les ofreció un producto de tabaco gratis de un representante de una compañía de tabaco</i>	7.3	9.1	5.3*
MENSAJES ANTI-TABACO			
<i>Vieron mensajes anti-tabaco en algún medio de comunicación¹⁷</i>	49.5	49.3	49.7
<i>Vieron mensajes anti-tabaco en eventos deportivos o sociales²³</i>	41.6	44.1	38.5*
<i>Fumadores actuales que pensaron dejar de fumar como consecuencia de las advertencias sanitarias²⁴</i>	53.4	61.3	47.4
<i>Estudiantes que participaron de alguna clase en la escuela que tratara sobre los peligros de fumar en los últimos 12 meses</i>	58.1	58.8	59.8

¹ Fumaron tabaco en cualquier momento en los últimos 30 días. ² Fumaron cigarrillos en cualquier momento en los últimos 30 días. ³ Fumaron cigarrillos 20 días o más en los últimos 30 días. ⁴ Fumaron tabaco distinto de cigarrillos en cualquier momento en los últimos 30 días. ⁵ Fumaron algún tipo de tabaco alguna vez, aunque sea una o dos pitadas. ⁶ Alguna vez fumaron cigarrillos, aunque sea una o dos pitadas. ⁷ Alguna vez fumaron tabaco distinto de cigarrillos, aunque sea una o dos pitadas. ⁸ Han usado tabaco sin humo, en cualquier momento, en los últimos 30 días. ⁹ Han usado tabaco sin humo alguna vez. ¹⁰ Fumaron tabaco y/o usaron tabaco sin humo en cualquier momento en los últimos 30 días. ¹¹ Alguna vez fumaron tabaco y/o usaron tabaco sin humo. ¹² Susceptibles de consumir tabaco en un futuro incluyendo aquellos que respondieron que “definitivamente sí”, “probablemente sí” o “probablemente no” consumiría tabaco si uno de sus mejores amigos o amigas le ofrece, o respondieron “definitivamente sí”, “probablemente sí” o “probablemente no” consumiría tabaco en los próximos 12 meses. ¹³ Aquellos que respondieron “de acuerdo” o “totalmente de acuerdo” a la frase “Pienso que quizás me guste fumar un cigarrillo”. ¹⁴ Usó cigarrillos electrónicos en cualquier momento durante los últimos 30 días. El uso actual de los cigarrillos electrónicos se evalúa por separado de los cigarrillos, otros productos de tabaco fumado y los productos de tabaco sin humo, y no está incluido en la definición actual de consumo actual de tabaco. ¹⁵ Cigarrillos electrónicos usados alguna vez en toda su vida. ¹⁶ Durante los últimos 7 días. ¹⁷ Durante los últimos 30 días. ¹⁸ Punto de venta donde los fumadores actuales de cigarrillos compraron cigarrillos la última vez que fumaron cigarrillos en los últimos 30 días. ¹⁹ Entre quienes trataron de comprar cigarrillos en los últimos 30 días. ²⁰ Basado en la última compra, entre quienes compraron cigarrillos en los últimos 30 días. ²¹ Entre los que visitaron un punto de venta en los últimos 30 días. ²² Entre quienes vieron televisión, videos o películas en los últimos 30 días. ²³ Entre quienes fueron a eventos deportivos o sociales en los últimos 30 días. ²⁴ Entre quienes notaron advertencias sanitarias sobre los daños que produce el tabaco en los paquetes de cigarrillos, en los últimos 30 días.

Los datos son ponderados para ser representativos a nivel nacional de todos los estudiantes de entre 13 y 15 años que están matriculados en la escuela. Los porcentajes reflejan la prevalencia de cada indicador en cada grupo, no la distribución entre los grupos. - No se presentan estimaciones basadas en casos no ponderados menores a 35. * Las comparaciones de género son significativas a $p < 0.05$.

Análisis de la Mortalidad por El Virus de la Inmunodeficiencia Humana entre los años 2001 y 2016, Comarca Ngäbe Buglé.

Entre los más de 30 Infecciones de transmisión sexual (ITS) virus, bacterias y parásitos que se sabe se transmiten por contacto sexual, ocho se han vinculado a la máxima incidencia de enfermedades de transmisión sexual. De esas 8 infecciones, 4 son actualmente curables, a saber, la sífilis, la gonorrea, la clamidiasis y la tricomoniasis. Las otras 4 –hepatitis B, virus del herpes simple (HSV o herpes), VIH y virus del papiloma humano (VPH) – son infecciones virales incurables, aunque existen tratamientos capaces de atenuar o modificar los síntomas o la enfermedad.

Las ITS se propagan predominantemente por contacto sexual, incluidos el sexo vaginal, anal y oral. También se pueden propagar por medios no sexuales, por ejemplo, las transfusiones de sangre o productos sanguíneos. Muchas ITS –en particular, la clamidiasis, la gonorrea, la hepatitis B primaria, el VIH y la sífilis–, pueden transmitirse también de madre a hijo durante el embarazo o el parto.

Las ITS tienen efectos profundos en la salud sexual y reproductiva en todo el mundo y figuran entre las cinco categorías principales por las que los adultos buscan atención médica. Cada día más de 1 millón de personas contraen una infección de transmisión sexual.

Se estima que, en el 2014, había alrededor de dos millones de personas con VIH en América Latina y el Caribe (1,7 millones en América Latina y 289.000 en el Caribe), de las cuales 46.000 eran niños (de 0 a 14 años de edad), y que se produjeron alrededor de 100.000 casos nuevos de infección y 50.000 defunciones relacionadas con el sida. En el 2014, la prevalencia general de la infección por el VIH en el Caribe era de 1,1%; en la población de jóvenes de 15 a 24 años era de 0,4 a 0,6% en los varones y de 0,3 a 0,6% en las mujeres. En América Latina, la prevalencia general de la infección por el VIH era de 0,4%, situándose entre 0,1 y 0,3% en los hombres jóvenes y entre 0,1 y 0,2% en las mujeres jóvenes. En la República de Panamá la prevalencia estimada de personas de 15 a 49 años es de 0.65% (2013).⁶

Según los datos epidemiológicos, en el país, de septiembre de 1984 a diciembre de 2014, se han registrado un total de 14,521 casos de SIDA, de los cuales, 447 casos son pediátricos (menores de 15 años de edad) y 9,597 defunciones, esta información puede ser superior si se tiene en cuenta las características del sistema de información que conlleva cierto retraso y además del sub-registro existente y propio de todo sistema de vigilancia epidemiológica. El 69.2% del total de los casos de SIDA se presenta en personas con edades de 25 a 49 años. El porcentaje de letalidad acumulado es de 66%.

⁶ MINSA/ONUSIDA, Dirección General de Salud, Programa de ITS/VIH/SIDA/ Departamento de Epidemiología. Ejercicio de Estimaciones de VIH, 2014.

Las tasas acumuladas de SIDA por 100,000 habitantes para el año 2013 correspondientes a las regiones de salud son: Colón (1111.9), Metropolitana (999.4); Panamá Oeste (614.7), San Miguelito (598.6), Panamá Este (302.7), Guna Yala (293.5), Chiriquí (145.1), Coclé (134.8), Los Santos (131.8), Bocas del Toro (113.4), Herrera (112.7), Veraguas (76.9), Darién (58.6) y Ngäbe Bugli (34.5). La tasa acumulada nacional es de 496.05. En el año 2001, el Departamento de Epidemiología inicia la vigilancia de los casos reportados en la fase VIH, los casos asintomáticos, que no han desarrollado enfermedad oportunista, hasta septiembre de 2014, se han reportado 8,509 personas, siendo 5,180 del sexo masculino y 3,329 del sexo femenino para una relación hombre mujer de 1.6/1. El grupo de edad donde se reporta el mayor porcentaje de casos es el de 20-49 años de edad con el 58.2% de los casos reportados. Las regiones de salud más afectadas son: Colón (478.7), Guna Yala (434.8), Metropolitana (358.7) y Panamá Oeste con una tasa de 286.8 por 100,000 habitantes respectivamente. Según los casos reportados viven con el VIH/SIDA en la República de Panamá, un total de 13,036 personas⁷.

En el análisis de los casos acumulados de VIH por modo de transmisión, se observa que la transmisión en homosexuales representa el 12.3%, la transmisión heterosexual, fue de 53.8% y la Bisexual de 3.8%. El 69.9% de los diagnósticos de VIH hasta diciembre del año 2014 tienen su origen en la transmisión sexual que es el principal modo de transmisión del VIH en Panamá. El 26.5% corresponde a la categoría de no especificados (NE), que son casos en proceso de investigación, o que se desconoce la categoría de transmisión.

En razón de lo anterior y de la alta y creciente incidencia de las ITS en el mundo, La labor de la Organización Mundial de la Salud instó a los Estados a reducir la morbilidad por este grupo de causas, con énfasis en el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)/síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), dado que la situación global se agrava con su aparición. Recomienda implementar la estrategia de prevención y control de las infecciones de transmisión sexual, 2016-2021, adoptada por la Asamblea Mundial de la Salud en 2016, y la «Estrategia Mundial del Secretario General de las Naciones Unidas para la Salud de la Mujer, del Niño y el Adolescente», de 2015, que destaca la necesidad de adoptar un conjunto integral de intervenciones esenciales, incluida la información y los servicios de prevención del VIH y otras infecciones de transmisión sexual. Además, La 69.ª Asamblea Mundial de la Salud adoptó tres estrategias mundiales del sector de la salud para el periodo 2016-2021 con el fin de hacer frente al VIH, a las hepatitis víricas y las ITS.

- Estrategia mundial del sector de la salud contra las infecciones de transmisión sexual, 2016-2021.
- Estrategia mundial del sector de la salud contra el VIH, 2016-2021.
- Estrategia mundial del sector de la salud sobre las hepatitis víricas, 2016-2021.

⁷ Megas 2014 (Medición del Gasto en Sida en la República de Panamá)

Los países acordaron redoblar los esfuerzos para alcanzar, en 2030, la salud sexual y reproductiva de manera universal. Así quedó establecido, globalmente, en los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) (Objetivo 3) y, en el ámbito regional, en el Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo, aprobado en 2013.

Panamá se adhirió a los compromisos relativos a las metas de los ODS a ser alcanzadas en 2030. Es así como ha desplegado, acciones para reducir la morbimortalidad por ITS en todo el territorio nacional. En este contexto, cabe preguntarse: ¿el comportamiento de la mortalidad por ITS en Panamá durante los últimos años ha posibilitado avances en el ejercicio del derecho a la salud sexual y reproductiva a nivel nacional? ¿Varían las conclusiones si el análisis de la mortalidad por ITS se realiza de acuerdo al sexo, la edad y la causa específica de muerte de las personas?

A fin de dar respuesta a estos interrogantes se calculan y analizan las tasas de mortalidad específicas (provincia, comarca, distrito de la comarca Ngäbe Buglé, corregimiento de la Ngäbe Buglé, sexo y grupo de edad de la Ngäbe Buglé) de VIH correspondientes a los años 2001 al 2016, sobre la base de defunciones del Instituto Nacional de Estadística y Censo (INEC) de la Contraloría General de la República.

Análisis de Resultados de la Mortalidad Por VIH en la República de Panamá, por Provincia y Comarca Según Sexo y Grupo de Edad

El presente análisis de la mortalidad por VIH para el año 2016, en la República de Panamá, por provincia y comarca, presentan las tasas tanto en tasas crudas como tasas estandarizadas⁸ a la población mundial, con respecto a la enfermedad renal crónica.

Durante el año 2016 se registraron 552 defunciones por VIH (B20-B24) en la República de Panamá, de las cuales 418 (75.7%) corresponden a hombres y 134 (24.3%) a mujeres. Del total de defunciones el 10.5% se registran en la comarca Ngäbe Buglé.

Las tasas brutas de mortalidad por VIH para el año 2016 fueron de 13.7 por 100,000 habitantes para ambos sexos, de 20.6 y 6.7 por 100,000 habitantes para los hombres y mujeres respectivamente. En cuanto a las tasas ajustadas a la población mundial, estos valores fueron de 13.9 por 100,000 habitantes para ambos sexos, de 21.0 por 100.000 habitantes para los hombres, y de 6.7 por 100.000 habitantes para las mujeres tasas son superiores en los hombres en comparación con las mujeres. Además, las tasas crudas de mortalidad más altas por VIH en hombres se presentan en la comarca Ngäbe Buglé, (52.1 por 100,000 hab.) y en la provincia de

⁸ Ahmad O, Boschi-Pinto C, Lopez AD, Murray CJL, Lozano R, Inoue M. Age standardization of rates: a new WHO standard. Geneva, World Health Organization, 2001.

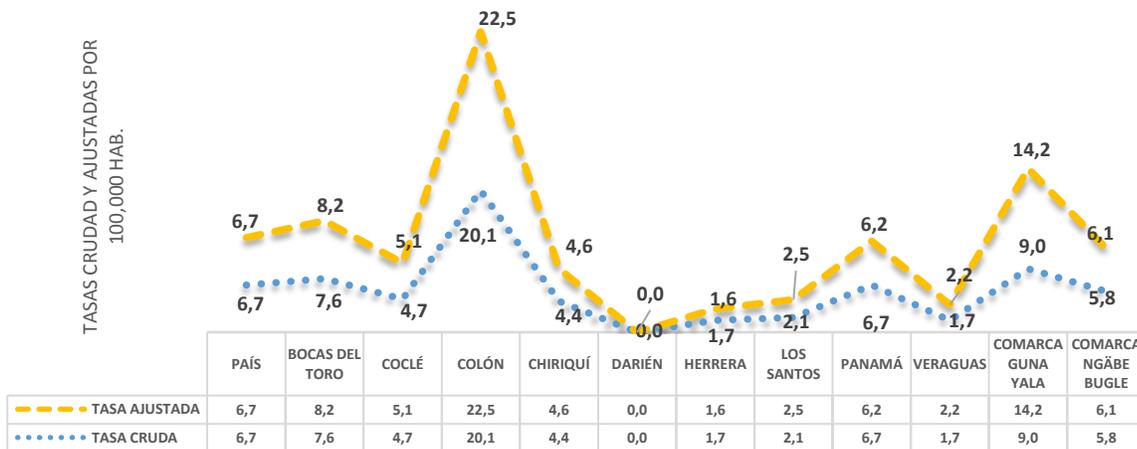
Colón en las mujeres (20.1 por 100,000 hab.), lo que duplica las tasas registradas en el país con relación al hombre y las triplica con relación a las mujeres.

Tasas de defunciones crudas y ajustadas por VIH en la República de Panamá, por Provincia y Comarca. En ambos sexos. Año 2016



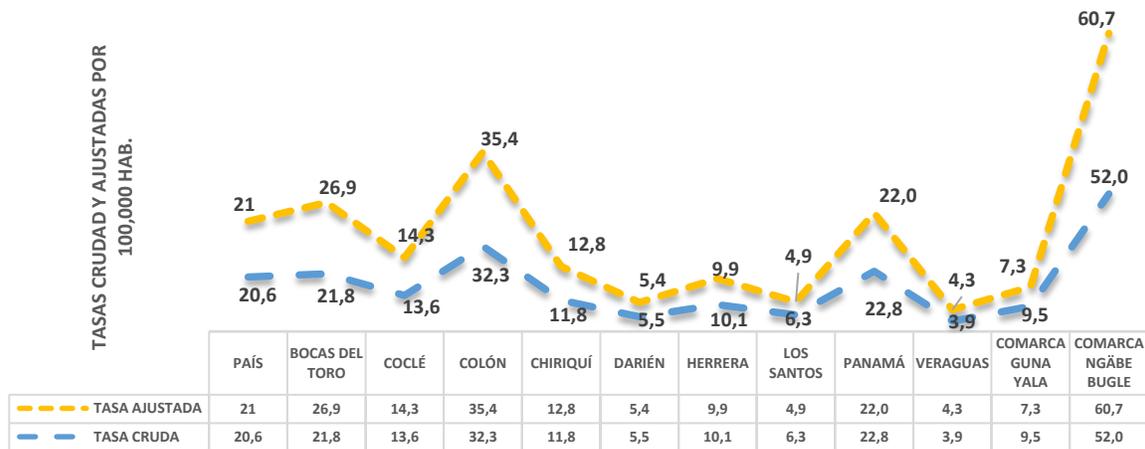
Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Censo, de la Contraloría General de la Republica.

Tasas de defunciones crudas y ajustadas por VIH en mujeres en la República de Panamá, por Provincia y Comarca. Año 2016



Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Censo, de la Contraloría General de la Republica.

Tasas de defunciones crudas y ajustadas por VIH en hombres en la República de Panamá, por Provincia y Comarca. Año 2016



Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Censo, de la Contraloría General de la Republica.

La Mortalidad por VIH en la Comarca Ngäbe Buglé Según Sexo, para El Año 2001 al 2016

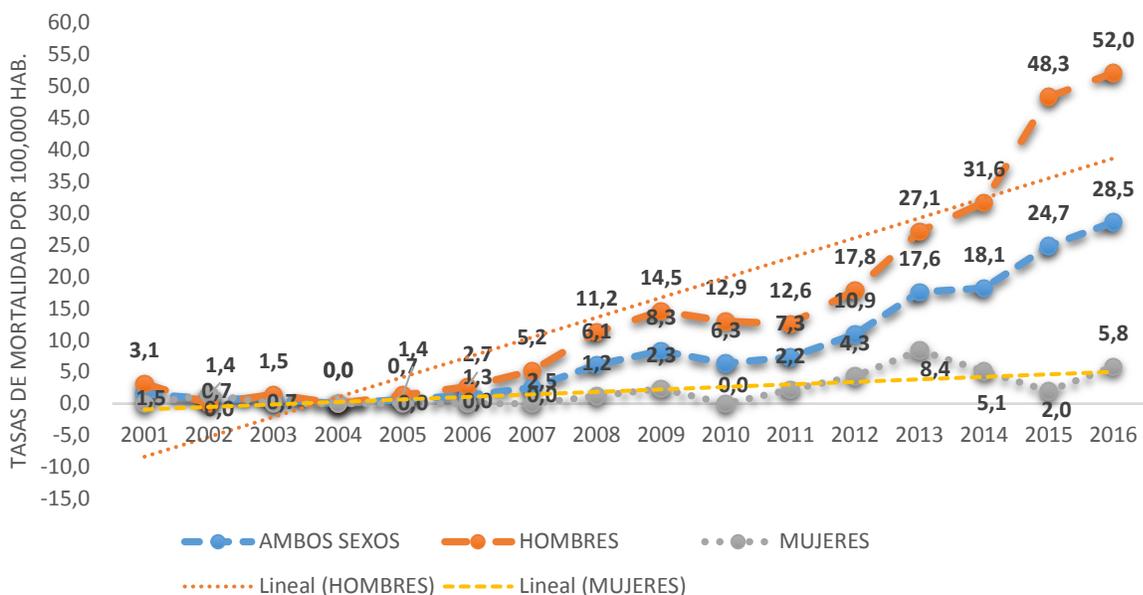
Al analizar las tasas crudas en ambos sexos de la mortalidad en la comarca Ngäbe Buglé para el periodo comprendido entre el año 2001 al 2016 por VIH observamos que las tasas de defunciones son superiores entre los hombres, con leves fluctuaciones en las mujeres los últimos 16 años.

Entre los años investigados la tasa de mortalidad para los hombres pasó de 3.1 en el año 2001 a 52.0 para el año 2016 por cada 100.000 hombres. Lo que representa un aumento 16 veces mayor para el 2016 con relación al año 2001.

Al considerar el año se observa que la tasa de mortalidad masculina alcanza sus máximos niveles para el año 2014, 2015 y 2016 (ver gráfico 4) con tasas de mortalidad de 31.6, 48.3 y 52.0 respectivamente por cada 100.000 hombres. Este aumento en las tasas de defunciones se presenta partir del año 2012 con tasas de 17.8 defunciones por 100,000 hombres.

La situación de las mujeres es relativamente menos a la de los hombres con relación al aumento de las tasas de mortalidad, pasando de 0.0 en el 2001 a 5.8 para el 2016 por cada 100.000 mujeres, observando sus máximos niveles para el año 2013 y 2016 con tasas de mortalidad de 8.4 y 5.8 respectivamente por cada 100.000 mujeres. Los valores presentados podrían ser considerados bajos en algún sentido. Sin embargo, resultan significativos, dado que se refieren a muertes susceptibles de ser evitadas.

Tendencia y Tasas de defunciones crudas por VIH en la comarca Ngäbe Buglé, según sexo. Año 2001 al 2016



Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Censo, de la Contraloría General de la República.

La Mortalidad Por VIH En La Comarca Ngäbe Buglé Según Sexo y Grupo de Edad, para El Año 2001, 2008 Y 2016

La tasa de mortalidad por VIH es superior entre los hombres. Dicha tasa se ha incrementado de forma exponencial en los tres periodos evaluados (2001, 2009 y 2016) con independencia del sexo, aunque lo ha hecho con mayor énfasis entre los hombres. Entre los años investigados la tasa de mortalidad para los hombres pasó de 3.1 en el año 2001 a 14.5 para el año 2009, y registros reportados de 52.0 para el año 2016 por cada 100.000 hombres, mientras que el femenino pasó de 0.0 a 2.3 por cada 100.000 mujeres del 2001 al 2009 respectivamente. Sin embargo, para el año 2016 las cifras se triplicaron con tasas de 7.8 defunciones por cada 100,000 mujeres.

Al considerar la edad se observa que la tasa de mortalidad masculina alcanza su máximo nivel en el grupo de 25 a 44 años para el año 2001, 2009 y 2016 con una tasa de mortalidad de 16.740.8 y 152.8 respectivamente por cada 100.000 hombres. Cabe señalar que, en los 3 periodos evaluados, se observó un marcado aumento de las tasas de mortalidad con respecto a los hombres, en los grupos de 15 a 24, 25 a 44 años para el año 2001, 2009 y 2016 respectivamente. La situación de las mujeres es menos pronunciada en comparación con los hombres, Como podemos ver no se reportaron defunciones para el año 2001. Ya para el año 2009 observamos reportes de mortalidad en poblaciones de 15 a 24 años, con tasas de 10.7 defunciones por cada 100,000 mujeres. P ara el año 2016 se observa un incremento en las tasas de defunciones, sobre todo en el grupo de 45 a 64 años, con reportes de tasas de 20.4.

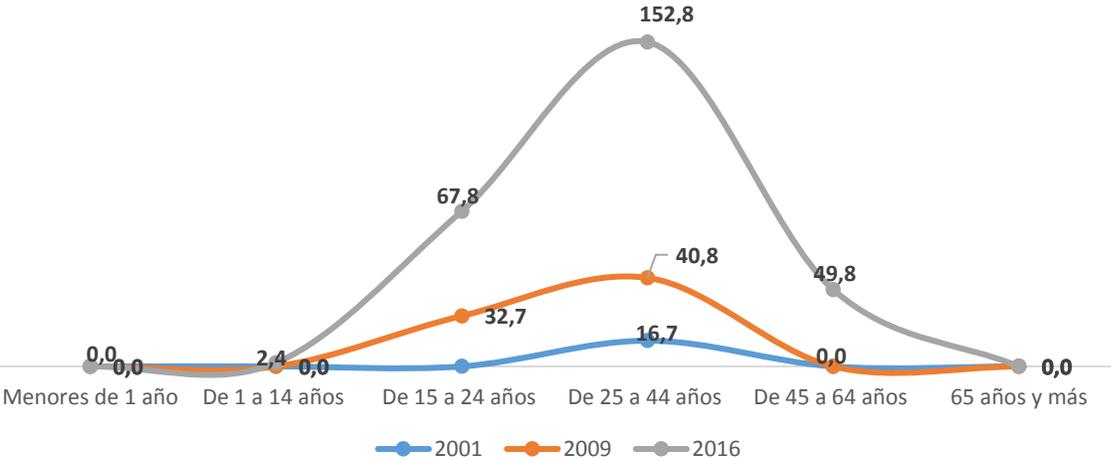
De igual forma se presentan tasas de mortalidad en poblaciones que no registraban casos de mortalidad. 30.6 defunciones para los menores de un año y 12.4 defunciones para el grupo de 25 a 44 años. Importante señalar que durante los tres periodos evaluados no se reportaron casos de defunciones en mayores de 65 años, lo cual puede estar relacionada a la esperanza de vida de la población Ngäbe Buglé y al acceso a los tratamientos.

Tasas crudas de mortalidad asociada al VIH en la comarca Ngäbe Buglé, por sexo y grupo de edad, 2001, 2008 y 2016. (Por cada 100.000 habitantes o nacidos vivos)

TASA DE MORTALIDAD	GRUPO DE EDAD					
	Años	Menores de 1 año	De 1 a 14 años	De 15 a 24 años	De 25 a 44 años	De 45 a 64 años
HOMBRES						
2001	0.0	0.0	0.0	16.7	0.0	0.0
2009	0.0	0.0	32.7	40.8	0.0	0.0
2016	0.0	2.4	67.8	152.8	49.8	0.0
MUJERES						
2001	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
2009	0.0	0.0	10.7	0.0	0.0	0.0
2016	30.6	0.0	9.1	12.4	20.4	0.0

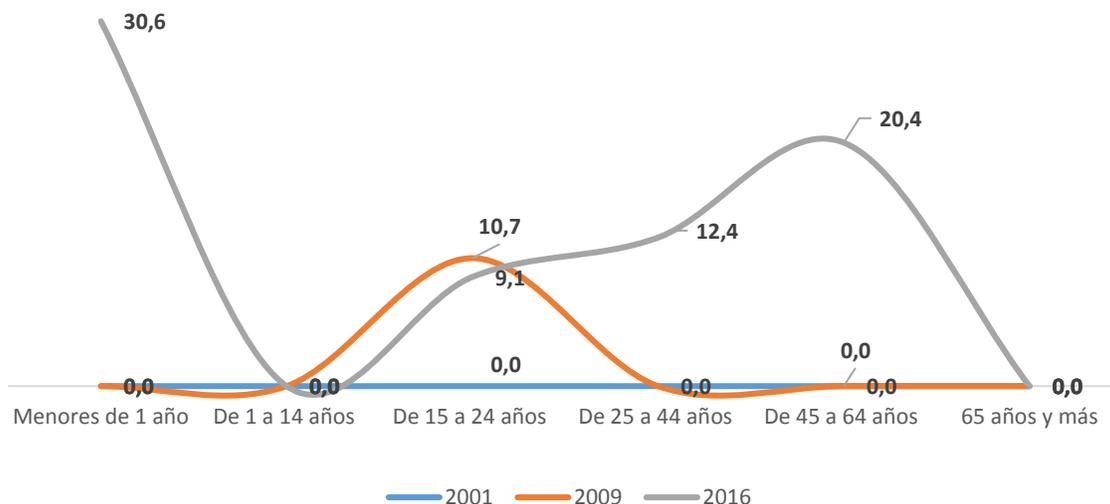
Fuente: Elaboración propia. Base de datos de mortalidad (2000, 2008 y 2014) del Instituto Nacional de Estadística y Censo de la Contraloría General de la República.

Tasas crudas de mortalidad en hombres asociadas al VIH en comarca Ngäbe Buglé, por grupo de edad. Años seleccionados, 2001, 2009 y 2016



Fuente: Base de datos de mortalidad (2001, 2009 y 2016) del Instituto Nacional de Estadística y Censo de la Contraloría General de la República.

Tasas crudas de mortalidad en mujeres asociadas a VIH en la comarca Ngäbe Buglé, por grupo de edad. Años seleccionados, 2001, 2009 y 2016

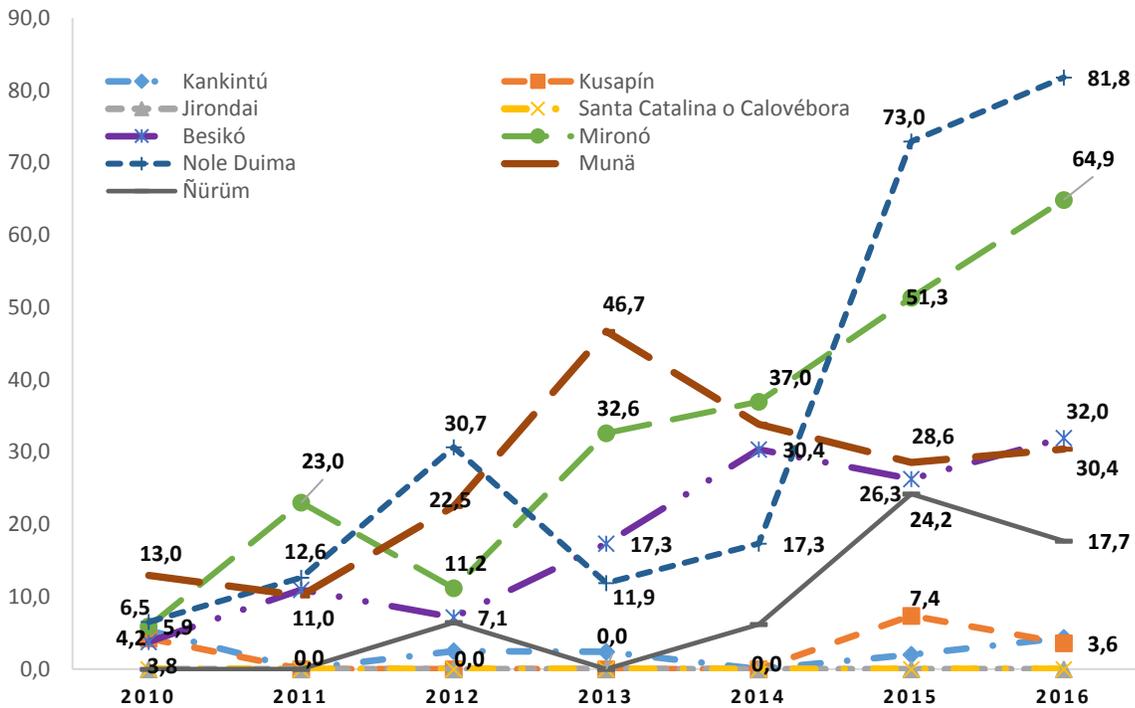


Fuente: Base de datos de mortalidad (2001, 2009 y 2016) del Instituto Nacional de Estadística y Censo de la Contraloría General de la Republica.

La Mortalidad Por VIH en la Comarca Ngäbe Buglé Según Distrito. Años Del 2010 Al 2016

Si analizamos las tasas de defunciones por VIH en los nueve distritos de la comarca Ngäbe Buglé, entre los años 2010 y 2016, observamos que las tasas de mortalidad por VIH en el distrito de Mironó paso de 5.9 del 2010 (1 defunciones) a 64.9 por cien mil habitantes al 2016 (13 defunciones), solo superado por las tasas de funciones registradas en el distrito de Nole Duima, que de 6.5 en el 2010 (1 defunciones) paso a 81.8 defunciones por cien mil habitantes (15 defunciones) en el 2016. “primer lugar dentro de los reportes de VIH”. Por otro lado, las tasas de defunciones registradas en el distrito de Munä entre el 2010 y 2016 pasaron de 13.0 a 30.4 respectivamente. El distrito de Besikó estuvo vinculado con 1 defunción en Panamá para el 2010, las cuales se incrementaron para el año 2016 en un 1,000%, donde se reportaron 10 defunciones. Con tasas que pasaron de 3.8 a 32.0 por cien mil habitantes respectivamente. El distrito de Kankintú presenta tasas entre 5.4 y 4.3 defunciones para el año 2010 y 2016 respectivamente. En el distrito de Kusapín observamos las menores tasas de mortalidad de la provincia de 4.2 a 3.6 defunciones para los años estudiados. Los distritos de Jirondai y Santa Catalina o Calovébora fueron creados por la Ley 33 del 10 de mayo de 2012, segregados de los distritos de Kankintú y Kusapín, con los reportes de defunciones que se inician en el año 2014 para estos 2 distritos. Importante señalar que durante estos años el distrito de Jirondai reporto 2 defunciones y el distrito de Santa Catalina no ha reportado casos de defunciones a la fecha.

Tasas crudas de defunciones por Distrito de la comarca Ngäbe Buglé, asociada al VIH, en ambos sexos. Año 2010 al 2016. (Por cada 100.000 habitantes o nacidos vivos)



Fuente: Base de datos de mortalidad (2010 y 2016) del Instituto Nacional de Estadística y Censo de la Contraloría General de la República.

La Mortalidad Por VIH En La Comarca Ngäbe Buglé Según Distrito, Por Sexo Y Grupo de Edad. Años Seleccionados Del 2010 Y 2016

Al desagregar las muertes por distrito, sexo y grupo de edades específicas nos permite observar un predominio de las defunciones por VIH en los distritos de Nole Duima y Mironó. Además, se presenta con mayor frecuencia en hombres y en edades de 15 a 24 y 25 a 44 años.

La tasa de mortalidad del 2010 y 2016 en los varones por VIH en el grupo de población de 25 A 44 años para los distritos de Nole Duima paso de (74.7.9 a 430.3), Mironó (65.1 a 414.4), Munä (83.5 a 153.1), Besikó (41.4 a 120.5) por cada 100.000 varones, lo que representan cifras alarmantes si las comparamos con el resto del país. El resto de los distritos de la comarca presentan cifras inferiores a la 100 defunción por cada 100,000 hombres. Por otro lado, la participación relativa de las muertes para este grupo de edad del total de las muertes por VIH en la comarca varió del 72.7% en el año 2010 a 34.5% para el período 2016. Importante señalar que no se observaron defunciones en los grupos menores de cinco años y de cinco a 14 años durante los periodos evaluados, con excepción del distrito de Jirondai que reporto una defunción para el año 2016. En los grupos de 15 a 24 años y las defunciones marcaron una

tendencia al aumento en los distritos de Nole Duima, Mironó, Munä, Besikó y Kankintú, con tasas reportadas de 336.5, 41.1, 103.4, 106.7 y 18.4 respectivamente para el año 2016. Del grupo de 45 a 64 años del distrito de Mironó no presento tasas de defunciones para el 2010. Sin embargo, reportó 248.4 defunciones para el 2016 por cada 100.000 varones. El otro distrito que reporto tasas de defunciones para el 2010 y 2016 fue el distrito de Munä, con tasas de 51.7 y 94.7 para el 2010 y 2016 respectivamente. El grupo de población de 65 años y más no reporto casos de defunciones para los periodos evaluados.

Con relación a la tasa de mortalidad femenina por VIH, se presentan valores bajos en comparación con los varones. Solo tres distritos presentaron tasas de defunciones para el 2016, ya que para el 2010 no reportaron defunciones. Los distritos que presentan tasas de mortalidad asociadas al VIH para el periodo 2016 son: el distrito de Besikó, con 58.5 defunciones por cada 100,000 mujeres en el grupo de 15 a 24 años. Además, observamos en los distritos de Nole Duima y Nürüm reportes de tasas de defunciones en el grupo de 25 a 44 años de 86.2 y 52.2 para el año 2016 respectivamente.

Para el año 2016 no hay casos reportados en los distritos de Mironó, Kankintú, Munä, Kusapín, Jirondai y Santa Catalina, ni en los grupos de edad menores de 14 años y mayores de 45 años.

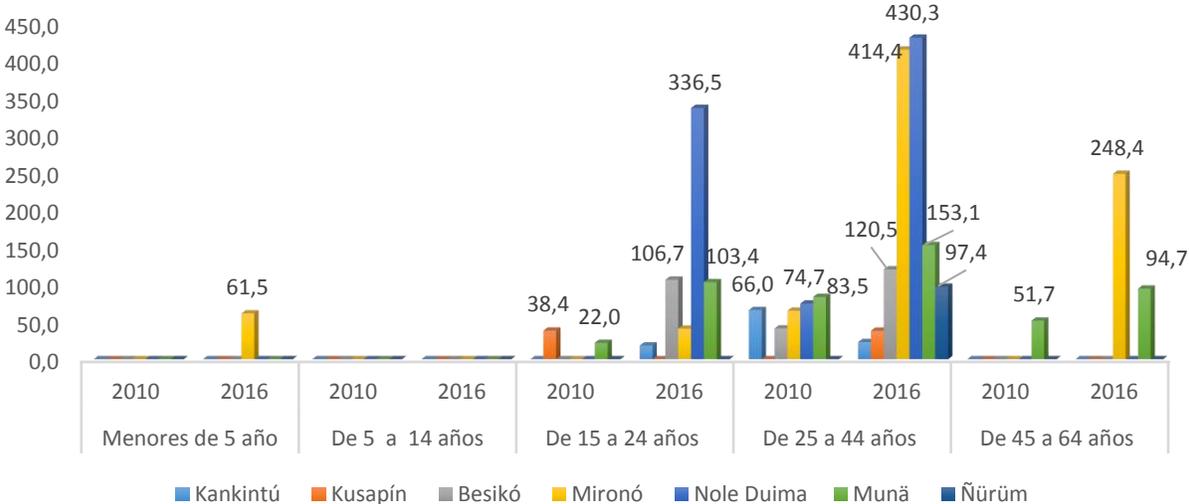
Número y Tasas crudas de defunciones por Distrito de la comarca Ngäbe Buglé, asociada al VIH, por sexo y grupo de edad. Año 2010 y 2016. (Por cada 100.000 habitantes o nacidos vivos).

