



POLÍTICA NACIONAL DE SALUD

Y LINEAMIENTOS ESTRATÉGICOS

2016 - 2025



República de Panamá
Ministerio de Salud de Panamá



GOBIERNO DE LA REPÚBLICA DE
PANAMÁ

**REPÚBLICA DE PANAMÁ
MINISTERIO DE SALUD**

**POLÍTICA NACIONAL DE SALUD
Y LINEAMIENTOS ESTRATÉGICOS
2016 - 2025**

**Excelentísimo Juan Carlos Varela
PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA DE PANAMÁ**



POLÍTICA DE SALUD DE LA REPÚBLICA DE PANAMÁ, 2016 - 2025

Su Excelencia Francisco Javier Terrientes
MINISTRO DE SALUD



POLÍTICA DE SALUD DE LA REPÚBLICA DE PANAMÁ, 2016 - 2025

**Su Excelencia Miguel Mayo
VICEMINISTRO DE SALUD**



POLÍTICA DE SALUD DE LA REPÚBLICA DE PANAMÁ, 2016 - 2025

Honorable Eric Ulloa
SECRETARIO GENERAL DE SALUD



POLÍTICA DE SALUD DE LA REPÚBLICA DE PANAMÁ, 2016 - 2025

NIVEL ASESOR

Lcdo. Jaime Paolo
Director de la Oficina de Asesoría Legal

Lcda. Liliana Vargas
Directora de la Oficina de Comunicación Social

Lcda. Natasha Dormoi
Directora de la Oficina de Asuntos Internacionales
y Cooperación Técnica

Dra. Ingrid González
Directora de la Oficina de Salud Integral
para la Población con Discapacidad

Lcdo. Daniel Cedeño
Director de la Oficina de Organización
y Desarrollo Institucional

NIVEL FISCALIZADOR
Lcdo. Javier Berrio
Director de la Oficina de Auditoría Interna

MINISTERIO DE SALUD DE PANAMÁ

NIVEL AUXILIAR DE APOYO

Lcdo. Roberto Biendicho
Director de Administración

Lcdo. Raúl Lasso
Subdirector de Administración

Lcdo. Gaudencio Rodríguez
Director de Finanzas

Lcdo. Rodolfo Pérez
Subdirector de Finanzas

Lcda. Ilse Santos
Directora de Recursos Humanos

Dra. Dayara Martínez
Subdirectora de Recursos Humanos

Arq. Gladys Tejada de Isturaín
Directora de Infraestructura de Salud

Ing. José Sánchez
Subdirector de Infraestructura de Salud

Ing. Félix Stanziola
Director de la Oficina de Informática

Ing. Jorge Contreras
Subdirector de la Oficina de Informática

NIVEL OPERATIVO EJECUTIVO

Dra. Itza Barahona de Mosca
Directora General de Salud Pública

Dra. Felicia Touloch
Subdirectora General de Salud de la Población

Ing. Edgardo Villalobos
Subdirector General de Salud Ambiental

Dra. Omaira Tejada
Directora de Promoción de la Salud

Lcda. Aldacira de Bradshaw
Subdirectora de Promoción de la Salud

Dra. Walkiria Wilson
Directora de Provisión de Servicios de Salud

Dra. Itzel Smith
Subdirectora de Provisión de Servicios de Salud

Lcda. Jenny Vergara
Directora de Farmacias y Drogas

Dra. Eida Velarde
Directora de Asuntos Sanitarios Indígenas

NIVEL OPERATIVO HOSPITALES NACIONALES

Dr. Paúl Gallardo
Director Médico del Hospital del Niño

Dr. Angel Cedeño
Director Médico del Hospital Santo Tomás

Dr. Aníbal Villarreal Cruz
Director Médico del Instituto Oncológico Nacional

CENTROS ESPECIALIZADOS
Dra. Eldia Lasso
Directora Médica del Instituto Nacional de Salud Mental

Dr. Marcos Salazar
Director Médico del Instituto Nacional de Medicina Física y Rehabilitación

NIVEL TÉCNICO

Dra. Reina Roa Rodríguez
Directora de Planificación de Salud

Dra. Iritzel Santamaría
Subdirectora de Planificación de Salud

Ing. Julio César Castillo
Director del Subsector de Agua Potable y Alcantarillado Sanitario



HOSPITALES REGIONALES Y RURALES

BOCAS DEL TORO

Dr. José Quintero

Director Médico del Hospital de Bocas del Toro – Isla

COCLÉ

Dr. Roberto Gómez

Director Médico del Hospital Aquilino Tejeira

CHIRIQUÍ

Dr. Geobaldo Guerra

Director Médico del Hospital José D. Obaldía

Dra. Jenny Sitton

Directora Médica del Hospital General del Oriente Chiricano Pablo Ruíz

DARIÉN

Dr. Eusebio Villarreal

Director Médico del Hospital San José de La Palma

Dr. Rolando Rojas

Director Médico del Hospital Dr. Manuel Nieto de Yaviza

Dr. Luis Moreno

Director Médico del Hospital El Real

GUNA YALA

Dra. Maydel Martínez

Directora Médica del Hospital Manuel Iglesias de Ailigandí

Dr. John Smith

Director Médico del Hospital Rural Inabagiña de Mulatupu

HERRERA

Dra. Nazareth Vásquez

Directora Médica del Hospital Cecilio A. Castillero

Dr. Manuel Campos

Director Médico del Hospital Sergio Núñez de Ocú

LOS SANTOS

Dra. Leyla Sánchez

Directora Médica del Hospital Joaquín Pablo Franco Sayas

Dr. Ronald Cortés

Director Médico del Hospital Luis H. Moreno de Macaracas

Dra. Yamileth Mariñas

Directora Médica del Hospital Rural de Tonosí

Dr. Ariosto Hernández

Director Médico del Hospital Regional Anita Moreno

PANAMÁ OESTE

Dr. Secudino Sugasti

Director Médico del Hospital Nicolás A. Solano

VERAGUAS

Dr. Rafael Andrade

Director Médico del Hospital Dr. Luis “Chicho” Fábrega

Dr. Aris Mojica

Director Médico del Hospital San Francisco Javier de Cañazas

SAN MIGUELITO

Dr. Rafael De Gracia

Director Médico del Hospital San Miguel Arcángel

SISTEMAS REGIONALES DE SALUD

BOCAS DEL TORO

Director: Dr. Daryl Padmore

COCLÉ

Directora: Dra. Ana María Martín
Subdirectora: Dra. Iralkeida Garcés

COLÓN

Directora: Dra. Mayra Návalo
Subdirectora: Dra. Frida Quintero

CHIRIQUÍ

Director: Dr. Agustín Saldaña
Subdirectora: Dra. Anayansi Díaz

DARIÉN

Directora: Dra. Panamá Pérez
Subdirector: Dr. Félix Romero

GUNA YALA

Director: Dr. Luis De Urriola
Subdirectora: Dra. Noraida González

HERRERA

Director: Dr. Alcibiades Domínguez
Subdirectora: Dra. Ana De León

LOS SANTOS

Directora: Dra. Nahir Cedeño
Subdirector: Dr. Luis De Pascuales

NGÂBE BUGLÉ

Directora: Dra. Liliana Santamaría

PANAMÁ ESTE

Director: Dr. Aníbal Araúz
Subdirectora: Dra. Gilany Bernardo

PANAMÁ OESTE

Director: Dr. Joaquín Chang
Subdirectora: Dra. Dilma Vega

PANAMÁ METROPOLITANA

Director: Dr. Aurelio Rangel
Subdirector: Dr. Torick Arce

PANAMÁ NORTE

Directora: Dra. Ilusca Moscoso
Subdirectora: Dra. Norma De Gracia

SAN MIGUELITO

Director: Dr. Juan Biebarach

VERAGUAS

Director: Dr. Germán Solís
Subdirector: Dr. Héctor Torres

EQUIPO TÉCNICO CONDUCTOR DEL PROCESO

SOPORTE TÉCNICO Y LOGÍSTICO

Dra. Reina Roa R.
Directora de Planificación

Dra. Iritzel Santamaría
Subdirectora de Planificación

FACILITADORES Y MODERADORES

Dirección de Planificación
Departamento de Análisis de Situación y Tendencias de Salud

Dra. Norma Astudillo
Dra. Yelkis Gill
Dra. Cristina Gómez
Dra. Jamileth Cortés
Lcdo. Bernardino Lozano
Lcda. Indira Credidio

Departamento de Planificación de Salud Ambiental

Dra. Melva Cruz
Dra. Fulvia Bajura

Departamento de Planificación de Salud Poblacional

Dra. Fania de Roach
Dra. Daira Ibañez

Departamento de Formulación y Evaluación de Presupuesto y Proyectos de Inversión

Dra. Luzmery Lasso
Dr. Oscar González

Departamento de Registros Médicos y Estadísticas de Salud

Lcda. Fanny Castañeda
Lcda. Lesbia Mójica
Lcda. Guillermina Mc Cleary
Lcdo. Eduardo Návalo

Dirección General de Salud

Dr. Ramón Taylor
Lcda. Genevieve Epailly
Dra. Ilka Tejada

Dirección de Provisión de Servicios de Salud

Dra. Egipcia Lezcano
Lcdo. Felipe Castillo
Lcda. Ermila Osorio
Lcda. Odalis Sinisterra

Dirección de Promoción de la Salud

Lcdo. Jorge Ruiz

Dirección de Recursos Humanos

Dra. Vielka de Oviedo

Dirección de Asesoría Legal

Lcda. Virginia Muñoz

Planificadores Regionales

Lcdo. Alex Aparicio - Coclé
Dra. Geni Hooker - Colón
Dr. Ramón Ramón - Chiriquí
Dr. Pablo Osorio - Herrera
Dr. Gilberto Vaz - Los Santos
Dra. Norma De Gracia - Panamá Norte
Dr. Oscar Muñoz - Panamá Oeste

Coordinadores Regionales de Promoción de la Salud

Región Metropolitana de Salud

Dra. Ana Mata

Región de Salud de Colón

Lcdo. Vicente Meneses
Lcdo. Lino Ayarza

Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud

Lcdo. Raúl Sotomayor
Lcda. Beatriz Gómez

Caja de Seguro Social

Dra. Lizbeth de Benítez

Dirección de Planificación

Lcdo. Alvis Ruiloba y equipo
Lcdo. Joaquín Franco
Licdo. Manuel Rodríguez
Sr. Lupercio Eric Barrios
Lcda. Nadris Chiquidama
Sra. Lucila de Obando
Sra. Migdalia Macías
Sra. Damaris Haskins
Sra. Marisol Villamonte

Dirección de Informática

Ing. Alejandro Barsallo
Lcdo. Robinson Moreno

Oficina de Comunicación Social

Técnico Manuel Quiel

Unidad de Gestión de Salud para la Administración y Finanzas (UGSAF)

Equipo Administrativo

COLABORADORES INTERNACIONALES Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud (OPS-OMS)

Dr. Federico Hernández. Representante de OPS/OMS Panamá

Dra. Hilda Leal. Asesora de Sistemas y Servicios de Salud

Dr. Carlos Rosales
Asesor Regional de Sistemas y Servicios de Salud

Secretaría Ejecutiva del Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica y República Dominicana (SE COMISCA)

Dr. Julio Valdés
Secretario Ejecutivo

Ing. Cristian Rodríguez
Coordinador de Tecnologías de la Información



ÍNDICE

Mensaje del Excelentísimo Francisco Javier Terrientes – Ministro de Salud

| | |
|--|----|
| I. Introducción | 25 |
| II. Visión y Misión | 29 |
| III. Principios y Valores | 30 |
| IV. Lineamientos Orientadores Nacionales | 33 |
| 1. Constitución Política de la República de Panamá | 33 |
| 2. Decreto Gabinete N° 1 del 15 de enero de 1969 | 37 |
| 3. Plan de Gobierno, Alianza del Pueblo Primero 2014 – 2019 | 37 |
| 4. Plan Estratégico de Gobierno “Un Solo País” 2015 – 2019 | 43 |
| 5. Análisis de Situación de Salud | 49 |
| 1. Datos generales e históricos de la República de Panamá | 49 |
| 2. Complejidad de la red | 50 |
| 3. Distribución de la población | 51 |
| 4. Caracterización de la población panameña | 52 |
| 5. Envejecimiento de la población en Panamá 1950 - 2050 | 56 |
| 6. Crecimiento natural de la población | 57 |
| 7. La Fecundidad | 58 |
| 8. La Natalidad | 59 |
| 9. La Mortalidad | 60 |
| 10. Entorno económico y social | 64 |
| 10.1. Aspectos económicos y financieros | 64 |
| 10.2. Índice de desarrollo humano | 65 |
| 10.3. Producto Interno Bruto (PIB) | 66 |
| 10.4. Inflación | 67 |
| 10.5. Desempleo | 67 |
| 10.6. Deuda pública en Panamá | 68 |
| 10.7. Niveles de pobreza en Panamá | 69 |
| 10.8. La Educación en Panamá | 72 |
| 10.9. La Deserción escolar | 73 |
| 10.10. Desigualdades en educación | 74 |
| 10.11. Programas de protección social | 76 |
| 11. Factores protectores y de riesgo a la Salud de la población panameña | 77 |
| 11.1. Acceso y uso del agua potable en Panamá | 77 |
| 11.2. Aguas residuales | 78 |
| 11.3. El proyecto de saneamiento de la bahía de Panamá | 79 |
| 11.4. Reciclaje, reutilización y recuperación | 79 |
| 11.5. Fenómeno del niño | 79 |
| 11.6. Consumo de tabaco en Panamá | 80 |
| 11.6.1. Encuestas de base poblacional en adultos | 80 |
| 11.6.2. Encuestas de base escolar en jóvenes de 13 a 15 años | 80 |
| 11.6.3. Mortalidad asociada al consumo de tabaco | 81 |
| 11.6.4. Estudio de exposición al humo del tabaco (HTA) | 81 |
| 11.6.5. Contexto económico de la actividad comercial del tabaco | 82 |
| 11.6.6. Retos y proyecciones en control de tabaco | 82 |
| 11.7. Nutrición y salud | 83 |
| 11.8. Conductas y prácticas sexuales | 83 |

| | |
|---|-----|
| 11.9. Violencia | 84 |
| 11.10. Situación de los servicios de salud | 85 |
| 11.10.1. Monitoreo del ion flúor en el agua de consumo humano | 86 |
| 12. La morbilidad y mortalidad | 86 |
| 12.1. La mortalidad por grupo de edad y sexo | 86 |
| 13. La mortalidad por espacios geográficos poblacionales | 90 |
| 13.1. La mortalidad en general | 90 |
| 13.2. La mortalidad infantil | 91 |
| 13.3. La mortalidad materna | 93 |
| 14. Perfil epidemiológico en la República de Panamá | 94 |
| 14.1. Las enfermedades crónicas | 94 |
| 14.1.1. Las enfermedades del sistema circulatorio | 94 |
| 14.1.2. Los tumores malignos | 95 |
| 14.1.3. Las causas externas | 97 |
| 14.1.4. Enfermedades transmisibles | 100 |
| a. Enfermedades prevenibles por vacunas | 100 |
| b. Enfermedades transmitidas por alimentos (ETA) | 101 |
| c. Otras enfermedades transmisibles | 102 |
| d. Enfermedades transmitidas por vectores | 105 |
| e. Salud Mental | 108 |
| 15. Modelo de atención y la salud integral a la población | 109 |
| 16. Gestión de recursos humanos en salud en la República de Panamá | 110 |
| Prioridades, conclusiones y recomendaciones, según Fotografías | 113 |
| 1. Fotografía 1. Contexto normativo y proyecciones de desarrollo económico | 113 |
| 2. Fotografía 2. Demanda y necesidades de los servicios | 115 |
| 3. Fotografía 3. Caracterización de la oferta | 116 |
| 4. Fotografía 4. Satisfacción del usuario | 118 |
| 5. Fotografía 5. Red social | 119 |
| 6. Fotografía 6. Proyecciones de la red | 119 |
| 7. Fotografía 7. Caracterización del sistema regional y proyecciones | 121 |
| 8. Fotografía 8. Instrumentos de gestión | 122 |
| 9. Fotografía 9. Financiamientos autogestión, fuentes de financiamiento | 124 |
| 10. Fotografía 10. Proyectos de inversión | 125 |
| 6. Evaluación de las funciones esenciales de Salud Pública | 126 |
| 1. Generalidades | 126 |
| 2. Metodología | 128 |
| 3. Resultados de la evaluación de las funciones esenciales de Salud Pública | 129 |
| 3.1. Resultados de la primera evaluación, junio 2001 | 129 |
| 3.2. Resultados de la segunda evaluación, septiembre 2014 | 130 |
| 7. Evaluación de la Política Nacional de Salud 2010 – 2015 | 139 |
| 1. Política Nacional de Salud 2010 – 2015 | 139 |
| 2. Metodología de la evaluación | 142 |
| 3. Resultados de la evaluación de la Política de Salud 2010 – 2015 | 143 |

| | |
|--|-----|
| 8. Síntesis del perfil del sistema de salud de Panamá | 146 |
| 9. Hoja de Ruta y Plan de acción para la implementación de la estrategia de acceso universal a la salud y cobertura universal | 151 |
| 1. Objetivos de la estrategia | 151 |
| 2. Líneas de acción de la estrategia | 152 |
| 10. Informe de los objetivos de desarrollo del milenio (ODM) | 156 |
| 1. Desafíos | 156 |
| 11. Mejora y fortalecimiento del sistema de salud integral en el marco de una Política de Estado | 161 |
| 1. Mesa del Diálogo por la Salud, para la transformación del sistema de salud de Panamá | 161 |
| 2. Ejes temáticos acordados y trabajados | 161 |
| 3. Principales consensos logrados resumidos en 8 prioridades | 161 |
| 4. El modelo económico financiero del sistema público de salud | 164 |
| 5. Seguridad y salud | 166 |
| 5.1. Integración regional en salud | 166 |
| V. Lineamientos Orientadores Internacionales | 169 |
| Acuerdos, convenios y otros instrumentos de cooperación internacional orientados al desarrollo nacional de la salud dentro de la Política Nacional de Salud 2016 - 2025 | 169 |
| VI. Metodología para la formulación de la Política Nacional de Salud y Lineamientos Estratégicos 2016 – 2025 | 177 |
| 1. Etapa de consulta nacional | 179 |
| 2. Política de salud y lineamientos estratégicos 2016 – 2025 | 180 |
| 2.1. Las dimensiones de rectoría | 180 |
| 2.2. Responsabilidades exclusivas del MINSAL | 180 |
| 2.2.1. Regulación | 180 |
| 2.2.2. Conducción | 180 |
| 2.2.3. Funciones esenciales de salud pública | 181 |
| 2.3. Responsabilidades compartidas | 181 |
| 2.3.1. Modulación del financiamiento | 181 |
| 2.3.2. Vigilancia del aseguramiento | 182 |
| 3. Ejes de la Política de Salud 2016 – 2025 | 183 |
| 4. Lineamientos Políticos y su distribución por ejes | 184 |
| VII. Estructura de la Política de Salud 2016 – 2025 | 186 |



MENSAJE DE SU EXCELENCIA FRANCISCO JAVIER TERRIENTES MINISTRO DE SALUD

La salud es un derecho de todos y cada uno de los habitantes, hoy por hoy los esfuerzos realizados por el Ministerio de Salud son y seguirán siendo encaminados a garantizar este derecho, toda vez que en la producción social de la salud intervienen un amplio conjunto de actores sociales, dada la pluralidad y complejidad de los determinantes de la salud que impactan el curso de vida.

Es por ello, que nuestro compromiso con esta Política de Salud es lograr la participación de todos en la gestión de la salud individual, familiar, comunitaria y ambiental con un enfoque centrado en la humanización, calidad, eficacia y eficiencia.

Las intervenciones en salud deben ser encaminadas a mejorar el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud con la finalidad de disminuir las brechas y las desigualdades, considerando las necesidades, prioridades y atendiendo en forma transversal el tema de la interculturalidad y las particularidades de género.

La comprensión para las dimensiones de Rectoría y en el ejercicio del rol de Autoridad Sanitaria se definió como estrategia, la formulación de La Política Nacional de Salud 2016 – 2025, la realización de una amplia consulta multisectorial que permitió el establecimiento de los Lineamientos de Política, sus Objetivos Estratégicos y Líneas de Acción, para orientar las acciones de salud con visión de Estado durante el próximo decenio.

El bien último que orienta el accionar del Ministerio de Salud es mejorar la condición de salud de todos y cada uno de los panameños y residentes en nuestro país, cumpliendo con el mandato Constitucional de promover, proteger, conservar, restituir y rehabilitar la salud, a fin de contribuir al bienestar y a la calidad de vida; como de avanzar en el logro de un **“Sistema de salud humano, con equidad y calidad, un derecho de todos”**.

Francisco Javier Terrientes

Ministro de Salud



I. INTRODUCCIÓN

Las Políticas de Salud expresan la visión para el desarrollo de la salud pública panameña y se constituyen en el eje orientador del Estado cuya finalidad es cumplir el mandato Constitucional de promover la salud, así como proteger, conservar, restituir y rehabilitar las condiciones de salud de la población y del ambiente, enfocando el quehacer cotidiano de la Sociedad Panameña en la intervención sostenida sobre los determinantes de la salud.

La salud es un derecho de todos y de cada uno de los habitantes, que como proceso social complejo y multifactorial requiere de la participación de todos los actores trabajando en forma conjunta para conservar su propia salud, la de su familia, la comunidad y del ambiente en que vive, contribuyendo así a alcanzar el bienestar y la calidad de vida de las personas.

En este marco, el Ministerio de Salud tiene la responsabilidad, como autoridad sanitaria, de conducir planes, programas, proyectos, procesos y realizar alianzas estratégicas, orientadas a lograr objetivos, metas e indicadores de salud que el país se propone, de cara a afrontar los retos que impone la transición demográfica y tecnológica, así como la polarización epidemiológica que afectan a la población, impactando con mayor fuerza en los grupos más vulnerables del país.

De igual forma, corresponde como mandato exclusivo para el Ministerio de Salud asumir el ejercicio de la función Rectora, entre las que destacan las dimensiones de regulación, conducción y las funciones esenciales de salud pública, todas ellas orientadas a la búsqueda de la equidad, calidad, solidaridad, eficiencia y eficacia de un Sistema de Salud humano, como derecho de todos, centrado en las personas y donde la práctica de acciones de salud privilegien la atención de las necesidades para lograr el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud. La institución rectora de la salud comparte el ejercicio de las otras tres dimensiones de Rectoría: vigilancia del aseguramiento, armonización de la provisión de servicios y modulación del financiamiento.

A través del tiempo, el Ministerio de Salud ha establecido Políticas centradas en la institución más que en tener políticas de salud con una visión sectorial o de Estado. Durante la gestión de gobierno para el periodo 2014 – 2019, se ha considerado trascender hacia una formulación de Políticas de Salud con carácter de Estado, que vayan más allá de un periodo de gobierno, pues las necesidades de salud y el ejercicio de intervenciones estratégicas y sostenibles, para lograr transformaciones en las condiciones de salud de la población, del ambiente y de los determinantes de salud superan a una administración de gobierno. Con esta perspectiva y con una amplia participación intersectorial y de la sociedad panameña, hemos realizado el ejercicio de formulación de La Política Nacional de Salud 2016 – 2025.

Este documento, recoge La Política de Salud cuya formulación se apoya en los avances logrados en el campo de la salud pública en el país y en las enseñanzas extraídas de períodos de planificación anteriores, para orientar las intervenciones, abordar los desafíos existentes y los riesgos que como sociedad se proyectan; las cuales servirán como eje orientador para la priorización de esfuerzos continuos para seguir avanzando en hacer posible el Derecho a la Salud con equidad y calidad para todos los habitantes de Panamá, incorporando los principios de rendición de cuentas, transparencia, eficacia y eficiencia de acuerdo con la gestión basada en resultados.

La formulación de La Política y el Plan Nacional de Salud 2016 - 2025, es un proceso que se ha caracterizado por:

- **Liderazgo del Ministerio de Salud:** que ha conducido el proceso con alto compromiso y responsabilidad de las autoridades al más alto nivel como de los funcionarios de todas las dependencias de las Direcciones Nacionales y Regionales.
- **Amplia Consulta Multisectorial:** estableciendo a través de este mecanismo la definición de las prioridades nacionales sectoriales, la inclusión de actores clave en la realización de consultas de expertos multisectoriales para el estudio y análisis de la información nacional e internacional de salud y de los determinantes de salud, que permitieron orientar la definición de la Política, los objetivos estratégicos y las líneas estratégicas de acción. La inclusión de los actores clave constituyó la base y el éxito de la formulación de la Política Nacional de Salud 2016 – 2025.

Esta experiencia permitió consenso en la formulación de la Política, establecer alianzas, acordar apoyo amplio, maximizar el carácter complementario y las sinergias como socios en el alcance de la Política Nacional de Salud 2016 – 2025.

- **Orientación centrada en la persona, la familia, la comunidad, el ambiente y el abordaje de los determinantes de la salud:** La aplicación de los valores del derecho a la salud, la equidad, la universalidad en el acceso y la cobertura, la solidaridad y justicia social primaron en la formulación de la Política Nacional de Salud 2016 – 2025.
- **Cumplir con los Marcos de Orientación Estratégica:** La Política Nacional de Salud 2016 – 2025 desarrolla sinergias tanto con el Plan de Gobierno 2014 – 2019 “Alianza El Pueblo Primero”, como con el Plan Estratégico de Gobierno 2015 – 2019.

“Un Solo País”, considerando los mandatos que en materia de salud dictan, como las contribuciones que desde salud se realizan para que el conjunto del Estado panameño los alcance.

- **Sincronización Normativa:** El ciclo de la formulación de la Política Nacional de Salud 2016 – 2025 se enmarca en el **Decreto de Gabinete N° 1 de 15 de Enero de 1969 y en el Decreto Ejecutivo N°1302 del 22 de noviembre de 2011**, que establece los tiempos, normas legales consideradas para el proceso desarrollado.
- **La Apropiación con los Compromisos Internacionales:** Panamá es signatario de importantes acuerdos globales, regionales y subregionales que fueron considerados cada uno de ellos, para su alineamiento y armonización con la Política Nacional de Salud 2016 – 2025, entre ellos destacamos:
 - Los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS)
 - El cumplimiento del Reglamento Sanitario Internacional;
 - La aplicación del Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para el Control del Tabaco del cual Panamá es un país líder;
 - Consonancia con las metas a nivel de impacto a escala mundial establecidas en el Duodécimo Programa General de Trabajo de la OMS 2014-2019 y abordando las metas específicas para la Región de la América, en el Plan Estratégico de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) 2014-2019.

- Aplicación de la Estrategia de Acceso Universal en Salud y Cobertura Universal de Salud suscrita en el 53° Consejo Directivo de la OPS en el 2014.
- La Agenda de Salud para las Américas 2008 - 2017.
- La Agenda de Salud de Centro América y República Dominicana.
- La Política Regional de Salud del Sistema de Integración Centroamericana 2015-2022, aprobada en la 44° Reunión Ordinaria de Jefes de Estado y de Gobierno del Sistema de Integración Centroamericana, en diciembre de 2014.
- Los acuerdos de cooperación técnica entre países y fronterizos: México, Costa Rica, Colombia, Venezuela, Argentina y Chile.
- Acuerdos de cooperación crediticia con el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y con el Banco Mundial (BM).
- Otros acuerdos de cooperación técnica – financiera internacional.

El documento que recoge la Política Nacional de Salud ha sido estructurado en 15 capítulos el primero de los cuales contiene la introducción, seguido de la explicación metodológica que sirvió de base para la formulación de esta Política Nacional de Salud; así mismo un tercer capítulo hace un resumen breve de los diferentes insumos utilizados para la definición de necesidades y prioridades de salud, los objetivos estratégicos y líneas de acción que acompañan cada uno de los lineamientos de la Política.

La Política Nacional de Salud se ha estructurado considerando las 6 dimensiones de Rectoría y se han organizado en 3 ejes a saber:

EJE 1. Protegiendo a la población y al ambiente regulando y conduciendo al Sistema de Salud en el cual se han integrado 5 lineamientos de política:

- **Política 1:** Regular todas las acciones relacionadas con la salud integral de la población y del ambiente, mediante la formulación, sistematización, modificación y vigilancia del cumplimiento de los instrumentos jurídicos sanitarios en el ámbito nacional.
- **Política 2:** Ejercer el liderazgo en salud a nivel nacional
- **Política 6:** Fortalecer la formación, el desarrollo de capacidades y competencias del recurso humano en salud, de acuerdo a las necesidades cambiantes del Sistema de Salud y al Modelo de Atención.
- **Política 7:** Fortalecer el Sistema Nacional de Investigación e Innovación para la Salud.
- **Política 8:** Modular y vigilar los recursos financieros sectoriales en salud hacia la equidad.

Eje 2: Mejorando la Calidad y el Acceso de la Población a los Servicios de Salud, que incluye 3 lineamientos de Política.

eficiencia y calidad.

- **Política 5:** Vigilar y controlar los factores determinantes de la salud para la reducción de riesgos, amenazas y daños a la salud pública.
- **Política 9:** Modernizar la red de servicios de salud a nivel nacional.

Eje 3: Promoviendo la Salud con participación social que esta formado por un lineamiento de política.

- **Política 4:** Garantizar la promoción de la salud mediante la educación, el mercadeo social y la participación social, incorporando los derechos humanos, el enfoque de género e interculturalidad.

Se visualiza que es imperativa la formulación y ejecución participativa del Plan Nacional de Salud, instrumento que viabilizará la implementación de la Política Nacional de Salud y aportará los elementos para la construcción de los planes operativos institucionales orientados al logro de los objetivos estratégicos y líneas de acción contenidas en la Política Nacional de Salud.

También es fundamental dar continuidad a este proceso con el monitoreo y evaluación colectivo de la Política Nacional de Salud con la finalidad de poder redireccionar, en los casos requeridos, los planes, programas y proyectos, para un mejor control de los determinantes de salud y así avanzar con participación hacia la mejora de la condición de salud de la población panameña y los residentes en el país, con humanismo, equidad, eficiencia y calidad.

Un último reto plantea lograr que la Política Nacional de Salud, sea aprobada en la Asamblea Nacional de Diputados y se convierta en Ley de la República de Panamá constituyéndose en una Política de Estado de aplicación y fiel cumplimiento.

II. VISIÓN Y MISIÓN

Visión

Sistema de Salud humano, con equidad y calidad, un derecho de todos para alcanzar un nivel óptimo de salud a lo largo del curso de vida, con participación social y comunitaria.

Misión

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.



III. Principios y Valores

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.

- 1. Universalidad:** El Estado reconoce el derecho de todas las personas que se encuentren en el territorio nacional, de acceder a servicios de salud de calidad, en función de sus necesidades.
- 2. Equidad:** Busca satisfacer las necesidades de salud al mayor número posible de personas, con énfasis en las poblaciones vulnerables, manteniendo el equilibrio entre la disponibilidad de recursos y las necesidades de salud.
- 3. Eficacia:** Es la correcta interacción entre los recursos humanos, infraestructura física, tecnología y gestión, que revela la capacidad de lograr los objetivos y metas programadas en condiciones ideales atendiendo a criterios de lugar, tiempo, calidad y cantidad, con el propósito de mejorar constantemente y de manera integral la salud.
- 4. Eficiencia:** Es la relación entre recursos y resultados. Se refiere a la capacidad administrativa de producir el máximo de resultados con el mínimo de recursos.
- 5. Cooperación:** Utilización óptima y coordinada de los recursos al alcance de las organizaciones debidamente constituidas y reconocidas, en el ámbito público o privado, para prestar servicios de salud, como de aquellas otras que por sus características y funciones impacten en la prevención, control o eliminación de los factores condicionantes y determinantes de la salud del individuo, la familia, la comunidad y el ambiente.
- 6. Integralidad:** Abordaje de la salud atendiendo sus factores determinantes y condicionantes, potenciando los factores protectores y limitando los factores de riesgo en todas las fases del desarrollo del individuo, la familia, la comunidad y el ambiente, considerando las diferencias de género, edad y las interculturalidades.
- 7. Efectividad:** Aplicar acciones de salud costo-efectivas en el marco de la promoción, prevención, conservación, restitución, rehabilitación de la salud y cuidados paliativos, para satisfacer de manera oportuna las demandas planteadas por la comunidad reflejando la capacidad de respuesta a las exigencias de la sociedad.
- 8. Calidad de la Atención:** Es la aplicación de normas y protocolos de atención que conllevan a la prestación de servicios de salud en forma segura, así como la humanización de la atención de manera que maximicen sus beneficios para la salud, sin aumentar en forma proporcional sus riesgos.
- 9. Humanización en Salud:** Es la preocupación por el hombre/mujer y la dignidad del ser humano, en términos de respeto por los valores propios de la humanidad, lo que deriva en una actitud humanista de tratar a las personas con dignidad y respeto, a modelos de relación y de asistencia centrados en la persona y al tratamiento del ser humano en su conjunto, de una forma integral.
- 10. No Discriminación:** Todas las instalaciones de salud pública y privada están obligadas a prestar los servicios de salud sin discriminación por razón de etnia, nacimiento, discapacidad, clase social, género, religión o ideas políticas.

11. Participación: Por medio de la cual la ciudadanía interviene de manera organizada en la toma de decisiones de salud, como también en el ejercicio de sus derechos y responsabilidades asociadas a la misma.

12. Solidaridad: Es la forma en el que los miembros de la sociedad trabajan conjuntamente para definir y conseguir el bien común y asumen mancomunadamente los costos de salud.

13. Interculturalidad: Es el fomento de la relación horizontal y un diálogo de saberes en el marco del mutuo respeto entre los diversos conocimientos y prácticas existentes, fomenta el enriquecimiento y desarrollo de los sistemas y saberes orientándolos al logro de la plenitud y armonía de los pueblos.

14. Sostenibilidad: Se refiere a la capacidad técnica y financiera del sistema de salud que garanticen un conjunto de prestaciones de atención y de salud pública definido con base en estudios demográficos y epidemiológicos, el análisis de la situación de salud, los avances científicos y tecnológicos.

15. Transparencia: Es un valor aplicado a la conducta humana, que permite que los demás entiendan claramente el mensaje que les estamos proporcionando y perciban un mensaje que exprese lo que realmente deseamos o sentimos. Ser transparente es ser claro, evidente, no expresarse con ambigüedad que permita la interpretación.

16. Rendición de Cuentas: Es la obligación de una persona, de una entidad o de cuerpos colegiados de presentar ciertos informes respecto a movimientos económicos o financieros, así como de informar y explicar las acciones realizadas de manera transparente y clara comunicando los resultados de sus acciones ante la sociedad.

Figura N°1. Principios y Valores



IV. Lineamientos Orientadores

a. Nacionales

1. Constitución Política de la República de Panamá

La Carta Magna es un instrumento legal clave para llevar adelante la planificación estratégica del Estado panameño, por lo que la Política Nacional de Salud 2016 - 2025 ha sido formulada considerando sus lineamientos orientadores. En el Capítulo 6 de la Constitución Política de la República de Panamá sobre **SALUD, SEGURIDAD SOCIAL Y ASISTENCIA SOCIAL**, constituido por 9 artículos (109 a 117) se recoge la visión del Estado panameño sobre el derecho a la salud y a la seguridad social.

Como aspectos esenciales se destacan en los artículos siguientes:

- Derecho de la población a la promoción, protección, conservación, restitución y rehabilitación de la salud.
- Obligatoriedad de la población de conservar su salud física, mental y social.
- El Estado es responsable de desarrollar las políticas de alimentación y nutrición; de medicamentos, de población y de vivienda.
- Educación sobre deberes y derechos individuales de salud de las personas y al ambiente.
- Atención integral de la madre, del niño y del adolescente.
- Combate a las enfermedades transmisibles.
- Servicios de salud integrales y suministro de medicamentos.
- Gratuidad de los servicios de salud a la población que carece de recursos económicos.
- Regulación y vigilancia de las condiciones de salud y seguridad en el trabajo.
- Derecho a la seguridad de sus medios económicos de subsistencia en caso de incapacidad para trabajar u obtener trabajo retribuido.
- El Estado podrá crear fondos complementarios con el aporte y participación de los trabajadores de las empresas públicas y privadas.
- Integración orgánica y funcional de los sectores gubernamentales de salud.
- Derecho y deber de las comunidades de participar en la planificación, ejecución y evaluación de los distintos programas de salud.