Años	Menores de 5 año		De 5 a 14 años		De 15 a 24 años		De 25 a 44 años		De 45 a 64 años		65 años y más	
	2010	2016	2010	2016	2010	2016	2010	2016	2010	2016	2010	2016
HOMBRES												
Kankintú	0	0	0	0	0	1	2	1	0	0	0	0
Kusapín	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0
Jirondai	"	1	"	0	"	0	"	0	"	0	"	0
Santa Catalina o Calovébora	"	0	"	0	"	0	"	0	"	0	"	0
Besikó	0	0	0	0	0	4	1	4	0	0	0	0
Mironó	0	1	0	0	0	1	1	9	0	2	0	0
Nole Duima	0	0	0	0	0	5	1	8	0	0	0	0
Munä	0	0	0	0	1	4	3	7	1	2	0	0
Nürüm	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0
MUJERES												
Kankintú	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Kusapín	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Jirondai	"	0	"	0	"	0	"	0	"	0	"	0
Santa Catalina o Calovébora	"	0	"	0	"	0	"	1	"	0	"	0
Besikó	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0
Mironó	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Nole Duima	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0
Munä	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Nürüm	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
TASA DE DEFUNCIONES												
Años	Menores de 5 año		De 5 a 14 años		De 15 a 24 años		De 25 a 44 años		De 45 a 64 años		65 años y más	
	2010	2016	2010	2016	2010	2016	2010	2016	2010	2016	2010	2016
HOMBRES												
Kankintú	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	18.4	66.0	23.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Kusapín	0.0	0.0	0.0	0.0	38.4	0.0	0.0	38.2	0.0	0.0	0.0	0.0
Jirondai	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"
Santa Catalina o Calovébora	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"
Besikó	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	106.7	41.4	120.5	0.0	0.0	0.0	0.0
Mironó	0.0	61.5	0.0	0.0	0.0	41.1	65.1	414.4	0.0	248.4	0.0	0.0
Nole Duima	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	336.5	74.7	430.3	0.0	0.0	0.0	0.0
Munä	0.0	0.0	0.0	0.0	22.0	103.4	83.5	153.1	51.7	94.7	0.0	0.0
Nürüm	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	97.4	0.0	0.0	0.0	0.0
MUJERES												
Kankintú	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Kusapín	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Jirondai	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"
Santa Catalina o Calovébora	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"
Besikó	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	58.5	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Mironó	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Nole Duima	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	86.2	0.0	0.0	0.0	0.0
Munä	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Nürüm	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	55.2	0.0	0.0	0.0	0.0

Nota: "No aplica. Los distritos de Jirondai y Santa Catalina o Calovébora fueron creados por la Ley 33 del 10 de mayo de 2012, segregados de los distritos de Kankintú y Kusapín.

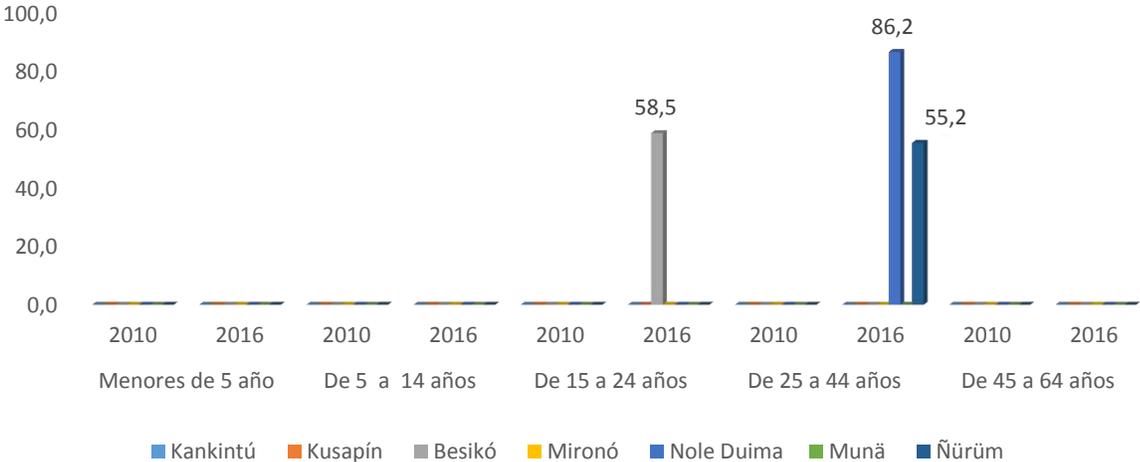
Fuente: Elaboración propia. Base de datos de mortalidad (2010 y 2016) del Instituto Nacional de Estadística y Censo de la Contraloría General de la Republica.

Tasas crudas de defunciones por Distrito de la comarca Ngäbe Buglé, asociada al VIH, por grupo de edad en hombres. Año 2010 y 2016. (Por cada 100.000 habitantes o nacidos vivos)



Fuente: Elaboración propia. Base de datos de mortalidad (2010 y 2016) del Instituto Nacional de Estadística y Censo de la Contraloría General de la Republica.

Tasas crudas de defunciones por Distrito de la comarca Ngäbe Buglé, asociada al VIH, por grupo de edad en mujeres. Año 2010 y 2016. (Por cada 100.000 habitantes o nacidos vivos)



Fuente: Elaboración propia. Base de datos de mortalidad (2010 y 2016) del Instituto Nacional de Estadística y Censo de la Contraloría General de la Republica.

La Mortalidad Por VIH En La Comarca Ngäbe Buglé Según Corregimiento, del 2010 al 2016

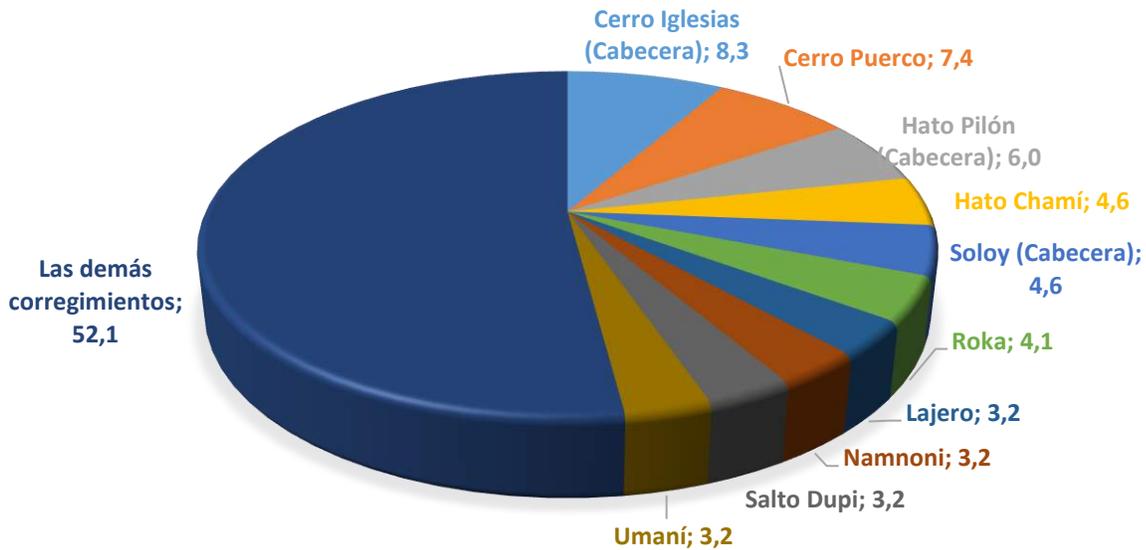
Si analizamos las cifras de la mortalidad por VIH a nivel de los corregimientos de la comarca Ngäbe Buglé del 2010 al 2016, el indicador revela que, para el corregimiento de Cerro Iglesias (Cabecera), Cerro Puerco, Hato Pilón (Cabecera), Hato Chamí y Soloy (Cabecera), se obtuvieron los porcentajes más elevados de la comarca Ngäbe Buglé con 8.3, 7.4, 6.0, 4.6 y 4.6 respectivamente. En este sentido, es importante mencionar, que entre los diez corregimientos más afectados están los corregimientos de Cerro Iglesias (Cabecera), Cerro Puerco, Hato Pilón (Cabecera), Hato Chamí, Soloy (Cabecera), Roka, Lajero, Nämnoní, Salto Dupí y Umaní. Sin embargo, las mayores tasas de mortalidad para el 2016 se reportan en el corregimiento de Hato Pilón (Cabecera), Hato Jobo, Cerro Iglesias (Cabecera), Hato Chamí y Cerro Puerco. Llama la atención el corregimiento de Hato Jobo, Hato Pilón (Cabecera) y Cerro Iglesias (Cabecera), por presentar tasas de mortalidad que triplican al resto de los corregimientos de la comarca Ngäbe Buglé.

Los principales corregimientos de la comarca Ngäbe Buglé con el mayor número de defunciones registradas del 2010 al 2016. (En porcentaje)

Corregimientos de la comarca Ngäbe Buglé	Número de defunciones	Porcentaje
Cerro Iglesias (Cabecera)	18	8.3
Cerro Puerco	16	7.4
Hato Pilón (Cabecera)	13	6.0
Hato Chamí	10	4.6
Soloy (Cabecera)	10	4.6
Roka	9	4.1
Lajero	7	3.2
Namnoni	7	3.2
Salto Dupi	7	3.2
Umaní	7	3.2
Las demás corregimientos	113	52.1

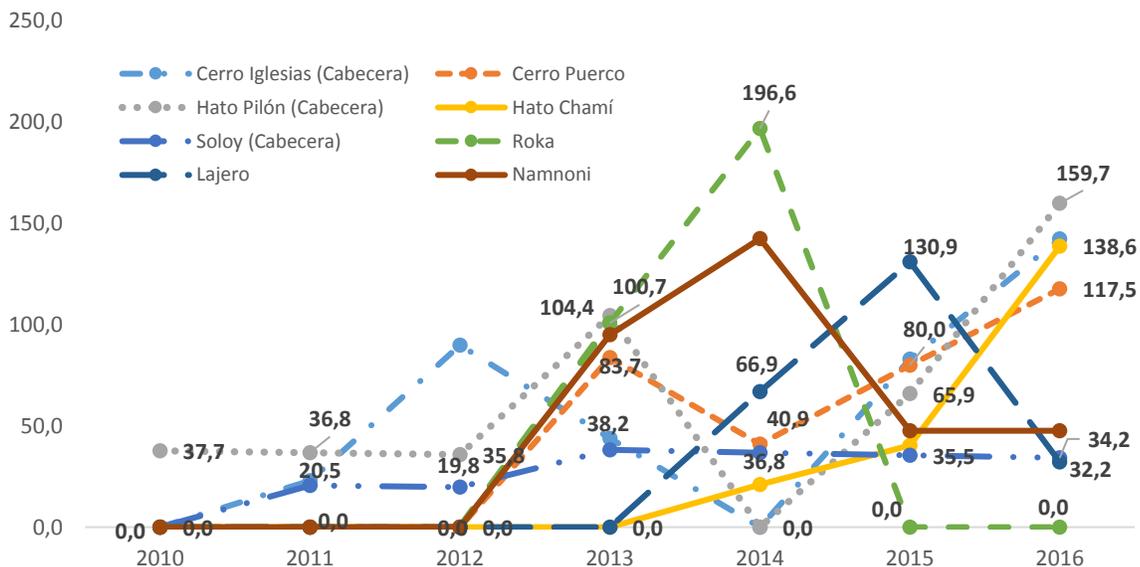
Fuente: Elaboración propia. Base de datos de mortalidad (2010 y 2016) del Instituto Nacional de Estadística y Censo de la Contraloría General de la Republica.

Los principales corregimientos de la comarca Ngäbe Buglé con el mayor número de defunciones registradas del 2010 al 2016. (En porcentaje)



Fuente: Elaboración propia. Base de datos de mortalidad (2010 y 2016) del Instituto Nacional de Estadística y Censo de la Contraloría General de la Republica.

Las Tasas de mortalidad de los corregimientos de la comarca Ngäbe Buglé con el mayor número de defunciones registradas del 2010 al 2016.



Fuente: Elaboración propia. Base de datos de mortalidad (2010 y 2016) del Instituto Nacional de Estadística y Censo de la Contraloría General de la Republica.

Consideraciones sobre la Mortalidad por VIH

Según los resultados presentados, cabe reflexionar acerca de las recomendaciones y conclusiones con relación a los niveles de mortalidad asociados a VIH y grupos poblacionales, ya sea para mantener su reducción, o bien para revertir la tendencia al aumento.

La investigación sobre VIH ha demostrado la necesidad de centrar la atención en poblaciones cuidadosamente definidas, consultar ampliamente con las poblaciones destinatarias identificadas e incorporarlas en las actividades de diseño, aplicación, monitoreo y evaluación. Los servicios de detección y tratamiento del VIH siguen siendo insuficientes, las personas que necesitan servicios de detección y tratamiento de VIH deben afrontar numerosos problemas. Estos incluyen la escasez de recursos, la calidad insuficiente de los servicios y el limitado seguimiento de las personas. Además, de la necesidad de reducir el riesgo de infección por el VIH limitando su exposición a los factores de riesgo dirigido a las poblaciones vulnerables.

Las poblaciones vulnerables que registran las tasas más altas de VIH son los distritos de Nole Duima (corregimientos de Cerro Iglesias (Cabecera) y Hato Chamí) y el distrito de Mironó (corregimiento de Hato Pilón), afectando sobre todo las poblaciones de hombres de 25 a 45 años, quienes con frecuencia carecen de acceso a servicios de salud apropiados.

Los datos presentados nos permiten identificar las provincias, distritos y corregimientos en lo que se refiere a la mortalidad por VIH en la Panamá. El aumento que registra la tasa de mortalidad por VIH, particularmente las tasas de mortalidad en las poblaciones de 25 a 45 años. Además, los datos presentados permiten observar tasas de la mortalidad masculina superior a la femenina, En general, la incidencia del VIH está disminuyendo en el país, pero en algunas provincias y comarcas está aumentando. Los progresos no están alcanzando suficientemente ni con bastante rapidez a todas las poblaciones prioritarias. También hay disparidades considerables con respecto al acceso al tratamiento y a la atención, y los hombres (entre ellos los pertenecientes a poblaciones vulnerables) se están quedando atrás en las áreas más afectadas del país. La estigmatización y discriminación generalizadas siguen dificultando el acceso a servicios críticos para las poblaciones clave. Asimismo, mediante una mejor utilización de los datos sería posible dirigir mejor las respuestas nacionales al VIH en función de la situación epidemiológica de cada región del país. Las intervenciones contra el VIH llevadas a cabo en muchos entornos son de calidad deficiente, y no son necesariamente las de mayor impacto ni se centran suficientemente en las poblaciones más necesitadas.

En este sentido, para tratar y prevenir el VIH; el país debe fortalecer los sistemas de vigilancia y seguimiento, destaca la necesidad de adoptar medidas de intervención esenciales, incluida la información y los servicios de promoción y prevención. Además, se busca reforzar los servicios eficaces de lucha contra el VIH.

Según los resultados presentados, cabe reflexionar acerca de las recomendaciones y conclusiones con relación a los niveles de mortalidad asociados a determinadas causas y grupos poblacionales, ya sea para mantener su reducción, o bien para revertir su tendencia al aumento.

Los cambios de comportamientos son complejos. A pesar de los considerables esfuerzos realizados para identificar intervenciones simples que puedan reducir los comportamientos sexuales de riesgo, los cambios de esos comportamientos siguen suponiendo un desafío complejo. La investigación ha demostrado la necesidad de centrar la atención en poblaciones cuidadosamente definidas, consultar ampliamente con las poblaciones destinatarias identificadas e incorporarlas en las actividades de diseño, aplicación, monitoreo y evaluación. Como ya comentábamos, los servicios de detección y tratamiento de las ITS siguen siendo inadecuados, las personas que necesitan servicios de detección y tratamiento de ITS deben afrontar numerosos problemas. Estos incluyen la escasez de recursos, la estigmatización, la calidad insuficiente de los servicios y el limitado o inexistente seguimiento de las parejas sexuales.

Las poblaciones vulnerables que registran las tasas más altas de ITS, incluidos trabajadores sexuales, hombres homosexuales, consumidores de drogas inyectables, reclusas(os), adolescentes, y sobre todo las poblaciones indígenas, con frecuencia carecen de acceso a servicios de salud apropiados.

Los datos presentados nos permiten identificar algunos progresos en lo que se refiere a la reducción de la mortalidad por ITS en la Panamá. Estos logros se observan en el descenso que registra la tasa de mortalidad por ITS, particularmente las tasas de mortalidad asociadas al VIH (en las poblaciones más jóvenes). Sin embargo, esto no se refleja en las áreas comarcales, por lo contrario, se observa un incremento en los últimos años.

En este sentido, para tratar y prevenir las ITS; el país debe fortalecer los sistemas de vigilancia y seguimiento, destaca la necesidad de adoptar medidas de intervención esenciales, incluida la información y los servicios de promoción y prevención. Además, se busca reforzar los servicios eficaces de lucha contra las ITS, con inclusión de:

- Gestión de casos de ITS y asesoramiento
- Servicios de ITS integrados en los sistemas de salud existentes
- Promoción de la salud sexual y reproductiva
- Evaluación de la carga de morbilidad derivada de las ITS

- Implementar la Estrategia 90-90-90 (aumentar al 90 por ciento la proporción de personas con VIH que conocen su diagnóstico, a incrementar al 90 por ciento aquellas bajo tratamiento antirretroviral, y a que el 90 por ciento bajo tratamiento tenga carga viral suprimida), para cerrar la brecha del acceso a la prueba y para proteger la salud de las personas que viven con VIH que aún no están accediendo al tratamiento.
- **Fortalecimiento de los sistemas de salud.** Las respuestas al VIH requieren sistemas de salud sólidos que sean capaces de prestar una atención fiable y eficaz centrada en las personas. Las características distintivas de esos sistemas de salud son: modelos eficientes de prestación de servicios; personal sanitario suficiente y bien formado; buenos sistemas de información sanitaria; acceso fiable a tecnologías y productos médicos esenciales; financiación suficiente, y gobernanza y liderazgo sólidos. Hay varias mejoras viables, entre ellas la dotación de los profesionales sanitarios con las aptitudes y productos básicos necesarios para ampliar rápidamente la prevención, el diagnóstico y el tratamiento del VIH. Los sistemas de financiación de la salud y los planes de protección económica pueden diseñarse de modo que aseguren a las personas el acceso a servicios esenciales y de calidad garantizada relacionados con el VIH, sin que por ello sufran dificultades económicas.
- **Sistemas comunitarios de apoyo.** La participación de la comunidad y de otras estructuras y redes de la sociedad civil es una característica distintiva de las respuestas sanitarias exitosas, especialmente en poblaciones y entornos afectados por la estigmatización y la discriminación. Aunque la importancia de estos interesados tiene un reconocimiento cada vez mayor, sigue faltando apoyo real. Como mínimo, los marcos jurídicos y de reglamentación deberían facilitar colaboraciones y alianzas más sólidas entre los grupos de la comunidad y los sectores público y privado.
- Considerar el nivel de cobertura y sub registro de la fuente oficial de los datos de mortalidad. Conocer el grado de cobertura de la fuente de las defunciones totales y por la causa específica es clave para interpretar la información y los indicadores de mortalidad adecuadamente.
- Identificar las causas específicas al interior del bloque de B20-B24 usando el mayor nivel de desagregación. Determine la proporción de defunciones por Enfermedad por VIH sin otra especificación (B24) así como otras causas residuales. El predominio de B24 es un indicador de mal registro y mala codificación. Con las actividades de capacitación a médicos y codificadores el % de este indicador debería disminuir progresivamente.

Información de atención – MINSA

Consulta y concentración de atención de crecimiento y desarrollo en niños menores de 5 años en regiones e instalaciones del ministerio de salud: enero a abril 2018 P/

2016									
Regiones de Salud	Menores de 5 año			Menores de 1 año			Menores de 1 - 4 años		
	Consultas		Concentración	Consultas		Concentración	Consultas		Concentración
	Total	Ingreso + nuevos		Total	Ingreso + nuevos		Total	Ingreso + nuevos	
Región de Salud	453,508	258,416	1.8	236,810	107,790	4.4	216,698	150,626	1.4
Panamá Metro	55,512	28,830	1.9	35,888	17,364	4.1	19,624	11,466	1.7
Panamá Oeste	52,332	30,776	1.7	26,810	13,504	4.0	25,522	17,272	1.5
San Miguelito	39,662	16,894	2.3	25,888	8,820	5.9	13,774	8,074	1.7
Chiriquí	42,808	25,208	1.7	22,672	11,056	4.1	20,136	14,152	1.4
Veraguas	33,224	16,884	2.0	16,132	7,012	4.6	17,092	9,872	1.7
Comarca Ngobe Buglé	53,236	38,964	1.4	23,902	102,869	54.6	29,334	28,678	1.0
2017									
Región de Salud	371,004	261,204	1.4	211,572	167,988	1.3	159,432	93,216	1.7
Panamá Metro	37,932	28,572	1.3	38,712	26,436	1.3	20,196	16,788	1.2
Panamá Oeste	40,524	39,600	1.0	27,480	25,872	1.1	13,044	13,728	1.0
San Miguelito	58,908	46,225	1.3	38,712	29,436	1.3	20,196	16,788	1.2
Chiriquí	34,980	25,332	1.4	21,528	15,492	1.4	13,452	9,840	1.4
Veraguas	38,292	29,304	1.3	14,364	9,744	1.5	23,928	19,560	1.2
Comarca Ngobe Buglé	21,324	20,868	1.0	12,423	12,108	1.0	8,904	19,560	1.0
2018									
Región de Salud	149,348	130,564	1.1	77,092	64,540	1.6	72,256	66,024	1.1
Panamá Metro	18,424	15,092	1.2	12,100	9,848	1.6	6,324	5,244	1.2
Panamá Oeste	22,108	20,412	1.1	10,864	9,740	1.5	6,324	5,244	1.2
San Miguelito	12,012	9,456	1.3	7,848	5,964	1.8	4,064	3,492	1.2
Chiriquí	14,476	13,440	1.1	2,944	5,976	1.6	7,408	7,464	1.0
Veraguas	8,580	8,312	1.0	4,752	3,844	1.6	3,828	4,468	0.9
Comarca Ngobe Buglé	18,232	18,116	1.0	7,512	7,416	1.7	1,132	1,060	1.1

Nota: Los datos corresponden a Instalaciones del Ministerio de Salud.

P/ Información Preliminar. * enero a abril 2018 P/.

Fuente Documental: Sistema de Información Estadística en Salud. SIES

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

Tomando referencia el año 2016, el total de consultas y concentración de crecimiento y desarrollo para los menores de 5 años vemos que:

- En el 2017, el total de consultas de crecimiento y desarrollo bajo en un 22 %
- En el 2018, dato preliminar al primer trimestre de un 33 %.
- La concentración promedio es de 1.4

Tomando referencia el año 2016, el total de consultas y concentración de crecimiento y desarrollo para los menores de 1 año vemos que:

- En el 2017, el total de consultas de crecimiento y desarrollo bajo en un 12 %
- En el 2018, dato preliminar al primer trimestre de un 33 %.
- La concentración promedio es de 2.4

Tomando referencia el año 2016, el total de consultas y concentración de crecimiento y desarrollo para los menores de 1 - 4 años vemos que:

- En el 2017, el total de consultas de crecimiento y desarrollo bajo en un 36 %
- En el 2018, dato preliminar al primer trimestre de un 33 %.
- La concentración promedio es de 1.4

Tomando referencia el año 2016, el total de ingresos + nuevos de crecimiento y desarrollo para los menores de 5 años vemos que:

- En el 2017, el total de consultas de ingresos + nuevos de crecimiento y desarrollo tuvo incremento en un 44 %
- En el 2018, dato preliminar al primer trimestre de un 49 %.

Tomando referencia el año 2016, el total de ingresos + nuevos de crecimiento y desarrollo para los menores de 1 año vemos que:

- En el 2017, el total de consultas de ingresos + nuevos de crecimiento y desarrollo tuvo incremento en un 36 %
- En el 2018, dato preliminar al primer trimestre de un 40 %.

Tomando referencia el año 2016, el total de ingresos + nuevos de crecimiento y desarrollo para los menores de 1 - 4 años vemos que:

- En el 2017, el total de consultas de ingresos + nuevos de crecimiento y desarrollo bajo en un 38 %
- En el 2018, dato preliminar al primer trimestre de un 43.8 %.

Consultas por profesional y tipo de paciente, según región de salud, comarcas indígenas del ministerio de salud en la república de panamá. enero a abril 2018 P/

2016															
Regiones de Salud	Total de Consultas			Médicas			Odontológicas			Enfermería			Técnicas		
	Total	Asegurado	No Asegurado	Total	Asegurado	No Asegurado	Total	Asegurado	No Asegurado	Total	Asegurado	No Asegurado	Total	Asegurado	No Asegurado
Región de Salud	5,534,246	2,047,522	3,486,724	3,829,286	1,470,514	2,358,772	774,834	302,304	472,530	470,814	78,218	392,596	459,312	196,486	262,826
Panamá Metro	777,550	325,252	452,298	503,862	197,204	306,658	145,724	62,606	83,118	23,378	9,044	14,334	104,586	56,398	48,188
Panamá Oeste	501,928	114,000	387,928	328,408	70,734	257,674	64,336	18,042	46,294	53,288	11,734	41,554	55,896	13,490	42,406
San Miguelito	368,688	113,272	255,366	278,802	86,742	192,060	59,032	19,194	39,838	8,512	1,980	6,532	22,292	5,356	16,936
Chiriquí	859,464	402,530	456,934	626,434	303,664	322,770	103,036	51,010	52,026	45,310	10,566	34,744	84,684	37,290	47,394
Veraguas	502,910	153,246	349,664	330,362	104,198	226,164	67,678	18,026	49,652	52,376	7,270	45,106	52,494	23,752	28,742
Comarca Ngobe Buglé	270,876	10,916	259,960	139,388	7,698	131,690	21,106	206	20,900	95,058	654	94,404	15,324	2,358	12,966
2017															
Región de Salud	4,779,462	2,007,252	2,772,180	3,331,584	1,480,188	1,851,396	637,320	256,524	380,796	416,196	80,160	336,036	394,332	190,380	203,952
Panamá Metro	556,020	249,948	306,072	335,976	141,420	194,556	109,944	44,400	65,544	18,048	6,792	11,256	92,052	57,336	34,716
Panamá Oeste	385,248	105,408	279,840	231,744	59,592	172,152	50,640	16,332	34,308	46,764	11,796	34,968	56,100	17,688	38,412
San Miguelito	405,840	123,480	282,360	307,644	89,832	217,812	67,512	24,216	43,296	13,464	3,396	10,068	17,220	6,036	11,184
Chiriquí	994,992	560,304	464,688	764,100	457,608	306,492	103,884	54,612	49,272	44,688	10,344	34,644	82,320	37,740	44,580
Veraguas	464,840	123,480	282,360	307,644	89,832	217,812	67,512	24,216	43,296	13,464	3,396	10,068	17,220	6,036	11,184
Comarca Ngobe Buglé	166,380	11,388	154,992	53,592	8,448	45,144	16,092	288	15,804	87,120	780	86,340	8,576	1,872	7,704
2018															
Región de Salud	1,825,196	680,688	1,144,508	1,267,264	461,820	805,444	220,068	97,016	123,052	223,624	71,728	151,896	114,240	50,124	64,116
Panamá Metro	264,244	102,256	161,988	181,932	64,100	117,832	46,220	20,462	25,788	10,620	2,608	8,012	25,472	15,116	10,356
Panamá Oeste	173,472	37,908	135,564	122,036	23,808	98,228	20,184	6,400	13,784	18,380	4,444	13,936	12,872	3,256	9,616
San Miguelito	170,604	47,600	123,004	136,400	40,000	96,400	19,760	4,600	15,160	5,124	1,000	4,124	9,320	2,000	7,320
Chiriquí	276,840	133,188	143,652	194,428	94,016	100,412	31,212	17,524	13,688	34,220	13,688	20,532	16,980	7,960	9,020
Veraguas	193,304	61,688	131,616	125,028	33,932	91,096	21,576	6,692	14,884	32,264	14,884	17,380	14,436	6,180	8,256
Comarca Ngobe Buglé	104,912	7,648	97,264	54,308	2,508	51,800	4,260	48	4,192	41,796	41,192	37,604	4,568	900	3,668

Nota: Los datos corresponden a instalaciones del Ministerio de Salud.

P/ Información Preliminar. * enero a abril 2018 P/.

Fuente Documental: Sistema de Información Estadística en Salud. SIES

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

Total, de país - Consultas por profesional y tipo de pacientes

Tomando referencia el año 2016, el total de consultas por profesional y tipo de paciente para el país fue:

- En el 2017, el total de consultas por profesional y tipo bajo en un 14%
- En el 2018, dato preliminar al primer trimestre de un 33 %.
- El promedio para el total de consultas por profesional y tipo de paciente fue: para asegurados de un 39 % y para no asegurados de un 61 %.

Tomando referencia el año 2016, el total de consultas médicas y tipo de paciente para el país fue:

- En el 2017, el total consultas médicas y tipo bajo en un 13 %.
- En el 2018, dato preliminar al primer trimestre de un 23 %.
- El promedio para el total de consultas médicas y tipo de paciente fue: para asegurados de un 40 % y para no asegurados de un 60 %.

Tomando referencia el año 2016, el total de consultas odontológicas y tipo de paciente para el país fue:

- En el 2017, el total consultas odontológicas y tipo bajo en un 18 %.
- En el 2018, dato preliminar al primer trimestre de un 13 %.
- El promedio para el total de consultas odontológicas y tipo de paciente fue: para asegurados de un 41 % y para no asegurados de un 59%

Tomando referencia el año 2016, el total de consultas de enfermería y tipo de paciente para el país fue:

- En el 2017, el total consultas de enfermería y tipo bajo en un 12 %.
- En el 2018, dato preliminar al primer trimestre de un 41 %.
- El promedio para el total de consultas de enfermería y tipo de paciente fue: para asegurados de un 23 % y para no asegurados de un 77 %

Tomando referencia el año 2016, el total de consultas técnicas y tipo de paciente para el país fue:

- En el 2017, el total consultas técnicas y tipo bajo en un 14 %.
- En el 2018, dato preliminar al primer trimestre de un 12 %.
- El promedio para el total de consultas técnicas y tipo de paciente fue: para asegurados de un 45 % y para no asegurados de un 55 %

Panamá Metro - Consultas por profesional y tipo de pacientes

Tomando referencia el año 2016, el total de consultas por profesional y tipo de paciente para la Panamá Metro fue:

- En el 2017, el total de consultas por profesional y tipo bajo en un 28 %
- En el 2018, dato preliminar al primer trimestre de un 34 %.
- El promedio para el total de consultas por profesional y tipo de paciente fue: para asegurados de un 42 % y para no asegurados de un 58 %.

Tomando referencia el año 2016, el total de consultas médicas y tipo de paciente para Panamá Metro fue:

- En el 2017, el total consultas médicas y tipo bajo en un 33 %.
- En el 2018, dato preliminar al primer trimestre de un 36 %.
- El promedio para el total de consultas médicas y tipo de paciente fue: para asegurados de un 39 % y para no asegurados de un 61 %.

Tomando referencia el año 2016, el total de consultas odontológicas y tipo de paciente para Panamá Metro fue:

- En el 2017, el total consultas odontológicas y tipo bajo en un 25 %.
- En el 2018, dato preliminar al primer trimestre de un 32 %.
- El promedio para el total de consultas odontológicas y tipo de paciente fue: para asegurados de un 43 % y para no asegurados de un 57 %

Tomando referencia el año 2016, el total de consultas de enfermería y tipo de paciente para Panamá Metro fue:

- En el 2017, el total consultas de enfermería y tipo bajo en un 23 %.
- En el 2018, dato preliminar al primer trimestre de un 45 %.
- El promedio para el total de consultas de enfermería y tipo de paciente fue: para asegurados de un 34 % y para no asegurados de un 66 %

Tomando referencia el año 2016, el total de consultas técnicas y tipo de paciente para Panamá Metro fue:

- En el 2017, el total consultas técnicas y tipo bajo en un 12 %.
- En el 2018, dato preliminar al primer trimestre de un 24 %.
- El promedio para el total de consultas técnicas y tipo de paciente fue: para asegurados de un 59 % y para no asegurados de un 41 %

Comarca Ngobe Buglé - Consultas por profesional y tipo de pacientes

Tomando referencia el año 2016, el total de consultas por profesional y tipo de paciente para la Comarca Ngobe Buglé fue:

- En el 2017, el total de consultas por profesional y tipo bajo en un 39 %
- En el 2018, dato preliminar al primer trimestre de un 39 %.
- El promedio para el total de consultas por profesional y tipo de paciente fue: para asegurados de un 6 % y para no asegurados de un 94 %.

Tomando referencia el año 2016, el total de consultas médicas y tipo de paciente para la Comarca Ngobe Buglé fue:

- En el 2017, el total consultas médicas y tipo bajo en un 62 %.
- En el 2018, dato preliminar al primer trimestre de un 39 %.
- El promedio para el total de consultas médicas y tipo de paciente fue: para asegurados de un 9 % y para no asegurados de un 91 %.

Tomando referencia el año 2016, el total de consultas odontológicas y tipo de paciente para la Comarca Ngobe Buglé fue:

- En el 2017, el total consultas odontológicas y tipo bajo en un 24 %.
- En el 2018, dato preliminar al primer trimestre de un 80 %.
- El promedio para el total de consultas odontológicas y tipo de paciente fue: para asegurados de un 1 % y para no asegurados de un 99 %

Tomando referencia el año 2016, el total de consultas de enfermería y tipo de paciente la Comarca Ngobe Buglé fue:

- En el 2017, el total consultas de enfermería y tipo bajo en un 8 %.
- En el 2018, dato preliminar al primer trimestre de un 44 %.
- El promedio para el total de consultas de enfermería y tipo de paciente fue: para asegurados de un 33 % y para no asegurados de un 67 %

Tomando referencia el año 2016, el total de consultas técnicas y tipo de paciente para la Comarca Ngobe Buglé fue:

- En el 2017, el total consultas técnicas y tipo bajo en un 44 %.
- En el 2018, dato preliminar al primer trimestre de un 30 %.
- El promedio para el total de consultas técnicas y tipo de paciente fue: para asegurados de un 19 % y para no asegurados de un 81 %

Concentración de la atención de control de salud de adulto, por grupo de edad, según región de salud y comarca indígena en instalaciones del ministerio de salud: enero a abril 2018 P

2016									
Región de Salud	Total			20 - 59			60 y más		
	Consultas	Nuevas/Año	Concentración	Consultas	Nuevas/Año	Concentración	Consultas	Nuevas/Año	Concentración
Total	572,652	406,052	1.4	443,050	320,520	1.4	129,602	85,532	1.5
Panamá	269,596	187,368	1.4	228,100	160,824	1.4	41,496	26,544	1.6
Oeste	66,042	44,696	1.5	50,518	34,268	1.5	15,524	10,428	1.5
Metro	138,766	92,134	1.5	125,194	84,120	1.5	13,572	8,014	1.7
San Miguelito	34,220	28,176	1.2	28,732	24,264	1.2	5,488	3,912	1.4
Chiriquí	56,482	50,468	1.1	45,490	40,212	1.1	10,992	10,256	1.1
Veraguas	48,924	32,006	1.5	34,274	23,492	1.5	14,650	8,514	1.7
2017									
Total	505,884	397,662	1.3	380,028	350,884	1.1	125,856	46,818	2.7
Panamá	224,892	188,754	1.2	183,852	178,632	1.0	41,040	10,122	4.1
Oeste	52,980	42,558	1.2	40,320	38,904	1.0	12,600	3,654	3.5
Metro	100,116	88,494	1.1	87,024	84,924	1.0	13,092	3,570	3.7
San Miguelito	45,864	38,772	1.2	37,812	36,792	1.0	8,052	1,980	4.1
Chiriquí	43,944	37,668	1.2	36,096	35,064	1.0	7,848	2,604	3.0
Veraguas	45,312	31,512	1.4	32,124	27,792	1.2	13,188	3,720	3.5
2018									
Total	210,292	164,736	1.3	163,792	123,740	1.3	50,992	45,412	1.1
Panamá	99,024	88,956	1.1	84,728	76,000	1.1	18,788	17,372	1.1
Oeste	24,256	21,816	1.1	19,076	17,004	1.1	5,180	4,812	1.1
Metro	51,600	45,176	1.1	43,972	38,260	1.1	7,628	6,916	1.1
San Miguelito	15,044	4,416	1.0	3,628	3,544	1.0	2,900	2,920	1.0
Chiriquí	18,236	14,592	1.2	14,220	11,460	1.2	4,016	3,132	1.3
Veraguas	12,780	14,588	0.9	9,764	10,528	0.9	896	892	1.0

Nota: Los datos corresponden a Instalaciones del Ministerio de Salud.

P/ Información Preliminar. * enero a abril 2018 P/.

Fuente Documental: Sistema de Información Estadística en Salud. SIES

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

Tomando referencia el año 2016, la concentración de la atención de control de salud de adulto, para el total de país vemos que:

- En el 2017 y 2018 (P/) la concentración total fue de 1.3 % por ciento.

Tomando referencia el año 2016, la concentración de la atención de control de salud de adulto, en las edades de 20 a 59 vemos que:

- En el 2017 la concentración total fue de 1.4 % por ciento; bajando 0.3 % respecto al 2016.
- En el 2018 la concentración total fue de 1.3 % por ciento; datos preliminares.

Tomando referencia el año 2016, la concentración de la atención de control de salud de adulto, en las edades de 60 y más vemos que:

- En el 2017 la concentración total fue de 2.7 % por ciento; subiendo 1.2 % respecto al 2016.
- En el 2018 la concentración total fue de 1.1 % por ciento; datos preliminares.
- En cuanto a la concentración el 2017 en las edades de 60 y más, mantiene valores mayores respecto al 2016, en la provincia de Panamá con 4.1 % y 3.7 % respectivamente.