Estos artículos a la letra dicen:

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

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

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

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

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

ARTICULO 113. Todo individuo tiene derecho a la seguridad de sus medios económicos de subsistencia en caso de incapacidad para trabajar u obtener trabajo retribuido. Los servicios de seguridad social serán prestados o administrados por entidades autónomas y cubrirán los casos de enfermedad, maternidad, invalidez, subsidios de familia, vejez, viudez, orfandad, paro forzoso, accidentes de trabajo, enfermedades profesionales y las demás contingencias que puedan ser objeto de previsión y seguridad sociales. La Ley proveerá la implantación de tales servicios a medida que las necesidades lo exijan.

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

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

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

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

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



2. Decreto de Gabinete N° 1 de 15 de Enero de 1969

Mediante Decreto de Gabinete No. 1 de 1969 se crea el Ministerio de Salud (MINSA) para la ejecución de las acciones de promoción, protección, reparación y rehabilitación de la salud en atención a las disposiciones constitucionales.

En el marco del mandato constitucional tendrá entre sus funciones las siguientes:

- Determinación y conducción de la Política de Salud del país.
- Estudio, formulación y ejecución del Plan Nacional de Salud.
- Supervisión y evaluación de todas las actividades que se realicen en el sector.
- Coordinación de los recursos que se destinan o destinan al cuidado de la salud de las diferentes entidades del Estado incluidas las autónomas y semiautónomas.
- Planificación integrada.
- Establecer, mantener, y estimular relaciones con instituciones afines en plano internacional para el uso de recursos técnicos y financieros para el desarrollo de actividades de salud acordes con acuerdos/convenios suscritos o por concertar.

Este mismo Decreto de Gabinete establece las Regiones de Salud como entes ejecutivos operacionales con la responsabilidad de ejecutar los programas y obtener el máximo de rendimiento de los recursos.

La creación del MINSA responde a la necesidad de:

- La necesidad de racionalizar la utilización de los recursos públicos y privados que se destinan a las actividades de promoción, protección, reparación y rehabilitación de la salud en el país.
- Incrementar su rendimiento por medio de la planificación e integración de los programas.
- Coordinación operacional sectorial conjunta en etapas progresivas para la eliminación de costos excesivos
- Evitar la duplicidad y la fragmentación institucional.

Así mismo, se indica que los organismos e instituciones autónomas y semi autónomas que cumplen funciones de salud, coordinarán su política e integrarán las actividades con arreglo a los programas y planes nacionales de desarrollo.

También se establece que la política del Gobierno se trabajará con sectores representativos de la comunidad para la consecución de los siguientes propósitos: mejoramiento en calidad y extensión de las prestaciones; así como la promoción y motivación de posibles fuentes de recursos para los fines de bien público.

3. Plan de Gobierno de la Alianza El Pueblo Primero 2014-2019.

Las prioridades del “Plan de Gobierno de la Alianza El Pueblo Primero” son:

- Dotar a todo el país de acceso al agua potable, baños higiénicos, servicios básicos de recolección de basura y tratamiento de aguas residuales.
- Hacer los barrios seguros, creando “Más Oportunidades” para los jóvenes en riesgo y sacando a los delincuentes de la calle con “Mano Firme”.
- Reducir el alto costo de la vida, acabando con la especulación en el precio de los alimentos, creando verdaderos incentivos para nuestros productores nacionales y creando mercados permanentes de alimentos para fomentar la competencia.

- Garantizar el acceso de todos a una educación bilingüe de primer mundo y fortalecer la educación vocacional a fin de preparar las futuras generaciones para los retos de nuestra economía.
- Asegurar el derecho a la salud a través de la medicina preventiva y el acceso a un sistema de salud eficiente con buena atención médica, tratamientos y medicinas de la mejor calidad.
- Poner en marcha el Plan “Cero tolerancia con la corrupción y el clientelismo político”.
- Convocar una Asamblea Constituyente Paralela para fortalecer la democracia y propiciar el desarrollo nacional.

En este Plan de Gobierno se propone un sistema de salud público accesible y eficiente, considerando las siguientes prioridades en salud:

- Mejoraremos y sanaremos la infraestructura de los hospitales y centros de salud de todo el país.
- Crearemos las condiciones laborales necesarias para que los doctores especialistas, profesionales y técnicos de la salud crucen de la práctica privada al sistema de salud pública.
- Haremos el primer censo nacional de salud preventiva para que el Estado pueda conocer el estado de salud de la población y brindarles la atención requerida.
- Invertiremos más recursos en medicina preventiva, médicos de cabecera, personal de salud y equipamiento para que todos tengamos acceso a una buena atención médica, tratamientos y medicinas de la mejor calidad.
- Crearemos una oficina de asistencia económica para casos humanitarios de salud, a fin de asegurar que la salud de ningún panameño se deteriore o ponga en peligro su vida por falta de recursos.

Estas prioridades se plasman en este Plan de Gobierno por medio de seis (6) ejes, treinta y cinco (35) objetivos y doscientas diez (210) estrategias, que guiarán la gestión del gobierno.

En el eje 1 Desarrollo Humano y Bienestar “Vida Buena para Todos” se contempla el objetivo 1.3 de salud, al cual se le formularon 13 estrategias. Sin embargo, al analizar los 35 objetivos y las 210 estrategias del Plan de Gobierno, se identificaron 14 objetivos y 36 estrategias vinculadas a diferentes acciones relacionadas con las determinantes de salud, aunque no son competencias exclusivas del sector salud.

Cuadro N°1. ESTRUCTURA BÁSICA DEL PLAN GOBIERNO ALIANZA EL PUEBLO PRIMERO

| Ejes | Objetivos | Estrategias | Objetivos de Salud | Estrategias de Salud |
|--|-----------|-------------|--------------------|----------------------|
| Eje 1: Desarrollo Humano y Bienestar “Vida Buena para Todos”. | 7 | 60 | 5 | 26 |
| Eje 2: Fortalecimiento de la Democracia y del Estado de Derecho: “Renovar la República”. | 7 | 41 | 2 | 2 |
| Eje 3: Desarrollo Económico Sostenible “Económico al Servicio de la Gente”. | 8 | 31 | 2 | 2 |
| Eje 4: Seguridad Ciudadana, Prevención y Barrios Seguros: “Hacia un País sin impunidad”. | 5 | 43 | 1 | 1 |
| Eje 5: Una Política Exterior al Servicio del Desarrollo “Panamá Puente del Mundo”. | 5 | 16 | 2 | 2 |
| Eje 6: Respeto, Defensa y Protección del Medio Ambiente “Medio Ambiente Sano”. | 3 | 19 | 2 | 3 |
| 6 | 35 | 210 | 14 | 36 |

Eje N°1. Desarrollo Humano y Bienestar ; “Vida buena para todos”, se presentaron los 7 objetivos y 26 estrategias.

Cuadro N°2 - Eje N°1.

| N° | Objetivo | Estrategias | 1.2 | Acceso a Servicio Básicos | 1.2.1 Acceso al agua y saneamiento ambiental para todos. |
|-----|---|--|-----|---------------------------|---|
| 1.1 | Atención a los grupos vulnerables y fortalecimiento del Sistema de Protección Social. | 1.1.1. Seguridad Alimentaria y Nutrición | 1.3 | Salud. | 1.3.1. Avanzar hacia el Sistema Nacional Único de Salud Pública. |
| | | 1.1.2. Revisar y fortalecer el programa Red de Oportunidades. | | | 1.3.2. Asegurar el acceso universal a todos los ciudadanos. |
| | | 1.1.3. Mejorar el sistema de pago y acompañamiento al programa 100 a los 70 | | | 1.3.3. Mejorar la atención de Salud Primaria. |
| | | 1.1.4. Garantizar los derechos y la protección de la infancia y de la juventud. | | | 1.3.4. Aumentar el presupuesto de los programas de Salud con atención a la medicina preventiva e incremento de médicos especialistas. |
| | | 1.1.5. Defender los derechos de las mujeres garantizándoles un trato equitativo. | | | 1.3.5. Aumentar el presupuesto de Salud invirtiendo en equipos tecnológicos, especializados modernos. |
| | | 1.1.6. Garantizar la protección de los adultos mayores. | | | 1.3.6. Mejorar la calidad y eficiencia de los servicios de salud pública con programas de medicina preventiva, médicos de cabecera y un mayor número de especialistas a nivel comunitario. |
| | | 1.1.7. Garantizar el respeto a los derechos de las personas con discapacidad. | | | |
| | | 1.1.9. Garantizar los derechos de los afrodescendientes. | | | |
| | | | | | 1.3.7. Revisar y mejorar las condiciones laborales y salariales de los profesionales y técnicos de la salud |
| | | | | | 1.3.8. Incrementar la cobertura y calidad de la atención especializada. |
| | | | | | 1.3.9. Establecer un programa de salud sexual y reproductiva de acceso universal sustentado en principios y valores éticos y morales. |
| | | | | | 1.3.10. Garantizar la atención integral a las mujeres antes y durante el embarazo, el parto y el puerperio, para disminuir los índices de mortalidad materna. |
| | | | | | 1.3.11. Garantizar la atención de personas con trastornos de adicción y de salud mental que requieran servicios adecuados para un tratamiento eficiente y permanente. |
| | 1.3.12. Reducir los porcentajes de prevalencia de retardo en talla de menores de 36 meses por desnutrición crónica. | | | | |
| | 1.3.13. Fortalecer los programas de vacunación infantil y de grupos vulnerables. | | | | |
| | 1.5.8. Garantizar la desparasitación de niños y niñas en las áreas rurales y comarcales; evitar la reinfestación con parásitos promoviendo el uso del calzado adecuado de todos los niños y niñas en las escuelas y fuera de ellas. | | | | |
| | 1.5.9. Establecer una coordinación entre el MINSAL y MEDUCA para la vacunación contra el virus del papiloma humano en niñas de 10 años en adelante, al igual que otras formas de promoción y prevención en salud, en todos los centros educativos del País. | | | | |
| 1.5 | Derecho a una Educación de calidad | | | | 1.5.9. Establecer una coordinación entre el MINSAL y MEDUCA para la vacunación contra el virus del papiloma humano en niñas de 10 años en adelante, al igual que otras formas de promoción y prevención en salud, en todos los centros educativos del País. |
| 1.7 | Derecho a la Recreación y al Deporte | | | | 1.7.4. Crear programas e instalaciones deportivas suficientes, al alcance de todas las escuelas y los corregimientos del país para asegurar que todos los panameños y en especial nuestros jóvenes puedan practicar deportes, convivir sanamente y crecer de forma saludable. |
| | | | | | 1.7.7. Crear programas a cargo de los municipios, dirigidos a los diversos grupos etarios, que hagan énfasis en la práctica de actividades físicas o disciplinas deportivas como actividades que favorecen la salud de la población. |

En el Eje 2 Fortalecimiento de la Democracia y del Estado de Derecho “Renovar la República” se consideraron 7 objetivos, de los cuales 2 objetivos se vinculan a acciones en salud y de las 41 estrategias de este eje, 2 estrategias están vinculadas al ámbito de la salud, como se muestra en el siguiente cuadro:

Cuadro N°3 - Eje N°2.

| N° | Objetivo | Estrategias |
|------|---|--|
| 2.1 | Utilización de Recursos del Estado con transparencia y equidad; fin de la tolerancia a la corrupción y al clientelismo. | 2.1.7 Crear una cultura de transparencia y ética en la gestión del sistema de administración de justicia, mediante el acceso público a la información de acuerdo con la Ley, mediante la incorporación de mecanismos de medición de rendimiento de los funcionarios del sistema. |
| 2.4. | Reforma del Estado | 2.4.5 Elaborar y dar seguimiento de forma participativa a los presupuestos y planes de los gobiernos locales; conformar consejos comunitarios integrados por organizaciones de la sociedad civil (comités, gremios, agrupaciones) establecidos en cada comunidad (distritos o corregimientos) que participen en el seguimiento de las políticas, planes, programas y proyectos gubernamentales. |

En el Eje 3 Desarrollo Económico Sostenible “Economía al Servicio de la Gente” 2 de los 8 objetivos se vinculan a salud y 2 de las 31 estrategias abordan acciones en salud, como se ilustra en el siguiente cuadro:

Cuadro N°4 - Eje 3.

| N° | Objetivo propuesto | Estrategias |
|------|---|---|
| 3.1 | Plan Mejor Costo de Vida | 3.1.1 Controlar la especulación como los excesivos márgenes de ganancia en los alimentos básicos, para garantizar el costo real y justo de la Canasta Básica en particular y de los alimentos en general. |
| 3.6. | Plan de Infraestructura para potenciar el crecimiento | 3.6.2 Construir carreteras, cunetas, alcantarillados y tanques de agua, para las cabeceras de provincias y pueblos del interior, a fin de mejorar el acceso de la población a escuelas, hospitales y otros servicios públicos, así como la cobertura de los programas sociales que ofrece el Estado y las redes de distribución, productos agrícolas y ganaderas del Interior hacia la ciudad reduciendo el costo de la canasta básica. |

En el Eje 4 Seguridad Ciudadana, Prevención y Barrios Seguros: “Hacia un País sin Impunidad” solamente se vinculan a salud un objetivo y una estrategia de los 5 objetivos y las 43 estrategias, respectivamente, agrupadas en este eje:

Cuadro N°5 - Eje 4.

| N° | Objetivo | Estrategias |
|-----|--|--|
| 4.3 | Prevención de la violencia y Participación Ciudadana | 4.3.4. Asegurar el cumplimiento de la ley de Violencia Doméstica y la aplicación inmediata de los mecanismos de protección a las víctimas. |

En el Eje 5 Una Política Exterior al Servicio del Desarrollo “Panamá Puente del Mundo” 2 de los 5 objetivos y 2 de las 16 estrategias, se encuentran vinculadas al ámbito de la salud:

Cuadro N°6 - Eje 5.

| N° | Objetivo | Estrategias |
|------|---|--|
| 5.1 | Optimización de la Proyección Internacional de Panamá | 5.1.4 Revisar nuestra política migratoria, adecuándola a las necesidades laborales, académicas y de seguridad de nuestro país, eliminando la distribución y erradicando la corrupción. |
| 5.4. | Redefinición de la Política Exterior Panameña | 5.4.7 Desarrollar la cooperación técnica y financiera, bilateral y multilateral, con énfasis en la cooperación Sur - Sur. |

Finalmente, de los 3 objetivos y las 19 estrategias del Eje 6 Respeto, Defensa y Protección del Medio Ambiente “Medio Ambiente Sano”, encontramos 2 objetivos y 3 estrategias vinculadas a salud:

Cuadro N°7 - Eje 6.

| N° | Objetivo | Estrategias |
|-----|---|---|
| 6.1 | Reforma integral del Sector Ambiental que garantice la participación ciudadana y la efectividad del sector. | 6.1.8 Desarrollar campañas ciudadanas, con el apoyo de los medios de comunicación para educar a la población sobre la importancia de proteger el ambiente, al igual que sus deberes y obligaciones para asegurar que todos podamos gozar de los derechos del medio ambiente sano, como factor esencial para mejorar nuestra salud y calidad de vida, incorporando mecanismos para la tramitación de quejas. |
| 6.3 | Prevención y mitigación del riesgo de desastres | 6.3.1 desarrollar un plan de evaluación del riesgo y prevención de desastres. 6.3.2 Desarrollar un programa basado en los convenios internacionales y nuevos descubrimientos sobre evaluación del riesgo y prevención de las causas del cambio climático que vaya de la mano del ordenamiento territorial. |

La visión de este Plan de Gobierno es instalar un gobierno honesto y decente que ponga las riquezas naturales del país al servicio de todos los panameños con equidad y transparencia, respaldando al sector privado y a la inversión extranjera, siempre en búsqueda de la mejora de la calidad de vida de todos los panameños.

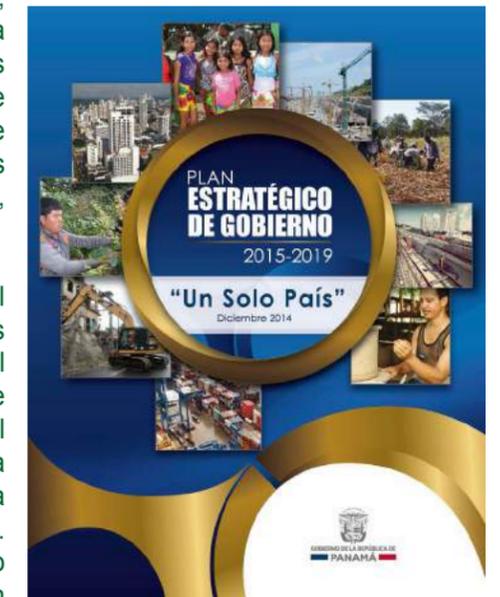
La misión es liderar un gobierno honesto y decente que dé el ejemplo a más de 180 mil funcionarios públicos de su responsabilidad en la atención de más de 4 millones de panameños, a la región y al mundo, para hacer un Panamá mejor y un mundo mejor.



4. PLAN ESTRATÉGICO DE GOBIERNO 2015-2019 “UN SOLO PAÍS”

El Plan Estratégico de Gobierno de Panamá (PEG 2015- 2019) da cumplimiento a la Ley 34 de 2008, sobre Responsabilidad Social Fiscal. Este Plan se formula para orientar y concretar las líneas de las acciones estratégicas de gobierno de la administración del Presidente Varela, en un contexto global que presenta tendencias e indicadores expresivos de cambios en las dinámicas socio-económicas y ambientales dominantes a nivel mundial, regional y a escala local.

FiguraNº2. Plan Estratégico de Gobierno (PEG).



En este Plan de Gobierno se expresa que el éxito del proceso de desarrollo de Panamá durante las últimas décadas se fundamentó en su ubicación geográfica y capital natural, en acuerdos nacionales amplios y sostenidos sobre la gestión significación estratégica del país: el canal interoceánico; y sobre la conveniencia de consolidar una economía abierta, estable, con solidez fiscal, propiciando la iniciativa privada y de la atracción decapitales externos. Sobre estos ejes estratégicos el país asiste a un acelerado proceso de crecimiento que lleva más de una década, con fuerte especialización en la producción y exportación de servicios. La dinámica expansiva se ha concentrado en un limitado espacio de la geografía nacional (7% del territorio), en el que reside una fracción muy importante de los beneficiarios sociales del crecimiento.