Indicadores de salud bucal, según provincia, distrito y comarca indígena en instalaciones del ministerio de salud: enero a abril 2018 P/

2016				
Región de Salud	Consulta Nueva en el año	Pacientes Terminados	Porcentaje %	Concentración
País	595,512	173,474	29.1	1.3
Panamá	253,234	77,724	30.7	1.2
Oeste	48,692	16,782	34.5	1.3
Metro	123,840	35,780	28.9	1.2
San Miguelito	48,692	15,252	31.6	1.2
Chiriquí	75,624	19,736	26.1	1.4
Veraguas	49,860	15,178	30.4	1.4
2017				
País	708,468	182,976	25.8	0.9
Panamá	392,052	110,568	28.2	0.6
Oeste	46,092	14,532	31.5	1.1
Metro	270,684	75,024	27.7	0.4
San Miguelito	61,236	17,856	29.2	1.1
Chiriquí	83,532	18,528	22.2	1.2
Veraguas	58,152	12,468	21.4	1.5
2018				
País	201,068	36,312	18.1	0.8
Oeste	15,720	2,843	18.1	1.0
Metro	40,100	7,224	18.0	0.9
San Miguelito	13,504	3,380	25.0	1.1
Chiriquí	31,096	4,684	15.1	0.8
Veraguas	19,848	3,476	17.5	0.8

Nota: Los datos corresponden a Instalaciones del Ministerio de Salud.

P/ Información Preliminar. * enero a abril 2018 P/.

Fuente Documental: Sistema de Información Estadística en Salud. SIES

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

Tomando referencia el año 2016, los Indicadores de Salud Bucal, para el total de país en base a las consultas nuevas vemos que:

- En el 2017 el total de consultas nuevas incremento un 19 % por ciento.
- En el 2018 el total de consultas nuevas es de 28 % por ciento. P/

Tomando referencia el año 2016, los Indicadores de Salud Bucal, para el total de pacientes terminados vemos que:

- En el 2017 los pacientes terminados representan el 25.8 % por ciento, 3 % por debajo del año 2016.
- En el 2018 los pacientes terminados representan un 18 % por ciento, datos preliminares.
- En cuanto a las concentraciones (dos pacientes por hora) para estas regiones van de 1.3 (2016); 1 (2017) y 0.9 (2018); lo que refleja que la atención odontología promedio es de un paciente por hora.

Consulta y concentración de controles de salud en edad escolar (5 - 14) y adolescentes (15 - 19), según región de salud: Años 2016 – 2017 y enero a abril 2018 P/.

2016						
Región de Salud	CONSULTAS 5 a 14		Concentración	CONSULTAS 15 a 19		Concentración
	TOTAL	NUEVAS		TOTAL	NUEVAS	
País	168,078	147,256	1.1	58,514	48,694	1.2
Panamá	55,946	47,442	1.2	26,496	21,756	1.2
Oeste	21,846	18,114	1.2	7,478	5,428	1.4
Metro y San Miguelito	12,920	10,518	1.2	11,540	9,988	1.2
Chiriquí	15,958	14,774	1.1	6,680	6,174	1.1
Veraguas	15,730	11,522	1.4	4,974	3,588	1.4
2017						
País	141,756	86,760	1.6	74,868	68,520	1.1
Panamá	44,808	31,848	1.4	29,796	28,092	1.1
Oeste	19,116	8,700	2.2	6,528	6,348	1.0
Metro y San Miguelito	10,176	9,192	1.1	11,628	10,884	1.1
Chiriquí	12,924	10,944	1.2	10,284	9,828	1.0
Veraguas	22,812	4,788	4.8	7,164	6,084	1.2
2018						
País	52,508	50,064	1.0	29,332	26,768	1.1
Panamá	18,328	17,036	1.1	13,000	12,056	1.1
Oeste	8,524	8,140	1.0	3,956	3,476	1.1
Metro *	4,024	3,528	1.1	4,696	4,444	1.1
Chiriquí	4,540	4,676	1.0	2,968	2,732	1.1
Veraguas	3,484	4,772	0.7	3,028	2,640	1.1

Nota: Los datos corresponden a Instalaciones del Ministerio de Salud.

P/ Información Preliminar

Fuente Documental: Sistema de Información Estadística en Salud. SIES

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

* Sin san Miguelito

* enero a abril 2018 P/.

Tomando referencia el año 2016, las consultas de controles en las edades comprendidas de 5 a 14 años, para el total de país vemos que:

- En el 2017 los controles realizados bajaron en un 16 % por ciento.
- En el 2018 los controles realizados bajaron en un 69 % por ciento. P/

Tomando referencia el año 2016, las consultas de controles en las edades comprendidas de 15 a 19 años, para Panamá vemos que:

- En el 2017 los controles realizados bajaron en un 20 % por ciento.
- En el 2018 los controles realizados bajaron en un 47 % por ciento.

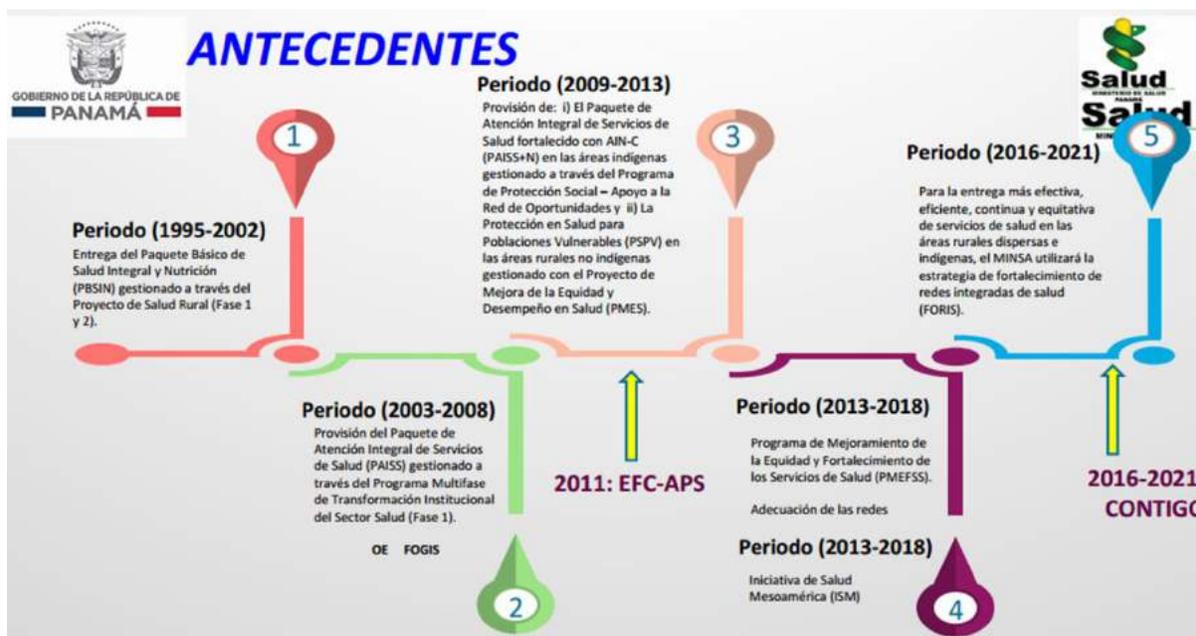
Estrategia de Fortalecimiento de las Redes Integradas de Salud (FORIS)

En las últimas décadas nuestro país ha implementado acciones dirigidas a la equidad en cuanto a los servicios de salud que requiere la población general. Desde 1995 se viene implementando la Estrategia de Extensión de Cobertura (EEC), estrategia que reúne un conjunto de mecanismos basados en Atención Primaria (AP), para la mejora del acceso de estos servicios de salud favoreciendo a los grupos más vulnerables.

Así, que desde 1995 a 2016 se establecen 4 etapas, cada una con un momento histórico, político y social.

En el 2011 se impulsa la participación de la Red Fija Institucional en la implementación del Modelo para el Fortalecimiento de Coberturas en la AP, iniciando en 8 regiones de salud como plan piloto; en el 2012 aumenta a 12 regiones de salud beneficiarias del proyecto.

A finales del 2012 y con miras a seguir mejorando la equidad en salud a través del incremento en el acceso, uso y calidad de servicios de salud en comarcas indígenas y sus áreas rurales limítrofes, se da paso al Programa de Mejoramiento de la Equidad y Fortalecimiento de los Servicios de Salud (PMEFSS), que además del fortalecimiento de la APS y de la CPP, incorpora la adecuación de las redes de salud a través de la organización y activación de la conexión de los servicios entre el primer y segundo nivel de atención para reducir las tasas de mortalidad materna e infantil, la desnutrición crónica y que mejore el estado de salud de la población más pobre del país, la implantación de esquemas integrados de gestión operativa. En esta etapa, se incorpora también la Iniciativa Salud Mesoamérica.



Situación de Salud áreas indígenas y rurales dispersas

- Territorios cubiertos por el FORIS 2017

PROVINCIA	DISTRITO	CORREGIMIENTO	COMUNIDAD
NGABE BUGLE	4	30	1,552
VERAGUAS	12	74	1,540
COCLE	5	24	769
COLON	5	29	507
CHIRIQUI	15	65	479
DARIEN	4	30	429
PANA, A OESTE	5	44	404
HERRERA	5	27	338
LOS SANTOS	7	43	310
PANAMA ESTE	3	19	214
BOCAS DEL TORO	3	22	192
GUNA YALA	2	4	66
TOTAL	70	411	7,177

- Población cubierta por el FORIS

	TOTAL	%
Población de Panamá Censo Nacional 2010	3,405,813	100
Población objetivo de la EEC 2010 (censo)	397,399	12
Padrón de Beneficiarios Inscritos 2016	550,662	16
Padrón de Beneficiarios Inscritos 2017	622,169	18

- Esperanza de vida

Nivel de Mortalidad	2000	2010	2017 (estimación)
	Comarca Ngäbe Buglé (65) Comarca Emberá (66) Comarca Kuna Yala (69) Bocas del Toro (70) Darién (70)	Comarca Ngäbe Buglé (69) Comarca Emberá (69) Comarca Kuna Yala (70) Bocas del Toro (72) Darién (73)	Comarca Ngäbe Buglé (71) Comarca Emberá (71) Comarca Kuna Yala (72.3) Bocas del Toro (73.8) Darién (74.6)
<i>Promedio Nacional</i>	Panamá (75)	Panamá (76.7)	Panamá (78.12)

- Mortalidad materna 2010 – 2016 Tasa por 100,000

Año	País	Bocas del Toro	Coclé	Colón	Chiriquí	Darién	Herrera	Los Santos	Panamá	Veraguas	Guna Yala	Emberá Wounaan	Ngäbe Buglé
2010	60.3	48.9	50.6	57.3	38.9	105.7	0.0	0.0	41.5	52.6	462.4	-	203.1
2011	80.5	158.0	92.0	66.9	57.4	93.5	0.0	0.0	44.8	47.4	542.3	-	300.5
2012	64.9	48.2	45.9	50.5	34.3	98.9	0.0	86.7	56.0	22.6	0.0	-	270.3
2013	55.6	97.4				-					225.2	-	248.2
2014	58.5	145.5				96.4					262	-	303
2015	52.7	46.7				192.5					273.2	341.3	130
2016	49.2	70.8				206.2					339.6	515.5	162

- Mortalidad infantil, neonatal, posneonatal 2012 – 2016

Año	Mortalidad													
	Total	Provincia y comarca indígena de residencia												
		Bocas del Toro	Coclé	Colón	Chiriquí	Darién	Herrera	Los Santos	Panamá	Panamá Oeste	Veraguas	Kuna Yala	Emberá	Ngäbe Buglé
Infantil (2) (menores de 1 año)														
2012	14.3	23.6	14.9	11.5	17.7	28.7	14.0	9.5	11.9	..	13.4	34.6	7.5	17.9
2013	15.0	21.2	17.1	14.3	16.8	22.2	17.2	9.6	13.0	..	10.8	27.0	34.5	19.1
2014	13.8	20.6	12.2	14.8	16.1	16.4	12.9	6.6	12.9	11.3	9.8	21.0	17.1	17.4
2015	12.3	18.7	9.3	12.7	16.3	9.6	11.8	2.6	10.7	10.0	7.0	17.8	30.9	20.7
2016	13.9	29.5	10.7	12.1	17.2	17.5	10.6	12.2	11.0	11.3	8.2	34.0	17.8	21.4
Neonatal (2) (menores de 28 días)														
2012	8.3	11.1	9.0	7.9	10.4	15.8	10.9	5.2	7.4	..	9.1	13.1	..	6.4
2013	8.5	10.5	10.5	9.9	9.6	10.2	14.2	7.0	8.3	..	5.1	7.9	12.9	5.1
2014	7.9	7.5	8.1	8.6	10.4	7.7	11.1	4.1	8.3	6.6	5.4	7.9	13.7	6.2
2015	7.2	10.5	6.8	6.8	8.7	2.9	9.3	1.7	7.3	5.8	4.3	4.1	15.5	9.4
2016	7.7	13.2	6.0	7.7	9.9	9.3	3.7	7.5	7.0	7.5	5.0	13.6	11.8	7.8
Posneonatal (2) (28 días a 11 meses)														
2012	6.1	12.5	6.0	3.5	7.3	12.9	3.0	4.3	4.5	..	4.3	21.5	7.5	11.5
2013	6.4	10.7	6.6	4.5	7.2	12.0	3.0	2.6	4.7	..	5.8	19.1	21.6	14.0
2014	5.8	13.1	4.1	6.2	5.8	8.7	1.8	2.5	4.5	4.7	4.4	13.1	3.4	11.1
2015	5.1	8.2	2.5	5.9	7.5	6.7	2.5	0.9	3.4	4.2	2.7	13.7	15.5	11.2
2016	6.2	16.3	4.8	4.3	7.2	8.2	6.8	4.7	4.0	3.9	3.2	20.4	5.9	13.6

- No de casos confirmados y Tasa de incidencia por Zika por Región y Comarca 2015-17

Regiones	2015	2016	2017	Total	Tasa 2017	Tasa acumulada
Total	39	771	346	1156	8.4	28.2
Guna Yala*	38	153	3	194	6.8	438.6
Herrera	0	100	69	169	58.2	142.6
Metro*	1	309	122	432	15.2	53.9
San Miguelito*	0	65	38	103	10.4	28.2
Bocas del Toro	0	25	1	26	0.6	15.7
P. Oeste	0	71	35	106	6.1	18.4
Los Santos*	0	10	50	60	52.4	62.9
P. Norte	0	20	14	34	5.3	12.8
Colón	0	5	1	6	0.4	2.1
Darién	0	1	2	3	2.9	4.4
Veraguas	0	2	2	4	0.8	1.6
Coclé	0	3	1	4	0.4	1.5
P. Este	0	1	5	6	3.6	4.3
Ngabe Buglé	0	1	0	1	0.0	0.5
Chiriquí	0	0	1	1	0.2	0.2
Importado**	0	5	0	5		
SD	0	0	2	2		

Fuente: Departamento de Epidemiología –MINSA

*Regiones con casos importados (Metro 31, San Miguelito 3, P. Oeste 1, Guna Yala 1 y Los Santos 1)

**casos importados en tránsito por Panamá.

Total de Importados 42 correspondientes al 2016

• **Tuberculosis: Año 2016 - 834 casos**

PANAMÁ

REGIÓN	Total			Menor de un año			1 a 4 años			5 a 9 años			10 a 14 años			15 a 19 años			20 a 24 años			25 a 34 años			35 a 49 años			50 a 59 años			60 a 64 años			65 y + años		
	Total	H	M	Total	H	M	Total	H	M	Total	H	M	Total	H	M	Total	H	M	Total	H	M	Total	H	M	Total	H	M	Total	H	M	Total	H	M			
Total	834	556	278	17	13	4	61	28	33	14	7	7	15	9	6	54	41	13	112	80	32	167	115	52	171	119	52	109	67	42	44	30	14	70	47	23
BOCAS DEL TORO	67	43	24	4	2	2	9	6	3	1	0	1	0	0	0	9	8	1	7	5	2	10	9	1	5	3	2	11	4	7	6	4	2	5	2	3
COCLE	23	18	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1	1	2	2	0	4	4	0	4	3	1	3	2	1	2	2	0	6	4	2
COLON	13	7	6	1	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	1	3	1	2	1	1	0	1	0	1	0	1	3	2	1	
CHIRIQUI	95	56	39	10	9	1	29	10	19	5	2	3	4	3	1	2	2	0	4	4	0	12	9	3	12	7	5	8	2	6	2	2	0	7	6	1
DARIEN	18	11	7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	1	2	2	0	2	0	2	5	3	2	3	3	0	0	0	4	3	1	
HERRERA	4	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	3	0	0	0	0	0	0	1	1	0	
LOS SANTOS	8	7	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	0	2	2	0	1	1	0	1	1	0	2	1	1	0	0	
VERAGUAS	38	30	8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	2	1	1	2	2	0	3	1	2	12	12	0	3	3	0	2	2	0	13	8	5
COM. KUNA YALA	71	38	33	0	0	0	3	1	2	0	0	0	1	1	0	3	3	0	6	3	3	19	10	9	14	5	9	12	6	6	6	5	1	7	4	3
C. NGOBE BUGLE	41	18	23	1	1	0	0	0	2	0	2	2	0	2	5	2	3	5	3	2	7	5	2	8	3	5	7	2	5	1	0	1	3	2	1	
PANAMA NORTE	33	25	8	1	0	1	3	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	9	7	2	7	6	1	4	4	0	3	3	0	6	3	3	0	0	
PANAMA ESTE	65	58	7	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1	0	2	1	1	17	17	0	20	16	4	14	13	1	6	6	0	3	2	1	1	1	0
PANAMA OESTE	41	29	12	0	0	0	0	0	0	2	2	0	0	0	0	0	0	0	3	1	2	9	6	3	12	10	2	9	5	4	2	2	0	4	3	1
PANAMA METRO	212	129	83	0	0	0	12	4	8	3	2	1	3	1	2	18	15	3	31	19	12	53	34	19	49	27	22	27	18	9	5	2	3	11	7	4
SAN MIGUELITO	105	83	22	0	0	0	3	3	0	1	1	0	2	2	0	9	8	1	21	13	8	16	12	4	27	24	3	15	11	4	6	5	1	5	4	1

1/ Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud - CIE-10. Decima Revisión

Fuente Documental: Sistema de Información de Estadísticas de Salud - SIES - Base de Dato de Morbilidad.

Fuente Institucional: Dirección de Planificación - Departamento de Registros y Estadísticas de Salud.

CAUSAS DE MORBILIDAD POR DIABETES MELLITUS (E10-E14), SEGÚN REGION DEL MINISTERIO DE SALUD, POR GRUPO DE EDAD Y SEXO. AÑO 2016

AÑO 2016

Cód.	TOTAL			Menor de un año			1 a 4 años			5 a 9 años			10 a 14 años			15 a 19 años			20 a 24 años			25 a 34 años			35 a 49 años			50 a 59 años			60 a 64 años			65 y más		
	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M			
REPUBLICA	34575	11535	23040	19	3	16	92	40	52	72	25	47	133	76	57	167	46	121	246	105	141	1068	391	677	6537	2162	4375	9452	2969	6483	4496	1484	3012	12293	4234	8059
BOCAS DEL TORO	1444	403	1041	0	0	1	0	0	4	0	2	0	0	6	0	0	2	5	0	4	2	0	6	42	0	74	327	0	108	318	0	49	97	0	152	245
COCLE	2391	778	1613	0	1	2	0	5	4	0	2	7	0	6	7	0	0	6	0	19	8	0	25	62	0	124	328	0	172	410	0	93	179	0	331	600
COLON	1684	518	1166	0	0	1	0	1	1	0	1	1	0	0	3	0	3	1	0	6	3	0	22	26	0	98	225	0	142	361	0	76	175	0	169	369
CHIRIQUI	3864	1140	2724	0	0	3	0	8	7	0	8	19	0	28	20	0	5	24	0	9	14	0	37	85	0	206	470	0	260	764	0	139	328	0	440	990
DARIEN	1153	412	741	0	1	2	0	7	6	0	1	2	0	5	0	0	3	3	0	4	5	0	18	25	0	74	165	0	74	200	0	81	115	0	144	218
HERRERA	3164	1066	2098	0	0	2	0	5	4	0	4	2	0	7	4	0	0	11	0	12	12	0	25	41	0	156	318	0	279	576	0	118	298	0	460	830
LOS SANTOS	4545	1629	2916	0	0	0	1	1	0	2	4	0	5	7	0	3	7	0	8	18	0	57	49	0	224	366	0	366	735	0	214	384	0	749	1345	
VERAGUAS	3953	1381	2572	0	0	1	0	3	6	0	3	2	0	6	4	0	3	11	0	5	9	0	20	55	0	233	423	0	336	668	0	195	349	0	577	1044
COM. KUNA YALA	106	39	67	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	11	21	0	13	30	0	3	4	0	11	12
C. NGOBE BUGLE	212	52	160	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	3	7	0	8	52	0	17	56	0	3	18	0	20	24
PANAMA NORTE	1302	341	961	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	3	0	1	2	0	10	30	0	63	166	0	96	269	0	32	160	0	138	330
PANAMA ESTE	853	352	501	0	0	1	0	0	2	0	1	0	0	2	1	0	1	2	0	7	5	0	29	13	0	93	112	0	77	169	0	47	53	0	95	143
PANAMA OESTE	3140	1171	1969	0	0	2	0	1	6	0	0	4	0	3	6	0	7	16	0	6	11	0	50	57	0	239	424	0	306	539	0	171	229	0	388	675
PANAMA METRO	3918	1329	2589	0	1	1	0	5	8	0	0	1	0	5	2	0	13	24	0	14	34	0	62	138	0	317	564	0	454	820	0	164	317	0	294	680
SAN MIGUELITO	2846	924	1922	0	0	0	3	3	0	0	3	0	3	3	0	5	8	0	10	16	0	27	47	0	242	414	0	269	568	0	99	306	0	266	554	

1/ Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud - CIE-10. Decima Revisión

Fuente Documental: Sistema de Información de Estadísticas de Salud - SIES - Base de Dato de Morbilidad.

Fuente Institucional: Dirección de Planificación - Departamento de Registros y Estadísticas de Salud.



Resultados del Primer Censo Nacional de Salud Preventiva Año 2015 – 2017

Primer censo nacional de salud preventiva - Informe ejecutivo enero 2018, La estrategia de salud preventiva fue denominada “Primer Censo de Salud Preventiva”, consignada en el Plan de Gobierno 2014 – 2019 “El Pueblo Primero” de la siguiente manera:

- La estrategia de salud preventiva fue dirigida al mejoramiento del estado de salud y calidad de vida de la población panameña, así como de la búsqueda activa de población enferma o en riesgo de padecer enfermedades identificadas como causas de muerte y morbilidad prevalente.
- En su Eje 1: Bienestar y desarrollo humano “Vida buena para todos” y Objetivo 1.3: Derecho de salud para todos. Un Sistema de Salud Pública accesible y eficiente.
- La caracterización de los perfiles de salud de la población basado en un diagnóstico de situación de salud (DSS) y análisis de situación de salud (ASIS) fueron considerados como el insumo primario para la toma de decisiones en el Sector Salud, la formulación de políticas públicas sociales y de un Plan Nacional de Desarrollo Humano Sostenible. Conocer y comprender la complejidad en que se desarrollan los procesos de salud enfermedad y la calidad de vida de las poblaciones, permite la adecuada y pertinente planeación de intervenciones desde el Estado hacia la comunidad.

El censo fue la fuente que permitió conocer el estado de la población en un momento determinado, por lo que vislumbramos una fotografía de la realidad demográfica de nuestro país.

Las poblaciones identificables en los censos, a partir de las variables que se incluyen, generaron datos sobre las personas expuestas a diferentes riesgos de enfermarse y morir, así como la determinación de los recursos humanos y la infraestructura necesaria a nivel nacional.

Para dar cumplimiento a este mandato se crea el Programa del Censo Nacional de Salud Preventiva, dirigido desde la Presidencia de la República y coordinado con el Sistema Público de Salud, responsable de la atención con calidad a la población panameña. Se firma el Decreto Ejecutivo N.º 120 del 12 de abril de 2016 “Que crea el Programa del Censo Nacional de Salud Preventiva”, para su implementación.

PROPÓSITO

Conocer el estado de salud de los censados y brindarles la atención requerida.

OBJETIVOS

1. Censar a la población de 40 años y más de la República de Panamá.
2. Determinar el estado de salud de la población censada.
3. Medir la prevalencia de Hipertensión y Diabetes Mellitus en la población censada*
4. Medir la prevalencia de Dislipidemias y Obesidad en la población censada*Ofertar una atención médica integral a la población censada.
5. Obtener datos y analizar resultados para ser utilizados por el Sistema Público de Salud.

*Se midió la prevalencia de todas las enfermedades diagnosticadas, pero haciendo énfasis en estas mencionadas, ya que inciden directamente en la primera causa de mortalidad en Panamá, que son las enfermedades cardiovasculares.

METODOLOGÍA, ESTRATEGIA: Se diseñó el “censo” de salud preventiva.

PROCESOS: Para cumplir con los objetivos formulados se formulan los siguientes procesos:

- Conformación de la Oficina Responsable del Programa Censo Nacional de Salud Preventiva [ICNSP]
- Presentación del Programa al sector regional de salud y sector provincial gubernamental y social.
- Coordinación del programa con el sector regional de salud
- Coordinación del programa con el sector provincial gubernamental
- Ejecución
- Evaluación
- Seguimiento
- Sostenibilidad

POBLACION OBJETO: Población de 40 años y más de la República de Panamá. Nuestra fuente de información es el INCEC, adscrito a la Contraloría General de la República. Para el año 2017 se estima una población de 40 años y más de 1, 471,683 habitantes.

ALCANCE: Todo el territorio nacional. Se trabaja con un enfoque regional. Utilizamos la división geopolítica de la República de Panamá desagregado de **la siguiente manera: Provincias; distritos; corregimientos; comunidades y lugares poblados. Nuestra fuente de información es el INCEC, adscrito a la Contraloría General de la República.**

ACTIVIDADES IN SITU: Se formularon las siguientes actividades a desarrollar en los lugares escogidos para la implementación.

- Convocatoria de la población de 40 años y más a la instalación de salud, en ayunas de 12 horas.
- Obtención de muestras de sangre y orina para realizar las siguientes pruebas de laboratorio: Biometría hemática completa; Glucosa; Triglicéridos; Colesterol; Lipoproteínas [HDL; LDL]; creatinina; urinalisis. *[Se le ofrece un desayuno].

- Medición de peso; talla; presión arterial inicial; cintura y cadera [para cálculo de Índice de Masa Corporal]. Vacunación del adulto de acuerdo a las normas del PAI.
- Consulta por Médico General: incluye historia clínica; evaluación de parámetros de medición corporal; evaluación de pruebas de laboratorio; diagnóstico y tratamiento de acuerdo a patología diagnosticada].
- Referencia al Sistema Público de Salud según patología diagnosticada.
- Base de datos: Se levanta una base de datos (GESNA) que se obtiene de los registros de atención y de la historia clínica. La misma se utiliza para elaborar un informe de resultados de la actividad y medir cumplimiento de objetivos.

Uso de resultados

- Auditoria social de las intervenciones del sistema público de salud con enfoque regionalizado.
- Fortalecimiento de las herramientas de salud y tecnología sanitaria: programa de salud de adulto; programas de protección social.
- Identificación de grupos vulnerables “nuevos” y bolsones de desprotegidos por el sistema público de salud.
- Priorización de los problemas en cada comunidad.
- Formular estrategias e intervenciones en salud para un abordaje integral de la salud con enfoque comunitario.

Estimación de Resultado del Primer Censo Nacional de Salud Preventiva 2015 – 2017.

Las Enfermedades Crónicas No Transmisibles [ECNT] y Factores de Riesgos objeto de nuestra búsqueda activa en la población adulta de 40 años y más censada son: la Hipertensión Arterial [HTA]; Diabetes Mellitus [DM]; Dislipidemias (Hiperlipidemias; Hipercolesterolemia; Hipertrigliceridemia) [DL]; Obesidad; y en áreas geográficas endémicas como la provincia de Coclé la Enfermedad Renal [ERC].

El Censo de Salud Preventiva ha sido implementado en 10 provincias; 13 Regiones de Salud; 4 Instituciones Gubernamentales (Ministerio de la Presidencia; Autoridad del Aseo; SENADIS; AIG); 6 Centros Penitenciarios (CEFERE; Tinajitas, El Renacer, La Nueva Joya, La Joyita, Changuinola); y se han realizado actividades de promoción en las Ferias Libres de Alimentos (IMA).

Asimismo, hasta diciembre de 2017, en las provincias de Colón, Chiriquí, Coclé, Panamá Oeste, Panamá Metro, Panamá Este, Veraguas y Herrera se han realizado los MEGA Eventos en Salud, logrando censar a 25,431 adultos de 40 años y más. Los MEGA EVENTOS EN SALUD es una iniciativa conjunta de la Oficina Nacional del Censo de Salud y la Dirección General de la Caja del Seguro Social de establecer una alianza estratégica para brindar servicios de salud integrales, procurando mejorar el estado de salud y calidad de vida de la población panameña.

Se han realizado a la fecha **226** jornadas, censando a **234,145 habitantes** de 40 años y más para una cobertura nacional de **15.91 %**.

Se estima un 50.33% asegurados y 49.67% no asegurados.

La distribución para Enfermedades Crónicas No Transmisibles y factores de riesgos es la siguiente: 36.22 % para Hipertensión Arterial; 14.01 % para Diabetes Mellitus; 38.35 % para Hiperlipidemias; 43.60 % para Obesidad/Sobrepeso; 3.16 % para Enfermedad Renal, siendo la captación mayor debido a su experticia en Coclé para un 23.79%.

Por iniciativa de la Caja del Seguro Social, a partir de junio de 2017 hasta 31 de diciembre de 2017, se lograron captar en sus instalaciones de salud de la Caja del Seguro Social 256,494 adultos de 40 años y más los cuales fueron censados. Esto nos da como resultados para diciembre de 2017 un total de 490,639 adultos de 40 años y más atendidos.

Datos	
Total De Habitantes Censados (Preliminar)	490,639
Habitantes Censados En Jornadas MINSA - CSS	234,145
Habitantes Censados En Instalaciones De Salud De La CSS (SIS)	256,494
N° Jornadas Censales	226
% Hipertensión Arterial (N: 234,145 Censados)	36.22%
% Diabetes Mellitus (N: 234,145 Censados)	14.01%
% Hiperlipidemias (N: 234,145 Censados)	38.35%
% Obesidad /Sobrepeso (N: 234,145 Censados)	43.60%
% Enfermedad Renal (N: 234,145 Censados)	3.16%
% Enfermedad Renal (Coclé) (N: 23,373 Censados)	23.79%
% Tipo De Régimen: Asegurados (N: 234,145 Censados)	50.33%
% Tipo De Régimen: No Asegurados (N: 234,145 Censados)	49.67%

Fuente: REGES MINSA – CSS /GESNA
Resultados del 4 de febrero 2015 – 31 de diciembre 2017

Resumen de los resultados diagnósticos del primer censo de salud preventiva en 13 regiones de salud. Año 2015 – 2017.

Región de Salud	HTA %	Dm %	DI %	Obesidad %	E. Renal %
Panamá Oeste	37.09%	12.99%	43.75%	49.57%	0.66%
San Miguelito*	33.27%	11.91%	35.07%	44.67%	0.13%
Coclé	37.53%	12.19%	42.23%	35.24%	23.79%
Colón	63.84%	32.83%	55.73%	63.00%	0.94%
Veraguas	30.14%	9.69%	39.00%	21.97%	0.00%
Herrera	37.48%	15.04%	19.62%	40.84%	0.71%
Los Santos	40.61%	10.46%	46.23%	49.44%	0.00%
Bocas Del Toro	16.32%	15.08%	27.88%	24.85%	0.06%
Chiriquí	43.83%	16.36%	37.53%	57.02%	4.25%
Panamá Este	37.07%	12.70%	34.31%	52.46%	0.43%
Panamá Norte	41.67%	17.43%	46.59%	65.57%	0.10%
Darién	29.49%	11.78%	31.20%	31.07%	12.82%
Panamá Metro	30.84%	11.01%	43.81%	49.73%	0.13%
Total	36.22%	14.01%	38.35%	43.60%	3.16%

Fuente: REGES MINSA – CSS /GESNA

Cobertura (%) de Habitantes Censados de 40 Años y Más. Por Provincia en la República de Panamá. Año 2015 – 2017.

La meta total de habitantes de 40 años y más es de 1,471.683, de las cuales cada región debe aportar su población según los criterios de inclusión al censo que es la edad.

Panamá Oeste tiene una meta de 40 años y más de 280,100 habitantes que cumplen con el criterio. Hasta noviembre de 2017 abarcaron 23,346 personas censadas, dando una cobertura de 8.33%, la cual es baja y para el año 2018 si suponemos que se censará una cantidad

parecida a la del 2017 en jornadas regulares, se podrá llegar a una cobertura de 17%. Panamá Oeste representa 19.03% de la meta total de habitantes.

San Miguelito tiene la meta de 40 años y más de 134,813 personas, de las cuales para el año 2017 han censado 20,737, dando una cobertura del 15.38%, si se realiza la misma cantidad cercana para este año se puede abarcar una cobertura de 30.76%. San Miguelito representa el 9.16% de la meta total de habitantes.

Coclé posee una meta de 40 años y más de 82,296 personas, de las cuales para el año 2017 han censado a 23,373 dando una cobertura de 28.40%, nuevamente si se realiza la misma cantidad este año se puede abarcar una cobertura de 56.8%. Coclé representa 5.59% de la meta total de habitantes.

Colón posee una meta de 40 años y más de 80,964 personas, de las cuales para el año 2017 han censado a 12,235 dando una cobertura de 15.11%, nuevamente si se realiza la misma cantidad este año se puede abarcar una cobertura de 30.22%. Colón representa 5.50% de la meta total de habitantes.

Veraguas posee una meta de 40 años y más de 77,882 personas, de las cuales para el año 2017 han censado a 28,326 dando una cobertura de 36.37%, nuevamente si se realiza la misma cantidad este año se puede abarcar una cobertura de 72.74%. Veraguas representa 5.29% de la meta total de habitantes.

Herrera posee una meta de 40 años y más de 46,663 personas, de las cuales para el año 2017 han censado a 21,651 dando una cobertura de 46.40%, nuevamente si se realiza la misma cantidad este año se puede abarcar una cobertura de 92.8%. Herrera representa 3.17% de la meta total de habitantes.

Los Santos posee una meta de 40 años y más de 43,558 personas, de las cuales para el año 2017 han censado a 17,122 dando una cobertura de 39.31%, nuevamente si se realiza la misma cantidad este año se puede abarcar una cobertura de 78.62%. Los Santos representa 2.95% de la meta total de habitantes.

Bocas del Toro posee una meta de 40 años y más de 33,851 personas, de las cuales para el año 2017 han censado a 20,366 dando una cobertura de 60.16%, nuevamente si se realiza la misma cantidad este año se puede abarcar una cobertura mayor del 100%. Bocas del Toro representa 2.3% de la meta total de habitantes.

Chiriquí posee una meta de 40 años y más de 155,441 personas, de las cuales para el año 2017 han censado a 25,759 dando una cobertura de 16.57%, nuevamente si se realiza la misma cantidad este año se puede abarcar una cobertura de 33.14%. Chiriquí representa 10.56% de la meta total de habitantes.

Panamá Este posee una meta de 40 años y más de 38,449 personas, de las cuales para el año 2017 han censado a 11,244 dando una cobertura de 29.24%, nuevamente si se realiza la misma

cantidad este año se puede abarcar una cobertura de 58.48%. Panamá Este representa 2.61% de la meta total de habitantes.

Panamá Norte posee una meta de 40 años y más de 84,370 personas, de las cuales para el año 2017 han censado a 9,689 dando una cobertura de 11.48%, nuevamente si se realiza la misma cantidad este año se puede abarcar una cobertura de 22.96%. Panamá Norte representa 5.73% de la meta total de habitantes

Darién posee una meta de 40 años y más de 16,200 personas, de las cuales para el año 2017 han censado a 1,638 dando una cobertura de 10.11%, nuevamente si se realiza la misma cantidad este año se puede abarcar una cobertura de 20.22%. Darién representa 1.10% de la meta total de habitantes

Panamá Metro posee una meta de 40 años y más de 397,096 personas, de las cuales para el año 2017 han censado a 18,659 dando una cobertura de 4.70%, nuevamente si se realiza la misma cantidad este año se puede abarcar una cobertura de 9.40%. Panamá Metro representa 26.98% de la meta total de habitantes.

Resumen De Los Resultados Diagnósticos Del Primer Censo De Salud Preventiva en 13 Regiones De Salud. Año 2015 – 2017. Fuente: Reges Minsa – Css /Gesna.

Se puede concluir aspectos importantes, para cada región el porcentaje de las enfermedades crónicas no transmisibles.

El porcentaje más alto por enfermedad lo tiene la Obesidad en un 43.60%; Dislipidemia con 38.35%-Hipertensión Arterial un 36.22%; Diabetes Mellitus 14.01% y por último la Enfermedad Renal un 3.16% Podemos apreciar como en regiones como: Panamá Oeste, San Miguelito, Los Santos, Bocas del Toro, Panamá Este, Panamá Norte, Darién y Panamá Metro la prevalencia es igual a los porcentajes globales.

Las demás regiones difieren en que la mayoría tiene el orden de prevalencia distinto al global y por ejemplo la región de Herrera tiene más hipertensos que dislipidemicos. Salta a la vista el porcentaje de enfermos renales en Darién, que nos podría indicar que existe un problema en esa área y que hace falta más estudio con cuidado este año en esa provincia. El caso de Coclé conocido por tener cifras altas de enfermos renales, un porcentaje de 23.79%, no deja dudas de lo que ya se viene estudiando desde hace muchos años, se conoce que sus causas principales son las enfermedades crónicas como lo son la Diabetes y la Hipertensión Arterial; pero además existen otras causas que siguen siendo estudiadas como las ambientales, exposiciones a compuestos etc. Chiriquí tiene un porcentaje considerable de 4.25% que también está siendo estudiado y se sabe que la mayoría son del corregimiento de Alanje. Este año se debe realizar seguimiento a esas regiones con alto índice de enfermos renales y apoyarnos con la sociedad renal de Panamá y así colaborar mutuamente con los datos y la mejora del diagnóstico temprano de la enfermedad.