Según el PEG 2015-2019, en la actualidad y de cara al futuro, el desafío principal en el proceso de desarrollo de Panamá se concreta en la necesidad de ampliar la visión, concertación y acción estratégica para incorporar a la misma en plenitud la riqueza territorial, natural, humana y empresarial del país en su conjunto. Esta ampliación de la visión y de la acción estratégica es necesaria para crecer más y mejor, con más equidad, equilibrio, sostenibilidad ambiental e integración y cohesión social, étnica, cultural y territorial.

El PEG 2015-2019, no sólo se enmarca en una visión de medio y largo plazo del desarrollo de Panamá en el contexto mundial, sino que ha de contribuir a ‘poner en marcha’ una nueva fase del desarrollo del país, fortaleciendo su economía e incluyendo a todos sus ciudadanos. Por su significación estratégica, el Gobierno impulsa y convoca a la concreción del PEG 2015-2019 como instrumento eficiente para progresar significativamente en el proceso de desarrollo de Panamá y para hacerlo en las condiciones de inclusión social, de integración territorial, de sostenibilidad ambiental y de gobernanza democrática a las que aspira el conjunto de la sociedad panameña.

En palabras del Presidente Varela, el objetivo de su Plan de Gobierno se concreta en poner las riquezas del país al servicio de todos los panameños con equidad y transparencia, respaldando al sector privado y a la inversión extranjera, para mejorar la calidad de vida de todos los panameños y que el Panamá que crece, crezca para todos.

La inclusión social y competitividad, representan los dos ejes principales de actuación del Gobierno en el periodo. Ambos se encuentran íntimamente relacionados, ya que interactúan entre sí en un sistema complejo que tiene como finalidad mejorar equitativamente la vida de todos los habitantes del país. El desafío que se plantea para las políticas públicas es su capacidad para influir eficazmente en esta doble dimensión del desarrollo nacional, alcanzando resultados a corto plazo y contribuyendo a las metas que Panamá pretende alcanzar en las próximas décadas.

La Estrategia Económica y Social 2015-2019, articula intervenciones de política pública y asigna los recursos de la inversión con un enfoque estratégico. Estas intervenciones y decisiones, que dan respuesta a los objetivos y anhelos de la sociedad, han de constituir potentes señales de orientación para el desempeño de los actores institucionales, pero también para los agentes sociales y empresariales.

La estrategia desemboca en 6 ámbitos de actuación:

- Desarrollo Económico
- Inclusión social y calidad de vida
- Refuerzo de las capacidades humanas
- Infraestructura
- Ordenamiento, desarrollo territorial y sostenibilidad ambiental
- Fortalecimiento institucional y gobernanza

Cada uno de los ámbitos de actuación desencadena una serie de líneas de intervención específicas. Se trata de las prioridades que el sector público se dispone a impulsar, como respuesta a los retos que han sido identificados. Todas buscan contribuir a un Panamá más inclusivo y que consolida su proceso de crecimiento económico mejorando la competitividad de los recursos de que dispone.

Para concretar cada una de estas líneas del PEG 2015-2019 se han considerado los instrumentos con los que cuenta el gobierno, delimitando para cada una el tipo de decisiones a adoptar en tres niveles:

- Cambios organizativos y de gestión en el ámbito público
- Reformas del marco legal e institucional
- Asignación de recursos de inversión

Fruto de estas medidas, en cada caso se determinaron los resultados esperados y los indicadores a utilizar para su medición y las metas que se asignan en el periodo de gobierno.

El desarrollo de cada una de ellas se lleva a cabo en los puntos siguientes, según las materias que se muestran en la figura N°3.



Cuadro N°8 -Ámbito de actuación y Líneas de intervención del Plan Estratégicos del Gobierno.

| ÁMBITO DE ACTUACIÓN | LÍNEA DE INTERVENCIÓN |
|---|---|
| DESARROLLO ECONÓMICO Diversificación y productividad de la base económica | <ul style="list-style-type: none"> • Logística • Agricultura • Turismo • Minería |
| DESARROLLO SOCIAL Mejora de la calidad de vida | <ul style="list-style-type: none"> • Agua y Saneamiento • Aseo Urbano • Vivienda • Transporte Urbano • Sanidad |
| DESARROLLO DE LAS PERSONAS Refuerzo de las Capacidades Humanas | <ul style="list-style-type: none"> • Educación Básica • Formación Técnica |
| INFRAESTRUCTURAS Conectividad | <ul style="list-style-type: none"> • Carreteras • Puertos • Aeropuertos • Energía |
| AMBIENTE Territorio y sostenibilidad ambiental | <ul style="list-style-type: none"> • Ordenamiento Territorial • Gestión Ambiental |
| GOBERNABILIDAD Fortalecimiento Institucional y Gobernanza | <ul style="list-style-type: none"> • Sistema de Planificación e Inversión Pública • Presupuesto por programas • Sistema de Control Interno • Servicio civil • Descentralización de la acción pública • Justicia y Seguridad |

Las acciones a impulsar en salud en el Plan Estratégico de Gobierno (PEG) 2015-2019 responden a los siguientes criterios:

En el Corto Plazo:

- Garantizar el acceso universal a la salud, con énfasis en áreas indígenas.
- Mejorar la calidad de la atención, mediante el mejoramiento de infraestructuras de atención primaria existentes y habilitación de los MINSA- CAPSI.
- Reducir la desnutrición crónica de la población menor de 5 años, particularmente de 6 a 24 meses.
- Avanzar a un enfoque de salud preventiva y la consolidación de un Modelo de Atención Primaria en Salud.

A Medio y Largo Plazo:

- Unificar el Sistema Público de Salud.
- Dicha unificación debe hacerse de forma gradual y escalonada (coordinación de políticas; integración gradual; Sistema Unificado).

Las principales acciones y proyectos estratégicos de salud considerados en el PEG 2015-2019 son:

Organización:

- Red nacional de telemedicina.
- Formación contratación de recurso humano especializado (se estima que los nuevos hospitales requieren del orden de 5,000 profesionales).

Institucionales-Normativos:

- Arreglos institucionales para avanzar en la unificación MINSA-CSS.

Inversiones:

Construcción de Infraestructuras de Salud:

- Completar construcción y financiar equipamiento de proyectos contratados llave en mano por el gobierno anterior y nuevas infraestructuras:
- Hospitales de Darién, Veraguas, Los Santos, Colón y Chiriquí.

- Completar construcción de 32 MINSA-CAPSI.
- Pago de la construcción y habilitación de la ciudad hospitalaria.
- Construcción del Hospital General de Panamá Norte.

La Ley 34 del año 2008, de Responsabilidad Social Fiscal (LRSF), establece en su artículo 16 la necesidad de elaborar “un plan de inversiones públicas indicativo a cinco años” (PQI), como parte del Plan Estratégico de Gobierno (PEG), que se debe presentar al inicio de cada administración. Dicha Ley se reglamenta con el Decreto 50 de 2009, que faculta a la Dirección de Programación de Inversiones (DPI) y la Dirección de Presupuesto de la Nación (DIPRENA) del MEF para la elaboración de ambos documentos.

Por otra parte, el Sistema Nacional de Inversiones Públicas (SINIP), fue creado mediante Decreto Ejecutivo 148 de diciembre de 2001, que define “un conjunto de políticas, normas, procesos, metodologías y sistemas de información para la formulación, evaluación, capacitación y seguimiento de los proyectos de inversión del sector público”.

Le confiere a la Dirección de Programación de Inversiones del MEF la coordinación del SINIP y a DIPRENA velar por la asignación presupuestaria conveniente dentro de la elaboración del anteproyecto del presupuesto de inversiones de cada institución pública. Por lo tanto, la labor de la DPI y el SINIP constituyen el principal mecanismo Estatal que reúne y organiza la información sobre las inversiones del sector público.

Conceptualmente, el Plan Quinquenal que se propone está sustentado en la propuesta de Estrategia Económica y Social que contiene el PEG y utiliza las prioridades consignadas en la misma, así como las metas y acciones establecidas para el quinquenio en cada uno de los programas. Además, el Plan de Inversiones está enmarcado en las proyecciones financieras para el periodo 2015 – 2019, que establecen la disponibilidad de gasto de capital para cada ejercicio. Se trata en todo caso de un Plan Indicativo que recoge a inicio del periodo la asignación de fondos de inversión a las instituciones y a los programas prioritarios que establece el gobierno, el cual podrá ser ajustado anualmente, según necesidades y prioridades.

Al analizar la distribución de la inversión pública, según áreas de prioridad del Plan Estratégico de Gobierno, el 58.8% corresponde al ámbito de actuación de desarrollo social, mejora de la calidad de vida, dentro del cual el 8.4% fue asignado a la línea de intervención de salud.

Finalmente, se presenta en el siguiente cuadro el detalle de las metas insignias y los proyectos emblemáticos del Gobierno del Presidente Varela:

**Cuadro N°9. Plan de Inversión Quinquenal Indicativo 2015-2019
Detalle de Metas Insignia y Proyectos Emblemáticos del
Gobierno del Presidente Varela
(en miles de Balboas).**

| | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | TOTAL |
|----------------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-------------|
| Techos de Esperanza | 75,270 | 111,000 | 150,000 | 150,000 | 150,000 | 636,270 |
| Renovación Urbana de Colón | 50,000 | 90,000 | 90,000 | 90,000 | 90,000 | 410,000 |
| Sanidad Básica | 537,236.1 | 545,904.4 | 600,395.0 | 544,500.0 | 691,950.0 | 2,919,985.6 |
| Bono Vivienda | 17,302.1 | 23,875.0 | 24,325.0 | 24,511.5 | 24,447.5 | 114,461.1 |
| Beca Universal | 125,661 | 125,000 | 125,000 | 145,000 | 145,000 | 665,661 |
| Mi Escuela Primero | 86,697 | 150,721.0 | 159,270.9 | 190,756.4 | 230,000 | 817,445.3 |
| Panamá Bilingüe | 25,849.1 | 25,000 | 25,000 | 25,000 | 25,000 | 125,849.1 |
| METRO y Transporte Masivo | 436,342.6 | 557,767.8 | 773,023.8 | 666,681.3 | 600,765.4 | 3,034,581.1 |
| 120 a los 65 | 123,514.5 | 153,514.5 | 153,514.5 | 193,514.5 | 193,514.5 | 817,572.5 |
| Barrios Seguros | 125,898.9 | 142,016.7 | 147,482.7 | 162,375.0 | 167,350 | 745,123.4 |
| Pacto por el Agro | 211,570.6 | 166,340.6 | 164,480.9 | 163,061 | 163,908.9 | 869,362.0 |



Fuente: Plan Estratégico de Gobierno 2015-2019. Ministerio de Economía y Finanzas.



V. ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD

1. Datos generales e históricos de la República de Panamá

La República de Panamá cuenta con una extensión continental e insular territorial de 75,517 km², y cuenta con población de 3, 913, 275 habitantes a 01 de julio 2014. Con una densidad poblacional de 52.8 habitantes por km² ; cuyos extremos oscilan entre 1,76 en el distrito de Sambú y 6,300 hab/km² en San Miguelito, provincia de Panamá. Las provincias con mayor densidad de población son de Panamá, Colón y Chiriquí, en el otro extremo se ubican la de Darién y la Comarca Emberá.

El gobierno es democráticamente elegido mediante sufragio universal y directo cada 5 años con tres poderes u órganos: el ejecutivo, el legislativo y el judicial. El órgano ejecutivo incluye al presidente de la República, el vicepresidente de la República y los ministros de Estado, que conforman el consejo de gabinete; el órgano legislativo es unicameral, la Asamblea Nacional de Panamá, conformada por 71 diputados (a julio de 2014) y su principal función es la expedición de leyes. El órgano judicial está constituido por la corte suprema de justicia, los tribunales y los juzgados que la ley establezca, según la constitución política de la República de Panamá y le corresponde administrar justicia en forma permanente, gratuita y expedita.

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, 648 corregimientos (dos de ellos son comarcales: Kuna de Madugandi y Kuna de Wargandi) y cuatro comarcas indígenas (Guna Yala, Emberá, Guna de Madugandi y Ngöbe-Buglé).

A su vez el sector salud cuenta con 15 Regiones Sanitarias desarrolladas y una en vía de desarrollo (Arraiján).

La Constitución Política de Panamá de 1972, reformada en 2004, que en su Título III - establece los Derechos y deberes individuales y sociales y en el Capítulo 6, la Salud, Seguridad Social y Asistencia Social. Artículos 105, 106, 107, 108,109, 110, 111 y 112.

Código Sanitario de la República de Panamá. Ley N° 66 de 10 de noviembre de 1947, el cual regula en su totalidad los asuntos relacionados con la salubridad e higiene pública, la política sanitaria y la medicina preventiva y curativa.

Decreto de Gabinete N°1 del 15 de enero de 1969: Por el cual se crea el Ministerio de Salud, se determina su estructura y funciones.

(Gaceta Oficial N° 16.292 de 4 de febrero de 1969). Decreto N° 75 del 27 de febrero de 1969: Por medio del cual se establece el Estatuto Orgánico del Ministerio de Salud (Gaceta Oficial N° 16.437 del 2 de septiembre de 1969).

Proyectos y programas desarrollados por el Ministerio de Salud a nivel nacional.

- Proyecto del Sistema Nacional de Sangre
- Proyecto de Saneamiento de la Bahía de Panamá
- Proyecto de la mejora de la Equidad y del Desempeño en la Salud
- Proyecto de Telemedicina
- Programa de VIH/SIDA
- Programa Nacional de Salud
- Programa Nacional de Salud Ambiental
- Programa Multifase de Salud
- Programa de Salud Rural
- Programa de Protección Social
- Programa de Nutrición
- Programa de Salud Sexual y Reproductiva
- Programa de la Niñez y Adolescencia
- Programa de Salud del Adulto Mayor
- Programa de Salud Bucal
- Programa de Control de la Tuberculosis
- Programa de Salud Ocupacional
- Programa de Salud Penitenciaria
- Programa del Mejoramiento de la Equidad y Fortalecimiento

2. Complejidad de la Red

Actualmente la República de Panamá cuenta con una cartera de servicios de cerca de 915 instalaciones públicas, de las cuales 835 pertenecen al Ministerio de Salud y 80 a la Caja de Seguro Social. Cerca de 212 instalaciones de primer nivel de atención, poseen al menos, un equipo básico de salud, el cual además de brindar atención intramuros, se encarga por medio de equipos de respuesta rápida de las acciones de vigilancia epidemiológica y de desastres del área.

Cuadro N°10

| Tipo de Instalación | Ubicación / Dependencia | Recurso Humano | Cartera de Servicio |
|----------------------------------|--|--|--|
| Puesto de Salud | Áreas rurales de difícil acceso/ Centro de Salud | Ayudante o Asistente Salud Atendido Periódicamente, equipo básico de Salud del centro de Salud responsable o por el equipo de salud itinerante. | Promoción de la Salud, Prevención de la Salud, Primeros Auxilios |
| Sub Centro de Salud | Áreas de difícil acceso/ Centro de Salud | 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. | Promoción de la Salud, Prevención de la Salud, Primeros Auxilios, Atención Médica y enfermería programada a la Población (controles de Salud y Atención de Morbilidad). |
| Centro de Promoción de la Salud | Áreas de la comunidad/ Centro de Salud | Participa el equipo de salud | Organización comunitaria, Participación Social, Educación y comunicación para la Salud. |
| Centros de Salud Básico | Áreas de la comunidad/ Centro de Salud | Médico, odontólogos, enfermeras, auxiliares, técnicas de Enfermería, farmacéuticos, Inspector de Saneamiento Ambiental y Vectores | Promoción de la Salud, Prevención de la Salud, Diagnóstico y tratamiento de problemas de Salud, Saneamiento básico y ambiental. |
| Centro de Salud con Especialidad | | Médico, Odontólogos, Enfermera, Auxiliar, Técnico de Enfermería, Pediatras, Especialistas de Medicina Interna, Gineco-obstetricia, Salud Mental, Psicólogo Farmacéutico, Trabajador Social, Laboratoristas, e inspectores de Saneamiento Ambiental y Vectores | Promoción de la Salud, Prevención de la Salud, Diagnóstico y tratamiento de problemas de salud por Medicina General y Especialistas. Servicios de apoyo al diagnóstico y tratamiento, como laboratorio, radiografías, farmacias y otros. Saneamiento básico y Ambiental. |
| Centro de Salud con Cama | | Médico, Odontólogos, Enfermera, Auxiliar, Técnico de Enfermería, Pediatras, Especialistas de Medicina Interna, Gineco-obstetricia, Salud Mental, Psicólogo Farmacéutico, Trabajador Social, Laboratoristas, e inspectores de Saneamiento Ambiental y Vectores | Promoción de la Salud, Prevención de la Salud, Diagnóstico y tratamiento de problemas de salud, Apoyo al diagnóstico y tratamiento (laboratorio, farmacia, radiografías y otros). Saneamiento básico y ambiental. Atención de parto normal. |
| Policentro de Salud | | Médico, Odontólogos, Enfermera, Auxiliar, Técnico de Enfermería, Pediatras, Especialistas de Medicina Interna, Gineco-obstetricia, Salud Mental, Psicólogo Farmacéutico, Trabajador Social, Laboratoristas, e inspectores de Saneamiento Ambiental y Vectores | Promoción de la Salud, Prevención de la Salud, Diagnóstico y tratamiento de problemas, Cirugía ambulatoria, Urgencias, Apoyo al diagnóstico y tratamiento (laboratorio, farmacia, imagenología, radiografías y otros). Saneamiento básico y Ambiental. |
| Hospital de Área | áreas rurales, elejida de la cabecera de provincia | Médicos generales, Enfermeras y/o técnicas de enfermería, estudiantes de enfermería, farmacéuticos, laboratorista y otros técnicos. | Atención ambulatoria, Promoción de la Salud, Prevención de la Salud, Diagnóstico y tratamiento de Problemas de la Salud, Urgencias las 24 Horas, Apoyo al diagnóstico y tratamiento (farmacia, laboratorio, radiografías y otras). Hospitalización, Salud ambulatoria. |
| Hospitales Regionales | | Médico especialistas y subespecialistas según perfil epidemiológico, enfermeras, técnicas de enfermería y/o auxiliares de enfermería, laboratorista, farmacéutico, radiólogo, nutricionista, psicólogo, trabajador social y técnica de apoyo al sistema de atención. | 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. |