Resultados preliminares al 31 de enero de 2018, Hasta el 31 de enero de 2018 se han realizado 240 jornadas censales en las 10 provincias. Además, se ha iniciado una intervención conjunta con SENAFRONT. Se han atendidos 10,632 adultos de 40 años y más. Esto hace un total de 501,271 habitantes censados.

Para marzo de 2018 se iniciará la implementación del Programa del Censo Nacional de Salud Preventiva en la Comarca Nogbe Bugle y posteriormente en la Comarca Guna Yala.

Estamos realizando una alianza con el grupo de estudio de enfermedad renal para utilizar el sistema de información Gesna como fuente de datos para el seguimiento de los pacientes diagnosticados.

Proyecciones 2018, La Meta Poblacional para el año 2018 es alcanzar los 600,000 censados adultos de 40 años y más de edad. Para el año 2019 se ha definido como Meta Poblacional censar 1, 000,000 de adultos de 40 años y más.

Alianza Estratégica de la Oficina del Censo de Salud Preventiva y la Caja del Seguro Social, con la colaboración del Ministerio de Salud para la implementación de 7 MEGA Eventos (Censos de Salud Preventiva y Jornadas de reducción de mora quirúrgica y de citas médicas).

Plataforma Digital “Base de Datos Poblacional GESNA” en todas las Regiones de Salud del Ministerio de Salud e Instalaciones de la Caja del seguro Social con la asesoría técnica de la Autoridad de Innovación Gubernamental. “GESNA”, Gestión Electrónica de Salud Nacional, será interoperable con los Expedientes Electrónicos del Ministerio de Salud (SEIS) y de la Caja de Seguro Social (SIS).

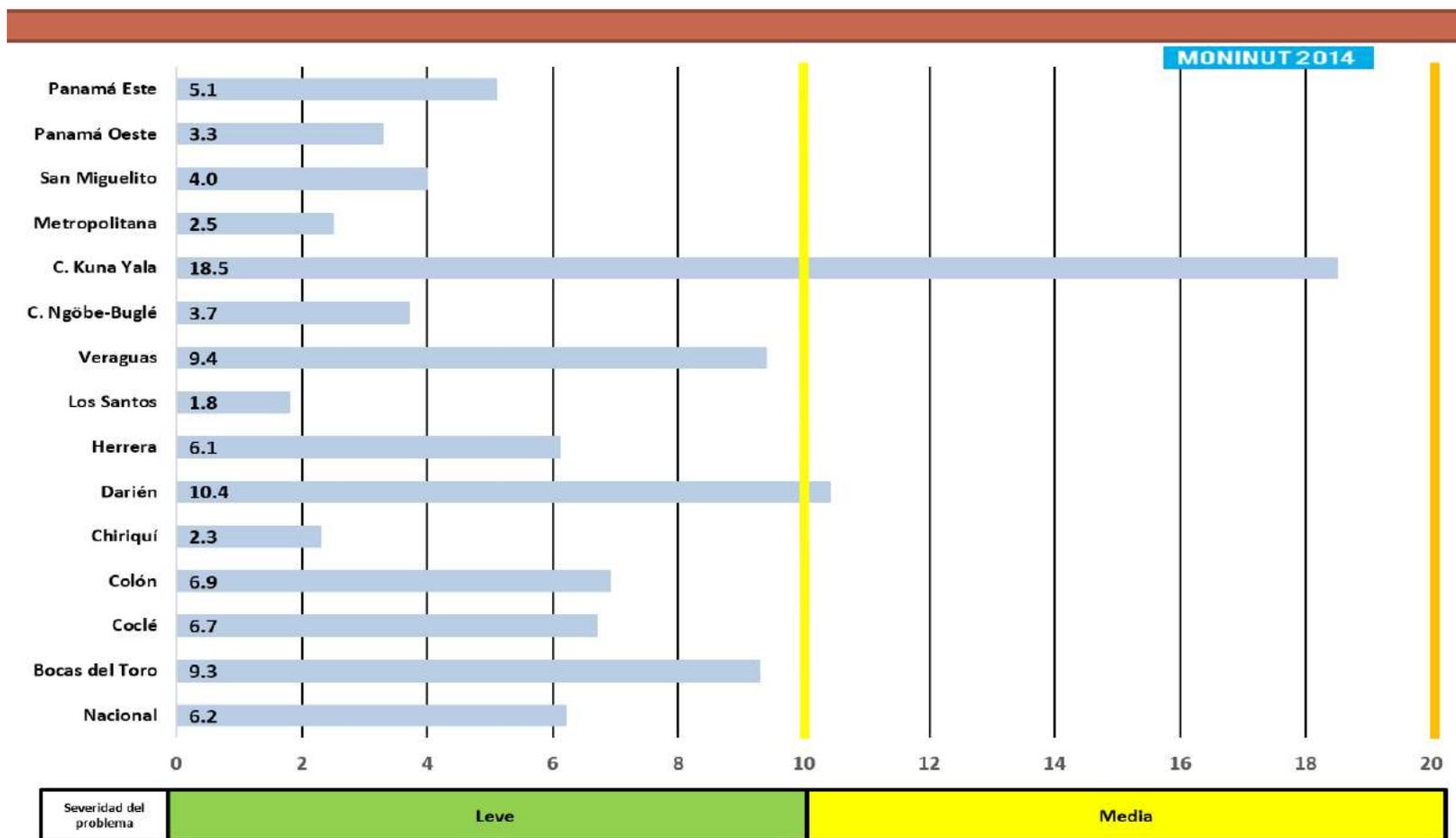
“Salud y Nutrición, Situación actual en Panamá”

En el VII censo de talla de escolares de primer grado de las escuelas públicas realizado en el 2013 el 84.1% tiene una talla adecuada para la edad; la prevalencia de baja talla fue de 15.9% de los cuales 12.5 % presentó talla baja moderada y 3.4% talla baja severa. La prevalencia de desnutrición crónica disminuyó significativamente de 22.1% en el 2007 a 15.9% en el 2013.

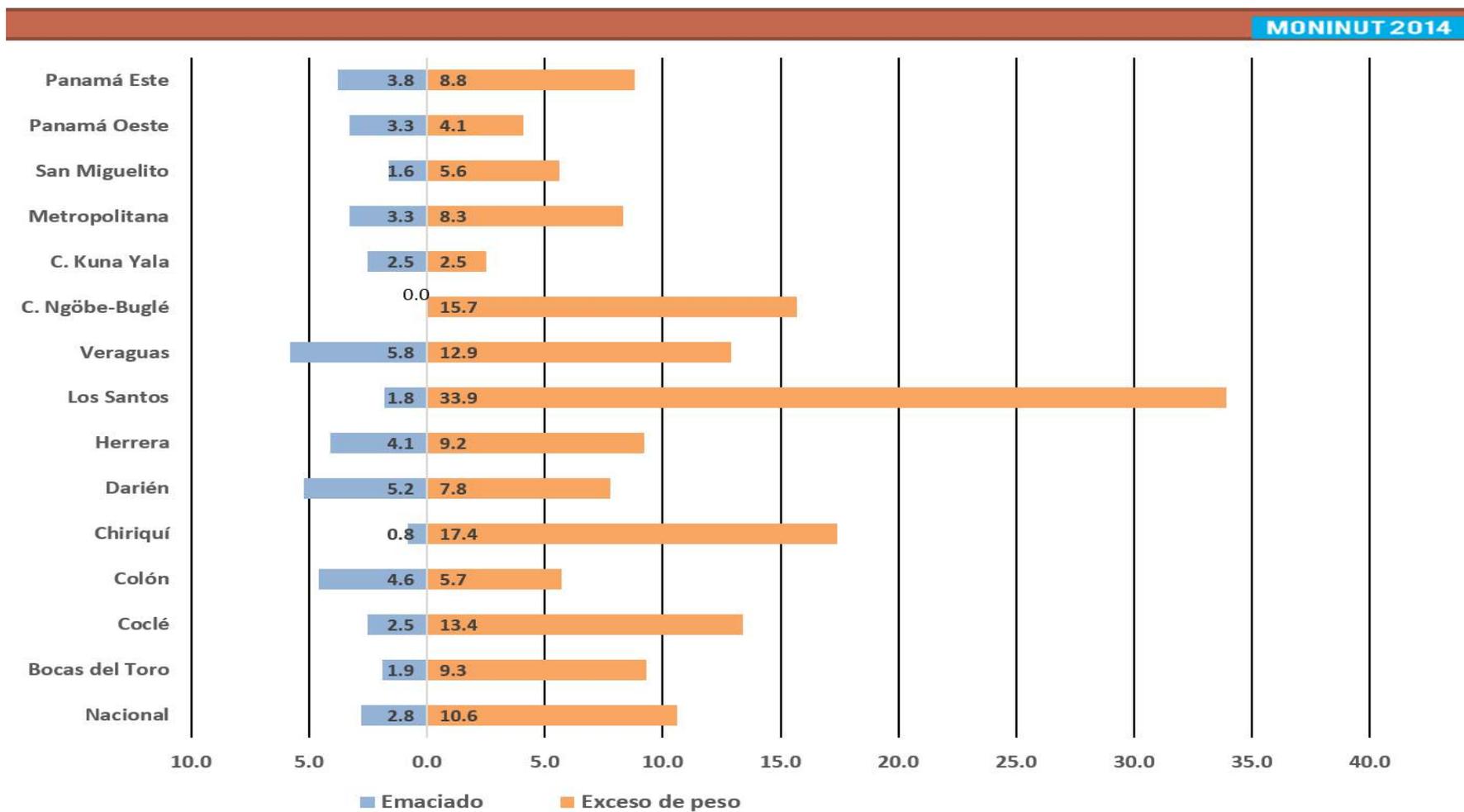
Las mayores prevalencias de desnutrición crónica se observaron en las comarcas Kuna Yala (61%), Ngäbe Buglé (53%) y Emberá Wounaán (31.0 %).



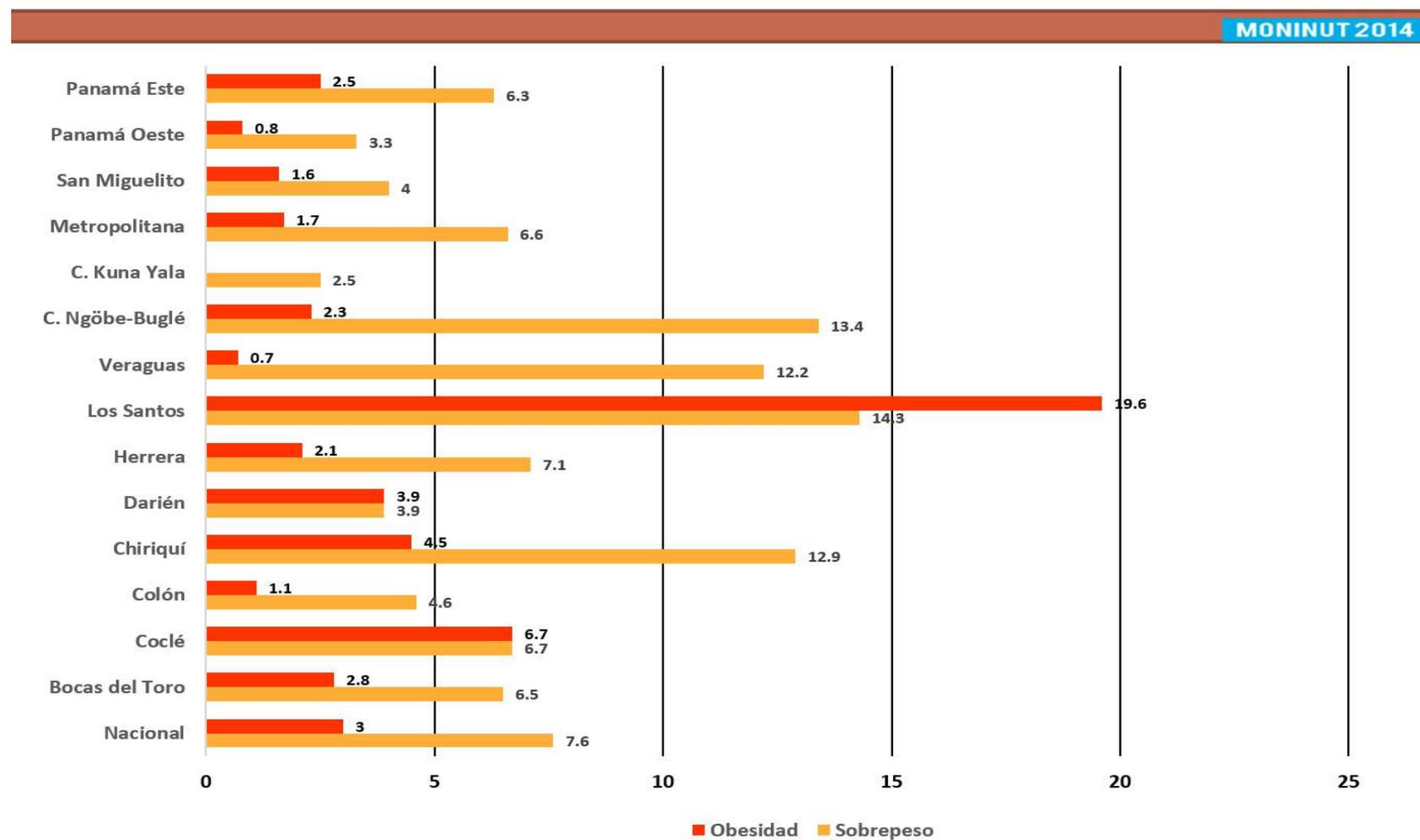
Prevalencia de bajo peso y clasificación del nivel de severidad según OMS por región de salud en menores de 5 años. Panamá 2014



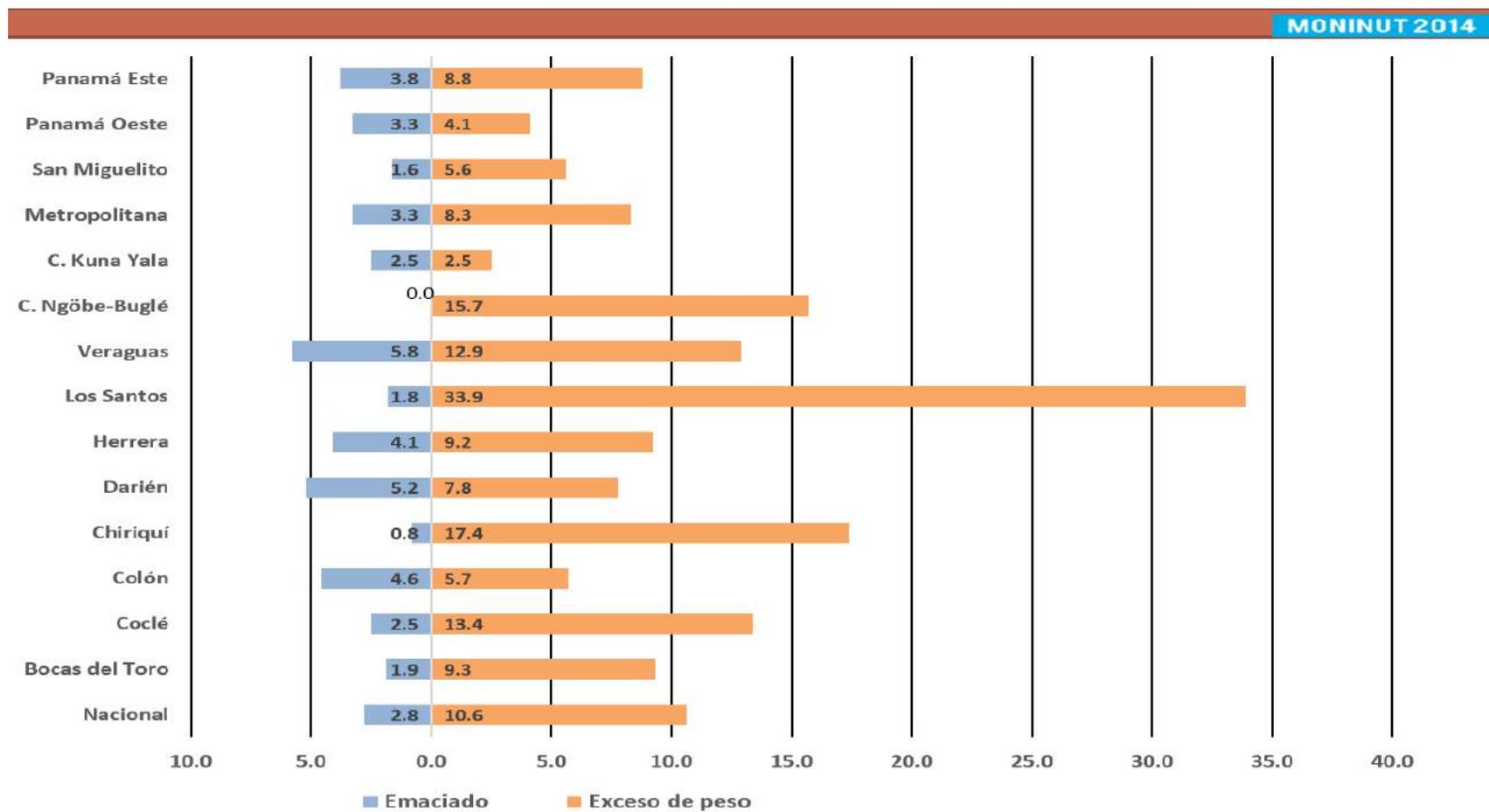
Prevalencia de Sobrepeso y Obesidad por Región de Salud en Menores de 5 Años. Panamá 2014



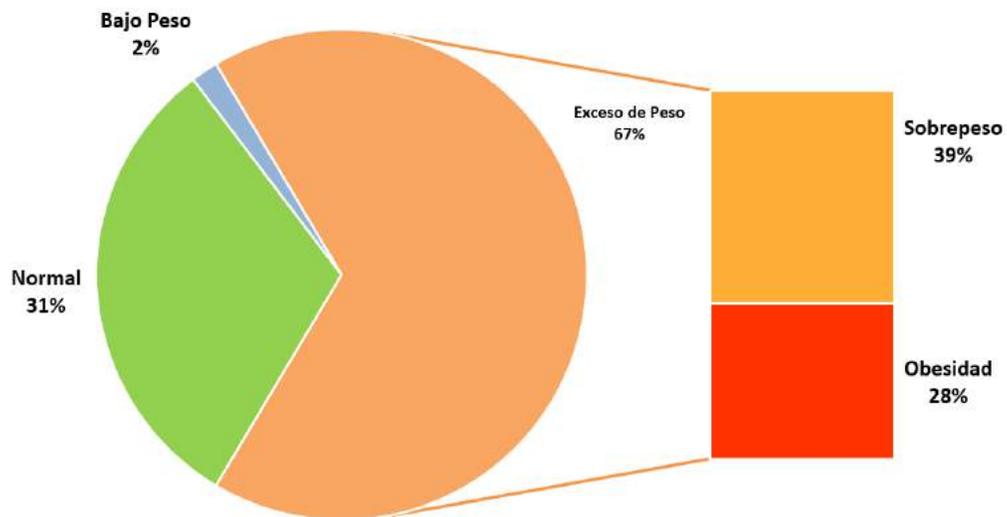
Prevalencia de Sobrepeso y Obesidad por Región de Salud en Menores de 5 Años. Panamá 2014



Prevalencia de emaciado y exceso de peso por región de salud en menores de 5 años. Panamá 2014

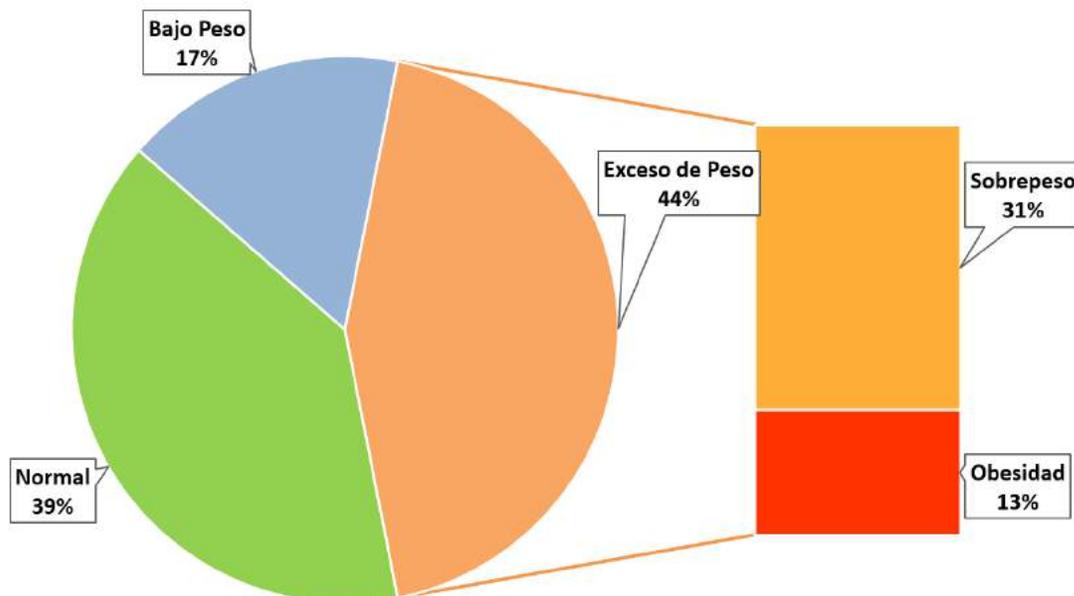


PREVALENCIA DEL ESTADO NUTRICIONAL EN ADULTOS. PANAMÁ 2014.



Fuente: MONINUT, 2014.

ESTADO NUTRICIONAL EN EMBARAZADAS. PANAMÁ 2014.



Fuente: MONINUT, 2014.

Información de la CSS, años 2014 - 2017

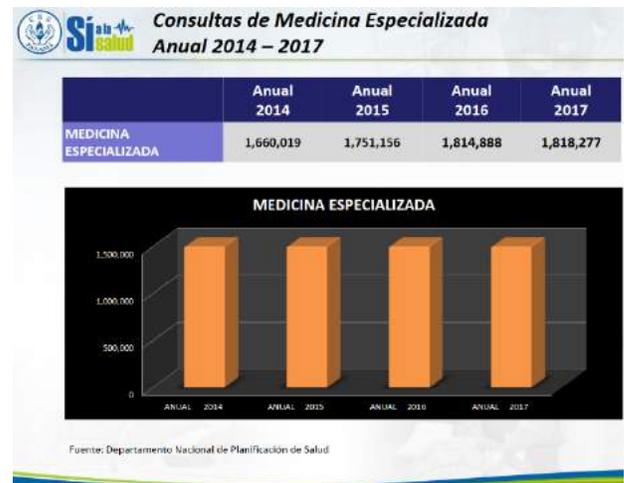
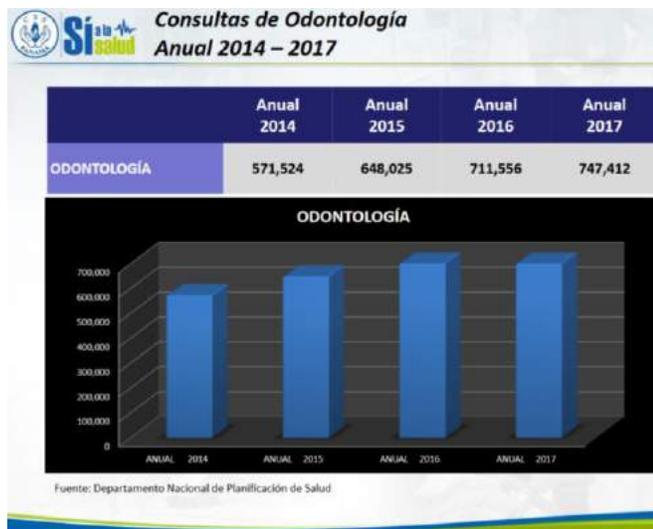
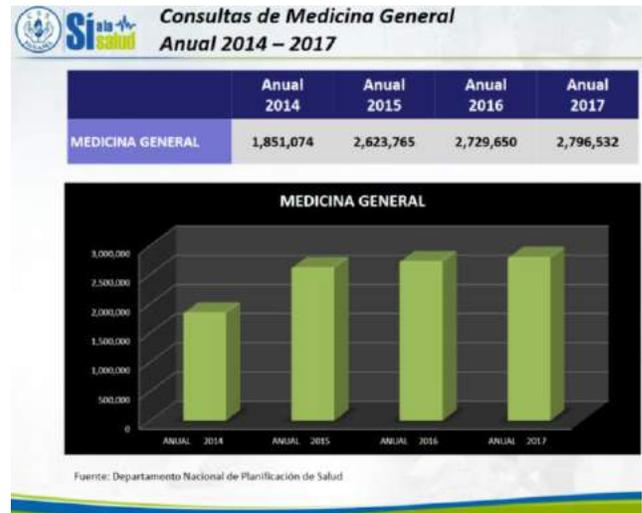
Consultas - Producción Caja de Seguro Social – CSS

Consultas Medicina General

La producción de la CSS para el año 2014 refleja un total de 1, 851, 074 consultas. Es notorio el incremento de las mismas para los años subsecuentes de 3.9% para el 2015, de 2.4% para el 2016.

Consultas Medicina Especializada

La producción de la CSS para el año 2014 refleja un total de 1, 660,019 consultas de medicina especializada. Es notorio el decremento de las mismas para los años subsecuentes de 5.2% del 2014 a 3.5% para el 2015, y de 0.2% para el 2016.



Consultas en Odontología

La producción de la CSS para el año 2014 refleja un total de 571,524 consultas odontología. Es notorio el decremento de las mismas para los años subsecuentes de 11.8% del 2014 a 8.9% para el 2015, y de 4.8% para el 2016.

Servicios de Urgencias

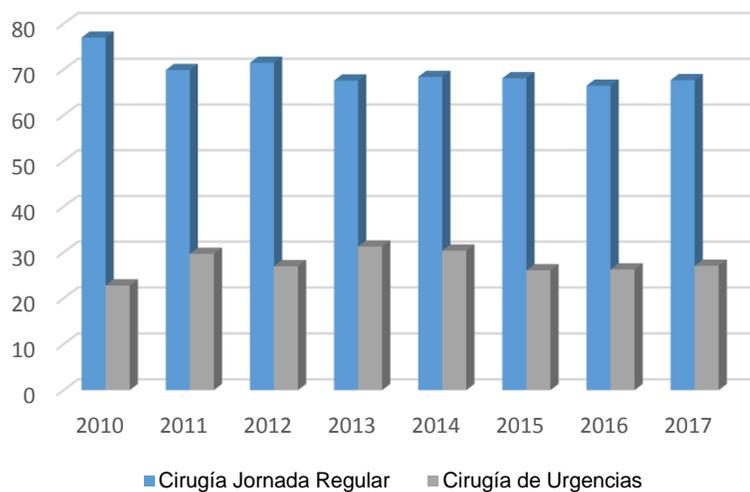
Resumen de cirugías y procedimientos	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Cirugía Jornada Regular	77	69.9	71.5	67.6	68.4	68.1	66.5	67.7
Cirugía de Urgencias	22.8	29.7	27	31.3	30.4	26.1	26.3	27.1
Cirugías Prima Regular	0.1	0.4	1.4	1.1	1.2	2.2	1.9	0.3
Cirugías Prima Jornada Plan Norte	0	0	0	0	0	3.6	5.3	0.9
Cirugías Plan de Optimización Quirúrgica	0	0	0	0	0	0	0	4
Procedimiento de Gastroenterología - Jornada Regular	78.7	79.3	62.6	78.9	59.8	49.7	56.7	65.4
Procedimiento de Gastroenterología - Prima de productividad regular	21.3	20.7	37.4	21.1	40.2	36.1	10.5	0.2
Procedimiento de Gastroenterología - Prima Jornada Plan Norte	0	0	0	0	0	14.2	32.8	6.3
Procedimiento de Gastroenterología - Plan de Optimización Quirúrgica	0	0	0	0	0	0	0	28.1

Resume de Cirugías y Procedimientos de la Caja de Seguro Social – CSS

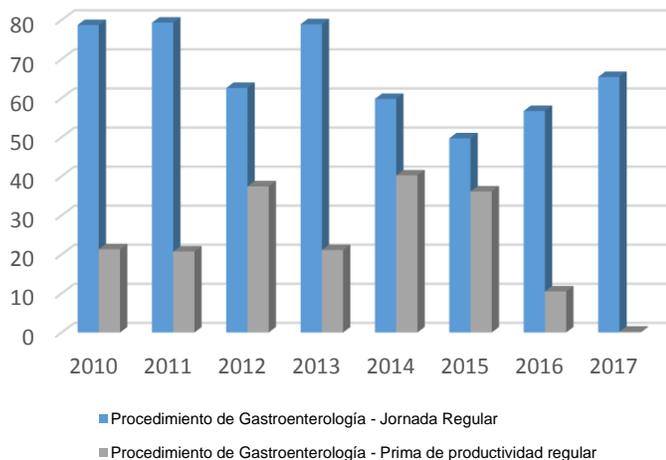
Los valores porcentuales respecto al periodo 2010 – 2017 de las acciones quirúrgicas se mantienen sin variante, oscilando entre 66.5 % a 77%, para las cirugías en jornada regular y de 23% a 32% en urgencias. Los valores porcentuales respecto al periodo 2010 – 2017 de las acciones quirúrgicas se mantienen sin variante, oscilando **entre 66.5 % a 77%**.

En cuanto a los procedimientos especializados observamos disminución porcentual en la jornada regular en los años 2012, 2014 y 2015 de 50% a 63%. Particularmente en los años 2010, 2011 y 2013 refieren valores porcentuales alrededor del 70%.

Resumen de Cirugías realizados en la Caja de Seguro Social periodo 2010 - 2017



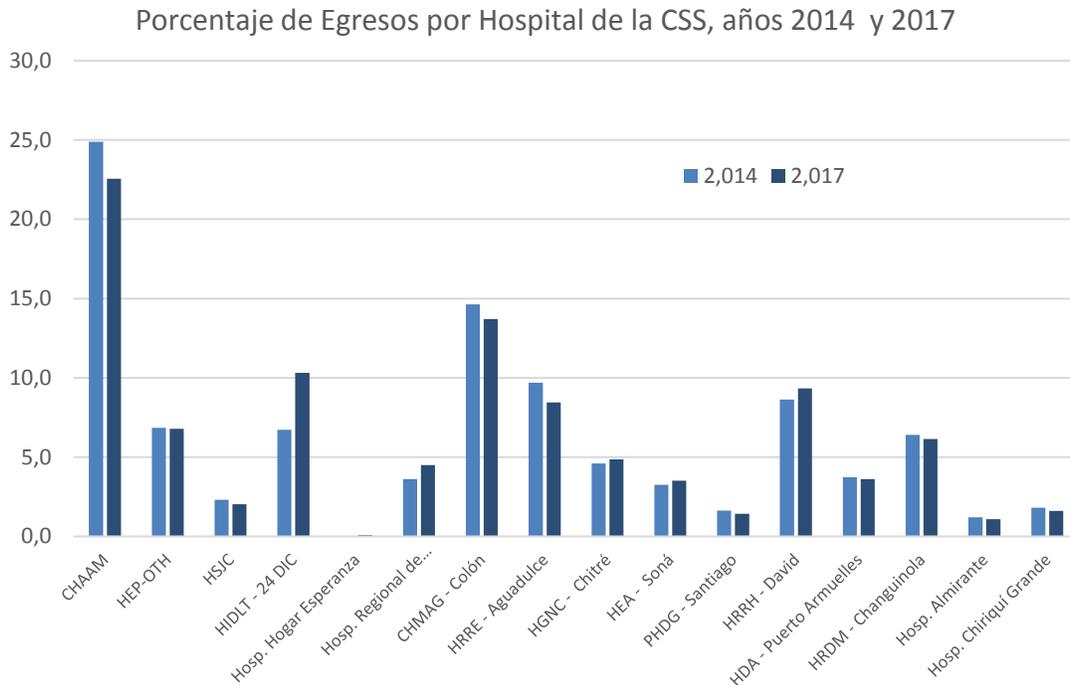
Resumen de Procedimientos realizados en la Caja de Seguro Social periodo 2010 - 2017



Los procedimientos que toman en cuenta la productividad regular en los años 2012, 2014 y 2015, el valor porcentual se ve aumentado de 35% a 40%, reflejando sólo para el 2017 valor porcentual disminuido en 0.2%.

Cabe destacar que la institución posee el plan para la optimización quirúrgica, para la disminución de la mora quirúrgica.

Hospitalización



Centros quirúrgicos de Caja de Seguro Social – CSS

La CSS cuenta con 16 instalaciones hospitalarias, de las cuales 4 presentan porcentajes de egresos entre 9% y 25%.

  Admisiones y Egresos Hospitalarios Anual 2014 – 2017				
	Anual 2014	Anual 2015	Anual 2016	Anual 2017
ADMISIONES	101,477	106,307	105,314	109,856
EGRESOS	100,870	105,152	103,080	110,068

Fuente: Departamento Nacional de Planificación de Salud



Egresos Hospitalarios Anual 2014 – 2017

	Anual 2014	Anual 2015	Anual 2016	Anual 2017
TOTAL	100,870	105,152	103,080	110,068
CHAAM	25,097	25,786	25,537	24,830
HEP-OTH	6,913	7,118	5,150	7,459
HSJC	2,323	2,348	2,256	2,236
HIDLT - 24 de Diciembre	6,774	8,907	7,395	11,356
Hospital Hogar de La Esperanza	32	64	59	99
Hospital Regional de Chepo	3,655	3,828	4,726	4,941
CHMAG – Colón	14,753	15,149	14,493	15,089
HRRE – Aguadulce	9,773	9,561	9,136	9,295
HGNC - Chitré	4,645	5,046	5,391	5,352
HEA – Soná	3,288	3,353	3,611	3,869
PHDG – Santiago	1,652	1,332	1,070	1,578
HRRH – David	8,703	8,907	10,402	10,276
HDA – Puerto Armuelles	3,764	3,619	3,646	3,972
HRDM - Changuinola	6,454	7,360	7,416	6,753
Hospital de Almirante	1,227	1,125	1,052	1,196
Hospital de Chiriquí Grande	1,817	1,649	1,740	1,781

Fuente: Departamento Nacional de Planificación de Salud

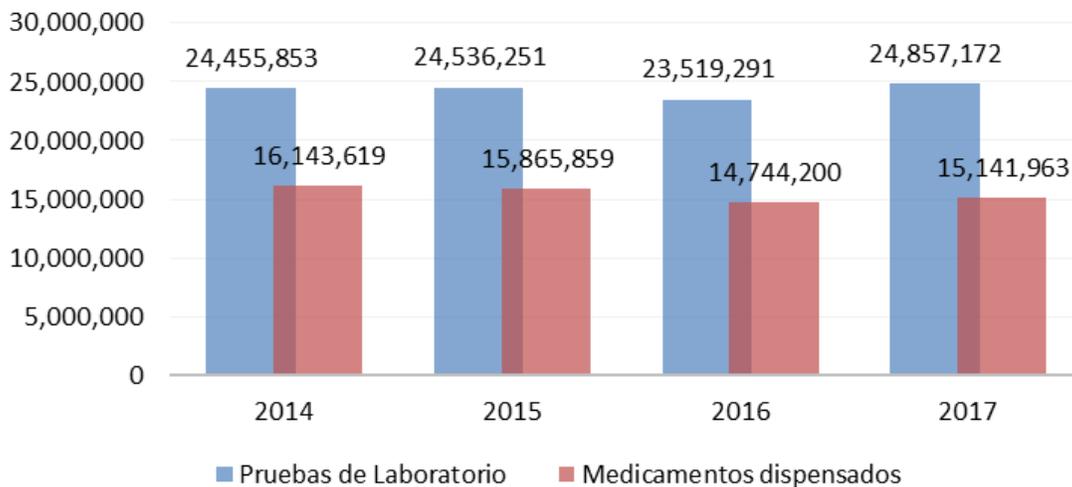
Admisiones y Egresos de la Caja de Seguro Social – CSS

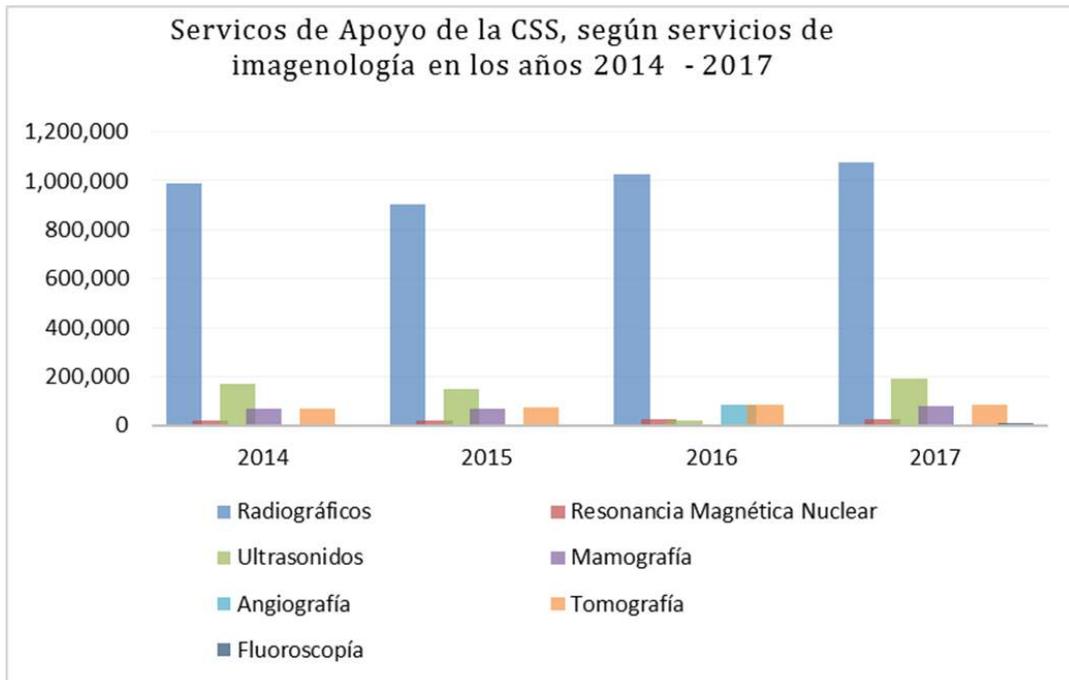
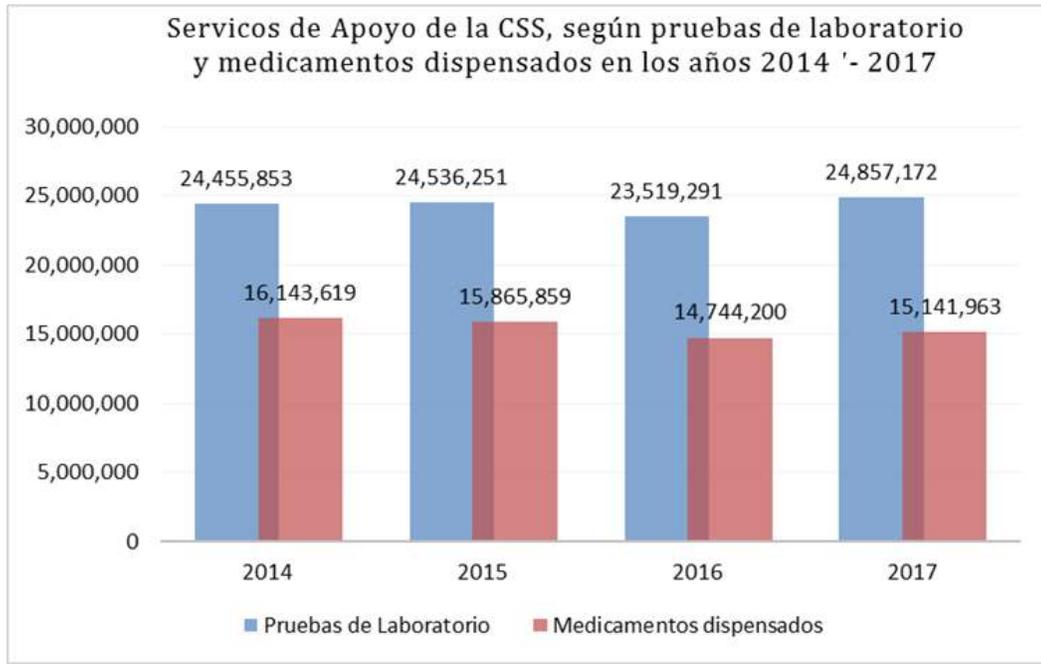
Los datos muestran aumento progresivo de admisiones proporcional a los egresos, para los años 2014 – 2017 entre 3%.