Cuadro N°11

República de Panamá - Instalaciones de Salud MINSA - CSS Por Denominación y Según Región de Salud - Año 2012 - 2013

| Región de Salud | Total del País | | | Hospital | | | Caja de Seguro Social | | | MINSA CAPSI | | | Centros de Salud | | | Sub Centros de Salud | | | | Puesto de Salud | | | | | |
|-----------------|----------------|-------|-----|----------|-------|-----|-----------------------|-------------|-------|-------------|-------------|------------|---------------------|--------------------|-------------------------|----------------------|----------|-------------|-------|-----------------|-------------|----------------|-------|----------|-------------|
| | TOTAL | MINSA | CSS | TOTAL | MINSA | CSS | Patronato | Policlínica | CAPPS | ULPAS | MINSA CAPSI | Policentro | Centro de Promoción | Centro ReinTEGRADO | Instituto Especializado | TOTAL | Funciona | No Funciona | TOTAL | Funciona | No Funciona | Solo por Girar | TOTAL | Funciona | No Funciona |
| TOTAL GENERAL | 915 | 835 | 80 | 39 | 19 | 16 | 4 | 26 | 23 | 15 | 1 | 6 | 8 | 4 | 2 | 186 | 186 | 0 | 119 | 113 | 6 | 8 | 486 | 399 | 87 |
| Bocas del Toro | 43 | 38 | 5 | 4 | 1 | 3 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 12 | 12 | 0 | 3 | 3 | 0 | 0 | 22 | 18 | 4 |
| Coclé | 90 | 85 | 5 | 2 | 1 | 1 | 0 | 3 | 0 | 1 | 0 | 0 | 3 | 0 | 0 | 18 | 18 | 0 | 8 | 7 | 1 | 0 | 55 | 53 | 2 |
| Colón | 73 | 68 | 5 | 1 | 0 | 1 | 0 | 3 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 12 | 12 | 0 | 13 | 13 | 0 | 0 | 41 | 38 | 3 |
| Chiriquí | 122 | 104 | 18 | 3 | 0 | 2 | 1 | 4 | 9 | 3 | 0 | 2 | 0 | 1 | 0 | 31 | 31 | 0 | 22 | 22 | 0 | 0 | 47 | 27 | 20 |
| Darién | 62 | 62 | 0 | 3 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 6 | 6 | 0 | 8 | 8 | 0 | 0 | 45 | 41 | 4 |
| Herrera | 45 | 39 | 6 | 3 | 2 | 1 | 0 | 1 | 4 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 15 | 15 | 0 | 20 | 19 | 1 | 8 | 0 | 0 | 0 |
| Los Santos | 42 | 37 | 5 | 4 | 4 | 0 | 0 | 2 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 12 | 12 | 0 | 21 | 19 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Panamá Este | 64 | 62 | 2 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 10 | 10 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 51 | 29 | 22 |
| Panamá Oeste | 78 | 69 | 9 | 1 | 1 | 0 | 0 | 3 | 2 | 4 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 11 | 11 | 0 | 11 | 9 | 2 | 0 | 45 | 39 | 6 |
| Panamá Metro | 45 | 30 | 15 | 9 | 1 | 5 | 3 | 5 | 3 | 2 | 1 | 2 | 2 | 0 | 2 | 16 | 16 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 2 | 0 | 2 |
| San Miguelito | 20 | 14 | 6 | 2 | 1 | 1 | 0 | 2 | 1 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 9 | 9 | 0 | 4 | 4 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Veraguas | 93 | 89 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 18 | 18 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 67 | 65 | 2 |
| Kuna Yala | 20 | 20 | 0 | 2 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 6 | 6 | 0 | 6 | 6 | 0 | 0 | 6 | 6 | 0 |
| Ngabe Bugle | 118 | 118 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 10 | 10 | 0 | 2 | 2 | 0 | 0 | 105 | 83 | 22 |

Nota: 1/ Incluye Instalaciones de Salud que no están funcionando

Fuente Institucional: Dirección de Planificación - Departamento Registros y Estadísticas de Salud. Enero 2013.

3. Distribución de la población

La mayor parte de la población panameña (aproximadamente el 75%) 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.

En otro aspecto, el fenómeno de la migración rural - urbano ha traído como consecuencia un notable desbalance entre el área metropolitana y el resto del país, que como resultado ha originado problemas ambientales relacionados con el crecimiento desordenado de la ciudad de Panamá.

El proceso de destrucción al ambiente lo vemos muy marcado en estos últimos años debido a construcción de complejos residenciales e industriales, mismo que han alterado al ambiente perjudicando las áreas boscosas que son desbastadas para darle camino a la urbe citadina.

Las cuencas hidrográficas se han visto afectadas, debido a la contaminación progresiva de sus fuentes de agua (arroyos y ríos); el incremento de la frecuencia e intensidad de los deslizamientos de tierras e inundaciones; la presión urbana que generan, Las Cumbres, Cerro Azul y Sabanitas que son causa de que las áreas de deforestación, cada vez sean mayores, afectándose por ello las subcuencas de Gatún y Alajuela y otros sectores. La actividad ganadera es causa del 57% de la deforestación; la sedimentación y la erosión, entre otros actores; los desechos sólidos son contaminantes potenciales del agua dentro de la cuenca, así como los lixiviados que se filtran por los suelos de los rellenos sanitarios ubicados dentro.

4. Caracterización de la población panameña

Como dato puntual de referencia vemos que según el censo de población del año 2000 el porcentaje de población que vivía en áreas urbanas representaba el 62%, para el censo de año 2010, este porcentaje de población urbana representó un 59.4%, mostrando una disminución de 4.2%. La Contraloría General estimó para el 2014, que la población urbana alcanzó un 64%, aumentando 2 y 4 % en referencia al 2000 y 2010.

La población panameña se estimó, hasta el 1 de julio de 2014 en 3, 913,275 habitantes, con una relación hombre mujer de 1:1. En zonas urbanas se concentra el 63.8.0% de la misma y el 36.2.0% restante lo hace en las zonas rurales.

El 30.1% de la población panameña es menor de 15 años, el 63.9% de 15 a 64 años y el 6% de 65 y más, sin embargo esta estructura de población por edad encuentra diferencias entre las provincias y comarcas del país, predominando una estructura de base ancha en las regiones de salud de Bocas del Toro y Darién, como en las comarcas Kuna Yala y Ngobe Bugle; en tanto que en las regiones de Los Santos, Herrera, Metropolitana y San Miguelito se aprecia un estrechamiento de su base.

Los pueblos indígenas constituyen aproximadamente 10% de toda la población (1990: 8,3% y 2000: 10,1%). Según el censo de 2000, la población indígena panameña está representada por 150,772 habitantes, que se corresponde con el 5.1% de la población total; para el 2014 esta población se mantiene en el 5.5%. Están compuestos de varios grupos étnicos claramente definidos: Wargandi, Madugandi, Kuna Yala, Emberá y Wounaan, Ngöbe Bugle, Teribe y Bokota.

Los Ngöbe Bugle representan el 64.5% de la población indígena del país.

La dinámica de la población indica que la población total de la República paso de 859,658 en 1950 a 3, 661,835 habitantes en el 2010, y alcanza según la proyección 5, 625,442 habitantes al 2050.

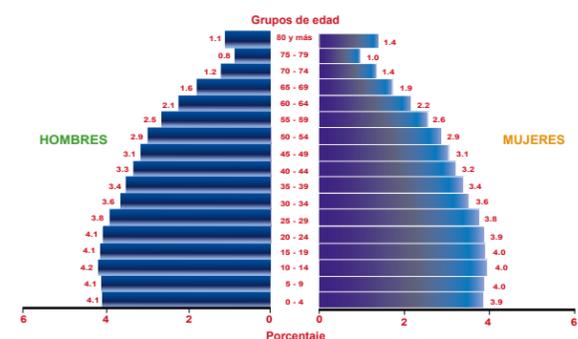
A pesar de que para 2014 un 36.4% de la población tiene menos de 19 años, cifra que se mantiene similar al porcentaje de años anteriores, la estructura por grupos de edad presenta rasgos propios de poblaciones en proceso de envejecimiento, producto de la disminución de la fecundidad y un aumento significativo de la esperanza de vida al nacer.

PIRÁMIDE DE POBLACIÓN DE LA REPÚBLICA POR SEXO Y GRUPOS DE EDAD AÑO: 2009



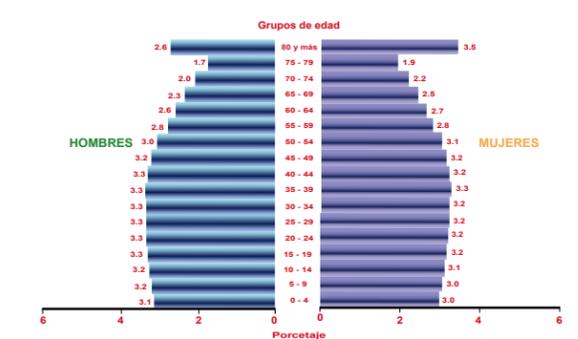
Gráfica N°2

PIRÁMIDE DE POBLACIÓN DE LA REPÚBLICA POR SEXO Y GRUPOS DE EDAD AÑO: 2010



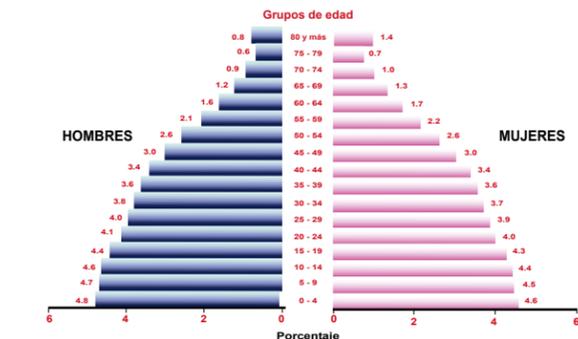
Gráfica N°3

PIRÁMIDE DE POBLACIÓN DE LA REPÚBLICA POR SEXO Y GRUPOS DE EDAD AÑO: 2050



Gráfica N°4

PIRÁMIDE DE POBLACIÓN DE LA REPÚBLICA POR SEXO Y GRUPOS DE EDAD AÑO: 2015



Fuente: Pirámides de Población realizadas por análisis demográficos del MINSA.

Analizando de manera comparativa las pirámides de población de la República de Panamá para los años 2010, 2015, 2025, 2050, es evidente transformación que en los últimos 20 años se experimenta. La población de 25 años presenta una reducción porcentual significativa y población de 25 años y más muestra un incremento considerable.

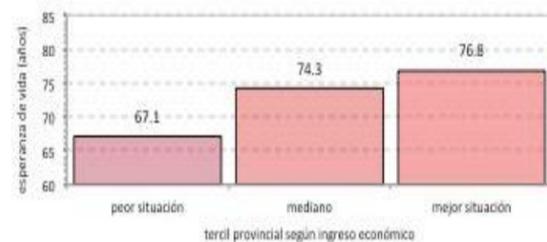
Con el aumento de la esperanza de vida es notorio que la población se encuentra en plena transición de envejecimiento, con la tendencia de invertir la pirámide poblacional.

Cuadro N°12

| Cuadro N° 11. Panamá: desigualdades sociales en la esperanza de vida al nacer | | | | | |
|---|---------------------------------------|-------|-------|-----------|------|
| estratificador de equidad | métrica de desigualdad | año | valor | IC al 95% | |
| | | | | bajo | alto |
| ingreso mediano mensual del hogar (Balboas) | brecha absoluta | 2001 | -9.65 | 9.71 | 9.59 |
| | | 2010 | -8.38 | 8.41 | 8.34 |
| | brecha relativa | 2001 | 0.87 | 0.87 | 0.88 |
| | | 2010 | 0.89 | 0.89 | 0.89 |
| | índice de desigualdad de la pendiente | 2001 | 7.11 | 4.34 | 9.88 |
| | | 2010 | 5.60 | 2.94 | 8.26 |
| índice de concentración | 2001 | -0.50 | 0.82 | 0.19 | |
| | 2010 | -0.55 | 0.87 | 0.23 | |
| nivel promedio poblacional nacional | | 2001 | 75.6 | 73.7 | 77.5 |
| | | 2010 | 76.8 | 75.3 | 78.4 |

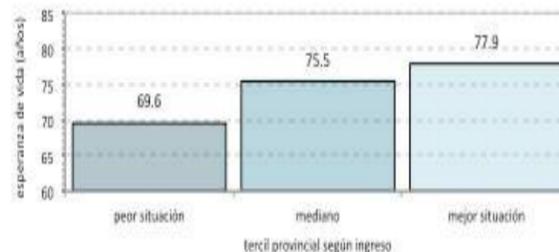
Gráfica N°5

Desigualdad en la Esperanza de Vida al Nacer por tercil provincial de Ingreso económico en el año 2001



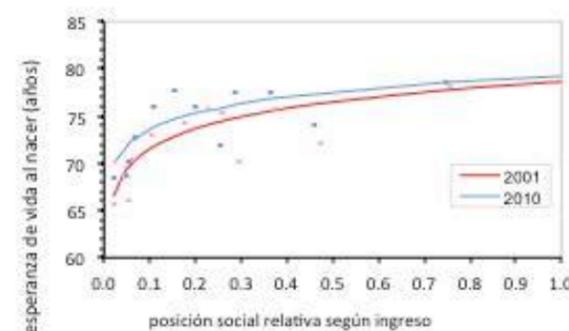
Gráfica N°6

Desigualdad en la Esperanza de Vida al Nacer por tercil provincial de Ingreso económico en el año 2010



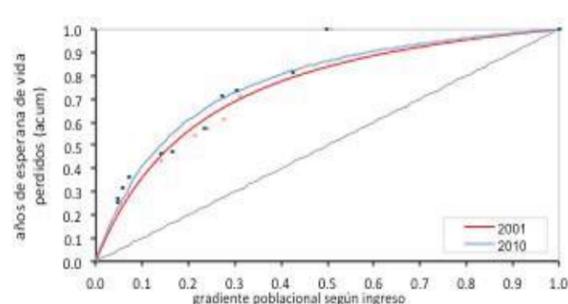
Gráfica N°7

Líneas de regresión de desigualdad en Esperanza de vida al nacer y el ingreso económico en la República de Panamá en los años 2001 y 2010.



Gráfica N°8

Curvas de concentración de desigualdad en Esperanza de vida al nacer y el ingreso económico en la República de Panamá en los años 2001 y 2010.



Analizando la situación de la esperanza de vida según el ingreso económico por provincia en los años 2001 y 2010 podemos decir que a mejor posición social (mayor ingreso), mejor salud (mayor esperanza de vida) y esto es así en ambos periodos (2001 y 2010). **Gráfica N°5.**

La magnitud de la desigualdad en la esperanza de vida en este caso se puede resumir con las llamadas medidas resumen de desigualdad de brecha:

- El índice de Kuznets absoluto: -9.65 (de -9.71 a -9.59) años en 2001 y -8.38 (de -8.41 a -8.34) en 2010.
- Esto quiere decir que el tercil de provincias más pobres de Panamá, en 2001, tenían en promedio 9.65 años de esperanza de vida menos (de ahí el signo negativo) que el tercil de provincias más ricas. De hecho, considerando la incertidumbre (i.e., el intervalo de confianza), esa reducción en la esperanza de vida al nacer entre los del tercil más pobre pudo ser tan baja como 9.59 años menos o tan alta como 9.71 años menos de vida que los del tercil más rico ese año. Esta es la magnitud absoluta de la brecha de desigualdad en la esperanza de vida al nacer atribuible a la desigualdad de ingreso de la provincia.
- Lo que además se constata ahora es que, entre 2001 y 2010, la desigualdad absoluta se redujo en promedio, el índice de Kuznets (absoluto) bajó de -9.65 a -8.38; es decir que, entre 2001 y 2010, la desigualdad se redujo en casi un año y medio de esperanza de vida entre los terciles extremos de ingreso.
- El índice de Kuznets relativo (que es el cociente, razón o división entre esos dos valores extremos). **Gráfica N°6.**

En el análisis de regresión, nos da un panorama mayor, puesto que no se concentra en comparar entre los terciles extremos, sino que toma en cuenta toda la población. En el año 2001, el índice de desigualdad de la pendiente (IDP) fue 7.18 y en 2010 fue 5.60 años.

La magnitud de la desigualdad en la esperanza de vida al nacer a lo largo de la gradiente social definida por el ingreso fue de 7.18 años en el 2001, lo cual refleja la correlación directa entre la posición social y la esperanza de vida, en otras palabras, ese 7.18 es el número de años de esperanza de vida que se gana al pasar del extremo más pobre al extremo más rico de la sociedad panameña (medida por sus provincias) ese año. En 2010, esa cantidad de desigualdad absoluta bajó a 5.6, lo cual denota mejoría, evidenciando que la desigualdad disminuyó casi 2 años de esperanza de vida. **Gráfica N°7.**

Las curvas de concentración de la desigualdad (ICDS) en la esperanza de vida al nacer en las provincias panameñas ordenadas por su ingreso muestran que el ICDS en 2001 fue -0.50 y en el 2010 subió a -55. Esto quiere decir que la desigualdad relativa en la esperanza de vida al nacer según ingreso no se modificó significativamente (a diferencia de la desigualdad absoluta que, como vimos, sí mejoró, o sea se redujo). Esto es lo esperado en sociedades con alto nivel de desigualdad absoluta. La desigualdad relativa no tanto (o nada), básicamente porque la velocidad con la que ocurren mejoras entre los que están socialmente más aventajados (y por tanto tienen mejor salud) es mayor que la velocidad con la que ocurren mejoras entre los que están socialmente más desaventajados (que tienen peor salud), en términos relativos. **Gráfica N°8.**

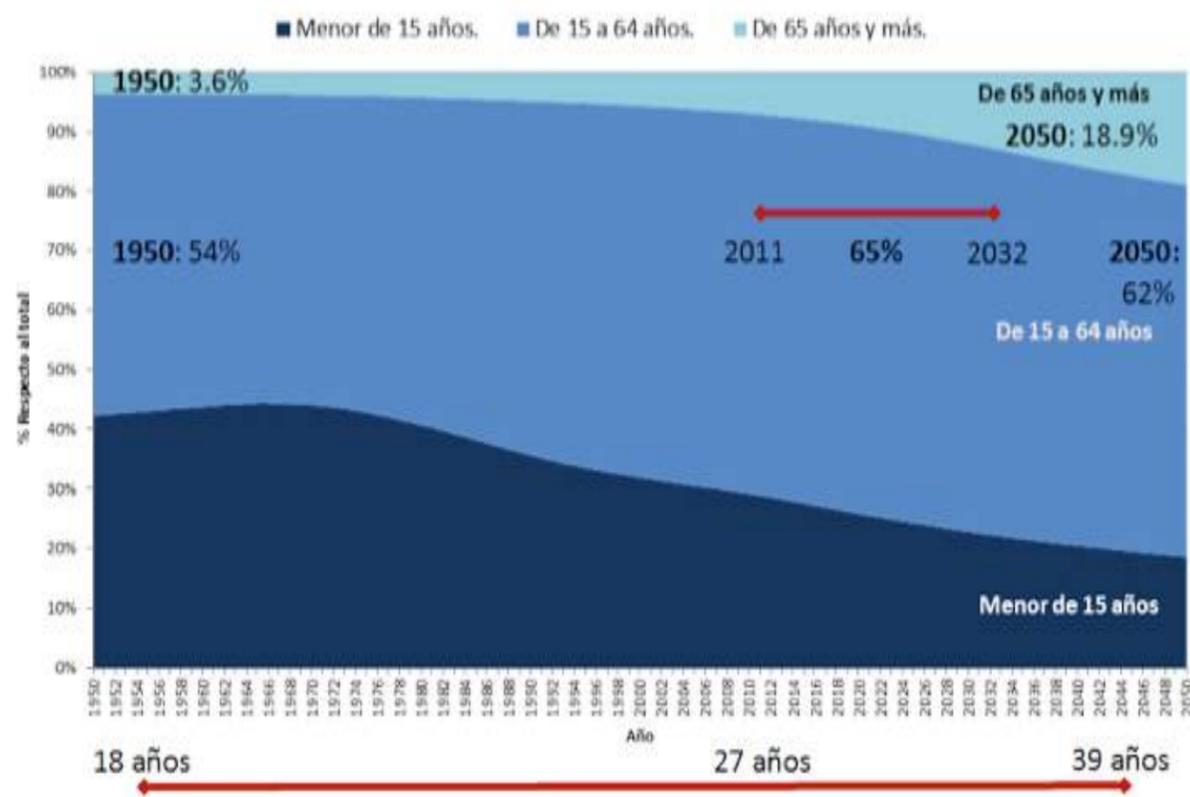
En resumen, el análisis indica que la desigualdad absoluta en la esperanza de vida según gradientes sociales de ingreso entre provincias de Panamá se redujo modestamente entre 2001 y 2010, sin cambios sustantivos en la desigualdad relativa.

La esperanza de vida de los panameños y panameñas subió de 75.6 años en 2001 a 76.8 años en 2010 (poco más de 1 año de vida ganado en el periodo). Siguiendo el esquema de Minujin y Delamónica para analizar el cambio en la situación de salud poblacional simultáneamente por su promedio y su desigualdad, en este caso (el de la esperanza de vida), Panamá queda en el mejor cuadrante: aumenta su promedio nacional y reduce la desigualdad absoluta. Este análisis es válido si asumimos que el cambio en la esperanza de vida por unidad de cambio en la gradiente social es constante. **Cuadro N°12.**

5. Envejecimiento de la población en Panamá: evolución 1950 - 2050.

Uno de los fenómenos ocasionados por los procesos de urbanización, alfabetización y control natal aplicadas en las décadas de los 1960 a 1980 en muchos países del mundo desarrollado y otros en vías de desarrollo es el envejecimiento de la población.

Gráfica N°9. Distribución de la población según grupos de edad ampliados. República de Panamá. Años 1950-2050.



Fuente: Datos del INEC. Contraloría General de la República.

Los datos para el caso de Panamá, permiten vislumbrar que el envejecimiento de la población se ha estado dando de forma paulatina, pero continúa desde la década de 1950 y que para el 2050 (o en 37 años) nuestra población habrá aumentado su edad mediana, pasando de 18 años en 1950 a 27 años en el 2010 y finalmente a 39 años en el 2050.

El porcentaje de población económicamente activa, (ese grupo con capacidad de trabajar y aportar al Sistema de Seguridad Social) habrá aumentado, pasando del 54% de la población en 1950 al 62% cien años después (2050), teniendo un pico de su crecimiento en el período 2011- 2032 en el que el porcentaje de esta población será de un 65%. La población mayor de 65 años pasará durante este lapso de 100 años de ser un 3.6% de la población a quintuplicarse hasta llegar a representar un 19% de la población en el 2050.

Un análisis de la distribución geográfica de la población mayor de 65 años permite establecer que en la actualidad, buena parte de esta población se concentra en la península de Azuero, el sur de la Provincia de Veraguas y el oriente de Chiriquí, consecuencia de procesos de expulsión de la población hacia las zonas urbanas del país y una significativa disminución de las tasas de natalidad.

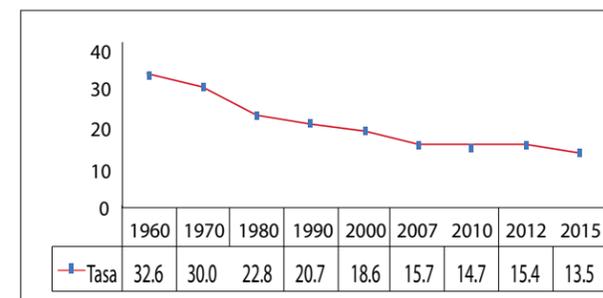
Consecuencias de este proceso de envejecimiento de la población en Panamá se darán una serie de fenómenos, entre los cuales podemos mencionar: Un impacto directo sobre la calidad de vida y salud de la población.

6. Crecimiento natural de la población

La República de Panamá se encuentra en la tercera etapa, es decir de plena transición demográfica, presentando una tasa de crecimiento natural con tendencia a la disminución, como se ve en la gráfica para el año 2010 de 14.7% decreciendo para el 2015 a 13.5%.

Las provincias y comarcas con mayor tasa de crecimiento natural son la Comarca Ngabe Bugle con 26.8, Bocas del Toro con 24.2, y Darién con 17.4, tasas que se asemejan a las de país en la década del 80.

Gráfica 10. Tasa de Crecimiento Natural de la Población en la República de Panamá. Años: 1960 - 70 - 80 - 90 - 2000 - 2007 - 2010 - 2012-2015.



El comportamiento descendente es el que prevalece tanto en el área urbana como en la rural. Se estima que el crecimiento se hará negativo para el área rural en el 2020; en parte como consecuencia de la migración de áreas rurales a áreas urbanas.

Fuente: Departamento de Estadísticas - MINSA año 2015

En términos generales las tasas de crecimiento poblacional en el país continúan descendiendo, durante el periodo 2000-2005 las mismas alcanzó 16.72%, para el periodo 2005-2010 alcanzarán el 14.7% y aunque con muy leve aumento en el año 2015 de 13.5%.

Cabe destacar que la migración entre distritos ha decrecido. En el año 2010, según las cifras del Censo Nacional de Población y Vivienda, la migración bruta fue de 603,132 personas, 5,208 o 0.9% menos que lo que reportó el censo efectuado en el año 2000. Sin embargo, el porcentaje de migrantes recientes (10.3%) fue superior al de otros países de la región, manteniendo la migración interna una intensidad relativamente alta. La situación en el interior del país ha ido evolucionando y experimentando cambios que le han permitido desarrollar actividades económicas que han impulsado la economía en cada distrito. Lo que ha permitido la generación de empleos y buenas perspectivas para las personas residentes en estas áreas. Los casos más sobresalientes fueron los de los distritos de Atalaya, Boquete, Chitré, Las Tablas, Santiago, Pedasí y Pinogana, mostrando las mayores tasas de inmigración por cada 1,000 habitantes.

Según informe del Instituto Nacional de Estadísticas y Censo de la Contraloría General de la Nación, al 1 de julio de 2010 concentró el 50.5% por ciento de la población total del país y para el 2020 se espera que su importancia relativa sea del 52.4% por ciento, manteniendo un crecimiento gradual y sostenido; además reflejará un saldo migratorio neto positivo durante todo el periodo de la proyección, con una tendencia de incremento por lo menos hasta el 2020. Al analizar los saldos netos migratorios se observa que a la provincia de Panamá se le adicionaron entre 6,800 y 10,500 personas anualmente a lo largo de este período (2000-10).

Para el período 2000-20 las provincias de Chiriquí y Veraguas reflejarán un comportamiento de expulsión de población.

El saldo neto migratorio de estas dos provincias es negativo y reflejó los más altos valores del país. Chiriquí presenta anualmente saldos netos migratorios entre los (-1,900) y (-3,300) que afectaron su crecimiento demográfico. Veraguas reflejó saldos netos migratorios anualmente entre los (-1,750) y (-1,900). Hacia el período 2010-20 este comportamiento se mantendrá con una tendencia al aumento de estos saldos negativos.

El saldo migratorio neto internacional para el quinquenio 2000-2005 fue de 8000 personas cada año, en tanto que para el quinquenio 2005-2010 fue de 4000 personas cada año. La proyección de este indicador para el período 1990 a 2015, estimó un reflejo de salida de 2,700 personas cada año. La tasa neta de migración fue de 0.52 y 0.24 por mil personas para los quinquenios 2000-2005 y 2005-2010, respectivamente. La migración interna en el mismo período continuará siendo del área rural hacia el área urbana.

La migración internacional fue importante en aquellas provincias con mayor crecimiento económico y mejor posición para la entrada y salida de población.

Cuadro N°13

INDICADORES DEMOGRÁFICOS DEL PAÍS: AÑO 2015

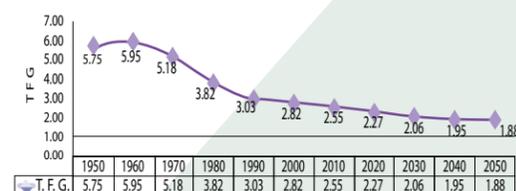
| Indicador | Unidad | 2015 |
|-------------------------------------|-----------------|--------|
| Tasa Global de Fecundidad | Hijos por Mujer | 2.43 |
| Nacimientos vivos registrados | Número | 75,338 |
| Tasa bruta de natalidad registrada | Por 1000 Hab | 18.95 |
| Tasa bruta de mortalidad registrada | Por 1000 Hab | 5.0 |

Fuentes: Datos INEC 2015.

7. La Fecundidad

Tasa global de fecundidad, en la República de Panamá: años 1950-2050.

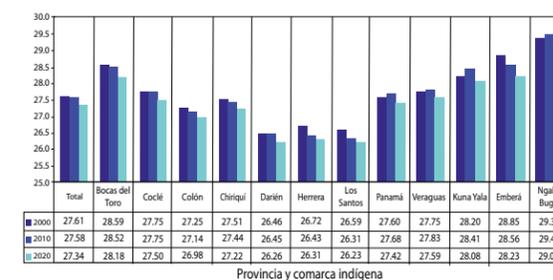
Gráfica N°11



Fuentes: Datos INEC 2015.

Gráfica N°12. Fecundidad por provincia y comarca. República de Panamá.

Año: 2000-2010-2020.



Fuente: Datos del INEC. 2013.

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 Kuna Yala y Emberá de 28 años; y con la edad media de fecundidad más alta de 29 años, la Comarca Ngabe Bugle.

En análisis realizado por la Contraloría General de la República de Panamá en el 2012, la tasa global de fecundidad describe que la tasa global de fecundidad entre provincias y comarca indígenas, es muy variante, lo cual está principalmente relacionado con los determinantes sociales, es decir, a las condiciones socio-económicas y a los patrones culturales, así como a los factores psicológicos y fisiológicos, lo cual se interpreta como el acceso a los servicios de salud, educación, empleo, entre otros y al grado de dotación de las infraestructuras y condiciones que promuevan un entorno que ha contribuido al cambio de hábitos, aspiraciones y actitudes de la población respecto de la procreación, el espaciamiento de los nacimientos y el acceso a métodos de planificación familiar.

A nivel de la República de Panamá la tasa global de fecundidad en el año 2000 fue de 2.8 y se espera que para el año 2030 descienda a 2.1. La Comarca Ngabe Bugle muestra la tasa más alta del país, alcanzando su punto máximo de 7.0 hijos por mujer en el 2000 y se espera que para el 2030 baje a un promedio de 4.2 hijos por mujer. La provincia de Los Santos reflejó la tasa más baja, para el 2000 con un promedio de 2.3 hijos por mujer, muy cercana al nivel de reemplazó, para el 2030 se espera que sea 1.4 hijos por mujer. También, se observa que hay provincias que mantendrán un comportamiento similar en los niveles de sus tasas globales de fecundidad, lo que permite hacer algunas agrupaciones de acuerdo con el promedio de hijos por mujer.

8. La Natalidad

Estuvo situada dentro de la categoría de alta, para los años 70 (1970), hasta los 80 (1980); posterior a estas fechas su connotación reflejó valores moderados hasta el año 2012, la tendencia a la disminución es notoria en los últimos años. Este descenso se hace más evidente al comparar las cifras alcanzadas durante los años 1970 a 2010, que alcanzó un disminución porcentual del 50.1%, es decir, de 37.1 por 1000 habitantes en 1970 y de 18.6 por 1000 habitantes, para el año 2010. La tasa de natalidad por distrito en el año 2012 sobresale en el nivel superior el distrito de Renacimiento de la provincia de Chiriquí con una tasa de 69.7 por

1000 habitantes, seguidos por Besikó y Nole Duima con tasas de 39.3 y 39.1 respectivamente, ambos distritos forman parte de la Comarca Ngabe Bügle.

Por el contrario, las tasas de menor valor pertenecen a los distritos de Balboa, Pocrí y Tonosí. De manera global por provincia, Los Santos y Herrera presentan las menores tasas de Natalidad, lo que se evidencia en sus pirámides de población.

9. La Mortalidad

La tasa de mortalidad general, para 2012 fue de 4.6 muertes por 1,000 habitantes, presentando un ligero aumento en comparación con el 2010, cuya tasa fue de 4.5 muertes por 1,000 habitantes. La tasa de mortalidad para la población masculina fue de 5.3 muertes por 1,000 habitantes y la de la población femenina de 3.8 muertes por 1,000 habitantes. Las cinco primeras causas de muerte en la República fueron, en orden descendente, los Tumores Malignos, accidentes, suicidios, homicidios y otras violencias, las Enfermedades Isquémicas del Corazón, los Enfermedades cerebro vascular, y Diabetes Mellitus. Las Enfermedades Cerebro vasculares, las Enfermedades Isquémicas del Corazón y la Diabetes Mellitus, las cuales representan el 57.6% de todas las muertes ocurridas en el país durante el 2012.

Según las Estadísticas Vitales, con información concerniente a los hechos ocurridos en la República, durante el 2010, la tasa bruta de mortalidad en Panamá es de 4.7 por cada mil habitantes en el 2010, aumentando en 4.4% en relación al año anterior. En términos absolutos, las cifras de este año, registran en el país 16,542 defunciones, que en términos relativos, reflejan un crecimiento de 6.7% más, que en el 2009.

La tasa bruta de mortalidad a nivel provincial indica que la provincia de Los Santos, ostenta el primer lugar en el país, con 6.8 defunciones por cada mil habitantes en el 2010. Le siguen la Comarca Kuna Yala con 6.7 y Herrera con 5.8, mientras que las tasas más bajas se encuentran en la Comarca Emberá y la provincia de Darién. Del total de las defunciones en Panamá, un 7.3 % corresponde a menores de 5 años, de estos, un 5.5 tenían menos de 1 año. Por otro lado, un 3.3% tenían edades entre los 5 a 19 años, con mayor incidencia de hombres que de mujeres, en particular en el grupo de 15 a 19 años. Un 16.9 por ciento de la mortalidad del país, están dentro del rango de 20 a 49 años, con más del 60 por ciento de ocurrencia, en hombres, en ese grupo de edad. Las defunciones en personas de 50 años y más, encierra un 72.2% con un promedio de 58.9% en hombres y 41.1 por ciento en mujeres en ese rango. Con el desarrollo social y económico del país se han logrado importantes cambios en el comportamiento de la mortalidad en Panamá, desde una perspectiva cualitativa y cuantitativa. La tasa de mortalidad registrada en las décadas de los años 30, 50 fue de 28.3 y de 15.2 muertes por 1,000 habitantes respectivamente.

En la década 80 alcanzó cifras de 4.1 muertes por 1,000 habitantes la cual se mantuvo sin variación hasta el 2000 y desde esta década inicia un ascenso, presentando en el 2010 una tasa de 4.5 muertes por 1000 habitantes, en el 2012 la tasa fue de 4.6 muertes por 1,000 habitantes.

Para el 2012, la razón de la tasa de mortalidad en hombres, respecto a las mujeres es de 1.4, siendo para el sexo masculino los accidentes, homicidios y suicidio la primera causa de muerte, mientras que para el sexo femenino lo ocupan los tumores malignos.

La tasa de mortalidad en el sexo masculino se muestra más elevada en todas las principales causas de muerte excepto en la diabetes, donde predominan las defunciones femeninas. Los años perdidos por muerte prematura fueron mayores en el caso de las defunciones a causa de accidentes, suicidios, homicidios y otras violencias y debido a las enfermedades asociadas al VIH.