Servicios de Apoyo

Servicios de Apoyo		2014	2015	2016	2017
Laboratorios	Pruebas de Laboratorio	24,455,853	24,536,251	23,519,291	24,857,172
	Pacientes atendidos	2,727,535	2,820,230	2,985,332	3,071,093
Medicamentos	Medicamentos dispensados	16,143,619	15,865,859	14,744,200	15,141,963
	Pacientes atendidos	7,132,363	7,141,239	6,836,600	7,016,174
Imagenología	Radiográficos	987,754	905,483	1,025,502	1,072,076
	Resonancia Magnética Nuclear	18,665	18,974	28,436	25,206
	Ultrasonidos	168,547	150,194	17,943	189,158
	Mamografía	68,593	70,101	6,446	78,344
	Angiografía	0	4,683	82,458	5,978
	Tomografía	67,757	73,327	82,458	86,322
	Fluoroscopia	0	5,218	6,129	7,917

Servicios de Apoyo de la CSS, años 2014 - 2017





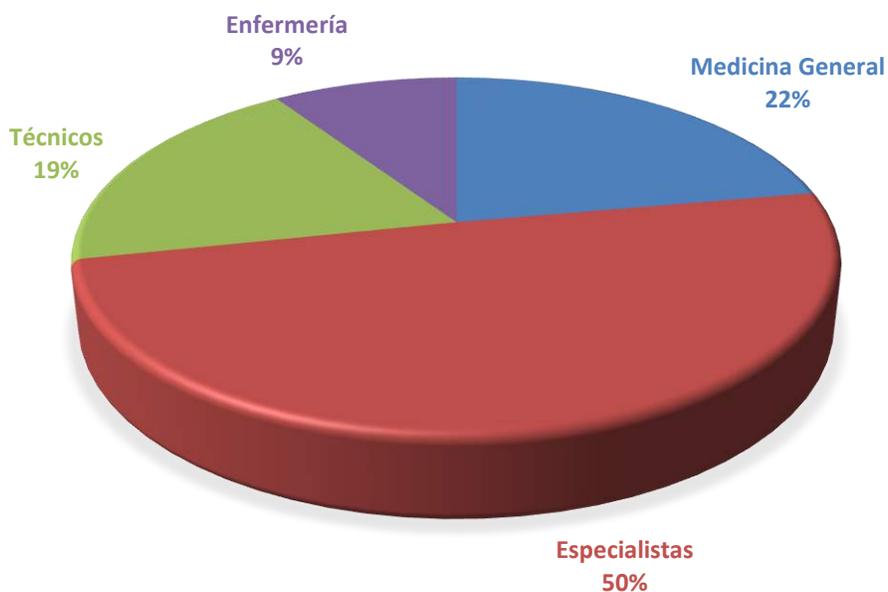
Para los servicios de apoyo como: laboratorio y medicamento la Caja de Seguro Social (CSS) mantiene una tendencia constante que se sostiene para los años 2014 al 2017.

El Servicio de imagenología presenta variantes en cuanto a los tipos de estudios realizados, donde los estudios radiológicos sobresalen y mantienen su tendencia para los años mostrados sobre los demás estudios realizados.

Otros detalles en cuanto las horas trabajadas y el tipo de profesional

Horas Trabajadas por tipo de profesional		Medicina General	Especialistas	Técnicos	Enfermería
N° Profesionales		2,254	5,022	1,925	952
Contratadas		540,735	411,319	426,993	256,371
Horas Trabajadas	Permiso	11,276	5,693	6,868	5,062
	Vacaciones	41,250	32,109	38,832	20,366
	Incapacidad	20,723	13,910	13,648	5,621
	Descarga Laboral	5,265	2,153	582	13
	Licencia	3,216	2,633	3,293	572
	Caso Fortuito	7,382	4,197	7,388	3,771
	Admin/reunión	70,805	23,307	64,863	45,221
	Investigación	5,837	612	1,683	3,863
	Visita/Domic. Hosp.	10,564	16,939	10,070	12,809
	Docencia recibida	17,862	14,703	14,563	5,828
	Docencia impartida	962	944	2,038	1,774
	Urgencia	5,034	673	816	4,964
	Prom. / Prev.	39,160	4,192	20,601	39,038
	Procedts./Quirúrgicas	4,574	22,469	5,336	18,571
Consulta Ext.	296,826	266,787	236,414	88,899	

Recurso Humano de la Caja de Seguro Social, según tipo de profesional.
Año 2017



Otros detalles en cuanto a las consultas

Cupos por tipo de profesional	Medicina General	Especialistas	Técnicos	Enfermería
Disponibles	1,213,858	1,063,898	807,873	356,411
No utilizados/No asistio	127,083	171,874	108,622	29,087
No utilizados/No solicitado	77,736	123,228	128,356	68,514
Extras	48,126	39,992	40,485	15,782
Utilizados	1,057,165	808,788	611,379	274,592

Detalle del Servicio por Consulta, tipo de profesional y paciente		Medicina General	Especialistas	Técnicos	Enfermería	
Total		918,836	557,601	388,888	193,054	
Tipo de Paciente	Activos	396,847	165,292	132,326	54,296	
	Pensión por vejez	176,562	103,742	75,466	27,444	
	Beneficiarios	Esposa	88,192	44,944	27,479	18,869
		Hijo/a	95,521	156,404	90,787	39,775
		Padre	96,014	43,183	32,288	21,272
		Esp/invalido	1,128	469	1,652	285
		Sobreviviente	4,854	2,563	3,378	1,612
	Pensión/ riesgo profesional	1,085	289	1,877	239	
N° de Asegurado		58,633	40,715	23,635	29,262	
Nuevas Instalaciones según tipo	Total	327,491	167,255	74,438	62,505	
	Asegurado	298,197	150,740	66,881	52,673	
	No Asegurado	29,294	16,515	7,557	9,832	
Nuevo en el servicio		328,028	213,510	129,989	86,365	
Total de consulta por sexo	Total	918,836	557,601	388,888	193,054	
	Masculino	351,759	196,893	154,944	69,227	
	Femenino	567,077	360,708	233,944	123,827	
Control		94,840	69,742	5,900	19,023	

Detalle del Servicio por Consulta, tipo de profesional y paciente		Medicina General	Especialistas	Técnicos	Enfermería	
Total		918,836	557,601	388,888	193,054	
Tipo de Paciente	Activos	396,847	165,292	132,326	54,296	
	Pensión por vejez	176,562	103,742	75,466	27,444	
	Beneficiarios	Esposa	88,192	44,944	27,479	18,869
		Hijo/a	95,521	156,404	90,787	39,775
		Padre	96,014	43,183	32,288	21,272
		Esp/invalido	1,128	469	1,652	285
		Sobreviviente	4,854	2,563	3,378	1,612
		Pensión/ riesgo profesional	1,085	289	1,877	239
N° de Asegurado		58,633	40,715	23,635	29,262	
Nuevas Instalaciones según tipo	Total	327,491	167,255	74,438	62,505	
	Asegurado	298,197	150,740	66,881	52,673	
	No Asegurado	29,294	16,515	7,557	9,832	
Nuevo en el servicio		328,028	213,510	129,989	86,365	
Total de consulta por sexo	Total	918,836	557,601	388,888	193,054	
	Masculino	351,759	196,893	154,944	69,227	
	Femenino	567,077	360,708	233,944	123,827	
Control		94,840	69,742	5,900	19,023	

Controles de salud por grupo etareo	Tipo de profesional			
	Medicina General	Especialistas	Técnicos	Enfermería
< 1 año	747	13,356	1,263	2,435
2 - 4 años	2,679	13,918	594	1,963
6 - 9 año	4,713	8,386	801	921
11 - 14 años	5,113	4,885	453	906
16 - 19 años	4,885	2,637	126	396
21 - 49 años	33,319	15,159	1,087	4,828
51 - 59 años	15,653	4,568	616	2,450
60 y más	27,731	6,833	960	5,124

III. FOTOGRAFÍA 3 - CARACTERIZACIÓN DE LA OFERTA



Proyección de la Oferta de Profesionales del 2014 – 2025

La proyección en la oferta en base al ratio número de médicos por cada 10,000 habitantes crecerían a 1,1 hasta 2025, situándose al 2014 con 15.8 con respecto al año 2025 donde se sostendrá hasta alcanzará 17.3 médicos totales, inferior a la actualidad.

La ratio número de enfermeras por cada 10,000 habitantes crece a 2,1 ubicándose al 2014 en 13.4 y llegando a 15,5 enfermeras hasta 2025.

A este ritmo, solo se observaría escasez por lo que no alcanzaría el mínimo de 1:1 (enfermeros: médicos) el cual oscilaría entre una proporción de 0.9.

La tendencia de esta medición radica en la desproporción que existe entre la disponibilidad del personal médico y de enfermería vs la formación la cual podría afectar la composición del equipo de salud en futuro mediano y a largo plazo si no se hace una intervención de alto rigor para robustecer la fuerza laboral.

Por consiguiente, mejorar la oferta de formación es uno de los mecanismos que facilitará lograr una mayor disponibilidad de profesionales en el mercado laboral lo cual requiere de otras estrategias de reclutamiento para obtener una meta mínima entre 1:1 (enfermeros: médicos).

http://www.minsa.gob.pa/sites/default/files/destacado/caracterizacion_de_la_fuerza_laboral_en_salud_2014_17_septiembre.pdf



Complejidad de la red

En el año 2016 se inició el proceso de implementación de la estrategia de redes integradas e integrales de Servicios de Salud (RIISS), capacitando inicialmente al personal del MINSA y de la CSS, estos eran los encargados de implementar la estrategia de las RIISS en la provincia de Coclé, en el marco del cumplimiento de la Política de Salud 2016-2025 que establece en la POLITICA 3: Lograr el Acceso Universal a la Salud y la Cobertura Universal de Salud con Equidad, Eficiencia y Calidad, en el O.E. 3.1. Implementar la estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud en el marco de la Atención Primaria en Salud (APS) y específicamente la Línea de Acción 3.1.5 Implementación del modelo de atención individual, familiar, comunitario y ambiental.

También se hizo el análisis de la capacidad instalada en instalaciones de salud del MINSA y la CSS para el mismo año, lo que evidencio que nuestro sistema de salud en el primer nivel de atención adolece de los recursos necesarios para dar resolución a la demanda requerida en cuestión de salud de la población. La mayoría de las instalaciones del primer nivel corresponden a instalaciones del MINSA. Por otra parte, a pesar de estamos en un mundo de avances tecnológicos, observamos que vamos de poco a poco de forma progresiva implementando dentro del marco de e Salud, el Sistema Electrónico de Información de Salud (SEIS) este avance en el uso del expediente clínico de salud electrónico, inició en el año 2013 en el marco de las TIC's a nivel nacional, todo un avance en miras de la modernización, el cual fue programado de manera incremental en instalaciones de salud con viabilidad de contar con acceso a internet, se inició con diez (10) instalaciones de salud en tres (3) Regiones de Salud Coclé, Herrera y Los Santos denominado inicialmente TIC's, existen debilidades institucionales, identificadas desde siempre en relación a los recursos humanos y tecnología, requiere de inversiones y dedicar los recursos financieros, para las reposiciones, compras de equipos dados los cambios constantes en la tecnología y el fortalecimiento del capital más valiosa en la institución que es el RRHH.

Sin embargo, con mucho esfuerzo, dada la resistencia que los cambios generan, hoy día se usa el SEIS en ciento seis (106) instalaciones de salud, ubicadas en catorce (14) Regiones de Salud, la Región de Guna Yala a pesar de que fue tomada en cuenta desde un inicio, existen debilidades en la adquisición de la tecnología, por el elevado costo de acceso al ancho de banda que se requiere para el uso SEIS, en esa área.

La meta para este período de gestión, es poder llegar a ciento cuarenta y cinco (145) instalaciones de salud, este avance ha sido todo un RETO y un gran DESAFÍO, sobre todo un gran esfuerzo de todos los actores involucrados en este proceso, en todos los niveles y aspiramos a que en el siguiente período de gestión se pueda dar continuidad a la gran inversión realizada por el país y lograr así una mayor cobertura a nivel nacional.

La fortaleza del equipo de salud, es el enfoque hacia las determinantes sociales de la salud, de la prevención primordial, primaria, secundaria y terciaria con equidad hacia una cobertura universal, aunque se comparte en el Sector Público de forma dual, aún las acciones de salud de índole curativo correspondientes a acciones dedicadas a la atención de la morbilidad, se requiere fortalecer las actividades dedicadas a los controles de salud, tal y como lo establecen las Normas Integrales de los Programas de Salud del país.



Las atenciones especializadas más complejas están en el segundo nivel de atención específicamente en los policentros, policlínicas y hospitales donde existe la capacidad de apoyar el diagnóstico temprano de los problemas de salud por medio de laboratorio e imágenes, para un tratamiento oportuno y corresponden en su mayoría a las instalaciones de salud de la CSS.

En el primer nivel de atención, el MINSA cuenta con un equipo compuesto por personal multidisciplinario con capacidad de atender a la población y también a las acciones comunitarias y el ambiente, nuestro reto es seguir formando recurso especializado para suplir las todas las áreas que así lo requieran, con ello continuaremos disminuyendo las brechas por resolver en salud.

En el sentido amplio de la tecnología se han elaborado paulatinamente a medida de la implementación de las mismas los documentos normativos de tipo administrativos, técnicas, protocolos de atención y de plataforma informática, en apoyo a las actividades de los profesionales, a su vez se logró un flujo continuo en cuanto a la conectividad de un 100% en las instalaciones de salud, también para la telemedicina, tecnología que apoya al diagnóstico médico como es el laboratorio y la imagen.

SIS en la CSS



Los edificios de la CSS son más modernos, cuenta con mayor cantidad de personal especializado; la tecnología tiene mejor conectividad entre sus instalaciones y la telemedicina. En el segundo nivel las policlínicas y los polis centros cuentan con mayor capacidad resolutive, apoyo al diagnóstico por laboratorio e imágenes al igual que los hospitales de área. En este mismo nivel se encuentran los hospitales provinciales cuyas estructuras has sido fortalecidas, cuentan con unidades de apoyo al diagnóstico como son laboratorios especializados e imágenes de alta capacidad diagnostica y apoyo al tratamiento como los quirófanos y las unidades de cuidado crítico y los servicios de emergencias ambos funcionando 24 h /7 días a la semana, esto tanto para Hospitales MINSA como CSS. Los hospitales de 3er nivel de atención con capacidad de atender la referencia a nivel nacional y para el diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades menos frecuentes y más complejas con edificaciones sobrepasadas en su capacidad algunas muy antiguas que están en proceso de restitución.

Existen experiencias de sectorización cuando se implementó el modelo de atención en la red integrada de servicios de salud en San Miguelito y en Coclé, el modelo mantiene su espíritu con el enfoque de Atención Primaria en Salud, con equidad, calidad hacia la cobertura universal de salud, con la particularidad de ahora sectorizamos por Sistema de Salud, Región de Salud, Provincia, Distrito, Corregimiento, lo cual en algunas instancias vemos hasta lugares poblados y comunidades. En otra forma vemos nuestra división en dentro de la estrategia de la Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) se contempla el proceso de sectorización en el atributo de definición del territorio población de responsabilidad dentro del ámbito del modelo de atención de salud, se tiene contemplado su implementación a principios del año 2018.

En febrero 2018, se implementará las RISS en las provincias de Chiriquí, Veraguas, Herrera, Los Santos, Coclé y la Comarca Ngabe Buglé será a partir de ese momento que se integrarán los equipos de atención primaria en salud (EAPS), que serán gestionados por cada región de salud de acuerdo al territorio población de responsabilidad de la instalación de salud. Actualmente de acuerdo al Contrato de préstamo N° 2563/OC-PN (BID) Programa de fortalecimiento de redes integradas de salud (FORIS), establece los equipos básicos de salud, para atender 123 grupos poblacionales, cada prestador se integra al centro de salud correspondiente y a la dirección regional, donde hay un equipo de gestión compuesto por un administrador del proyecto, un coordinador de salud y un estadístico.

En la actualidad los equipos de atención de salud en el primer nivel de atención en el MINSA, están compuesto por el personal relacionado a la atención del individuo, la comunidad, y el ambiente, personal médico, de enfermería, de nutrición, de trabajo social de saneamiento ambiental, vectores y de promoción de la salud. En el programa de fortalecimiento de redes integradas de salud FORIS está compuesto por médico general, enfermera técnica de enfermería técnico de nutrición y un inspector de saneamiento o educador. En Guna Yala y Emberá se cuenta con nutricionista de planta. A partir de febrero de 2018 se definirán los integrantes del equipo de atención primaria de salud (EAPS). Vemos, además que instalaciones de la CSS que han implementado el modelo de atención de “médico de cabecera” la población de responsabilidad es de 2,500 personas o 500 familias.

La cartera de servicios responde a las intervenciones de prevención primordial, primaria, secundaria y terciaria (promoción, prevención, curación y rehabilitación).

En el primer nivel de atención como lo establecen los programas de salud en el curso de vida y los protocolos de las morbilidades más prevalentes o comunes, el énfasis de la cartera de servicios es acciones para el abordaje de las determinantes sociales de salud a través de las acciones intersectoriales para fortalecer los factores protectores y limitar factores de riesgo, la educación en salud, el diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno, que permita limitar el avance y la complicación de la enfermedad, que son servicios de prevención primordial, primaria y secundaria. La cartera de servicios del segundo y tercer nivel debe ser complementaria, para la atención de las complicaciones de las enfermedades que sobrepasan la capacidad de la

cartera de los servicios del primer nivel de aquellas patologías que requieren de servicios de mediana complejidad y de servicios de alta complejidad, respectivamente y son las acciones de prevención secundaria y terciaria.

Estratégicamente se ha planificado que para el 2018 el primer nivel de atención definirá la cartera de servicios de acuerdo a las necesidades de salud por curso de vida y para los hospitales en base a las principales causas de morbilidad atendidas.

Desde el 2014 se ha estado revisando la tarifa de los servicios de salud a nivel nacional, en la actualidad se cuenta con documento macro que contempla los requerimientos necesarios en cuantos costos calibrados, asequibles y equitativos para la población, ya que las políticas de salud establecen como directriz la disminución del gasto de bolsillo.

Desde el 2014 se ha estado revisando la tarifa de los servicios de salud a nivel nacional, en la actualidad se cuenta con documento macro que contempla los requerimientos necesarios en cuantos costos calibrados, asequibles y equitativos para la población, ya que las políticas de salud establecen como directriz la disminución del gasto de bolsillo.

Otro tema puntual es el desarrollo de protocolos basados en las normas de atención, publicados en la página web del MINSA, vislumbramos a su vez, el trabajo técnico de las Direcciones Nacionales e cuanto a la consecución de los programas. Todos los documentos están homologados en su totalidad entre en MINSA y CSS. Se aplican los convenios de compensación con una cartera de servicios compensada de manera puntual para algunos servicios en el país.

Con la implementación de la estrategia RIISS en 5 regiones de Salud Chiriquí, Veraguas, Herrera, Los Santos, Coclé y la Comarca Ngabe Bugle se establecerán las instancias formales de coordinación de la RISS, mediante el establecimiento de un equipo de gestión conjunta MINSA CSS que coordina y articula los servicios ofrecidos por el MINSA y la CSS.

Otra forma de ver el flujo de la atención la vemos con el Sistema de Referencia y Contra referencia (SURCO) se utiliza a nivel nacional y se sustenta en la resolución 422 de 9 de diciembre de 2003, a través de los años se ha fortalecido en base a las necesidades y requerimientos, se mantiene funcionando para el control y evaluación del SURCO la comisión conjunta MINSA - CSS de monitoreo y evaluación del SURCO.

Primer Sistema de Vigilancia para el Control del Tabaco en Panamá - SISVISCTA

El Norte de nuestro Sistema Sanitario trasciende hacia la vigilancia de factores de riesgo asociado a nuestras principales causas de morbi mortalidad, actualmente avanzamos en la elaboración, diseño y construcción del Sistema de Vigilancia Sanitaria para el Control de Tabaco, que permite la gestión, el monitoreo y evaluación de la implementación del Convenio Marco para el Control del Tabaco CMCT de todas las normativas, disposiciones de ley en Panamá (CMCT ratificado en 2014).

También permite la sistematización de las actividades de promoción, prevención, docencias, capacitaciones, atención, rehabilitación, investigación, inspecciones del cumplimiento de la normativa legal y propiciar ambientes libres de humo, la coordinación con otras instituciones gubernamentales como CSS, MEDUCA, DGI MEF, ANA, Sociedad Civil entre otras

Esquema de los procesos de elaboración, diseño e implementación del SISVISCTA. Año 2016 – 2017



El Ministerio de Salud viene aplicando el Convenio Marco para el Control de Tabaco (CMCT) desde el año 2004 que es ratificado y adoptado por el país. El artículo N ° 20 del CMCT establece la necesidad de que se cuente en los países con un Sistema de Vigilancia para dar seguimiento a la implementación del CMCT, en este sentido en Panamá desde el año 2016 se inició el proceso de elaboración, diseño y construcción del Sistema de Vigilancia sanitario para el Control de Tabaco (SISVISCTA).

Posterior a la programación y planeación del proceso, se inicia una serie de acercamientos para coordinar las reuniones con los actores involucrados a lo interno del MINSA y a lo externo, de igual forma con las instituciones involucradas en actividades ligadas al cumplimiento del CMCT y de nuestras normativas legales.

Desarrollamos un diagrama el cual, en forma esquemática, representa cada paso requerido, un paso inicial ha sido identificar las debilidades en cuanto a la recolección de información, para poder contar con datos sistematizados y que permitan la elaboración de Informes de país, de manera ágil, oportuna de forma eficaz y eficiente.

Hemos realizado reuniones de coordinación con instituciones como MEDUCA, ANA, DGI MEF, alianzas estratégicas con organismos internacionales como OPS/OMS, UNFPA, a lo interno del MINSA con el Programa Niñez, escolar y adolescentes, existen cincuenta (50) Clínicas para los adolescentes, que desarrollan el Programa Servicios de Salud Amigables para los Adolescentes que lleva DIGESA, al igual que el Programa de Salud Mental responsables de las Clínicas de Cesación, existen cuarenta y seis (46) Clínicas de Cesación y se estima que atienden unos cuatrocientos (400) pacientes al año. Se realizan revisiones a las normativas legales para incorporar mejoras requeridas, en la medida en que el mercado ofrece nuevas opciones de productos de tabaco a nuestros jóvenes adolescentes.

Las Regiones de Salud desarrollan actividades para la prevención y el control del consumo de productos de Tabaco, dado que es uno de los Factores de Riesgo asociados a nuestras principales causas de morbimortalidad.

La Comisión Nacional para el Control de Tabaco integrada por representantes de las Direcciones Nacionales, realiza esfuerzos de coordinación para avanzar y hacer cumplir la normativa legal, se trabaja en las advertencias y pictogramas, atención y rehabilitación cesación, las docencias y capacitaciones, el desarrollo de estudios con el ICGES entre otras. Panamá es un referente en la región y en el mundo por el grado de compromiso para el cumplimiento del CMCT, por tanto, el abordaje de este sistema de vigilancia y control de Tabaco tiene un enfoque integral y ambicioso respecto a lo logrado por otros países. Entre sus módulos podemos mencionar:

- Observatorio nacional de vigilancia de tabaco
- Portal web que funciona como repositorio integrador de diferentes fuentes de datos
- Integración de mecanismos modernos en dispositivos móviles, redes sociales para llegar a la mayor cantidad de población posible.
- Mecanismos de inteligencia de negocios para análisis avanzado interactivo.
- En el área de promoción, prevención y capacitación de la salud: Cuenta con vistas y enlaces con temas enfocados a los efectos de tabaco en la salud; beneficios de dejar de fumar y como dejar de fumar; donde recurrir para dejar de fumar (mapas), etc.
- Repositorio para exposición de galerías de videos de promoción, imágenes, audios.
- A futuro la construcción de APP para móviles integrada al sitio web promocional
- Mecanismos de campañas preventivas en redes sociales
- Vínculos en redes sociales a comunidades mundial de consumidores de tabaco

- Mantiene enlace al observatorio de vigilancia del tabaco del Instituto Conmemorativo Gorgas; al igual que con el Observatorios de Cáncer-Cardiovasculares (MINSA-GORGAS)
- Otras estrategias.

Vista del portal del sitio Web - SISVISCTA

The image shows two screenshots of the SISVISCTA website. The top screenshot displays the 'Denuncia Ciudadana' (Citizen Denunciation) section, featuring a navigation menu with options like 'INICIO', 'EL PROBLEMA', 'LA SOLUCIÓN', 'S. O. S.', 'COMUNIDAD', 'VIDA SANA', 'OBSERVATORIO', and 'INSTITUCIONAL'. The bottom screenshot shows the 'Sistema de Vigilancia Sanitaria para el Control del Tabaco' (Sanitary Surveillance System for Tobacco Control) section. It includes a sub-section for 'ANA-Inspección, Incautación y Destrucción de Tabaco' (ANA-Inspection, Seizure and Destruction of Tobacco) and a grid of logos for various institutions: ANA, CBS, ICDES, Comarata-DEC, MEDUCA, MSP, and MSPA. The main text describes the system's purpose, its development by MINSA, and its role in monitoring and reporting on tobacco control efforts across the country.

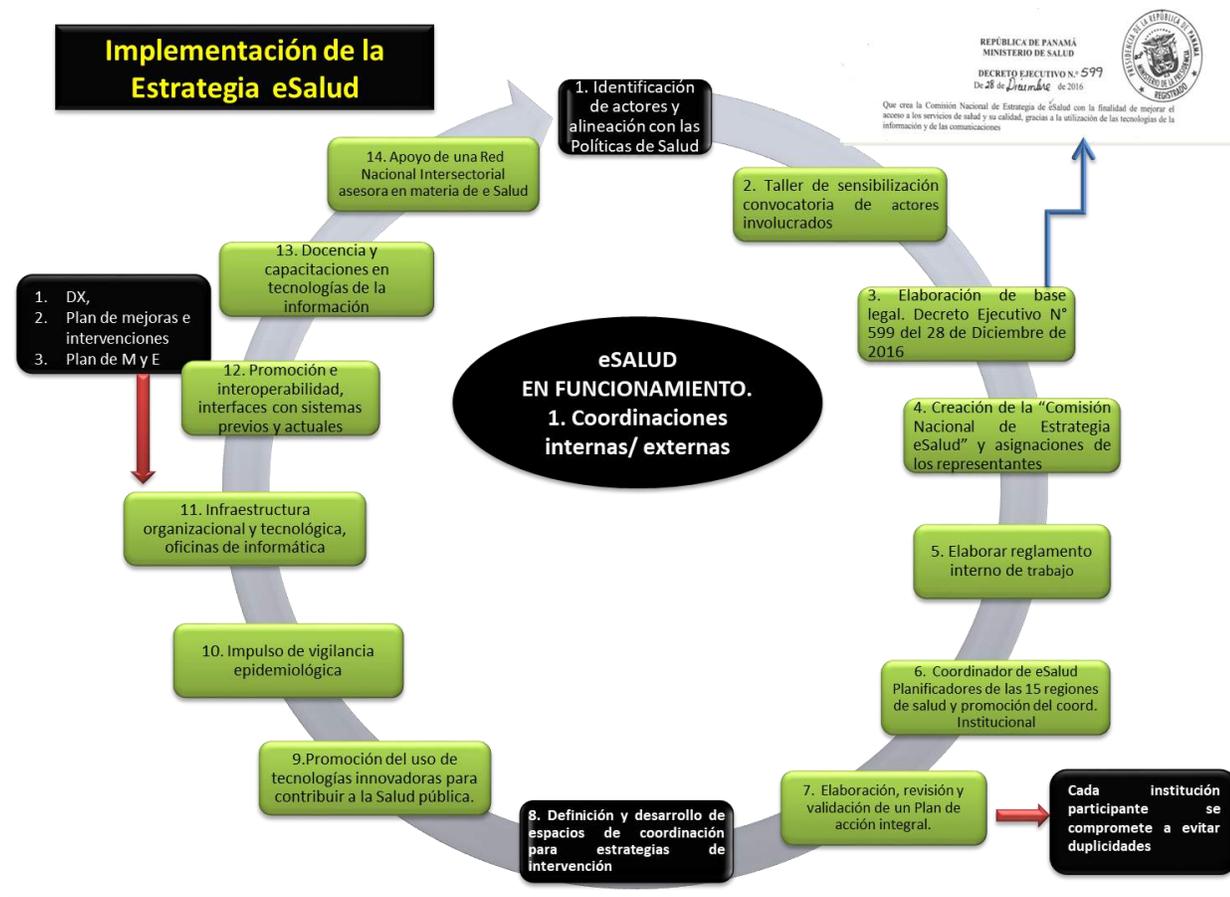
Estrategia eSalud

Que el propósito de la Estrategia y Plan de acción sobre eSalud (2012-2017) es contribuir al desarrollo sostenible de los sistemas de salud de los Estados Miembros, incluida la salud pública veterinaria. Con su adopción se busca mejorar el acceso a los servicios de salud y su calidad, gracias a la utilización de las tecnologías de la información y de las comunicaciones (TIC), la formación en alfabetización digital y TIC, el acceso a información basada en pruebas científicas y formación continua y la implementación de diversos métodos, permite avanzar hacia sociedades más informadas, equitativas, competitivas y democráticas. En este tipo de sociedades, el acceso a la información sobre salud es un derecho fundamental de las personas.

La eSalud es una modalidad equitativa, efectiva y eficiente de incrementar el acceso, cobertura y calidad de la atención en salud. El Mapeo de Mapeo de proyectos de eSalud en Panamá es una iniciativa del Ministerio de Salud, desarrollada conjuntamente con la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS).

La Estrategia Nacional eSalud abarcará las acciones de apoyo a la rectoría, gestión de recursos, salud colectiva, prestación de servicios, aseguramiento y financiamiento, educación, formación e investigación en materia de salud en el territorio nacional con un enfoque transfronterizo.

Esquema del proceso de Implementación de la Estrategia Nacional eSalud



El abordaje del uso y la aplicación de las tecnologías de la información y la comunicación en la salud pública suponen beneficios en materia de innovación, en el ámbito socio sanitario y en la economía de cualquier país:

- Desde el punto de vista de la innovación
- Desde el punto de vista socio sanitario
- Desde el punto de vista económico

Actualmente eSalud tiene conformado la Red Nacional Intersectorial de eSalud de Panamá.

IV. FOTOGRAFÍA 4 - SATISFACCIÓN DEL USUARIO



El principal objetivo de la política del gobierno nacional en materia de salud es universalizar el acceso a los programas de salud integral y mejorar la calidad de los servicios, de manera que se reduzcan las brechas de acceso, cobertura y calidad.

El Ministerio de Salud como rector del Sistema Nacional de Salud, ha puesto especial interés, entre otros aspectos, en mejorar la calidad de los servicios, para lograr un servicio que responda a las expectativas de calidad y satisfacción de los usuarios y que funcione efectiva y consistentemente en los diferentes ambientes y lugares donde éste se brinda.

La calidad de la atención médica es un valor muy apreciado tanto por los pacientes como por los profesionales de la salud, por lo que se hace necesario fomentar una cultura de mejoramiento continuo de la calidad que permita adecuar los sistemas y procesos de gestión en general a criterios de equidad, eficacia y transparencia.



CONTROL DE CALIDAD – SATISFACCIÓN DEL USUARIO/AUDITORIA SOCIAL

- Se desarrollan sistemas de control a través de procesos de supervisión, monitoreo y evaluación simultáneamente con la verificación del cumplimiento de metas de cobertura, de indicadores de desempeño, de las prácticas de atención clínica a través de auditorías de expedientes y medición de la calidad percibida a través de la auditoria social.
- El Proceso de Auditoria Social de la Provisión de Servicios de Salud, se ha incorporado de manera paulatina y descentralizada a toda la Red de Servicios, con enfoque participativo regulador y de control de la provisión de estos servicios, además como componente básico en la medición de la calidad de los servicios, a través de la percepción del usuario.
- La Encuesta de Satisfacción F1, es aplicada a miembros de Grupos Organizados de la Sociedad Civil “GOSCI”, por cada auditor/a social capacitado tres veces al año y es analizada en reunión convocada por el Equipo Conductor del Proceso de Auditoria Social, en 123 Grupos Poblacionales de las doce Regiones de Salud incluidas en el Programa de Fortalecimiento de Redes Integradas de Servicios de Salud y adicional en las otras tres regiones cuyo presupuesto es local.

ENCUESTAS DE SATISFACCIÓN DEL USUARIO EXTERNO

- Con el objetivo de reactivar las encuestas de satisfacción del usuario externo, en el año 2017 se aplicaron 5,366 encuestas en una muestra de 75 instalaciones (tanto de primer nivel de atención como hospitalarias). Del total de cuestionarios aplicados, 66% fueron aplicadas a mujeres y 34% a hombres, con una distribución en los grupos de edad de 13.3% en mayores de 65 años, 22.7% en personas de 46 a 56 años, 27.1% entre los 30 a 45 años, y 36.9% eran menores de 30 años.
- Como resultado de esta encuesta, encontramos que 53% de los participantes respondieron que fueron atendidos en menos de 10 minutos, y 46.6% respondieron que la duración de la atención fue de más de 10 minutos. De los encuestados, 83% respondieron que la atención recibida por el médico fue buena, muy buena y excelente; 14.8% consideraron que la atención fue regular, y 2.4% consideraron que la atención fue mala. Se encontró que 82% de los encuestados afirma que se les preguntó qué medicinas tomaba o si sufría de alguna enfermedad al momento de la consulta; y 75.2% de los encuestados respondieron que recibieron todos los medicamentos que se les prescribieron.

PROGRAMA DE ACOMPAÑAMIENTO HUMANO Y ESPIRITUAL DEL ENFERMO

- Capacitación de los equipos de humanización en las regiones de Bocas del Toro, Los Santos, Coclé, Herrera, Metropolitana, y Panamá Oeste.
- Impresión de 800 Guías de Trabajo del Programa de Acompañamiento Humano y Espiritual del Enfermo. Supervisión a las instalaciones de salud donde se implementa el programa en sus diversas fases y dar seguimiento a los avances y nudos que se presenten durante el desarrollo del programa.

CONTIGO RED DE SALUD INDÍGENA Y RURAL



El MINSA, con la asesoría técnica del Banco Interamericano de Desarrollo (BID), ha desarrollado la Red de Salud Rural e Indígena, llamada Contigo. Contigo busca mejorar la cobertura y calidad de la provisión de los servicios de salud en las comarcas indígenas y áreas rurales dispersas del país. Para tal fin, se han desarrollado normas, estrategias, intervenciones y herramientas **que hacen posible la entrega de los** servicios de Contigo por medio de redes institucionales y comunitarias integradas en el orden local. Estos elementos han sido inventariados de acuerdo con el ciclo de vida, definiendo sus especificaciones técnicas y estableciendo sus usuarios en los diferentes niveles de la estructura del MINSA, desde el orden nacional, hasta el local y comunitario.

El inventario hace posible la concreción de planes de implementación específicos para: (i) la programación de la compra de bienes y servicios requeridos; (ii) los procesos de formación que se deben llevar a cabo en diferentes momentos, estableciendo las audiencias y los materiales de formación necesarios; y (iii) los sistemas de información requeridos para la provisión de los servicios y las necesidades de registro, procesamiento y reporte de los mismos.

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

Agua y saneamiento en Panamá (PASAP)

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

- Realizo mejoras a las practicas sanitarias; fortalecimiento de políticas del sector buscando un consenso entre los principales actores sobre estas políticas.
- Fortalecimiento de la capacidad institucional del sector y particularmente la del Ministerio de Salud como rector del sector de agua potable y saneamiento.

Las Normas relativas a la Evaluación del Desempeño y Rendimiento, Reglamento técnico de evaluación del desempeño y rendimiento para el sector público.

Tiene como propósito desarrollar las normas que regulan la aplicación del Sistema de Evaluación del Desempeño y Rendimiento, a su vez:

Valorar la eficiencia y la productividad del servidor público en el desempeño de su puesto de trabajo, contribuir con el cumplimiento de la misión, la visión y las metas de la Unidad Administrativa donde labora.

Identificar las limitaciones que afectan el buen desempeño de los servidores públicos

La Evaluación del Desempeño constituye el proceso por el cual se evalúa y califica el desempeño y rendimiento de los servidores públicos. Es un proceso técnico, a través del cual, en forma integral, sistemática y continua, realizado por parte de los Jefes o Superiores Inmediatos, se valora y califica el conjunto de las actitudes, comportamiento laboral y el rendimiento del servidor público, en términos de la oportunidad, cantidad y la calidad de lo que produce en su puesto de trabajo.

Alcance, a todos los Servidores Públicos que desempeñan puestos de Carrera Administrativa, sean éstos:

- Servidores con estatus de Carrera Administrativa.
- Servidores en Período de Prueba de Ingreso y de Ascenso.
- Servidores ejerciendo puestos de carrera administrativa nombrados posterior a 30 de abril de 2008.
- Servidores con estatus de carrera en condición de interinidad.
- Servidores eventuales, sean éstos transitorios o contingentes, que ejerzan puestos definidos.

Las Normas relativas a la Evaluación del Desempeño y Rendimiento tienen carácter supletorio como fuente de derecho para los servidores públicos que se rigen por otras carreras públicas legalmente reguladas, o que se rigen por leyes especiales.

Otros Programas

Programas <http://www.minsa.gob.pa/programas>

- Atención a las personas con enfermedades raras
 - Control de Tuberculosis
 - Cuidados Paliativos
 - Fortalecimiento de Redes Integradas de los Servicios de Salud
 - Protección Social - Apoyo a la Red de Oportunidades
 - Salud Bucal
 - Integral de Niñez y Adolescencia
 - Salud Penitenciaria
 - ITS/VIH y Hepatitis Virales
 - Nacional de Sangre
 - Nacional de Tamizaje Neonatal
 - Salud de Adulto Mayor
 - Salud de Adulto
 - Salud Mental
 - Salud Nutricional
 - Salud Sexual y Reproductiva
 - SEIS - Sistema Electrónico de Información de Salud - SIREGES
-

Actualmente el Departamento de Monitoreo y Evaluación de la Dirección de Provisión de Servicios de Salud, se encuentra validando una Guía para la auditoría del expediente clínico electrónico, en este sentido es importante señalar que los programas de salud deben capacitar y supervisar el uso adecuado de los formularios que los profesionales tratantes deben utilizar para los controles de salud, tal y como lo establece las Normas oficiales de los programas de salud.

La Dirección General de Salud se encuentra trabajando en la Norma para expedientes clínicos físicos o electrónicos.

V. FOTOGRAFÍA 5 - ACTORES Y REDES SOCIALES



Los comités de salud brindan apoyo en todas las actividades que realizan los centros de salud, con el fin de fortalecer el buen funcionamiento de los mismos, el rol que desempeñan los comités de salud en la comunidad les permite tener acceso a la participación social en la toma de decisiones y dar sus opiniones en busca de mejorar la calidad, equidad y disponibilidad de los servicios de salud, así como crear conciencia en las comunidades que la salud no es única y exclusiva responsabilidad de quienes ofrecemos los servicios de salud, sino una participación de todos y todas. El fin primordial de los Comités de salud es promover salud en sus comunidades generando acciones que promuevan y protejan la salud de la población.



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

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

Mediante los comité de salud se obtiene apoyo en diversos centros de salud para el buen funcionamiento de los mismos, el rol que desempeñan los comités de salud en la comunidad les permite tener acceso a la participación social en la toma de decisiones y dar sus opiniones en busca de mejorar la calidad, equidad y disponibilidad de los servicios de salud, así como crear conciencia en las comunidades que la salud no es única y exclusiva responsabilidad de quienes ofrecemos los servicios de salud, sino una participación de todos y todas. El fin primordial de los Comités de salud es promover salud en sus comunidades generando acciones que promuevan y protejan la salud de la población. Las Juntas administradoras de agua apoyan la gestión de salud en las comunidades que se abastecen de agua, mediante los acueductos rurales; este organismo hace cumplir las normas básicas para el uso, protección, conservación de las fuentes de abastecimiento, así como las normas específicas de administración, operación y mantenimiento de estas obras sanitarias.

Las juntas administradoras de acueducto rural que dedican su tiempo a la operación, administración y mantenimiento del acueducto rural para la obtención del vital líquido del humano: el agua, la iglesia y su apoyo con sus pastorales de la salud y sus acciones directas en la comunidad, las diversas redes como las ligas antitabaco, los grupos caza mosquitos los grupos de III edad y ONGs que apoyan directamente la gestión y oferta de servicios de salud cuyo sistema de organización está basado en lineamientos, con personerías y bases legales jurídicas reconocidos por el Ministerio de Salud.

Las iglesias juegan un papel social muy importante y desde allí ejecutar acciones de prevención de la salud, sobre todo en la búsqueda del respeto hacia la vida humana, el derecho a la salud, la responsabilidad ciudadana, valores éticos y morales ligados a la salud en general, propiciar espacios para el desarrollo de acciones para el fortalecimiento de la salud mental y practica de estilos de vida saludable.

Los clubes cívicos vienen apoyando las acciones específicas de salud sobre todo en campañas que promueven concienciación, cambio de conductas, prácticas saludables, conocimientos y estilos de vida que prevengan enfermedades, y sobre todo una cultura saludable; también

apoyan en la consecución de recursos económicos para garantizar la continuidad de programas de rehabilitación y recuperación de la salud.

Las ligas antitabaco por su parte tienen como fin ser actores sociales que generen acciones de prevención, y promoción en la lucha contra el consumo del tabaquismo, de igual forma se inicia la creación de Ligas anti tabaco entre jóvenes adolescentes, quienes capacitan entre pares a otros jóvenes adolescentes, se ha trabajado en conjunto con el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) en un Rotafolio con información actualizada de productos de tabaco, sus daños y consecuencias en la salud de las personas.

Otros grupos organizados entre ANCEC, MEDUCA y MINSA, son los cazas humo, siguiendo la estrategia de los grupos caza mosquitos que son redes que se unen a las acciones de la lucha contra el dengue, chikungunya, promoviendo, orientando a la familia educativa y comunitaria en la eliminación de criaderos en la búsqueda de una cultura saludable del ambiente y su gente. Los grupos de la tercera edad son redes comunitarias que tienen dentro de sus actividades la planificación y ejecución de actividades que le permitan a la población geronte mantener el contacto con los equipos básicos de salud para promover salud hacia una mejor calidad de vida.

VI. FOTOGRAFÍA 6: PROYECCIÓN DE LA RED - ADECUACIONES DE LA OFERTA



La Estrategia de Extensión de Coberturas y Fortalecimiento de Redes Integradas de Salud, está basada en un modelo de gestión por resultados y un modelo de financiamiento capitado, su sistema de evaluación integra ambos modelos y busca cuantificar el logro de las coberturas por ronda e indicadores de desempeño. Ambos modelos incorporan la nominalización de los beneficiarios como base de cálculo de los logros, así como la población beneficiaria establecida en los convenios suscritos con las diferentes Direcciones Regionales de Salud

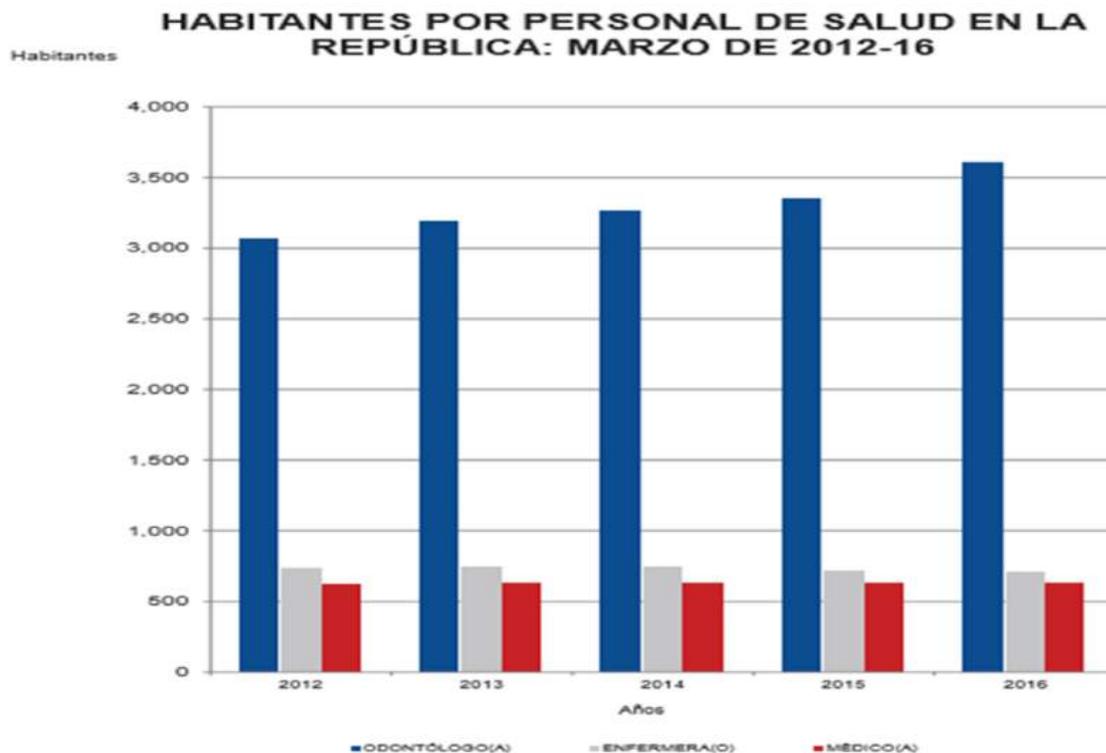


Instalaciones del Ministerio de Salud (MINSa)

Durante el 2016 funcionaron en el país 870 instalaciones. De este total, el 61.4% eran subcentros y puestos de salud, el 31.7% centros de salud y policlínicas, mientras que el 6.9% pertenecen a hospitales. Al comparar la cifra del año en mención con el 2015, que fue de 871 instalaciones, se observó una disminución de 0.1%, debido a que algunas instalaciones cerraron.

Personal de salud, para el 2016 ejercían en Panamá 6,388 médicos(as), 5,690 enfermeras(os) y 1,118 odontólogos(as). Al comparar estas cifras con las del 2015, se observó un aumento en los médicos(as) de 1.3% y en las enfermeras de 2.3%; en cambio, una disminución en los odontólogos(as) de 5.7%.

La Capacidad, para el 2016, de las instalaciones de salud hospitalarias disponían de 9,093 camas para atender a la población que requerían de este servicio, lo que denotó un aumento de 22 camas, es decir, 0.2%, con relación a las 9,071 del 2015.



Fuente: Datos del INEC.

**CONSULTAS Y ACTIVIDADES DE SALUD BUCAL Y PACIENTES
TERMINADOS EN LA REPÚBLICA, SEGÚN TIPO: AÑOS 2012-16**

Tipo	Consultas y actividades de salud bucal				
	2012	2013	2014	2015	2016
Consultas	763,870	721,647	729,623	753,130	766,283
Primeras	538,640	511,566	514,592	541,627	552,656
Segundas	225,230	210,081	215,031	211,503	213,627
Actividades	2,715,479	2,539,429	2,557,428	2,604,585	2,632,301
Preventivas	2,006,856	1,875,249	1,882,226	1,947,130	1,973,415
Examen	551,480	523,633	523,857	552,339	561,982
Aplicación de flúor	292,608	272,908	270,366	285,470	288,810
Técnica de cepillado	542,105	518,809	520,234	551,603	563,009
Tinción de placa	116,684	102,131	94,608	92,103	86,253
Profilaxis	247,497	233,699	239,549	249,695	256,977
Sellantes	11,005	12,040	13,222	11,331	11,488
Otras	245,477	212,029	220,390	204,589	204,896
Curativas	708,623	664,180	675,202	657,455	658,886
Exodoncias	112,994	107,950	105,308	106,080	104,576
Restauraciones	226,264	198,375	214,835	201,483	208,005
Resina	49,241	45,444	46,842	46,238	46,968
Amalgama	129,851	109,647	111,774	110,709	111,772
Ionómeros de vidrio	47,172	43,284	56,219	44,536	49,265
Cirugías	6,704	6,157	5,939	5,626	5,376
Periodoncia	78,839	76,073	77,055	82,715	85,256
Otras	283,822	275,625	272,065	261,551	255,673
Pacientes terminados	170,106	163,832	160,104	165,977	165,449

NOTA: Información solo de las instalaciones de salud del Ministerio de Salud.

Fuente: Departamento de Registros y Estadísticas de Salud, Ministerio de Salud, República de Panamá.

Oferta de la Caja de Seguro Social (CSS)

La población protegida por la Caja de Seguro Social, para el 2016 ascendió a 3, 026,769 habitantes, datos que representó el 75.0% de la población total, al ser comparada con las cifras del 2015 (2, 951,344) la que mostró un incremento de 2.6%.

En cuanto a las nuevas inscripciones de asegurados, la provincia de Panamá reflejo mayor porcentaje con 59.9% y el menor incremento lo presentó la provincia de Los Santos con el 1.4%.

La inscripción de dependientes de asegurados cotizantes fue de 82,877, donde los hijos (a) reflejaron en 65.6%, padre y/o madre el 20.4 %, esposo o compañero el 11.8 % y el menor fue de esposo (a) invalido (a) incluyendo lo compañeros (as) y esposos (as) con el 2.3 %.

Cotizantes activos 3, 026,769 al 2016.

POBLACIÓN PROTEGIDA POR LA CAJA DE SEGURO SOCIAL EN LA REPÚBLICA, SEGÚN CLASE: AÑOS 2012-16

Clase	Población protegida				
	2012	2013	2014	2015	2016
TOTAL	3,116,585	2,805,540	2,877,829	2,951,344	3,026,769
Asegurados cotizantes	1,347,099	1,373,659	1,411,624	1,450,340	1,490,101
Cotizantes activos	1,130,736	1,130,032	1,156,395	1,183,684	1,211,234
Pensionados (1)	216,363	243,627	255,229	266,656	278,867
Dependientes	1,769,486	1,431,881	1,466,205	1,501,004	1,536,668
Hijo (a)	1,299,299	1,051,401	1,076,604	1,102,127	1,128,330
Esposa o compañera	283,752	229,615	235,119	240,703	246,428
Padre y/o madre	186,268	150,730	154,342	158,013	161,745
Esposo (a) inválido	167	135	140	161	165

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

Fuente: Departamento de Afiliación de las diferentes Agencias Administrativas.

Indicadores de Cobertura y desempeño de la Estrategia de Fortalecimiento

Resultados de indicadores de cobertura y desempeño de la estrategia de fortalecimiento de cobertura de 12 regiones de salud de la República de Panamá. Periodo 2014-2015. Monitoreo y evaluación de la Cartera de Prestaciones Priorizadas.

Los resultados obtenidos en cuanto a la administración del Padrón de Población Beneficiaria mediante la nominalización y la administración de la Cartera de Prestaciones Priorizada (CPP), según los resultados alcanzados para los indicadores de cobertura y los indicadores de desempeño pactados en los convenios de gestión.

La Estrategia de Extensión de Coberturas y Fortalecimiento de Redes Integradas de Salud, está basada en un modelo de gestión por resultados y un modelo de financiamiento capitado, su sistema de evaluación integra ambos modelos y busca cuantificar el logro de las coberturas por ronda e indicadores de desempeño. Ambos modelos incorporan la nominalización de los beneficiarios como base de cálculo de los logros, así como la población beneficiaria establecida en los convenios suscritos con las diferentes Direcciones Regionales de Salud (DRS).

En conjunto con sus prestadores, a cada DRS participante, le correspondió ejecutar este proceso de nominalización mediante tres (3) etapas: (i) inscripción de beneficiarios: que consiste en el levantamiento de una Ficha de Inscripción familiar a cada beneficiario que desee participar y teniendo como base la focalización realizada por el MINSA, (ii) verificación de beneficiarios: que acerca al beneficiario inscrito con según la Cartera de Prestaciones Priorizada CPP entregándole al menos un servicio, corroborando así, su existencia; clasifica al beneficiario y lo incluye al proceso de protección en salud y le brinda seguimiento en cada una de sus giras o bimestres y, (iii) seguimiento de beneficiarios que no es más que entregar la CPP, según tipo de beneficiarios con la concentración y calidad que las normas de salud exigen. Para esto, al inicio de cada período de prestación el MINSA entrega el padrón inicial de beneficiarios. Como meta el prestador inscribió 100% de la población estimada en el censo 2010 al final de las 6 rondas/bimestres.

Coberturas de Ronda, las Coberturas de Ronda pactadas en el Convenio de Gestión y establecidas en el Reglamento Operativo contemplan lograr por ronda los siguientes indicadores: 85% de las Comunidades Visitadas, 80% de Población Protegida, 50% de Población Atendida y más de 38 días de atención directa a las comunidades. El análisis de cumplimiento de las coberturas se presenta en lo alcanzado como promedio en todo el año de prestación para cada grupo poblacional. Al cierre del periodo de prestación 2014-2015, los resultados de los indicadores de las coberturas de ronda muestran un desempeño satisfactorio a nivel general, exceptuando las coberturas de población general atendida y población menores de 24 meses atendida, que no logra alcanzar el estándar esperado en la red fija institucional (50% y 80% respectivamente). Esta situación es consecuencia de los hallazgos encontrados en las operaciones de nominalización y administración de la CPP.

Desde la creación del MINSA el modelo de atención de salud está basado en la estrategia de atención primaria de salud, basado en limitación de los daños a la salud mediante el abordaje de las determinantes sociales de la salud y la promoción de la salud.

Los equipos de atención son multidisciplinarios y cuentan con personal capacitado para atender al individuo, la familia, la comunidad y el ambiente en el proceso de cambio en la atención de la

salud-enfermedad. Hoy en día utilizamos las redes sociales para transmitir información importante con énfasis en las determinantes sociales como estilos de vida, ambientes físicos, sociales, culturales priorizando en los riesgos.

Basándonos en el modelo de atención hemos fortalecido la capacidad del primer nivel de atención para que sea la puerta de entrada al sistema garantizando que toda la población del territorio de responsabilidad está cubierta, atender el 80% de las necesidades de salud, potenciándose con la intersectorialidad para el abordaje de las otras determinantes sociales de salud, generando la capacidad e implementación de las normas de atención en el curso de vida y la atención de las morbilidades más comunes o prevalentes.

Sin embargo, la capacidad del segundo nivel para atender de manera complementaria la referencia del primer nivel de atención, a nivel provincial, de las morbilidades sobrepasa la capacidad del primer nivel porque las complicaciones requieren un abordaje de mayor complejidad.

En el segundo y tercer nivel el área de urgencias se ha visto sobre demandado por la falta de capacidad resolutoria del primer nivel de atención, sobre todo en el apoyo al diagnóstico de laboratorio e imágenes.

Se procura que la extensión de horario responda a las necesidades insatisfechas de atención de la población.

Adecuaciones de la oferta Giras de Salud

Una proyección importante es poder usar el expediente clínico electrónico de salud en ciento cuarenta y cinco (145) instalaciones de salud, que se logren implementar los Equipos Conductores Regionales y Locales, en las Regiones de Salud y en las instalaciones de salud, que los mismos puedan dar seguimiento a la implementación del SEIS.

Otra proyección importante es poder desarrollar las Redes Integradas e Integrales de Salud en cada Región de Salud, el análisis para la adecuación de la cartera de servicios.

VII. FOTOGRAFÍA 7 – CARACTERIZACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD



El Sector Salud está conformado por el Ministerio de Salud (MINSA), la Caja de Seguro Social (CSS), las instituciones privadas de salud, Instituto Nacional de Acueductos y Alcantarillados (IDAAAN) y Autoridad de Aseo Urbano y Domiciliario (AAUDD), trabaja conjuntamente con otros sectores del país.

El MINSA cuenta con una estructura orgánica funcional organizada en tres (3) niveles, Nivel Nacional, Nivel Regional y Nivel Local, los tres niveles cuentan con sus funciones, responsabilidades y competencias, bien definidas en el Manual de Organización y Funciones del MINSA.

El MINSA es el ENTE RECTOR de la salud en el país, por lo que lidera y conduce el Sector Salud. El Nivel Nacional realiza las convocatorias a los actores involucrados en salud, elabora las Normas de los Programas de Salud, da seguimiento, monitorea y evalúa las acciones, actividades que desarrollan los Niveles Regionales y estos a su vez realizan ese mismo trabajo técnico administrativo con sus Niveles Locales.



Caracterización del sistema regional y proyecciones - Organización y Funcionamiento

El Sistema de Salud está conformado por 910 instalaciones de salud que pertenecen al Sector Público de Salud, lo conforman el MINSA con 831 instalaciones de salud, la CSS con 79 instalaciones de salud y el Sector Privado, la población de responsabilidad estimada es del 40% 60% y 15%.

Desde la Presidencia de la República se conformó una Comisión de Alto Nivel (CAN), para lograr la Unificación del Sistema Público de Salud, esta comisión está conformada por profesionales del MINSA, CSS y representantes de los trabajadores organizado de la salud.

La CAN ha planteado la necesidad de iniciar el proceso paulatino con una coordinación funcional MINSA CSS, para avanzar hacia una integración y posteriormente a una Unificación del Sistema Público de Salud, actualmente contamos con un Sistema de Salud Público segmentado.

El MINSA cuenta con una estructura orgánica funcional organizada en tres (3) niveles, Nivel Nacional, Nivel Regional y Nivel Local, los tres niveles cuentan con sus funciones, responsabilidades y competencias, bien definidas en el Manual de Organización y Funciones del MINSA.

El MINSA es el ENTE RECTOR de la salud en el país, por lo que lidera y conduce el Sector Salud. El Nivel Nacional realiza las convocatorias a los actores involucrados en salud, elabora las Normas de los Programas de Salud, da seguimiento, monitorea y evalúa las acciones, actividades que desarrollan los Niveles Regionales y estos a su vez realizan ese mismo trabajo técnico administrativo con sus Niveles Locales.

Las actividades que se desarrollan deben corresponder a Líneas de acción, estas a objetivos estratégicos, estos a una Política de Salud y estas a los Ejes Estratégicos, definidos en la Política Nacional de Salud 2016- 2025.

Existe una plataforma tecnológica SIMEPLANS, que da seguimiento a la formulación y desarrollo de los Planes Operativos Anuales (POA's) de las Direcciones Nacionales, Direcciones Regionales y de Hospitales, se han capacitado instituciones del Sector Salud, para que se integren al uso de la herramienta desarrollada para este seguimiento del cumplimiento de las Políticas Nacionales de Salud.

SIMEPLANS cuenta con una evaluación basada en colores rojo, amarillo y verde, que a su vez significa el color rojo significa que no se ha cumplido con lo programado, el color amarillo que se ha cumplido con una parte de lo programado y el color verde significa que se cuenta con las evidencias de que se ha cumplido con lo programado, la Dirección Nacional de Planificación de Salud (DIPLAN), da seguimiento al cumplimiento de los POA's.

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

En la República de Panamá, el número instalaciones del Ministerio de Salud es mayor que la que contempla la Caja de Seguro Social, la población beneficiada por el aseguramiento social es mayor.

En otro aspecto, vemos cómo surge Proyectos como MI SALUD PRIMERO, estrategia del actual gobierno, donde se establece la inversión 50 millones de balboas en el mejoramiento de toda la red primaria de instalaciones, para el 2016.

Actualmente se está dialogando para ver como en un futuro estos dos sistemas de salud establecidos trabajen conjuntamente en beneficio de la población en general del país, sumando al sector privado que sería nuestro tercer sistema de salud.

I NIVEL DE ATENCIÓN

Puesto de Salud

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

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

Sub centro de Salud

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

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

Centro de Promoción de la Salud

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

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

Centros de Salud Básico

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

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

Centro de Salud con Especialidad

Cartera de Servicio

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

Centro de Salud con Camas

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

Cartera de Servicio

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

Características: Mayor capacidad resolutive, Dotado de camas, Actúa como centro de referencia para Centros Básicos.

MINSA CAPSI

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

Cartera de Servicio

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

Características

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

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

CENTRO REINTEGRA

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

Características:

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

- Plantear objetivos de tratamiento realista y comprobable.

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

II NIVEL DE ATENCIÓN

POLICENTRO DE SALUD

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

Cartera de Servicio:

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

Características:

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

Hospital de Área

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

Cartera de Servicio

- Atención ambulatoria.
- Promoción de la Salud.
- Prevención de la Salud.

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

Características

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

III TERCEL NIVEL DE ATENCIÓN

HOSPITALES NACIONALES

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

Cartera de Servicio

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

- Servicio de Urgencia de alta resolución.
- Consulta quirúrgica, cirugía general y cirugía especializada.
- Consulta Médica, Consulta externa y especialidades.
- UCI unidad de cuidados intensivos y semi intensivos, coronaria y de quemados.
- Banco de sangre.
- Resultados de patología.
- Lavandería y costurería dietética.

Características

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

Hospitales Supra Regionales

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

Cartera de Servicio

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

Características

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

Instituto Especializado

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

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

Características

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

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

Centros Nacionales Especializados en Salud

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

Cartera de Servicios

- Atención ambulatoria pre y post hospitalaria de alta complejidad y de internación
- hospitalaria de especialidades y sub especialidades.
- Constituyen instalaciones de referencia para la atención de todos los niveles de complejidad.
- Dirigidos a ofrecer la más alta tecnología.
- Trasplantes de órganos de tejidos
- Centros toxológicos.
- Tratamiento de cáncer.
- Politraumatismos, quemaduras de gran extensión corporal.
- Atención de enfermedades secuelizantes.

Características

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

*En otro aspecto a considerar en cuanto a la **capacidad instalada de las instalaciones** del país, hay una variación porcentual del 5.9 % para los años 2016 y 2017 respectivamente y de 6.2 % según al número de camas para los mismos años.*

En cuanto al número de médicos, odontólogos y enfermeras, para los años que comprende el 2016 y 2017 en notorio un incremento de 2.8 % de médicos, 1.4% de odontólogos y de 4.2% de enfermeras por dependencia.

CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA DE PANAMÁ
Instituto Nacional de Estadística y Censo

CAPACIDAD EN LAS INSTALACIONES DE SALUD, SEGÚN SERVICIO: MARZO 2017

Servicio (1)	Capacidad (2)															
	Marzo		Variación porcentual Marzo 2017/16	Provincia, comarca indígena y ciudad de Panamá												
	2016	2017		Bocas del Toro	Coclé	Colón	Chiriquí	Darién	Herre-ra	Los San-tos	Panamá		Pana-má Oeste	Vera-guas	Comarca indígena	
											Ciudad	Resto de la provincia			Kuna Yala	Ngäbe Buglé
TOTAL	9,093	9,630	5.9	287	489	779	1,711	186	475	456	3,367	891	375	482	57	75
Camas	8,287	8,799	6.2	253	448	731	1,643	178	435	422	2,993	782	342	462	46	64
Camas de hospitalización	6,229	6,787	9.0	187	375	644	973	153	372	368	2,440	594	289	365	27	-
Medicina General	448	798	78.1	40	3	327	46	109	46	42	115	2	27	16	25	-
Medicina Interna	680	707	4.0	24	34	82	93	-	55	26	231	62	60	40	-	-
Ginecología	440	389	-11.6	1	6	-	59	6	16	32	106	80	57	26	-	-
Obstetricia	682	792	16.1	39	64	64	144	8	37	22	255	92	1	66	-	-
Pediatría	1,060	1,064	0.4	60	63	29	228	24	32	19	418	89	45	57	-	-
Cirugía	782	828	5.9	21	85	83	97	6	54	19	257	99	24	83	-	-
Ortopedia	303	222	-26.7	-	17	-	63	-	36	9	61	16	12	8	-	-
Oftalmología	32	5	-84.4	-	1	-	-	-	1	-	2	-	1	-	-	-
Otorrinolaringología	37	22	-40.5	-	-	-	-	-	10	1	11	-	-	-	-	-
Psiquiatría	396	418	5.6	-	1	-	16	-	-	130	207	7	49	8	-	-
Neumología	63	73	15.9	-	3	-	-	-	-	-	48	-	10	12	-	-
Cardiología	162	116	-28.4	-	-	-	28	-	-	6	73	-	1	8	-	-
Urología	99	51	-48.5	-	-	-	-	-	16	1	22	4	-	8	-	-
Otros (3)	1,045	1,302	24.6	2	98	59	199	-	69	61	634	143	2	33	2	-
Camas de observación	896	960	7.1	26	47	64	206	17	35	34	250	94	38	78	18	53
Camas de recobro	780	724	-7.2	34	25	7	405	8	9	6	112	79	15	12	1	11
Camas de cuidados intensivos	382	328	-14.1	6	1	16	59	-	19	14	191	15	-	7	-	-
Cunas de recién nacidos	806	831	3.1	34	41	48	68	8	40	34	374	109	33	20	11	11

(1) Corresponden al uso al que se destinan las camas en la instalación.

(2) Incluye cunas.

(3) Se refiere a las camas en los servicios de geriatría, otros de servicios no especificados.

- Cantidad nula o cero.

Fuente: Instalaciones hospitalarias que funcionan en la República.

CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA DE PANAMÁ
Instituto Nacional de Estadística y Censo

MÉDICOS, ODONTÓLOGOS Y ENFERMERAS POR DEPENDENCIA: MARZO DE 2017

Institución, provincia y comarca indígena	Médicos(as)			Odontólogos(as)			Enfermeras(os)		
	Marzo		Variación porcentual	Marzo		Variación porcentual	Marzo		Variación porcentual
	2016	2017		2016	2017		2016	2017	
TOTAL	6,338	6,513	2.8	1,118	1,246	11.4	5,690	5,929	4.2
Bocas del Toro	111	131	18.0	34	31	-8.8	148	175	18.2
Coclé	304	343	12.8	76	87	14.5	380	406	6.8
Colón	242	276	14.0	64	63	-1.6	248	299	20.6
Chiriquí	716	779	8.8	101	98	-3.0	819	941	14.9
Darién	29	41	41.4	6	4	-33.3	25	38	52.0
Herrera	246	255	3.7	70	75	7.1	400	456	14.0
Los Santos	173	180	4.0	57	56	-1.8	203	193	-4.9
Panamá	3,747	3,740	-0.2	467	585	25.3	2,707	2,617	-3.3
Panamá Oeste	436	399	-8.5	139	141	1.4	334	335	0.3
Veraguas	277	306	10.5	88	90	2.3	379	416	9.8
Comarca Kuna Yala	26	32	23.1	5	5	0.0	25	30	20.0
Comarca Embera	2	2	0.0	-	-	-	1	-	-
Comarca Ngäbe Buglé	29	29	0.0	11	11	0.0	21	23	9.5
Ministerio de Salud	2,213	2,188	-1.1	446	502	12.6	2,415	2,423	0.3
Bocas del Toro	29	33	13.8	18	16	-11.1	37	45	21.6
Coclé	92	109	18.5	39	41	5.1	108	115	6.5
Colón	54	58	7.4	24	22	-8.3	49	50	2.0
Chiriquí	279	305	9.3	61	56	-8.2	413	464	12.3
Darién	29	41	41.4	6	4	-33.3	25	38	52.0
Herrera	116	113	-2.6	35	40	14.3	140	161	15.0
Los Santos	121	121	0.0	29	27	-6.9	164	156	-4.9
Panamá	1,214	1,118	-7.9	138	199	44.2	1,068	960	-10.1
Panamá Oeste	136	116	-14.7	37	35	-5.4	172	178	3.5
Veraguas	86	112	30.2	43	46	7.0	192	203	5.7
Comarca Kuna Yala	26	32	23.1	5	5	0.0	25	30	20.0
Comarca Embera	2	2	0.0	-	-	-	1	-	-100.0
Comarca Ngäbe Buglé	29	28	-3.4	11	11	0.0	21	23	9.5
Caja de Seguro Social	3,074	3,199	4.1	393	420	6.9	2,750	2,936	6.8
Bocas del Toro	71	91	28.2	15	14	-6.7	109	130	19.3
Coclé	189	206	9.0	20	25	25.0	264	281	6.4
Colón	162	190	17.3	27	30	11.1	176	217	23.3
Chiriquí	394	438	11.2	39	42	7.7	363	433	19.3
Herrera	108	121	12.0	20	24	20.0	246	277	12.6
Los Santos	48	51	6.3	20	19	-5.0	38	36	-5.3
Panamá	1,751	1,751	0.0	190	197	3.7	1,225	1,218	-0.6
Panamá Oeste	211	199	-5.7	35	43	22.9	148	145	-2.0
Veraguas	140	152	8.6	27	26	-3.7	181	199	9.9
Otras	1,051	1,126	7.1	279	324	16.1	525	570	8.6
Bocas del Toro	11	7	-36.4	1	1	0.0	2	-	-100.0
Coclé	23	28	21.7	17	21	23.5	8	10	25.0
Colón	26	28	7.7	13	11	-15.4	23	32	39.1
Chiriquí	43	36	-16.3	1	-	-100.0	43	44	2.3
Herrera	22	21	-4.5	15	11	-26.7	14	18	28.6
Los Santos	4	8	100.0	8	10	25.0	1	1	0.0
Panamá	782	871	11.4	139	189	36.0	414	439	6.0
Panamá Oeste	89	84	-5.6	67	63	-6.0	14	12	-14.3
Veraguas	51	42	-17.6	18	18	0.0	6	14	133.3
Comarca Ngäbe Buglé	-	1	0.0	-	-	0.0	-	-	0.0

- Cantidad nula o cero.

0.0 Cuando la cantidad es menor a la mitad de la unidad o fracción decimal adoptada para la expresión del dato.

Fuente: Instalaciones hospitalarias que funcionan en la República.