Cuadro N°14. Principales causas de muerte por sexo. Panamá. Año: 2012

| CAUSA | SEXO | | | | | | razón H/M | INDICE APMP |
|---|-------|------|-----------|------|----------|------|-----------|-------------|
| | TOTAL | | MASCULINO | | FEMENINO | | | |
| | Nº | TASA | Nº | TASA | Nº | TASA | | |
| TOTAL | 17350 | 458 | 10160 | 53.4 | 7190 | 38.2 | 1.4 | |
| Tumores Malignos | 2927 | 77.3 | 1597 | 83.9 | 1330 | 70.6 | 1.2 | 102.2 |
| Enfermedades Isquémicas del Corazón | 1672 | 44.1 | 999 | 52.5 | 673 | 35.7 | 1.5 | 31.6 |
| Accidentes, Suicidios, Homicidios y Otras Violencias | 1896 | 50.1 | 1657 | 87.1 | 239 | 12.7 | 6.9 | 204.5 |
| Enfermedades Cerebrovasculares | 1380 | 36.4 | 760 | 39.9 | 620 | 32.9 | 1.2 | 20.5 |
| Diabetes Mellitus | 1071 | 28.3 | 458 | 24.1 | 613 | 32.5 | 0.7 | 23.9 |
| Otras enfermedades del corazón | 1039 | 27.4 | 566 | 29.7 | 473 | 25.1 | 1.2 | 26.6 |
| Neumonía | 626 | 16.5 | 337 | 17.7 | 239 | 15.3 | 1.2 | 33.8 |
| Enf. Crónicas de Vías Respiratorias Inferiores | 495 | 13.1 | 252 | 13.2 | 243 | 12.9 | 1 | 6.5 |
| Enfermedades por VIH | 478 | 12.6 | 358 | 18.8 | 120 | 6.4 | 3 | 44.4 |
| Ciertas afecciones originadas en el período perinatal | 428 | 11.3 | 264 | 13.9 | 164 | 8.7 | 1.6 | 86.4 |
| Todas las demás Enfermedades | 5338 | 141 | 2912 | 153 | 2426 | 129 | 1.2 | |

APMP: Años Perdidos por Muerte Prematura por 10,000 habitantes (Edad límite: 77 años).

Fuente: Contraloría General de la República. Panamá. Año: 2012. (Tasas por 100000 habitantes).

Cuadro N°15. Tasa de Mortalidad Registrada en la República de Panamá por 1000 hab. Décadas de 1970-2010 y año 2012.

| Año | Tasa | Urbana | Rural |
|------|------|--------|-------|
| 1970 | 40.5 | 29.8 | 48.8 |
| 1980 | 21.7 | 19.4 | 23.9 |
| 1990 | 18.9 | 17.9 | 19.7 |
| 2000 | 16.7 | 15.6 | 17.8 |
| 2010 | 13.4 | 11.2 | 16.9 |
| 2012 | 14.3 | 13.2 | 16.3 |

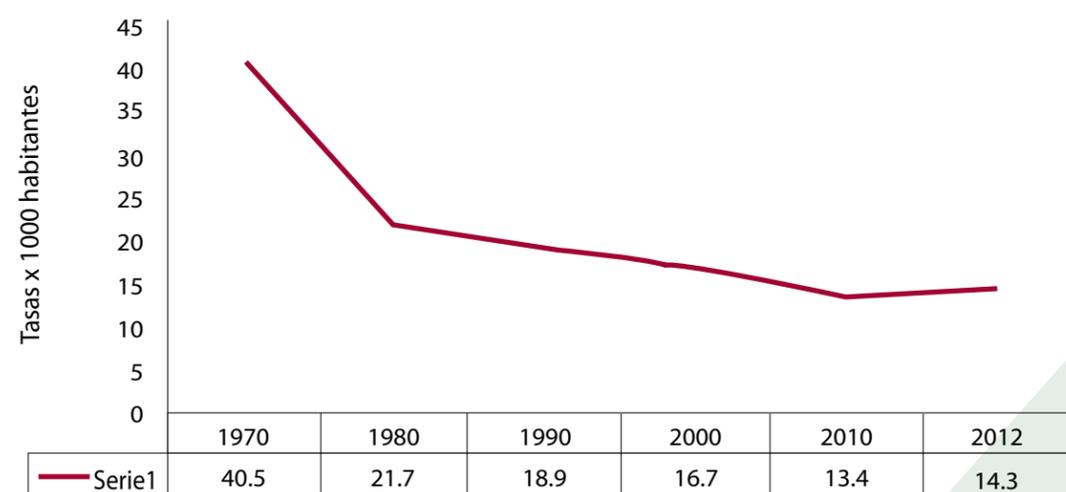
Fuente: Departamento de Registros y Estadísticas de Salud. 2013 - mortalidad x 1000n.v.

Cuadro 16. Mortalidad General e Infantil por Área, Según Provincia y Comarca. República de Panamá. Años: 1970-20100 y 2012.

| Año | Indicador | | | | | | | | | | | | | | |
|--|-----------|--------|-------|----------------|-------|-------|----------|--------|---------|------------|--------|----------|-----------|--------|-------------|
| | Total | Área | | Provincias | | | | | | | | | Comarcas | | |
| | País | Urbana | Rural | Bocas del Toro | Coclé | Colón | Chiriquí | Darién | Herrera | Los Santos | Panamá | Veraguas | Kuna Yala | Emberá | Ngabe Buglé |
| Mortalidad General (2) | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1970 | 7.1 | 5.5 | 8.4 | 9.1 | 8 | 7.6 | 7.6 | 8.3 | 7.7 | 6.6 | 5.8 | 9.2 | - | - | - |
| 1980 | 4.1 | 4.1 | 4 | 4.7 | 4.1 | 4.1 | 4.1 | 1.2 | 3.8 | 4.4 | 3.8 | 4.6 | - | - | - |
| 1990 | 4.1 | 4.1 | 4 | 4.8 | 4.5 | 3.1 | 3.1 | 2.6 | 4.1 | 4.7 | 4 | 3.8 | - | - | - |
| 2000 | 4.1 | - | - | 3.8 | 3.6 | 4 | 4 | 2.4 | 4.6 | 5.5 | 4 | 3.9 | 5.6 | - | - |
| 2010 | 4.5 | 4.1 | 4.4 | 5 | 4.8 | 5.6 | 5.6 | 6.6 | 4.4 | 4.8 | 6.5 | 1.9 | 3.1 | 7 | 7.2 |
| 2020 | 4.6 | 4 | 4.8 | 5.2 | 4.8 | 5.6 | 5.6 | 6.6 | 4.5 | 4.8 | 4.3 | 1.7 | 3 | 6.9 | 9.1 |
| Mortalidad Infantil (x 1000 N.V.) | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1970 | 40.5 | 29.8 | 48.8 | 52 | 44.6 | 44.6 | 44.6 | 63.6 | 39.5 | 30.2 | 33.7 | 47.3 | - | - | - |
| 1980 | 21.7 | 19.4 | 23.9 | 37.3 | 26.3 | 20.5 | 26 | 12.4 | 23.2 | 14.2 | 19.7 | 16.8 | - | - | - |
| 1990 | 18.9 | 17.9 | 19.7 | 33.9 | 20.3 | 25.5 | 17.6 | 17.6 | 10.6 | 9 | 17.1 | 16.5 | 32.6 | - | - |
| 2000 | 16.7 | - | - | 27.2 | 15.5 | 16.8 | 18.6 | 32.4 | 11.5 | 14.7 | 14.9 | 13.1 | 27.3 | - | 19.3 |
| 2010 | 13.4 | 11.2 | 16.9 | 27.7 | 10.4 | 13.6 | 15.4 | 11.6 | 11 | 5.8 | 10.9 | 11.6 | 24.3 | 23.4 | 17.9 |
| 2020 | 14.3 | 13.2 | 16.3 | 23.6 | 14.9 | 11.5 | 17.7 | 28.7 | 14 | 9.5 | 11.9 | 13.4 | 13.4 | 7.4 | |

Fuente: Departamento de Registros y Estadísticas de Salud. 2013.

Gráfica N°13. Tasa de Mortalidad infantil en la República de Panamá 1970-2010 y 2012.



Fuente: Departamento de Registros y Estadísticas de Salud. 2013.

Cuadro N°17. Estructura de las Causas de Muerte En Menores de Un Año. República de Panamá. Años: 1970-2010 y 2012 (tasa por 10,000 nacidos vivos).

| Causas de Muerte | 1970 | | 1980 | | 1990 | | 2000 | | 2010 | | 2012 | |
|--|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| | Nº | Tasa |
| Total | 2156 | 405 | 1144 | 217 | 1133 | 189 | 1081 | 167 | 910 | 134 | 1083 | 144 |
| Enteritis y otras Enf. Diarreicas | 272 | 51 | | | | | 46 | 7.1 | 39 | 5.7 | 34 | 4.5 |
| Tétanos | 150 | 28.1 | | | | | | | | | | |
| Neumonía | 254 | 47.7 | 77 | 14.6 | 42 | 7 | 51 | 7.9 | 104 | 15.3 | 75 | 9.9 |
| Lesiones al Nacer, Partos Distócicos y Otras Afecciones Anóxicas e Hipóxicas del Menor de un año | 218 | 40.9 | 490 | 93.1 | 550 | 91.8 | 463 | 71.4 | 284 | 41.8 | 428 | 56.7 |
| Anomalías Congénitas | 115 | 21.6 | 131 | 24.9 | 201 | 33.6 | 291 | 44.9 | 212 | 31.2 | 304 | 40.3 |
| Bronquitis, Enfisema y Asma | 75 | 14 | 29 | 5.5 | | | | | | | | |
| Sarampión | 38 | 7.1 | | | 15 | 2.5 | | | | | | |
| Influenza | 34 | 6.4 | | | | | | | | | | |
| Infección Intestinal Mal Definida | | | 83 | 15.8 | 60 | 10 | | | | | | |
| Tosferina | | | 33 | 6.2 | | | | | | | | |
| Meningitis | | | 28 | 5.3 | 15 | 2.5 | | | | | | |
| Deficiencias de la Nutrición | | | | | 35 | 5.8 | 54 | 3.3 | | | | |
| Accidentes, Suicidios, Lesiones Autoinfligidas, Agresiones y otras | | | | | | | | | 49 | 7.2 | 25 | 3.3 |
| Demás causas | 1000 | 188 | 273 | 51.9 | 215 | 35.9 | 176 | 27.1 | 222 | 32.7 | 217 | 28.7 |

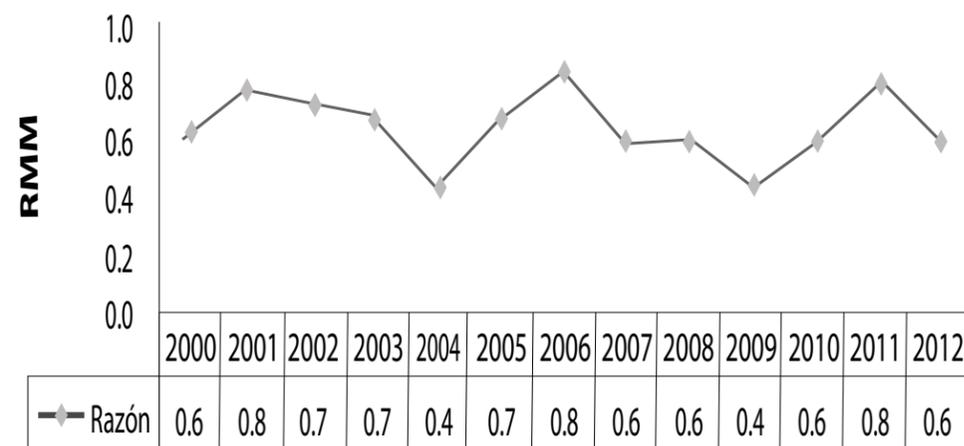
Fuente: Departamento de Registros y Estadísticas de Salud. 2013.

La mortalidad materna en la República de Panamá, presenta un aceptable descenso entre la década de 1970 (1.4) y 1980 (0.7), desde entonces, se ha mantenido sin variaciones.

El comportamiento de la tasa de mortalidad entre provincias y comarcas es muy diverso.

Para el año 2010 el rango de tasa va desde 0.4 defunciones por 1000 nacidos vivos en Panamá y Chiriquí hasta 24.5 defunciones por 1000 nacidos vivos en la Comarca Ngabe Bugle y para el año 2012, la tasa más baja la presentó Veraguas (0.2) y la más alta la Comarca Ngabe Bugle (34.5) la cual aumento en un 41 % en dos años.

Gráfica n°14. Razón de Mortalidad Materna. República de Panamá. Años: 2000-2012.



Fuente: Contraloría General de la República. Año: 2012 Tasas por 1,000 Habitantes.

Cuadro N°18. Defunciones y Razón de Mortalidad Materna por Provincia. República de Panamá. Años: 1970-1980-1990-2000-2010-2012 (Razón por mil nacidos vivos).

| Provincia | Años | | | | | | | | | | | |
|-----------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| | 1970 | | 1980 | | 1990 | | 2000 | | 2010 | | 2012 | |
| | Nº | Tasa |
| Total | 72 | 1.4 | 37 | 0.7 | 32 | 0.5 | 40 | 0.6 | 41 | 0.6 | 49 | 0.6 |
| Bocas del Toro | 1 | 0.5 | 1 | 0.4 | 2 | 0.6 | 3 | 0.7 | 2 | 0.5 | 2 | 0.5 |
| Coclé | 8 | 1.6 | 7 | 1.6 | 4 | 0.8 | 2 | 0.4 | 2 | 0.5 | 2 | 0.5 |
| Colón | 8 | 1.6 | 6 | 1.2 | 3 | 0.6 | 3 | 0.6 | 3 | 0.6 | 3 | 0.5 |
| Chiriquí | 17 | 1.9 | 4 | 0.5 | 8 | 0.9 | 5 | 0.5 | 3 | 0.4 | 3 | 0.3 |
| Darién | 4 | 4.3 | 1 | 1.5 | - | - | 1 | 0.9 | 1 | 1.1 | 1 | 1 |
| Herrera | 2 | 0.7 | 1 | 0.4 | 1 | 0.4 | 1 | 0.5 | - | - | - | - |
| Kuna Yala | - | - | - | - | 1 | 1 | 6 | 5.1 | 4 | 4.6 | - | - |
| Los Santos | 1 | 0.4 | 3 | 2 | - | - | 1 | 0.8 | - | - | 1 | 0.9 |
| Panamá | 16 | 0.8 | 5 | 0.2 | 7 | 0.3 | 11 | 0.4 | 14 | 0.4 | 21 | 0.6 |
| Veraguas | 15 | 2.5 | 9 | 1.6 | 6 | 1 | 7 | 1.3 | 2 | 0.5 | 1 | 0.2 |
| Ngabe Bugle | | | | | | | | | 10 | 24.5 | 15 | 34.5 |

Fuente: Departamento de Registros y Estadísticas de Salud. 2013.

10. Entorno Económico y Social

10.1 Aspectos económicos y financieros

Panamá está catalogado en términos absolutos, sin tener en cuenta la distribución de la riqueza, como un país de ingresos económicos medio-altos y es reconocida como una de las más importantes y pujantes economías de Centroamérica y de la Región. De acuerdo a informes del Banco Mundial el índice de Desarrollo Humano para el año 2012, de Panamá se ubica como el de mayor índice para Centro América y el quinto en toda América Latina.

10.2 Índice de desarrollo humano (IDH).

Cuadro N°19. Índice de Desarrollo Humano. Rep. de Panamá. Año 2014

| Año | Panamá |
|-------------|--------------|
| 2014 | 0.780 |
| 1980 | 0.627 |
| 1985 | 0.648 |
| 1990 | 0.651 |
| 1995 | 0.68 |
| 2000 | 0.709 |
| 2005 | 0.728 |
| 2010 | 0.759 |
| 2011 | 0.757 |
| 2012 | 0.761 |
| 2013 | 0.765 |
| 2014 | 0.780 |

Fuente: Datos del INEC. 2013.

- El IDH de Panamá para 2014 es 0.780 que está en la categoría de alto desarrollo humano.
- El país está ubicado en el puesto 65 de 187 países.
- Entre 1980 y 2013, el valor de IDH de Panamá aumento de 0,627 a 0,765, un incremento de 22.1% o un aumento promedio anual de alrededor de 0,61%.
- Entre 1980 y 2013, la esperanza de vida al nacer aumentó en 7,4 años, la media de años de escolaridad aumentó en 3,5 años.
- El IDH de 0,765 está por encima del promedio de 0.735 para los países de desarrollo humano alto y por encima de la media de 0.740 para los países de América Latina y el Caribe.
- Los países que están cerca de Panamá en 2013 son según el IDH y en cierta medida en tamaño de la población son Uruguay y Costa Rica, que tienen IDH ubicado 50 y 68, respectivamente.

Según el Índice de Desarrollo Humano realizado por Naciones Unidas, en el 2013 Panamá tuvo una puntuación de 0,775 y ocupó la posición 65 de los 187 países comparados, con una fuerte mejora en los últimos años. El IDH de América Latina y el Caribe es de 0,731, por lo que Panamá se sitúa por encima de la media regional y es considerado como un país con desarrollo humano alto, pero aún por debajo de los países más desarrollados según este índice, que son Chile, Argentina y Uruguay.

El informe del Índice de Desarrollo Humano 2014, elaborado por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), coloca a Panamá (posición 65) y Costa Rica (posición 68) con una calificación de Desarrollo Humano Alto Panamá presenta un contexto favorable, porque es el país de Centroamérica con el más alto índice de desarrollo humano; es la economía latinoamericana que más creció durante la última década logrando un incremento de 3% en el 2013, respecto al 2010. Sin embargo, según el mismo informe, cuando se realiza el ajuste en este Índice de Desarrollo Humano sobre la base desigualdad, Panamá pierde un 40.5% en el índice debido a la mala distribución del ingreso existente en nuestro país. Inclusive, en cuanto al índice de Desigualdad de Género, Panamá es el país que pierde más niveles en la evaluación de América Latina, en cuanto a la desigualdad de género.

El distintivo de la pobreza en Panamá está dado por el alto grado de desigualdad en la distribución del ingreso. El alto nivel de crecimiento del Producto Interno Bruto (PIB), nos indica que Panamá no es un país pobre y que cuenta con los recursos necesarios para encaminarse hacia el desarrollo económico necesario.

Además, cabe resaltar que a pesar de la posición en el ranking internacional, la situación de pobreza a nivel de provincias y comarcas marca con claridad que existe desigualdad.

Para el año 2010, el país obtuvo un IDH 0.753 con un rango que va desde 0.465 para la comarca Ngobe Bugle hasta 0.802 para la provincia de Panamá, para el año 2013, el país obtuvo un IDH 0.775 con un rango que va desde 0.499 para la comarca Guna Yala hasta 0.828 para la provincia de Panamá.

10.3 Producto Interno Bruto (PIB)

Para el periodo 2008 al 2013 hubo un aumento sostenido en el Producto Interno Bruto a Precios de Mercado de 1996 pasó de 18,812.9 millones de Balboas de 1996 (5,317.4 Balboas per cápita) a 27,919.0 millones de Balboas (7,622.9 Balboas per cápita) aproximadamente un 43.4% de incremento en 6 años lo que representa un incremento en el ingreso per cápita de 2,305.6 balboa promedio, es de los más alto de la región.