Instalaciones del ministerio de salud y caja de seguro social por denominación, según región de salud. Año 2018 P/

Región de Salud	Total	MINSA	CSS	Hospitales			Caja de Seguro Social			Centro Reintegra	nstituto Nacional	MINSA CAPSI	Centro de Promoción	Policentro	Centro Penitenciario	Centro de Salud			Sub Centro de Salud			Puesto de Salud		
				MINSA	CSS	Patronato	ULAPS	CAPPS	Policlinica							Total	Funcionan	No Funcionan	Total	Funcionan	No Funcionan	Total	Funcionan	No uncionan
Total General	910	831	79	18	15	4	15	23	26	7	2	16	8	6	4	180	183	1	115	109	6	471	394	77
Bocas del Toro	44	39	5	1	3	0	1	0	1	0	0	1	0	0	12	12	0	3	3	0	22	20	2	
Coclé	91	86	5	1	1	0	1	0	3	1	0	0	3	0	18	18	0	8	8	0	55	55	0	
Colón	74	69	5	0	1	0	1	0	3	1	0	0	1	1	12	12	0	13	11	2	41	30	11	
Chiriquí	121	103	18	0	2	1	3	9	4	1	0	2	0	2	30	30	0	20	20	0	45	44	1	
Darién	64	64	0	3	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	6	6	0	8	7	1	45	43	2	
Herrera	44	38	6	2	1	0	0	4	1	1	0	2	1	0	13	13	0	19	19	0	0	0	0	
Los Santos	45	40	5	4	0	0	0	3	2	1	0	4	0	0	10	10	0	21	20	1	0	0	0	
Panamá Este	64	62	2	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	10	10	0	0	0	0	51	29	22	
Panamá Oeste	80	71	9	1	0	0	4	2	3	0	0	3	1	0	10	10	0	11	9	2	45	37	8	
Panamá Metro	43	29	14	0	4	3	2	3	5	0	2	1	2	2	16	16	0	1	1	0	2	0	2	
Panamá Norte	6	5	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2	2	0	3	3	0	0	0	0	
San Miguelito	14	9	5	1	1	0	1	1	2	0	0	0	0	1	7	6	1	0	0	0	0	0	0	
Veraguas	92	88	4	2	1	0	1	1	1	1	0	2	1	0	18	18	0	0	0	0	64	49	15	
Guna Yala	20	20	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6	6	0	6	6	0	6	6	0	
Ngabe Bugle	108	108	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	10	10	0	2	2	0	95	81	14	

Fuente Documental: Listado de Instalaciones de Salud de las Regiones de Salud

Fuente Institucional: Dirección de Planificación de la Salud - Departamento de Registros y Estadísticas de Salud

Principales Hospitales y otros

Hospitales Nacionales

- Hospital de Larga Estancia
- Hospital del Niño
- Director del Hospital Santo Tomás
- Instituto Oncológico Nacional

Hospitales Regionales

Los santos

- Hospital Joaquín Pablo Franco Sayas
- Hospital Luis H. Moreno de Macaracas
- Hospital Rural de Tonosí
- Hospital Regional Anita Moreno

Herrera

- Hospital Cecilio A. Castellero
- Hospital Sergio Núñez de Ocú

Coclé

- Hospital Aquilino Tejeira

Chiriquí

- Hospital José D. Obaldía
- Hospital General del Oriente Chiricano Pablo Ruíz

Panamá Este

- Hospital Regional Docente 24 de diciembre

Panamá Oeste

- Hospital Nicolás A. Solano

Veraguas

- Hospital Dr. Luis Chicho Fábrega
- Hospital San Francisco

Bocas del Toro

- Hospital de Bocas del Toro – Isla

Darién

- Hospital San José del La Palma
- Hospital Dr. Manuel Nieto de Yaviza
- Hospital El Real

Guna Yala

Centros Especializados

- Instituto Nacional de Salud Mental
- Instituto Nacional de Medicina Física y Rehabilitación

- Hospital Marvel Iglesias de Aligandí
- Hospital Rural Inabagiña de Mulatupu

San Miguelito

- Hospital San Miguel Arcángel

Sistemas regionales de salud

1. Región de Salud de Bocas del Toro
2. Región de Salud de Chiriquí
3. Región de Colón
4. Región de Salud de Coclé
5. Región de Darién
6. Región de salud Guna Yala
7. Región de Salud de Herrera
8. Región de Salud de Los Santos
9. Región de Salud Ngobe-Bugle
10. Región de Panamá Norte
11. Región de Salud Panamá Este
12. Región de Salud Panamá Oeste
13. Región de Salud de San Miguelito
14. Región de Salud de Veraguas
15. Región de Salud de Panamá Metro

VIII. FOTOGRAFÍA 8: INSTRUMENTOS DE GESTIÓN



El ejercicio de la función rectora del Ministerio de Salud constituye un elemento fundamental para la conducción del Sistema de Salud, en el marco del cumplimiento de sus funciones establecidas constitucionalmente.

Se busca a su vez, fortalecer la infraestructura de salud pública, entendida en su sentido más amplio, para incluir las capacidades humanas y materiales necesarias para el buen desempeño de su práctica.



Evaluación de las Funciones Esenciales de Salud Pública

La conducción, la regulación y el desempeño de las once (11) Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP) son consideradas como responsabilidades exclusivas de la Autoridad Sanitaria Nacional (ASN), mientras que la armonización de la provisión de los servicios de salud, la modulación del financiamiento y la vigilancia del aseguramiento, son responsabilidades compartidas con otras instancias tanto del sector salud como a nivel intersectorial. Las funciones esenciales de salud pública se identifican como un componente común y transversal, tanto a las responsabilidades exclusivas como a las compartidas de la Autoridad Sanitaria Nacional.

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

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

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

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

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

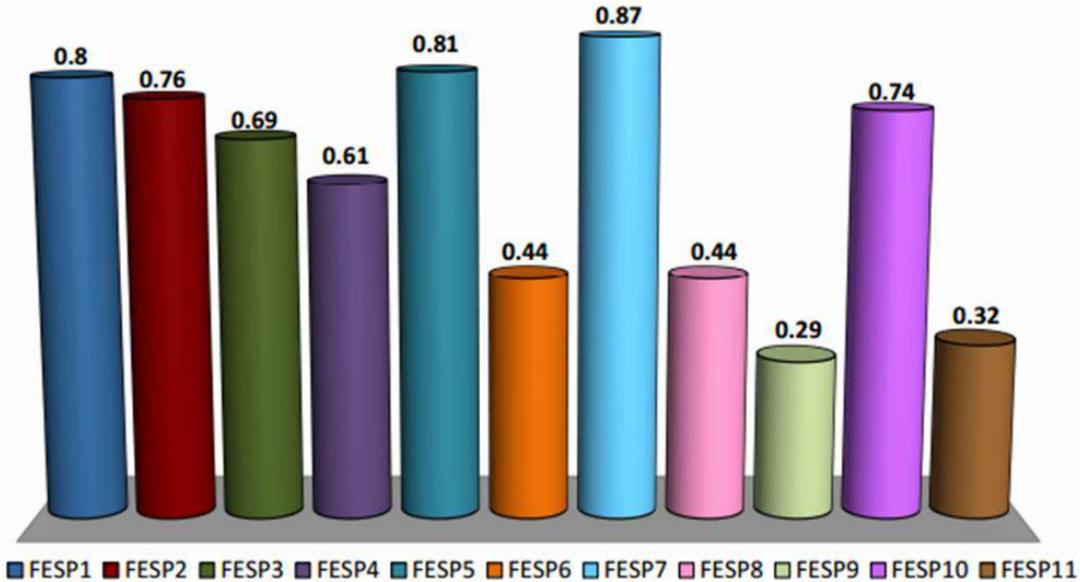
Este instrumento, después de ser probado en tres países de la Región – Bolivia, Colombia y Jamaica – fue presentado ese año al Consejo Directivo de la OPS y se aprobó una resolución que promovía su aplicación en la Región. Por su parte, la Reunión de Secretarios de Salud de Centroamérica y la República Dominicana (RESSCAD) resolvió su aplicación en los países de la subregión y la presentación del informe preliminar en el seno de dicha instancia en agosto de 2001.

Para su aplicación en Panamá, el proceso y el instrumento de medición se sometió a la consideración de un grupo de tomadores de decisión del Ministerio de Salud y de otras instituciones relevantes del sector, también se discutieron con un conjunto de profesionales seleccionados de otros ámbitos relevantes de salud pública en el país, con el fin de proceder a la medición del desempeño de las FESP. La consulta se efectuó entre los días 27 y 28 de junio de 2001 y que contó con la participación de 93 profesionales de distintos ámbitos del quehacer de la salud pública del país.

Los resultados de la aplicación del instrumento de medición de las FESP, realizado en el 2001.

Resultados de la Evaluación del Desempeño de las FESP. Panamá 2001.

FUNCIONES ESENCIALES - RESULTADOS DE LA MEDICIÓN



- El análisis de la visión general de la primera evaluación del desempeño de las once funciones señala que la FESP 7– “Evaluación y promoción del acceso equitativo a los servicios de salud necesarios” (0.87) – tiene el resultado más alto respecto a todas las demás funciones.
- Las siguientes funciones, que se ubican en segundo lugar, fueron la FESP 5 “Desarrollo de políticas y capacidad institucional de planificación y gestión en Salud Pública” (0.81) - y la FESP 1– “Monitoreo, evaluación y análisis de la situación de salud” (0.80).
- Al otro lado del espectro de los resultados de la aplicación del instrumento de medición de las FESP del 2001, obtienen el desempeño mínimo la FESP 9 – “Garantía y mejoramiento de la calidad de servicios individuales y colectivos” (0.29), que corresponde a un área emergente de la práctica de la salud pública – y la FESP 11 – “Reducción del impacto de emergencias y desastres en salud” (0.32). Con un menor desempeño relativo se encuentran la FESP 8 – “Desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública” (0.44).
- En el año 2014, la evaluación de las Funciones Esenciales de Salud Pública en Panamá, en septiembre de 2014, se convocaron a 130 representantes de las siguientes entidades: MINSA: representantes de todas las Direcciones Nacionales, Directores Regionales de Salud, Planificadores Regionales de Salud.
- Entidades del sector: Caja de Seguro Social (CSS), Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud (ICGES), Autoridad Panameña de Seguridad Alimentaria (AUPSA), Instituto de Acueductos y Alcantarillados Nacionales (IDAAN), Autoridad de Aseo Urbano y Domiciliario (AAUD).
- Universidades: Universidad de Panamá, Universidad Tecnológica de Panamá (UTP), Universidad Latina, Universidad de Las Américas (UDELAS).
- Gremios: COMENENAL, ANEP, CONAGREPROTSA, Colegio de Farmacéuticos, CONALAC, AFUSA, APES, ANPATE, ANFACS.
- Otras entidades: CGR, MINGOB, ANAM, AMP, AT, MEDUCA, MIVI, MOP, MICI, MIDES, MITRADEL, MIDA, MIRE, Asuntos del Canal, MEF.
- Secretarías de Presidencia: CONADES, SENAPAN, PAN, SENACYT,
- PRODEC, Transparencia y Corrupción, PRODAR, SENAFRONT, Cadena de Frío, DIGECA.

Análisis General de los Resultados

Al ser ésta la segunda medición, se optó por la modalidad de puntuación uniforme, en que todas las funciones, indicadores y medidas tienen el mismo peso relativo.

El hecho de que todas las mediciones sean igualmente consideradas facilita el análisis y la formulación de estrategias para el fortalecimiento del desempeño de las FESP.

Como convención y para servir de guía de interpretación global, se adoptó la siguiente escala:

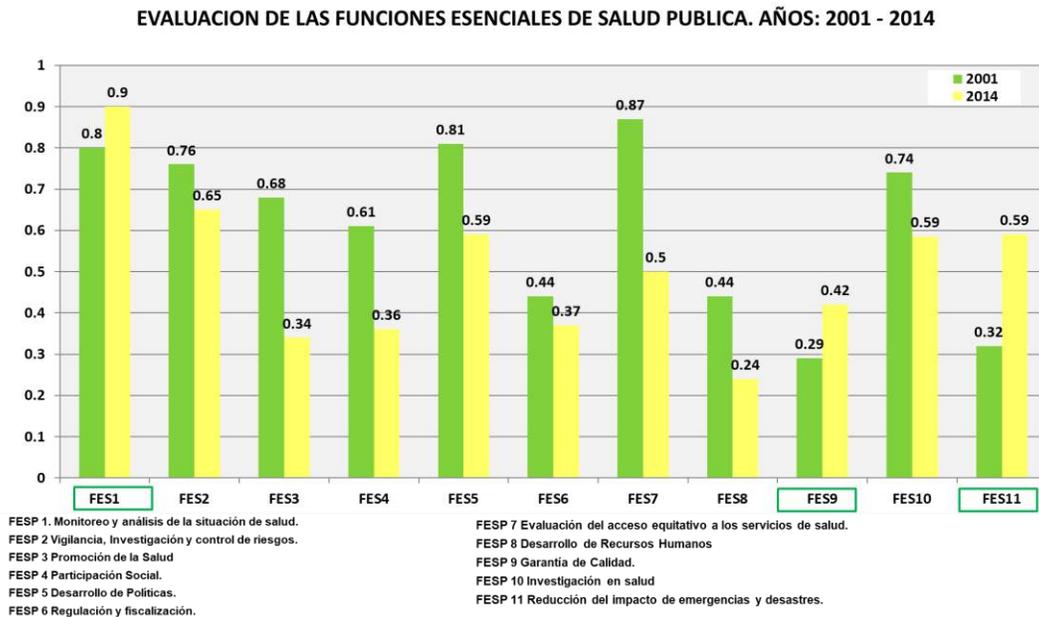
76 – 100% (1,50 a 2,0): cuartil de desempeño óptimo

51 – 75% (1 a 1.50): cuartil de desempeño medio superior

26 – 50 % (0,50 a 1): cuartil de desempeño medio inferior

0 – 25% (0,0 a 0,50): cuartil de desempeño mínimo

Resultados de las once FESP, año 2001 - 2014



Fuente: Datos de DIPLAN - MINSA

El análisis general de las FESP señala que la FESP 1, monitoreo, evaluación y análisis de la situación de salud de la población, fue la única de las once que alcanzó un desempeño óptimo con un resultado de 1.89.

Las FESP que alcanzaron un desempeño medio superior, es decir, que obtuvieron ponderaciones entre 1 a 1.50 fueron:

- FESP 2: Vigilancia de salud pública, investigación y control de riesgos y daños en salud pública con una ponderación total de 1.32.
- FESP 11: Reducción del impacto de emergencias y desastres en salud con una ponderación total de 1.18.
- FESP 5: Desarrollo de políticas y capacidad institucional de planificación y gestión en salud pública con una ponderación total de 1.17.
- FESP 10: Investigación en salud pública con una ponderación total de 1.17.

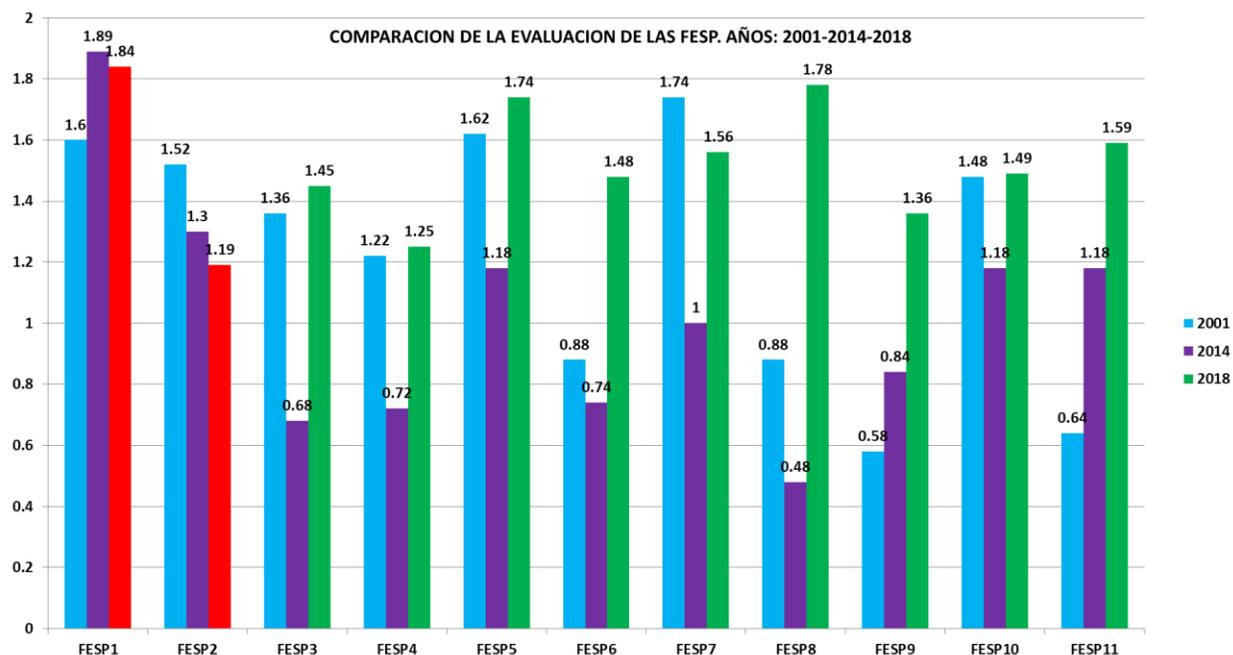
- FESP 7: Evaluación y promoción del acceso equitativo de la población a los servicios de salud necesarios con una ponderación total de 1.03.

Por otra parte, las FESP que obtuvieron ponderaciones totales entre 0.50 a 1 y que resultaron por debajo del desempeño medio inferior son las siguientes:

- FESP 9: Garantía y mejoramiento de la calidad de los servicios de salud individuales y colectiva con una ponderación total de 0.84.
- FESP 6: Fortalecimiento de la capacidad institucional de regulación y fiscalización en salud pública con una ponderación total de 0.76.
- FESP 4: Participación de los ciudadanos en salud con una ponderación total de 0.71.
- FESP 3: Promoción de Salud con una ponderación total de 0.69.
- FESP 8: Desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública con una ponderación total de 0.52.

Ninguna FESP resultó con un desempeño mínimo de 0 a 0,50.

Las FESP con reducción significativa de su resultado total son: la FESP 3 - Promoción de salud, la FESP 4 - Participación de los ciudadanos en salud, FESP 7 - Evaluación y promoción del acceso equitativo de la población a los servicios de salud necesarios y la FESP 8 - Desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública. A su vez, se destacan las FESP 1 - Monitoreo, evaluación y análisis de la situación de salud de la población y la FESP 11 - Reducción del impacto de emergencias y desastres en salud por el incremento de su ponderación total.



Fuente: Datos de DIPLAN - MINSA

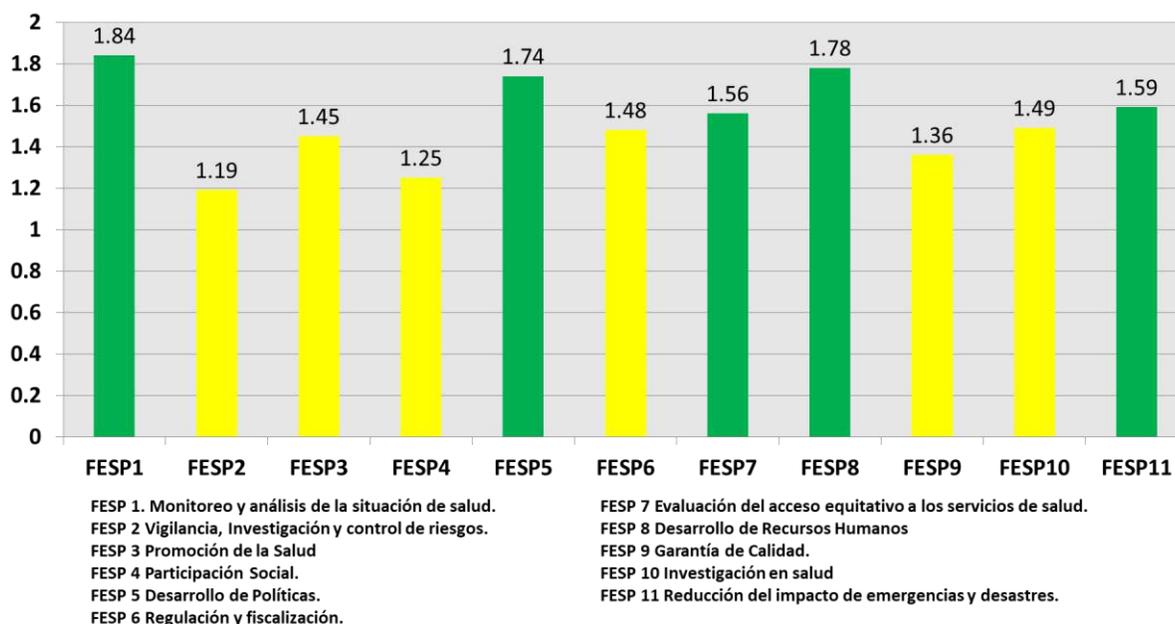
Evaluación de la FESP 2018

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

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

Finalmente, hoy está presente en todos los procesos de cambio, es la introducción de una cultura de evaluación de resultados derivados del uso de ingentes y crecientes recursos que se destinan al cuidado de la salud de la población. El instrumento de medición propuesto se orientó fundamentalmente a la medición del desempeño de las autoridades sanitarias en materia de salud pública. El resultado de su aplicación y el análisis dinámico de los resultados obtenidos se invertirán en el cierre de las brechas de recursos, capacidades y procedimientos previamente detectados.

EVALUACIÓN INTERMEDIA DE LAS FESP - 2018



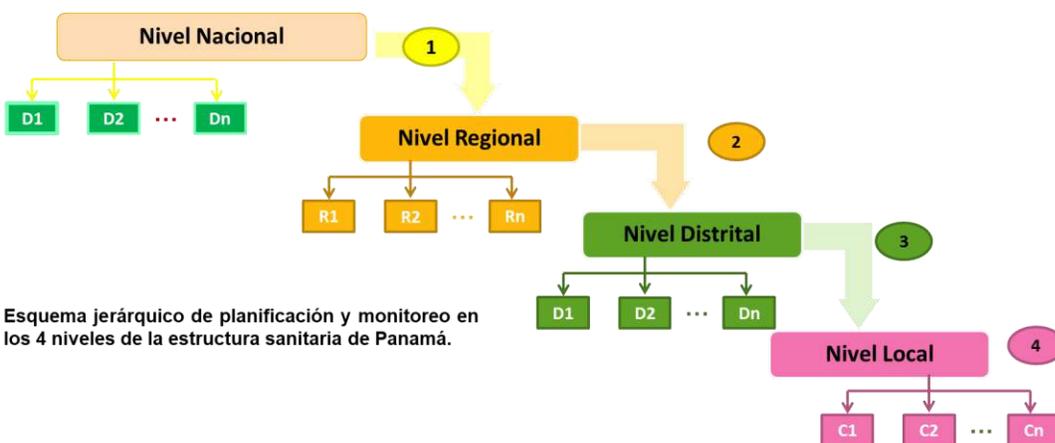
Fuente: Datos de DIPLAN - MINSA

Sistema de Monitoreo y Evaluación del Plan Nacional de Salud

Es una plataforma tecnológica, que funciona como un instrumento dinámico para la difusión e intercambio de los avances en la implementación del Plan Nacional de Salud de Panamá, permitiendo el seguimiento del mismo con la información que genera, para tomar decisiones en base a evidencias.

Fue desarrollada con el apoyo la SE-COMISCA, a partir de los elementos diseñados previamente para el Plan de Salud de Centroamérica y República Dominicana, los cuales son adaptados a Panamá, por la estructura que ya tenía elaborada de su Plan. <http://appwebs.minsa.gob.pa/apps/>

Esquema funcional del SIMEPLANS





Evaluación de la calidad de las historias clínicas

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

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

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

expediente clínico, deben ser cumplidas con exactitud por todo el personal de salud que maneja el expediente clínico.

Unifica criterios de manejo del expediente clínico, considerando que el mismo es un documento que sirve de base para evaluar las acciones médicas con bases científicas, legales y éticas. Las normas para el manejo del expediente clínico están basadas en el método científico aplicado en la atención en salud. Implica un estudio formal de modo sistemático con procedimientos ordenados: definición de un universo y muestra, recopilación de datos, identificación de problemas, establecimientos de brechas, diseño de un plan de mejora.

Su uso garantiza la sistematización de la información registrada en el expediente clínico para facilitar los procesos de atención. Establece un documento ordenado que registra los elementos de la atención en salud.

Finalidad de la auditoría:

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

Instrumento

- Historia Clínica
- Registros Médicos
- Programas de salud
- Criterios de evaluación se basan en:
 - Indicadores de la atención médica (cuantitativos y cualitativos)

La Dirección de Provisión de los Servicios de Salud a través del Departamento de Monitoreo y Evaluación tiene en la práctica, la responsabilidad de varios momentos:

Auditorias Focales y Generales

En el 2018, ha implementado las auditorias focales. Esta auditoría tiene como objetivo lograr historias completas y de calidad, revisa las historias y las deficiencias detectadas en las mismas, a fin de que sean corregidas en un plazo de tiempo determinado y se hace un compromiso de mejora. La auditoría focal da seguimiento a esos compromisos de mejoras a través evaluaciones, cuantitativas en el primer semestre del año, a aquellas instalaciones que obtienen Índices de Calidad igual o menor de 0.60. La revisión y análisis cuantitativo, comprende la revisión de los siguientes aspectos de la historia clínica:

- Correcta identificación del paciente en todos los documentos.
- Presencia de todos los formularios necesarios y grado de cumplimiento en su uso.
- Autenticación: anotaciones fechadas y firmadas.

- Uso de los formularios normados.
- Orden de la documentación de la historia.
- Buenas prácticas para anotaciones correctas.

La evaluación objetiva es realizada conjuntamente con los responsables de cada región de salud.

Giras de supervisión y verificación del proceso de auditorías focales

Las auditorías focales y generales tienen el objetivo de crear e implementar un sistema de monitoreo y evaluación del cumplimiento de las normas clínicas y administrativas, que deben ser claras, conocidas, difundidas y actualizadas mediante Protocolos Clínicos, Historia Clínicas completas, legibles, con información clara, concisa y ordenada.

Los personales del equipo auditor constituyen unidades debidamente capacitadas y formadas en los temas de Auditorías de Expedientes Clínicos.

La Auditoría General realiza una revisión de las historias clínicas anualmente en 116 instalaciones de salud del I Nivel, 9 instalaciones hospitalarias de II y III Nivel. Los resultados son presentados a Directores regionales de los Servicios de Salud para que conozcan los posibles déficits y se adopten las medidas de corrección, se elabore un Plan de Acción que se monitorea con las auditorías focales.

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

- Se han incorporado las auditorias de expedientes clínicos en los equipos básicos de salud de la red fija e itinerante.
- Capacitación de 13 Regiones de Salud sobre la auditoria de expediente electrónico, mediante la aplicación del instrumento o formulario validado.
- Inducción sobre nuevos lineamientos del Programa de Extensión de Coberturas y Fortalecimiento de las Redes Integradas de Salud a equipos de gestión, equipos regionales y equipos básicos de salud.

Otros Instrumentos de Gestión

- La elaboración y aplicación de los Convenios para el uso del SEIS, que transfieren la responsabilidad de la implementación del SEIS, a los Directores Regionales, de Hospitales y Directores Locales, quienes realizan labores gerenciales y administrativas en su espacio geográfico poblacional de responsabilidad.
- El desarrollo de las auditorías técnicas al llenado completo y adecuado de los expedientes clínicos de salud físicos o electrónicos, en instalaciones de salud.
- Perfil del Sistema de Salud en Panamá.⁹

⁹ http://www.minsa.gob.pa/sites/default/files/direcciones/perfil_de_salud_de_la_republica_de_panama_final.pdf

IX. FOTOGRAFÍA 9 - FINANCIACIÓN DE LOS SERVICIOS



Para el 2017, el presupuesto se contempló en B/. 9,861 millones para el desarrollo de servicios sociales, que permitirán seguir reduciendo la pobreza y la pobreza extrema y a la vez la mejora de las condiciones de vida de todos los panameños.

Para el 2018, Se vislumbra buen auge en la economía panameña, según las proyecciones de nuestros principales indicadores macroeconómicos. Tomando en cuenta las proyecciones del Producto Interno Bruto Real (PIB) en el 2017 arroja valor de 6 % con una inflación del 1.1%.



Asignación presupuestaria

Para el 2017 el Gobierno panameño mediante gabinete aprobó proyecto de presupuesto para el 2018 por B/. 23 mil millones, este Órgano Ejecutivo presentó ante el pleno de la Asamblea Nacional, el proyecto de ley de Presupuesto General del Estado para el año fiscal 2018, por un monto de B/. 23,397 millones; la cifra representada plasmo un incremento de 7.9% en comparación con el año fiscal 2017.

El monto del presupuesto también contemplo la partida correspondiente para las obras de la Línea 2 del Metro de Panamá, que incluyen la extensión desde San Miguelito hasta Tocumen por un monto B/. 325 millones y el saneamiento de la Bahía por la suma de B/. 114.7 millones.

Las entidades con mayor presupuesto asignado fueron: el Ministerio de Salud B/. 4,191.7 millones, el área de educación, que incluye el Instituto Nacional de Cultura por \$2,556.6 millones; para el área de Seguridad se han destinado B/. 2,235 millones; mientras que, para el Ministerio de Vivienda y Ordenamiento Territorial, le corresponde un presupuesto de B/. 787.1 millones; y al Ministerio de Trabajo B/. 91.5 millones.

El proyecto de Presupuesto contempla ingresos corrientes netos por B/. 16,240 millones, ingresos de capital por B/. 7,157 millones. Sobre estos ingresos corrientes los ingresos tributarios representan B/. 10,476 millones y los no tributarios B/. 4,665 millones. El presupuesto se determinó en base a un crecimiento conservador de la economía por el orden del 6%.

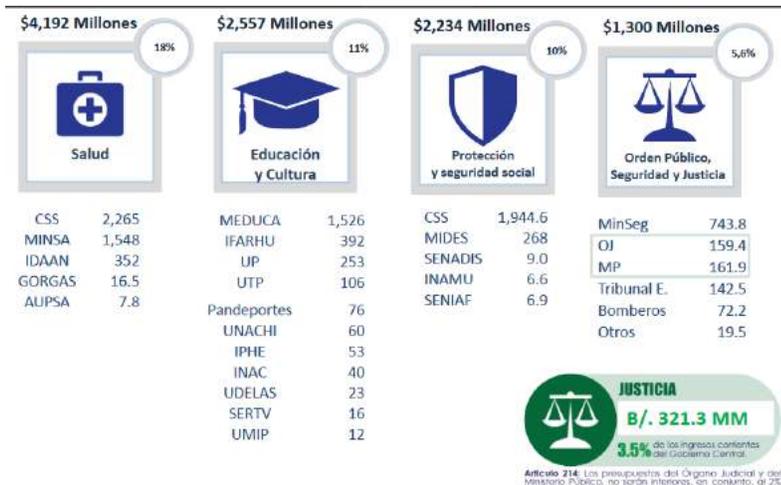
El presupuesto del Ministerio de Salud (MINSAL) para la vigencia fiscal 2018, asciende a B/. 2,200 millones; B/. 120 millones más que 2017, mil 600 millones corresponden a funcionamiento y alrededor de 600 millones serán destinados a inversión.

El aumento al presupuesto para funcionamiento trascendió por los ajustes a la escala salarial de los profesionales de la salud, conforme a los acuerdos del año 2015. En cuanto al presupuesto de inversión contemplo los dineros para pagar los hospitales de Bugaba, Metetí, Los Santos y Colón y la continuación de proyectos de inversión para el Saneamiento de Panamá, así como para remodelar algunos los centros de salud a nivel nacional.

A mediados de mayo del 2018, aprueban \$55.5 millones en traslados de partidas para Salud, por un monto de B/. 55.5 millones, la aprobación de 6 traslados de partidas por parte de la Comisión legislativa de Presupuesto considera el pago de obras de construcción de hospitales, del total aprobado, B/. 26.5 millones reforzaran las partidas presupuestarias de diez proyectos; realizar el pago de obras terminadas y cancelar saldos por el término de otras, para los hospitales Anita Moreno y Amador Guerrero, el nuevo hospital de Bugaba, en la provincia de Chiriquí, el Minsa Capsi de Quipo, en Santa Fé y el de Burunga, en Panamá Oeste. Por otro lado, se contempla la construcción del nuevo hospital de Metetí, provincia de Darién y la obra para la sala de hemodiálisis del hospital Luis “Chicho” Fábrega, en la provincia de Veraguas.

En cuanto a las leyes especiales hubo un incremento salarial neto de 314 millones.

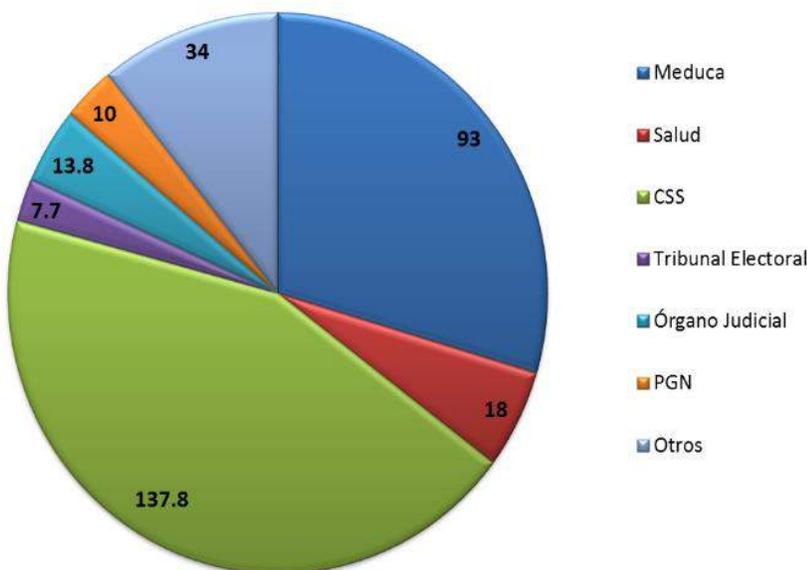
Desglose del presupuesto por Sectores



Nuestro país categoriza y asigna el presupuesto por sector, vemos que para el sector salud la asignación de 4.2 millones, seguida del sector educación con 2.55 millones y el de protección seguridad y protección social de 2.23 millones.

Siendo los sectores más sensibles del país, sólo se asigna 3.5 % de los ingresos corrientes del gobierno central a Justicia. Hacemos notorio que la asignación que recibió la Caja de Seguro Social (CSS) fue de 4.2 millones, mientras que el Ministerio de Salud (MINSAs) solo recibió 1.5 millones respectivamente.

LEYES ESPECIALES (En millones de Balboas)



En cuanto a las asignaciones en el rubro de agua potable y saneamiento el 73% ha sido dirigido a proyectos de agua y saneamiento del IDAAN, un 29 % a proyectos de agua del MINSAs.



Agua Potable y Saneamiento		391,137
MIPRE	Proyecto de Agua Potable y Saneamiento CONADES	88,835
MINSA	Proyecto de Agua Potable y Saneamiento MINSA	114,900
IDAAN	Proyecto de Agua Potable y Saneamiento	187,402
	Construcción de Alcantarillados	75,315
	Construcción del Sistema de Agua Potable	107,378
	Otros	4,708

Presupuesto del Ministerio de Salud, asignado periodos 2010 – 2018

AÑO	PRESUPUESTO TOTAL DEL ESTADO	PRESUPUESTO DEL MINSA	PRESUPUESTO DEL I.C.G.E.S ASIGNADO AL MINSA
2010	10,574,940,600	979,763,700	5,397,868
2011	13,009,299,204	1,078,882,900	7,375,700
2012	14,451,167,601	1,263,105,909	8,137,400
2013	16,283,917,467	1,511,900,012	6,761,000
2014	17,762,905,404	1,856,141,774	6,995,000
2015	19,571,473,179	2,000,202,300	12,294,100
2016	20,126,080,834	2,019,291,300	15,738,000
2017	21,675,751,294	2,113,825,805	16,612,750
2018	-	2,200,000,000	2,000,200

Inversión del MINSA en salud: la estructura de presupuesto del MINSA contempla los siguientes componentes, el gasto total del MINSA el cual es la suma de los gastos corrientes más las inversiones, es necesario resaltar que la cuenta gastos corrientes se compone de los gastos

operativos, los cuales son aquellos que utiliza el ministerio para sufragar todos sus gastos de operación o funcionamiento básico, (agua, luz, teléfono, salarios, medicamentos, insumos medico quirúrgicos, entre otros), más las transferencias corrientes las cuales están asignadas al presupuesto del MINSA, pero que van dirigidas a otras instituciones del sector salud (como son las pensiones que se pagan y transfieren a la CSS, IDAAN, ASEUPA, PROBIDSIDA, SENAPAN, los recursos de los patronatos y otros subsidios que pertenecen a instituciones del sector).

Servicios no Personales, que son los gastos de los servicios básicos, combustibles, alquileres, entre otros.

Para mayo del 2018 se incrementó B/.549.1 millón con respecto al presupuesto del 2017. Estos incrementos para la institución respaldaron las metas en cuanto a optimización y mejora del abastecimiento de medicamentos en pro de satisfacer la demanda de la población nacional, de la disminución de la lista de espera de las personas que estaban pendientes de cirugías, mejora de la atención hospitalaria y del traslado de los pacientes mediante la consecución de ambulancias. En el presupuesto también, se contempla el reordenamiento de la atención médica de la consulta externa mediante un control estricto de las especialidades y el sistema de otorgamiento de cupos para disminuir los tiempos de espera para conseguir un cupo.

De acuerdo con el proyecto de ley de presupuesto, se destinaron B/. 1,879.6 millones para el renglón de inversiones, las cuales contemplan, además, construcciones y mejoras de infraestructuras, préstamos hipotecarios y préstamos personales a jubilados y pensionados.

Asignación presupuestaria de la Caja de Seguro Social (CSS)

Años	CSS
2010	2,290,000,000
2011	2,382,000,000
2012	3,000,023,000
2013	3,648,000,000
2014	4,435,000,000
2015	4,496,851,000
2016	4,707,100,000
2017	5,115,700,000
2018	5,664,000,000

El presupuesto de la Caja de Seguro Social se incrementa anualmente entre un 5 % a 10 % respectivamente.

Presupuesto Ejecutado Acumulado del MINSA para los años 2015 - 2017 y Presupuesto Ley 2018

Objeto de Gasto	Concepto	Presupuesto Ejecutado 2015	Presupuest o Ejecutado 2016	Presupuesto Ejecutado 2017 30 de Nov.	Presupuesto Ley 2018
	TOTAL INSTITUCIONAL	1,930,666,474	1,704,120,849	1,832,939,599	2,157,374,829
	I. GASTOS DE FUNCIONAMIENTO	1,350,505,629	1,441,497,200	1,409,564,135	1,680,199,199
	A. GASTOS DE OPERACIONES	528,454,079	641,445,238	755,446,528	725,100,711
0	SERVICIOS PERSONALES	334,210,906	428,724,666	470,131,910	521,179,822
1	SERVICIOS NO PERSONALES	52,065,639	56,264,474	73,461,242	53,444,164
2	MATERIALES Y SUMINISTROS	138,788,110	154,325,264	199,532,889	144,541,125
3	MAQUINARIA Y EQUIPO	3,143,824	1,884,833	11,320,486	0
4	INVERSIÓN FINANCIERA	0	0		
9	ASIGNACIONES GLOBALES	245,600	246,000	1,000,000	5,935,600
6	B. TRANSFERENCIAS CORRIENTES	822,051,550	800,051,962	654,117,607	955,098,488
	II. GASTOS DE INVERSION	580,160,846	262,623,649	423,375,464	477,175,630

Fuente: Datos de DIPLAN - MINSA

MINISTERIO DE SALUD
DIRECCION DE PLANIFICACION
DEPARTAMENTO DE FORMULACION DE PRESUPUESTO
ANTEPROYECTO DE PRESUPUESTO
PARA LA VIGENCIA FISCAL 2017

 Detalle del Concepto		Presupuesto Ley 2016	MODIFICADO AL 29/7/16	ANTEPROYECTO DE PRESUPUESTO SOLICITADO 2017 MINSA	ANTEPROYECTO RECOMENDADO MEF 2017	RECOMENDADO PARA MENSUALIZAR LEY MEF 2017	LEY 2017 AL 21/12/16	Diferencia entre el LEY MEF 2017 Y RECOMENDADO 2017	Diferencia entre el RECOMENDADO Y SOLICITADO MINSA	Diferencia entre el RECOMENDADO 2017 Y MODIFICADO AL 31/7/16	Diferencia entre el RECOMENDADO Y PRESUPUESTO LEY 2016
	TOTAL ENTIDAD (I+II)	2,019,291,300	2,023,084,755	2,392,091,515	2,118,675,805	2,114,610,881	#####	935,076	-273,415,710	95,591,050	99,384,505
I	GASTOS CORRIENTES	1,588,790,300	1,603,219,494	1,848,693,824	1,696,004,507	1,696,939,583	#####	935,076	-152,689,317	92,785,013	107,214,207
A	TOTAL DE GASTOS DE OPERACIONES	686,822,300	699,701,677	839,551,722	716,603,826	717,538,902	716,603,826	935,076	-122,947,896	16,902,149	29,781,526
0	SERVICIOS PERSONALES	430,681,300	438,064,679	500,928,955	495,770,396	496,705,472	496,705,472	935,076	-5,158,559	57,705,717	65,089,096
000	SUELDOS	292,928,237	294,212,001	346,699,219	338,607,800	338,434,260	338,554,116	-173,540	-8,091,419	44,395,799	45,679,563
010	SOBRESUELDOS	25,298,384	24,532,371	30,263,016	30,235,096	31,343,712	31,223,856	1,108,616	-27,920	5,702,725	4,936,712
030	GASTOS DE REPRESENTACIÓN FIJOS	577,200	577,200	685,200	577,200	577,200	577,200	-	-108,000	-	-
040	SOBRETIEMPOS	35,480,979	39,280,410	50,000,000	45,480,900	45,480,900	45,480,900	-	-4,519,100	6,200,490	9,999,921
050	XIII MES	9,813,600	10,216,264	9,838,956	9,813,400	9,813,400	9,813,400	-	-25,556	-402,864	-200
070	CONTRIBUCIONES A LA SEGURIDAD SOCIAL	56,208,000	57,421,138	57,885,564	65,499,000	65,499,000	65,499,000	-	7,613,436	8,077,862	9,291,000
080	OTROS SERVICIOS PERSONALES	5,557,000	5,557,000	5,557,000	5,557,000	5,557,000	5,557,000	-	-	-	-
090	CREDITOS RECONOC. POR SERV. PERSONALES	4,817,900	6,268,295	-	-	-	-	-	-	-6,268,295	-4,817,900
1	SERVICIOS NO PERSONALES	85,169,900	82,866,916	91,901,465	64,100,060	64,100,060	63,164,984	-	-27,801,405	-18,766,856	-21,069,840
100	ALQUILERES	4,428,300	4,114,590	4,427,700	3,485,000	3,485,000	3,485,000	-	-942,700	-629,590	-943,300
105	ALQUILER DE EQUIPO DE TRANSPORTE	2,980,193	2,434,673	2,980,193	2,112,646	2,112,646	2,112,646	-	-867,547	-322,027	-867,547
110	SERVICIOS BASICOS	34,566,200	32,802,465	40,300,969	28,226,290	28,226,290	27,291,214	-	-12,074,679	-4,576,175	-6,339,910
120	IMPRESION, ENCUADERNACION Y OTROS	700,300	559,397	723,218	685,300	685,300	685,300	-	-37,918	125,903	-15,000
130	INFORMACION Y PUBLICIDAD	1,500,000	1,194,990	1,508,962	1,480,000	1,480,000	1,480,000	-	-28,962	285,010	-20,000
140	VIATICOS	2,600,000	2,978,537	2,598,010	1,299,005	1,299,005	1,299,005	-	-1,299,005	-1,679,532	-1,300,995
150	TRANSPORTE DE PERSONAS Y BIENES	887,300	885,505	889,300	444,645	444,645	444,645	-	-444,655	-440,860	-442,655
160	SERVICIOS COMERCIALES Y FINANCIEROS	25,730,700	20,159,393	25,718,820	16,388,595	16,388,595	16,388,595	-	-9,330,225	-3,770,798	-9,342,105
164	GASTOS DE SEGUROS	3,926,066	1,888,896	3,926,066	2,155,473	2,155,473	2,155,473	0	-1,770,593	266,577	-1,770,593
169	OTROS SERVICIOS COMERCIALES Y FINANCIEROS	10,971,612	9,222,306	10,971,612	6,967,918	6,967,918	6,967,918	0	-4,003,694	-2,254,388	-4,003,694
170	CONSULTORIAS Y SERVICIOS ESPECIALES	1,000,000	984,757	1,000,000	464,500	464,500	464,500	-	-535,500	-520,257	-535,500
180	MANTENIMIENTO Y REPARACION	13,743,000	12,499,481	14,734,486	11,626,725	11,626,725	11,626,725	-	-3,107,761	-872,756	-2,116,275
181	MANTENIMIENTO Y REPARACION DE EDIFICIOS	1,176,218	1,230,841	4,067,435	1,121,486	1,121,486	1,121,486	0	-2,945,949	-109,355	-54,732
190	CREDITOS RECON. POR SERVICIOS NO PERSONALES	14,100	6,687,801	-	-	-	-	-	-	-6,687,801	-14,100
2	MATERIALES Y SUMINISTROS	170,725,100	175,803,853	219,451,341	150,797,370	150,797,370	150,797,370	-	-68,653,971	-25,006,483	-19,927,730
200	ALIMENTOS Y BEBIDAS	14,110,100	13,118,418	20,303,239	12,609,090	12,609,090	12,609,090	-	-7,694,149	-509,328	-1,501,010
210	TEXTILES Y VESTUARIO	1,731,400	1,908,488	1,734,406	1,731,400	1,731,400	1,731,400	-	-3,006	-177,088	-1,737,412
220	COMBUSTIBLES Y LUBRICANTES	2,891,200	2,824,647	3,784,343	2,006,340	2,006,340	2,006,340	-	-1,778,003	-818,307	-884,860
230	PRODUCTO DE PAPEL Y CARTON	997,800	958,547	1,113,348	997,800	997,800	997,800	-	-115,548	39,253	-1,228,896
240	PRODUCTOS QUIMICOS Y CONEXOS	92,945,200	94,023,346	109,306,040	81,755,295	81,755,295	81,755,295	-	-27,550,745	-12,268,051	-11,189,905
244	PRODUCTOS MEDICINALES Y FARMACEUTICOS	81,902,383	83,363,737	95,000,000	68,175,927	68,175,927	68,175,927	0	-26,824,073	-15,187,810	-13,726,456
245	OXIGENO MEDICO	1,778,397	1,739,985	2,687,027	2,306,385	2,306,385	2,306,385	0	-380,642	566,400	527,988
250	MATERIALES PARA CONSTRUCCION Y MANT.	600,000	790,409	1,931,606	600,000	600,000	600,000	-	-1,331,606	-190,409	-3,263,212
260	PRODUCTOS VARIOS	438,600	474,980	906,708	438,600	438,600	438,600	-	-468,108	-36,380	-1,374,816
270	UTILES Y MATERIALES DIVERSOS	55,000,000	53,393,249	77,372,955	48,801,595	48,801,595	48,801,595	-	-28,571,360	-4,591,654	-6,198,405
280	REPUESTOS	2,000,000	1,825,919	2,998,696	1,857,250	1,857,250	1,857,250	0	-1,141,446	31,331	-142,750
290	CREDITOS REC. POR MATER. Y SUMINISTROS	10,800	6,485,850	-	-	-	-	-	-	-6,485,850	-10,800

Fuente: Datos de DIPLAN - MINSA

MINISTERIO DE SALUD
DIRECCION DE PLANIFICACION
DEPARTAMENTO DE FORMULACION DE PRESUPUESTO
ANTEPROYECTO DE PRESUPUESTO
PARA LA VIGENCIA FISCAL 2017

 Detalle del Concepto		Presupuesto Ley 2016	MODIFICADO AL 29/7/16	ANTEPROYECTO DE PRESUPUESTO SOLICITADO 2017 MINSA	ANTEPROYECTO RECOMENDADO MEF 2017	RECOMENDADO PARA MENSUALIZAR LEY MEF 2017	LEY 2017 AL 21/12/16	Diferencia entre el LEY MEF 2017 Y RECOMENDADO 2017	Diferencia entre el RECOMENDADO Y SOLICITADO MINSA	Diferencia entre el RECOMENDADO 2017 Y MODIFICADO AL 31/7/16	Diferencia entre el RECOMENDADO 2017 Y PRESUPUESTO LEY 2016
3	MAQUINARIA Y EQUIPO	-	2,720,229	26,669,961	-	-	-	-	-26,669,961	-2,720,229	-
300	MAQUINARIA Y EQUIPO DE PRODUCCIÓN	-	13,649	5,462,775	-	-	-	-	-5,462,775	-13,649	-
310	MAQUINARIA Y EQUIPO DE TRANSPORTE	-	730,415	2,493,958	-	-	-	-	-2,493,958	-730,415	-
320	EQUIPO EDUCACIONAL Y RECREATIVO	-	41,390	219,226	-	-	-	0	-219,226	-41,390	0
330	EQUIPO MEDICO, DE LABORATORIO Y SANITARIO	-	107,878	14,346,419	-	-	-	-	-14,346,419	-107,878	-
339	OTRO EQUIPO MEDICO, DE LAB. Y SANIT.	-	98010	3316476	-	-	-	0	-3316476	-98010	0
340	EQUIPO DE OFICINA	-	9,295	237,940	-	-	-	0	-237,940	-9,295	0
350	MOBILIARIO DE OFICINA	-	171,317	999,887	-	-	-	0	-999,887	-171,317	0
360	SEMOVIENTES	-	-	58,235	-	-	-	0	-58,235	0	0
370	MAQUINARIA Y EQUIPOS VARIOS	-	1,236,710	1,074,004	-	-	-	0	-1,074,004	-1,236,710	0
380	EQUIPO DE COMPUTACION	-	367,692	1,777,517	-	-	-	0	-1,777,517	-367,692	0
390	CR. RECONOCIDOS POR MAQUINARIA Y EQUIPO	-	41,883	-	-	-	-	-	-	-41,883	-
400	INVERSIÓN FINANCIERA	-	-	-	-	-	-	0	0	0	0
400	ADQUISICION DE TERRENO	-	-	-	-	-	-	0	0	0	0
5	CONSTRUCCIONES POR CONTRATO	-	-	-	-	-	-	0	0	0	0
B	TOTAL DE TRANSFERENCIAS	901,968,000	903,517,817	1,009,142,102	979,400,681	979,400,681	979,550,681	-	-29,741,421	75,882,864	77,432,681
6	TRANSFERENCIAS CORRIENTES	901,968,000	903,517,817	1,009,142,102	979,400,681	979,400,681	979,550,681	-	-29,741,421	75,882,864	77,432,681
600	PENSIONES Y JUBILACIONES	461,600	461,600	461,600	441,600	441,600	441,600	-	-20,000	-20,000	-20,000
610	A PERSONAS	539,100	1,336,644	804,948	4,022,100	4,022,100	4,022,100	-	3,217,152	2,685,456	3,483,000
620	BECAS DE ESTUDIO	300,000	338,021	408,310	300,000	300,000	300,000	-	-108,310	-38,021	-
630	A INSTITUCIONES PRIVADAS	242,478,600	242,695,113	347,478,600	301,608,320	301,608,320	301,608,320	-	-45,870,280	58,913,207	59,129,720
640	A INSTITUCIONES PUBLICAS	657,388,700	657,829,608	659,096,735	672,228,561	672,228,561	672,378,561	-	13,131,826	14,398,953	14,839,861
660	AL EXTERIOR	800,000	533,205	891,909	800,100	800,100	800,100	-	-91,809	266,895	100
690	CREDITOS RECON. POR TRANSF. CORRIENTES	-	323,626	-	-	-	-	-	-	-323,626	-
9	ASIGNACIONES GLOBALES	246,000	246,000	600,000	5,936,000	5,936,000	5,936,000	-	5,336,000	5,690,000	5,690,000
990	OTRAS ASIGNACIONES GLOBALES	-	-	-	5,690,000	5,690,000	5,690,000	-	5,690,000	5,690,000	5,690,000
II	GASTOS DE CAPITAL	430,501,000	419,865,261	543,397,691	422,671,298	417,671,298	417,671,298	-	-120,726,393	2,806,037	-7,829,702
A	INVERSIONES	366,300,000	355,664,261	469,439,691	316,970,298	311,970,298	311,970,298	-	-152,469,393	-38,693,963	-49,329,702
B	TRANSFERENCIAS VARIAS DE CAPITAL	64,201,000	64,201,000	73,958,000	105,701,000	105,701,000	105,701,000	-	31,743,000	41,500,000	41,500,000

Fuente: Datos de DIPLAN - MINSA

X. FOTOGRAFÍA 10 - PROYECTOS DE INVERSIÓN



En cuanto a la formulación y evaluación de proyectos de inversión, El Ministerio de Salud en base a las disposiciones legales y procedimentales que regulan la materia, asegurar la correcta estimación de los recursos presupuestarios, asigna cada año un monto considerable para este proceso, es notorio un incremento del 3% al 2018.



Ministerio de Salud
Ejecución del Presupuesto de Inversiones por Programas y Proyectos
Al 12 de Diciembre, años de 2014 - 2018. En Balboas

2014	Presupuesto Ley 1	Presupuesto Modificado 2	Asignado a la fecha 3	Ejecución a la Fecha 4	Saldos de Contratos por Ejecutar 5	Compromiso Total 6=(4+5)	% Ejecución a la Fecha 7=(4/3*100)	% Ejecución Total 8=(6/3*100)	Devengado 9	Pagado 10
Total de Inversiones	514,657,677	517,817,430	517,817,430	293,157,397	193,688,299	486,845,696	56.6	94.0	24,054,575	267,621,769
Construcción y Mej. de Inst. de Salud	308,647,674	301,345,495	301,345,495	100,734,410	188,220,019	288,954,429	33.4	95.9	1,322,791	99,411,603
Salud Ambiental	896,025	1,036,022	1,036,022	318,735	489,256	807,991	30.8	78.0	54,309	264,426
SANEAMIENTO CIUDAD Y BAHIA DE PANAMA	95,139,420	99,532,124	99,532,124	91,714,768	1,804,212	93,518,979	92.1	94.0	1,539,830	90,174,937
Salud Nutricional	10,565,900	15,471,795	15,471,795	15,031,243	0	15,031,244	97.2	97.2	1,933,866	12,913,290
Equipamiento de Inst. de Salud	11,019,000	13,834,449	13,834,449	10,658,111	496,480	11,154,591	77.0	80.6	1,405,143	7,956,019
Otros Proyectos de Inversión	19,676,658	41,087,618	41,087,618	32,345,462	2,678,332	35,023,794	78.7	85.2	12,190,290	20,155,171
Multifase de transformación del sector salud	10,086,300	31,383,760	31,383,760	28,333,565	2,576,332	30,909,897	90.3	98.5	10,454,247	17,879,318
Agua y Saneamiento en Areas Pobres PASAP	3,467,158	4,115,324	4,115,324	4,011,897	2,000	4,013,897	97.5	97.5	1,736,043	2,275,854
Acueductos y Unidades Básicas Sanitaria	6,123,200	5,588,534	5,588,534	0	100,000	100,000	0.0	1.8	0	0
Transferencias de Capital	64,213,000	43,895,927	43,895,927	41,104,668	0	41,104,668	93.6	93.6	5,608,345	35,496,323
Desarrollo Comunitario	4,500,000	1,614,000	1,614,000	1,250,000	0	1,250,000	77.4	77.4	0	1,250,000

2015	Presupuesto Ley 1	Presupuesto Modificado 2	Asignado a la fecha 3	Ejecución a la Fecha 4	Saldos de Contratos por Ejecutar 5	Compromiso Total 6=(4+5)	% Ejecución a la Fecha 7=(4/3*100)	% Ejecución Total 8=(6/3*100)	Devengado 9	Pagado 10
Total de Inversiones	599,521,600	611,575,322	611,575,322	537,760,120	42,400,725	580,160,846	87.9	94.9	102,980,672	433,826,052
Construcción y Mej. de Inst. de Salud	217,026,500	249,002,735	249,002,735	225,763,183	22,860,171	248,623,354	90.7	99.8	33,039,881	192,723,303
Salud Nutricional	10,511,000	5,338,420	5,338,420	3,539,765	0	3,539,765	66.3	66.3	220,340	3,319,425
Equipamiento de Inst. de Salud	19,680,000	19,828,792	19,828,792	17,018,099	1,564,986	18,583,085	85.8	93.7	4,308,476	11,794,712
Otros Proyectos de Inversión	24,857,200	34,179,042	34,179,042	30,443,461	2,992,781	33,436,242	89.1	97.8	8,645,554	21,797,906
Transferencias de Capital	86,108,600	71,999,600	71,999,600	65,115,394	0	65,115,394	90.4	90.4	31,440,599	33,674,795

2016	Presupuesto Ley 1	Presupuesto Modificado 2	Asignado a la fecha 3	Ejecución a la Fecha 4	Contratos por Ejecutar 5	Compromiso Total 6=(4+5)	Ejecución a la Fecha 7=(4/3*100)	Ejecución Total 8=(6/3*100)	Devengado 9	Pagado 10
Total de Inversiones	430,501,000	305,219,482	303,212,318	220,888,979	27,915,765	248,804,744	72.8	82.1	124,098,211	92,387,831
Construcción y Mejora de Instalaciones de Salud	101,575,800	40,609,484	40,609,484	17,354,174	11,125,864	28,480,038	42.7	70.1	8,288,538	9,062,680
Salud Ambiental	11,000,000	13,253,403	13,253,403	7,149,123	0	7,149,123	53.9	53.9	379,464	6,041,918
SANEAMIENTO CIUDAD Y BAHIA DE PANAMA	207,037,500	118,311,189	118,311,189	105,494,079	6,292,392	111,786,471	89.2	94.5	70,252,102	35,241,977
Equipamiento de Inst. de Salud	21,000,000	20,410,700	20,410,700	8,299,232	801,136	9,100,368	40.7	44.6	2,938,757	1,688,236
Otros Proyectos de Inversión	25,686,700	38,551,700	38,551,700	19,906,280	9,696,373	29,602,653	51.6	76.8	10,895,387	9,010,893
Multifase de transformación del sector salud	20,857,200	33,967,200	33,967,200	19,906,280	9,696,373	29,602,653	58.6	87.2	10,895,387	9,010,893
Saneamiento Agua y Saneamiento en Áreas Rurales	4,829,500	4,584,500	4,584,500	0	0	0	0.0	0.0	0	0
Transferencias de Capital	64,201,000	74,083,006	72,075,842	62,686,091	0	62,686,091	87.0	87.0	31,343,964	31,342,127

Fuente: Datos de DIPLAN - MINSA

2017	Presupuesto Ley 1	Presupuesto Modificado 2	Asignado a la Fecha 3	Ejecutado a la Fecha 4	% de Ejecución a la fecha 5=(4/3*100)	Contratos por Ejecutar 6	Bloqueo Anual 7	Ejecución Total 8=(4+6+7)	% de Ejecución Total 9=(8/3*100)	Pagado 10
Total de Inversiones	417,671,298	487,667,423	486,621,828	312,095,460	64.14	25,328,033	70,381,402	407,804,895	83.80	183,080,061
Construcción y Mejora de Infraestructura	71,085,600	127,059,423	127,059,423	45,845,838	36.08	6,466,936	64,998,594	117,311,368	92.33	30,501,558
Construcción y Remodelación	6,099,000	6,146,363	6,146,363	5,825,386	94.78	203,035	34,579	6,062,999	98.64	5,646,965
Salud Ambiental	172,738,398	158,050,695	158,050,695	103,133,724	65.25	8,279,266	2,281,047	113,694,037	71.94	51,017,690
Acueducto. Y Unidades Ba	5,400,000	5,400,000	5,400,000		0.00		467,716	467,716	8.66	
Construcción de Acueductos	1,850,000	1,150,000	1,150,000	440,311	38.29		316,739	757,050	65.83	17,854
Manejo Integral de Residuos	600,000	612,297	612,297	183,441	29.96		336,212	519,653	84.87	52,494
Equipamiento de Instalaciones	17,350,000	19,397,469	19,397,469	11,701,931	60.33		2,331,112	14,033,043	72.34	595,006
Otros Proyectos de Inversión	49,024,300	45,024,300	45,024,300	18,437,756	40.95	10,581,831	542,813	29,562,399	65.66	7,176,474
Multifase de transformación	49,024,300	45,024,300	45,024,300	18,437,756	40.95	10,581,831	542,813	29,562,399	65.66	7,176,474

2018	Presupuesto Ley 1	Presupuesto Modificado 2	Asignado a la Fecha 3	Ejecutado a la Fecha 4	% de Ejecución a la fecha 5=(4/3*100)	Contratos Ejecutar por 6	Bloqueo Anual 7	Ejecución Total 8=(4+6+7)	% de Ejecución Total 9=(8/3*100)	Pagado 10
Total de Inversiones	477,175,630	477,245,671	316,202,840	73,812,877	23.34	15,658,263	32,505,410	121,976,549	38.58	44,453,632
Construcción y Mejora de Instalaciones	158,673,300	158,743,341	146,988,318	2,606,737	1.77	5,736,046	3,761,440	12,104,223	8.23	2,507,703
Construcción y Remodelación	7,378,650	7,448,650	7,448,650	37,956	0.51	0	280,616	318,572	4.28	0
Construcción y Remodelación	10,183,850	10,253,891	10,253,889	0	0.00	0	681,861	681,861	6.65	0
Construcción y Remodelación	5,057,500	5,057,500	3,057,500	17,023	0.00	0	37,747	54,770	0.00	0
Construcción y Remodelación	24,612,250	24,612,250	24,612,250	0	0.00	1,158,543	0	1,158,543	4.71	0
Construcción y Remodelación	63,750	63,750	63,750	0	0.00	0	0	0	0.00	0
Construcción y Remodelación	1,086,500	1,086,500	1,086,500	10,569	0.97	0	0	10,569	0.97	0
Construcción y Remodelación	39,616,500	39,616,500	39,616,500	0	0.00	1,687,857	113,589	1,801,446	4.55	0
Construcción y Remodelación	9,127,250	9,127,250	6,127,250	0	0.00	1,000,000	1,167,559	2,167,559	35.38	0
Construcción y Remodelación	5,467,150	5,565,824	3,603,928	2,505,254	69.51	1,889,646	98,673	4,493,573	124.69	2,505,254
Salud Ambiental	119,901,800	119,901,800	85,070,968	22,800,721	26.80	9,375,479	26,473,967	58,650,167	68.94	8,270,338
Acueducto y Unidades Bahía	4,396,700	4,396,700	1,920,000	0	0.00	0	0	0	0.00	0
Construcción de Acueductos	3,600,000	3,600,000	2,897,500	6,476	0.22	0	703,660	710,136	24.51	1,777
Saneamiento Ciudad y Bahía	40,555,100	40,970,593	22,457,553	10,519,856	46.84	2,675	21,212,616	31,735,148	141.31	807,138
Saneam.Ciudad y Bahía	44,850,407	44,681,707	38,743,795	11,908,852	30.74	106,604	3,911,598	15,927,054	41.11	7,134,527
Saneam.Ciudad Arraijan	25,198,593	24,951,800	17,751,120	326,896	1.84	9,266,200	0	9,593,096	54.04	326,896
Manejo Integral Residuos	1,301,000	1,301,000	1,301,000	38,641	2.97	0	646,093	684,733	52.63	0
Equipamiento de Inst	18,978,000	18,978,000	15,524,936	2,931,024	18.88	0	2,229,076	5,160,100	33.24	0
EQUIPAMIENTO DE INSTALACION	18,978,000	18,978,000	15,524,936	2,931,024	18.88	0	2,229,076	5,160,100	33.24	0
Otros Proyectos de Inversión	42,564,159	42,564,159	32,804,441	9,784,976	29.83	546,737	40,928	10,372,641	31.62	8,006,471
Multifase de Transformación	42,564,159	42,564,159	32,804,441	9,784,976	29.83	546,737	40,928	10,372,641	31.62	8,006,471
Transferencias de Capital	137,058,371	137,058,371	35,814,177	35,689,418	99.65	546,737	40,928	10,372,641	28.96	25,669,120
A Empresas Públicas	120,869,381	120,869,381	32,524,879	32,524,879	100.00	0	0	0	0.00	23,330,281
Instituto Conmemorativo Gorgas	4,303,990	4,303,990	860,798	736,039	85.51	0	0	0	0.00	736,039
AUPSA	425,000	425,000	136,500	136,500	100.00	0	0	0	0.00	74,800
AUTORIDAD DE ASEO URBANO	11,460,000	11,460,000	2,292,000	2,292,000	100.00	0	0	2,292,000	100.00	1,528,000

Fuente: Datos de DIPLAN - MINSA

Conclusiones

- Las enfermedades están profundamente determinadas por la estructura social, política y económica en la que vivimos.
- El análisis de desigualdades en salud ayudará a los tomadores de decisiones a viabilizar la formulación de las políticas públicas en tema de salud, así como en aquellas que afectan los determinantes sociales.
- El estudio de las características de la población y del área geográfica de residencia es el soporte metodológico para identificar puntos de intervención enfocados a la prevención y a la desaparición de las desigualdades en salud existentes.
- Utilizar provincias y comarcas como unidad geográfica de referencia para este análisis, presenta como desventaja que se toman estratificadores e indicadores promedio en población que tiene muchas diferencias.
- La selección de indicadores de salud para el análisis depende de la información disponible en los sistemas de registros estadísticos, los cuales poseen un nivel de desagregación aceptable mientras que los estratificadores de equidad o indicadores sociales no se encuentran con el mismo grado de desagregación.

Recomendaciones

- Es necesario fortalecer el recurso humano en las regiones de salud para realizar los análisis de desigualdades
- Crear mecanismos de coordinación con instituciones generadoras de datos con el nivel de desagregación requerida para un mejor análisis.
- Reforzar los sistemas de recolección de datos permitirá análisis anuales que evidencien la evolución de las intervenciones en pro de disminuir las desigualdades y de eliminar las inequidades
- Potenciar la colaboración entre organizaciones internacionales para el fortalecimiento de las capacidades nacionales.

ACRÓNIMOS Y ABREVIATURAS

AAUD	Autoridad de Aseo Urbano y Domiciliario
ACODECO	Autoridad de Protección al Consumidor y Defensa de la Competencia
ACP	Autoridad del Canal de Panamá
AIN-C	Atención Integral a la Niñez a nivel comunitario
AMN	La Autoridad Marítima Nacional
AMPYME	Autoridad de la Micro, Pequeña y Mediana Empresa
ANCON	Asociación Nacional para la Conservación de la Naturaleza)
ANIS	Almacén Nacional de Insumos sanitarios
APMP	Años perdidos por muerte prematura
APS	Atención primaria en salud
ASEP	Autoridad de Servicios Públicos
ASEUPA	Asociación de Empleados de la Universidad de Panamá
ATSDR	Registro de Enfermedades del Departamento de Salud Pública de los Estados Unidos
AVAD	Años de vida ajustados en función de la discapacidad
AVPP	Años de Vida Productiva Perdidos Prematuramente
BID	Banco Interamericano de Desarrollo
BIRF	Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento
BK	Bacilos copia positiva o negativa
CAPSi	Centro de Atención Primaria en Salud Innovadora
CASPAN	Centro Ann Sullivan en Panamá
CATHALAC	Centro del Agua del Trópico Húmedo para América Latina y el Caribe
CDC	Centro para el Control y Prevención de Enfermedades
CELADE	Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía
CEPAL	Comisión Económica para América Latina y el Caribe
CIF	Cost, insurance and freight (costo, seguro y flete)
CM	Centímetro
CMCT	Convenio Marco para el Control del Tabaco
CONADES	Conferencia Nacional sobre Desarrollo Social
CONE	Cuidado Obstétrico y Neonatal Esencial
COTEPA	Compañía Técnica Paraguaya
CSS	Caja de Seguro Social
DGI	Dirección General de Ingresos
DIU	Dispositivo Intrauterino
DPSS	Dirección de Provisión de Servicios de Salud
DSH/P	Desechos Sólidos Hospitalarios Peligrosos
ECL	Equipo Conductor Local
ECN	Equipo Conductor Nacional

Continuación	
ECR	Equipo Conductor Regional
EEC	Estrategia de Extensión de
EHTSM	Exposición al humo del tabaco de segunda mano
EMTA	Encuesta Mundial sobre Tabaco en Jóvenes
EMTJ	Encuesta Mundial sobre Tabaco en Jóvenes
ENA Panamá	Empresa Nacional de Autopista de Panamá
ENASSER	Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva
ENSCAVI	Encuesta Nacional de Salud y Calidad de Vida
ENT	Enfermedad No Transmisibles
ENV	Encuesta de Niveles de Vida
EPOC	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
ETA	Enfermedades transmitidas por alimentos
ETESA	Empresa de Transmisión Eléctrica S.A
FAO	Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación
GHPSS	Encuesta mundial de tabaco en estudiantes de profesiones de la salud
Gr	Gramos
GTSS	Sistema de Vigilancia Mundial sobre el Tabaco
HG	Símbolo del elemento Mercurio
HTA	Hipertensión Arterial
IDAAN	Instituto de Acueductos y Alcantarillados Nacionales
IDAAN	Instituto de Acueductos y Alcantarillados Nacionales
IDRC	Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo
IEA	Instituto Especializado de Análisis
IGES	Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudio de la Salud
IMC	Índice de Masa Corporal
INADHE	Instituto Nacional de Formación Profesional y Capacitación para el Desarrollo Humano
INDICE DE GINI	Coficiente de Gini expresado en porcentaje y el igual a coeficiente de Gini multiplicado por 100
INEC	Instituto Nacional de Estadística y Censo
INFLUENZA AH1N1	Subtipo de virus de influenza A que fue la causa más común de los humanos de la influenza (gripe)
IPHE	Instituto Panameño de Habilitación Especial

Continuación

ISC	Indicador Sintético de Consumo
ITBMS	Impuesto de Transferencia de Bienes Muebles
ITS	Infección de Transmisión Sexual
IVA	Impuesto de Valor Añadido
IV	Vía endovenosa
JAAR	Juntas Administradoras de Aguas Rurales
JAPA	Jornadas de Atención Primaria Ambulatoria
JAPA	Jornadas de Atención Primaria Ambulatoria
JICA	Agencia de Cooperación Japonesa
Kg	Kilogramos
LSS- SUMA	Sistema de Apoyo Logístico-Sistema de Gestión de Suministros
MDL	Mecanismo de Desarrollo Limpio
MEF	Ministerio de Economía y Finanzas
MIAMBIENTE	Ministerio de Ambiente
MICI	Ministerio de Comercio e Industria
MIDES	Ministerio de Desarrollo social
MINGOB	Ministerio de Gobierno
MINSA	Ministerio de Salud
NCHS	Centro Nacional para Estadísticas de Salud
NMP	Método de Numero más Probable
NO₂	Óxido de nitrógeno
ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio
OEA	Organización de Estados Americanos
OIMT	Organización Internacional de las Maderas Tropicales
ONG	Organización No Gubernamental
ONU	Organización de Naciones Unidas
ONUSIDA	Programa de las Naciones Unidas contra la pandemia del VIH / SIDA.
OPS/OMS	Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud
OR	Odds Ratio (Medida de Efecto)
OSH	Oficina de Seguridad y Salud
PAC	Programa de Alimentación Complementaria
PAHO	Organización Panamericana de la Salud en sus siglas inglesas
PAI	Programa Ampliado de Inmunizaciones
PAISS+N	Paquete de Atención Integral de Servicios de Salud +Nutrición
PCB	Bifenilos Poli clorados
PEA	Población Económicamente Activa
PEG	Plan Estratégico de Gobierno
PET	Personas en Edad de Trabajar
PF	Planificación Familiar

Continuación	
PIB	El Producto Interno Bruto
PM	Partículas de materia
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
PROBIDSIDA	Pro Bienestar y Dignidad de las Personas Afectadas por el VIH/SIDA
PROXY	Indicador utilizado en Nutrición
PSPV	Protección en Salud para Poblaciones Vulnerables
REGES	Registros Estadísticos
RMS	Región Metropolitana de Salud
RO	Red de Oportunidades
RSSM	Región de Salud de San Miguelito
SADI	Atención domiciliaria a pacientes crónicos
SCPH	Síndrome Cardiopulmonar por Hantavirus
SENAPAN	Secretaría Nacional para el Plan de Seguridad Alimentario y Nutricional
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
SIES	Sistema de Información Electrónico en Salud
SIG	Sistema de Información Geográfica
SMSL	Síndrome de muerte súbita del lactante
SPNF	Sector Público No Financiero
SPS	Sistema de Protección Social
TAES	Tratamiento Acortado Estrictamente Supervisado para la Tuberculosis
TB	Tuberculosis Pulmonar
Tdap	Toxoide Tetánico Diftérico Acelular
TEA	Trastornos del Espectro Autista
TFI/OMS	Tobacco Free Initiative (Iniciativa Liberarse del Tabaco)
TGF	Tasa Global de Fecundidad
TIC's	Tecnología de información y comunicación
Ton/hab	Toneladas/habitantes
UDELAS	Universidad de Las Américas
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
UTP	Universidad de Panamá, Universidad Tecnológica de Panamá
Vacuna BCG	Bacillus Calmette–Guérin
Vacuna DPT	Vacunas contra Difteria, Tosferina y Tétanos.
Vacuna MMR	vacuna contra el sarampión , las paperas y la rubéola
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humano
WHO	Organización Mundial de la Salud

Bibliografía

- Ministerio de Salud de Panamá, 2016-2025. Políticas y Estrategias de Salud, República de Panamá.
- Ministerio de Salud de Panamá, 2010-2015. Políticas y Estrategias de Salud, República de Panamá
- Ministerio de Salud de Panamá, 2000-2004. Políticas y Estrategias de Salud, República de Panamá.
- Ministerio de Salud de Panamá, 2011-2015. “Plan Estratégico Nacional para la Prevención y el Control Integral de las Enfermedades No Transmisibles y sus Factores de Riesgo”. República de Panamá.
- Ministerio de Salud de Panamá, 2010. Programa Nacional de Cuidados Paliativos.
- Ministerio de Salud de Panamá, 2013. Situación de salud en Panamá.
- Ministerio de Salud de Panamá, 2007. Situación de Salud Mental en Panamá
- Organización Mundial de la Salud, 2010-2011. Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles. Ginebra.
- Organización Panamericana de la Salud, 2003. “Epidemias Mundiales Desatendidas: Tres Amenazas Crecientes”. Informe Sobre la Salud en el Mundo.
- Ministerio de Salud, Dirección de Planificación, Departamento de Registros y Estadísticas de Salud. del Ministerio de Salud.
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censo. Contraloría General de la República de Panamá. Año 2012-2015.
- Contraloría General de la República de Panamá Dirección de Estadísticas y Censo. Estadísticas Vitales, Año 2013
- Contraloría General de la República de Panamá Dirección de Estadísticas y Censo. Encuestas de Hogares, años 2010, 2011, 2012.
- Contraloría General de la República de Panamá, Instituto Nacional de Estadística y Censo (INEC) de la Contraloría General de la República, en conjunto con la Dirección de Análisis Económico y Social del MEF, Encuesta de niveles de vida, año 2013.
- Ministerio de Salud, Dirección de Planificación, Departamento de Análisis y Tendencia de Salud. 2005.
- Ministerio de Salud, Dirección de Planificación, Departamento de Registros y Estadísticas de Salud, Boletines 2010, 2011, 2012.
- Ministerio de Salud Memoria 2010, 2011 y 2012.
- Ministerio de Salud, Registro Nacional del Cáncer, año 2011, 2012.
- Ministerio de Salud, Dirección de Planificación, Departamento de Formulación y Evaluación de Presupuesto y Proyectos de Inversión, Anteproyecto de presupuesto de Inversiones 2015.
- Ministerio de Salud, Dirección de Infraestructura de salud, Consolidado del presupuesto de funcionamiento e inversiones del 2014.

Enlaces

<http://www.atp.gob.pa/>
<http://panama.unfpa.org/poblacion-panama>
<http://www.minsa.gob.pa>
<http://www.contraloria.gob.pa>
<http://www.ignpanama.anati.gob.pa>
<http://www.miambiente.gob.pa>
<http://www.hodromet.gob.pa>
<http://www.etesa.gob.pa>
<http://www.energia.gob.pa>
<http://www.asep.gbc.pa>
<http://www.presidencia.gob.pa>

<http://www.pancanal.com>
<http://www.mef.gob.pa>
<http://www.sinaproc.gob.pa>
<http://www.css.org.pa>
http://www.gacetaoficial.gob.pa/pdfTemp/27708_A/49707.pdf
http://www.minsa.gob.pa/sites/default/files/publicaciones/plan_estrat%e9gico_nac.pdf
http://www.minsa.gob.pa/sites/default/files/destacado/caracterizacion_de_la_fuerza_laboral_en_salud_2014_17_septiembre.pdf