Cuadro N°20. Producto Interno Bruto a precios de comprador, año base 1996, su variación porcentual, el Ingreso Per Cápita, Tasa de Desempleo y la Inflación de los años 1997 al 2013.

| Año | Producto Interno Bruto PIB a precios de Comprador base 1996 | Variación Porcentual | PIB PER Capita | Tasa de Desempleo | Tasa de Inflación |
|------|---|----------------------|----------------|-------------------|-------------------|
| 1997 | | 3,468.0 | 3,468.0 | 13.4 | 1.3 |
| 1998 | 7.3% | 3,647.5 | 3,647.5 | 13.6 | 0.6 |
| 1999 | 3.9% | 3,714.8 | 3,714.8 | 11.8 | 1.3 |
| 2000 | 2.7% | 3,739.6 | 3,739.6 | 13.3 | 1.5 |
| 2001 | 0.6% | 3,686.4 | 3,686.4 | 13.7 | 0.3 |
| 2002 | 2.2% | 3,694.6 | 3,694.6 | 14.1 | 1.0 |
| 2003 | 4.2% | 3,775.8 | 3,775.8 | 13.0 | 1.4 |
| 2004 | 7.5% | 3,983.1 | 3,983.1 | 11.8 | 0.4 |
| 2005 | 7.2% | 4,190.1 | 4,190.1 | 9.8 | 2.8 |
| 2006 | 8.5% | 4,464.3 | 4,464.3 | 8.7 | 2.5 |
| 2007 | 12.1% | 4,915.3 | 4,915.3 | 6.4 | 4.2 |
| 2008 | 10.1% | 5,317.3 | 5,317.3 | 5.6 | 8.7 |
| 2009 | 3.9% | 5,427.3 | 5,427.3 | 6.6 | 2.4 |
| 2010 | 7.5% | 5,733.3 | 5,733.3 | 5.6 | 3.5 |
| 2011 | 10.8% | 6,249.5 | 6,249.5 | 4.5 | 5.9 |
| 2012 | 10.7% | 6,800.1 | 6,800.1 | 4.1 | 6.1 |
| 2013 | 8.4% | 7,622.9 | 7,622.9 | 3.4 | 6.4 |

Fuente: Contraloría General de la Republica.

Para el 2013, al igual que en años recientes, el crecimiento del PIB se concentra en las exportaciones de bienes y de servicios, a lo que se suma la explosión en materia de construcción de viviendas y apartamentos. Aunado a ello, se agrega inversión pública en infraestructura y la expansión de la actividad y el crédito bancario que respalda un alto crecimiento del consumo. El sector turismo sigue contribuyendo de manera importante en el crecimiento del PIB como actividad económica.

10.4 Inflación

En el año 1997 y 2006, la inflación promedio anual fue apenas de 1.3%. El auge de la demanda agregada, en conjunto con los aumentos del precio del petróleo, los granos e insumos agrícolas condujo la tasa de inflación 6.1% en el años 2013, según el Ministerio de Economía y Finanzas.

10.5 Desempleo

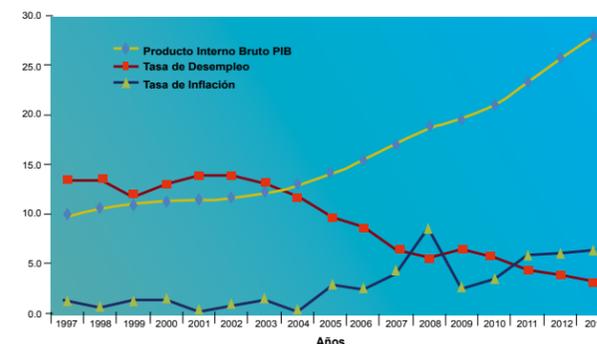
Según el censo de 2010, el 85.5% de este grupo, corresponde a personas que nunca han trabajado y no buscaban un empleo ni tenían la intención de hacerlo, un (74.0%) de este grupo son las encargadas de las responsabilidades familiares como la economía del hogar. Un 9,7% de las mismas se ubican en esta categoría porque no consiguen quien cuide a sus niños aun estando dispuestas y en condiciones de pagar por ello.

Cuadro N°21. Tasa de desempleo total en la República, por sexo y área, según grupo de edad. Año 2013.

| Grupo de edad (años) | Tasa de desempleo por sexo y área | | | | | | | | |
|----------------------|-----------------------------------|--------|-------|----------|--------|-------|----------|--------|-------|
| | Total | | | Hombre | | | Mujeres | | |
| | Promedio | Urbana | Rural | Promedio | Urbana | Rural | Promedio | Urbana | Rural |
| Total | 4.1 | 4.7 | 2.7 | 3.3 | 3.9 | 2.1 | 5.3 | 5.7 | 4 |
| 15-19 | 10.8 | 14.8 | 6.6 | 9.4 | 13.3 | 5.5 | 13.6 | 17.6 | 9 |
| 20-24 | 10.8 | 11.7 | 8.2 | 8.7 | 9.6 | 6.8 | 14 | 14.8 | 11.5 |
| 25-29 | 5.5 | 55.7 | 4.9 | 4.1 | 4 | 4.4 | 7.3 | 7.7 | 5.9 |
| 30-39 | 2.9 | 3.4 | 1.5 | 2 | 2.6 | 0.6 | 4.1 | 4.5 | 3.1 |
| 40-49 | 2.2 | 2.5 | 1.4 | 1.3 | 1.5 | 0.9 | 3.5 | 3.9 | 2.1 |
| 50-59 | 1.7 | 2 | 0.8 | 1.9 | 2.4 | 0.8 | 1.3 | 1.4 | 1.1 |
| 60-69 | 1.5 | 2.2 | 0.4 | 1.7 | 2.7 | 0.3 | 0.8 | 1 | 0.6 |
| 70+ | 1.5 | 3.7 | - | 1.5 | 4.2 | - | 0.3 | 2.9 | - |

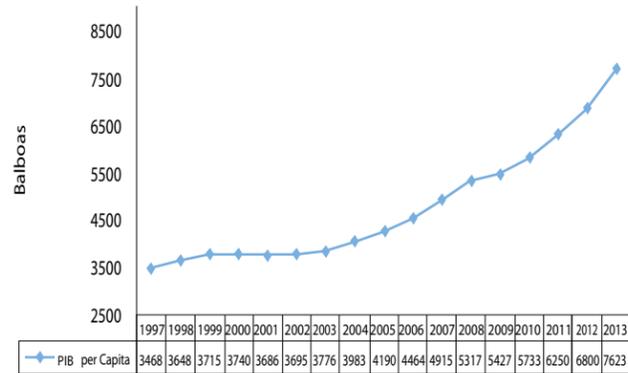
Fuente: Encuesta de Hogares 2013. INEC. CGR

Gráfica n°15. Producto Interno Bruto y su efecto sobre la Tasa de Desempleo y la Inflación. República de Panamá. Año 2013.



Fuente: Datos del MEF y Contraloría General /Departamento de Análisis y Tendencias de Salud. DIPLAN 2014.

Gráfica N°16. Evolución PIB Per Cápita del Año del Año 1997 al 2013.



Fuente: Departamento de Análisis y Tendencias de Salud. DIPLAN 2014.

El coeficiente de Gini en Panamá es de aproximadamente 0.519, ocupando la posición número 140 de los 160 países, según publicaciones del Banco Mundial del año 2012.

La evolución del coeficiente de Gini en Panamá ha sido la siguiente 1990 fue de que 0.560, en el año 1999 que fue de 0.536, en el año 2006 de 0.548 y en 2012 fue de 0,510 por lo que podemos deducir de que si, ha habido una mejoría en la distribución de la riqueza en Panamá

10.6 Deuda Pública en Panamá

La deuda pública panameña a marzo de 2014 asciende a B/.17,014.7 millones; el saldo verdadero de la deuda pública panameña, es B/. 22,607.7 millones de dólares, si se consideran los compromisos financieros que tiene el Estado en el Sector Público No Financiero (SPNF).

Cuadro N° 22. Deuda de la República de Panamá. Año 2013.

| Compromiso Financiero | Monto |
|---------------------------------------|----------|
| Deuda Pública | 17,014.7 |
| Proyectos Llave en Mano | 2,000.0 |
| Empresas Excluidas de SPNF | 2,300.0 |
| Obligaciones por Ampliación del Canal | 1,293.0 |
| Monto total de la Deuda del País | 22,607.7 |

Fuente: Ministerio de Economía y Finanzas (MEF)

La Dirección de Crédito Público del Ministerio de Economía y Finanzas (MEF), en su balance de situación estatal informa que en esas cifras se incluyen también a entidades con cuentas por pagar en concepto de proyectos llave en mano y pagos diferidos. El Ministerio de Obras Públicas y el Ministerio de Salud son las dos instituciones con mayor cantidad de contratos bajo esta modalidad, representando el 54% de los compromisos. Considerando todos los compromisos antes esbozados la deuda total per cápita asciende a B/. 5,777.20.

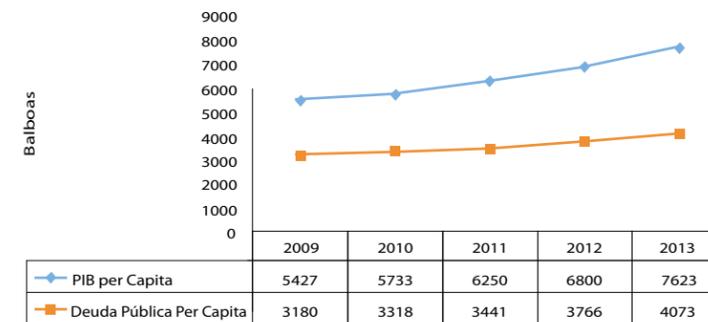
Cuadro N°23. Evolución de la Deuda Pública Per Cápita en el periodo 2009 - 2014 en Millones de Balboas.

| Año | Monto de la Deuda Pública | Población | Deuda Pública Per Capita |
|------|---------------------------|-----------|--------------------------|
| 2009 | 10,972.3 | 3,450,349 | 3,180.06 |
| 2010 | 11,629.5 | 3,504,483 | 3,318.46 |
| 2011 | 12,814.2 | 3,723,821 | 3,441.14 |
| 2012 | 14,265.2 | 3,787,511 | 3,766.38 |
| 2013 | 15,683.6 | 3,850,735 | 4,072.88 |
| 2014 | 17,014.7 | 3,913,275 | 4,347.94 |

Fuente: Ministerio de Economía y Finanzas (MEF)

Cada panameño, considerando solo la deuda pública, debía en el año 2009, B/.3,180.06 actualmente, según datos de 2014, del Ministerio de Economía y Finanzas debe B/. 4,347.94 lo que significa, B/. 1,167.88 más que en 2009.

Gráfica N°17. Evolución del PIB y de la deuda Pública per Cápita de los años 2009 al 2013.



Fuente: Contraloría General de la República y Ministerio de Economía y Finanzas.

10.7 Niveles de Pobreza en Panamá

En los últimos años Panamá ha presentado un alto crecimiento económico que ha permitido un aumento de la ocupación y los ingresos, y un descenso significativo de la tasa de desempleo. Al mismo tiempo, se ha incrementado la inversión pública y el gasto social, elementos que han favorecido un descenso sostenido de los niveles de pobreza general; es decir, hay menos personas que carecen de recursos para satisfacer sus necesidades alimentarias y no alimentarias básicas, así como también ha disminuido la pobreza extrema, o sea la población que no tiene recursos suficientes para cubrir sus necesidades alimentarias mínimas.

De acuerdo con la Encuesta de Propósitos Múltiples correspondientes a marzo de 2012 del Instituto Nacional de Estadística y Censo, la proporción de personas indigentes continuó

disminuyendo. Este año fue la condición del 10.4% de la población inferior a lo reportado para agosto de 2011, de 11.5%, lo que equivale a reconocer que 34,058 personas aproximadamente dejaron de estar en la indigencia este año. También, la proporción de personas en condiciones de pobreza en general disminuyó, de 27.6% en 2011 a 25.8% en marzo de 2012. Esto también significa que 108,469 personas, aproximadamente, dejaron de ser pobres este año.

Las estimaciones están efectuadas considerando las proyecciones de población del Instituto Nacional de Estadística y Censo a partir de los resultados del Censo de Población de 2010.

Cuadro N°24. Gasto Nacional en Salud del año 2009 al 2013.

| Gasto Nacional en Salud | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | Evolución Porcentual entre los años 2009 y 2013 |
|---|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|---|
| Producto Interno Bruto Precios constantes en Millones de Balboas de 1996 | 19,538.4 | 20,994.4 | 23,272.1 | 25,755.5 | 27,919.0 | 42.9% |
| Población | 3,450,349 | 3,504,483 | 3,723,821 | 3,787,511 | 3,850,735 | 11.6% |
| PIB per Cápita | 5,662.73 | 5,990.73 | 6,249.52 | 6,800.11 | 7,250.30 | 28.0% |
| Gasto Público en millones de Balboas | 3,450,349 | 3,504,483 | 3,723,821 | 3,787,511 | 3,850,735 | 79.0% |
| Gasto Público como porcentaje del PIB | 10,136.9 | 11,084.2 | 12,454.6 | 16,278.9 | 18,141.9 | 25.2% |
| Gasto Público Social en Millones de B/. | 51.9% | 52.8% | 53.5% | 63.2% | 65.0% | 108.1% |
| Gasto Público Social como porcentaje del Gasto Público | 4,118.1 | 5,041.3 | 5,549.5 | 7,272.6 | 8,568.5 | 16.3% |
| Gasto Total en Salud (Incluye Sector Público y Privado) en Millones de Balboas | 1,819.4 | 2,205.4 | 2,483.9 | 3,149.1 | 3,676.2 | 102.1% |
| Gasto Total en Salud como Porcentaje del PIB | 9.3% | 10.5% | 10.7% | 12.2% | 13.2% | 41.4% |
| Gasto Total en Salud Per Capita en Balboas | 527.3 | 629.3 | 667.0 | 831.4 | 954.7 | 81.0% |
| Gasto Público social en Salud en millones de B/. | 1,319.4 | 1,515.4 | 1,681.9 | 2,286.1 | 2,713.2 | 105.6% |
| Funcionamiento | 1,110.4 | 1,202.1 | 1,373.7 | 1,824.4 | 2,152.3 | 93.8% |
| Inversiones | 209.0 | 313.3 | 308.2 | 461.7 | 560.9 | 168.4% |
| Gasto Público en Salud como Porcentaje del PIB | 6.8% | 7.2% | 7.2% | 8.9% | 9.7% | 43.9% |
| Gasto Público en Salud Per Capita en Balboas | 382.4 | 432.4 | 451.7 | 603.6 | 704.6 | 84.3% |
| Gasto Privado en Salud en millones de B/. | 500.0 | 690.0 | 802.0 | 863.0 | 963.0 | 92.6% |
| Seguros Privados | 82.0 | 113.0 | 129.0 | 181.0 | 207.0 | 152.4% |
| Gastos Directos de los Hogares | 418.0 | 577.0 | 673.0 | 682.0 | 756.0 | 80.9% |
| Gasto Privado en Salud Per Capita | 144.9 | 196.9 | 215.4 | 227.9 | 250.1 | 72.6% |

Fuente: Contraloría General de la República, MEF Dirección de Análisis Financiero y Económico Datos del Gasto Privado en Salud de la OPS.

El 73.8% corresponde al gasto público social y el restante 23.2% al gasto privado en Salud. El gasto público social en salud representa el 31.7% del gasto público total, y sus principales componentes son los gastos de Funcionamiento con un 79.3% y el de inversiones con 21.7% a través de los años en estudio, el que refleja un mayor incremento son las inversiones, las cuales crecen en un 168% en relación al año 2009, más que todo por las obras de infraestructura que se iniciaron a construir en el Sector Salud durante estos años.

Los principales componentes del gasto privado en salud son los gastos de seguros privados con un 21.5 del total del gasto privado y los gastos de bolsillo 78.5% el que mayor crecimiento ha mantenido es el correspondiente a los seguros privados el cual creció en un 152.4% en el transcurso de los últimos 5 años.

El gasto total en Salud incluyendo al gasto privado como porcentaje del PIB a precios constantes de 1996, asciende al 13.2%. El gasto total en salud per cápita asciende en el año 2013 a B/.954.70.

Recientemente se está modificando el año base del PIB al año 2007 sin embargo este cambio se está haciendo desde el segundo semestre del año 2014, por lo que se decidió continuar con el año base de 1996.

Cuadro N°25. Presupuesto Ejecutivo Años 2008-2015.

| Detalle del Concepto | Presupuesto Ejecutado 2008 | Presupuesto Ejecutado 2009 | Presupuesto Ejecutado 2010 | Presupuesto Ejecutado 2011 | Presupuesto Ejecutado 2012 | Presupuesto Ejecutado 2013 | Presupuesto Ejecutado 2014 | Presupuesto Ley 2015 | Presupuesto Acumulado del 2008 al 2015 | Composición Porcentual del Acumulado |
|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------|--|--------------------------------------|
| Total MINSA | 827,981,848 | 927,043,723 | 1,083,080,538 | 1,115,478,426 | 1,222,279,180 | 1,524,904,722 | 1,749,538,974 | 2,00,202,300 | 10,450,519,711 | |
| Incremento Porcentual Comparado Año Anterior | 20.3% | 12.0% | 16.8% | 3.0% | 9.6% | 24.8% | 14.7% | 14.3% | | |
| GASTOS CORRIENTES (A+B'C) | 676,784,716 | 730,215,716 | 801,312,605 | 838,481,676 | 930,995,347 | 1,073,697,624 | 1,262,693,278 | 1,400,680,700 | 7,714,861,662 | 73.8% |
| A. TOTAL DE GASTOS DE OPERACIONES | 241,211,530 | 362,693,339 | 275,009,497 | 330,788,497 | 370,418,464 | 415,570,570 | 539,711,500 | 612,907,400 | 3,049,308,791 | 39.5% |
| SERVICIOS PERSONALES | 162,918,255 | 179,764,714 | 199,355,678 | 232,683,312 | 250,715,026 | 295,519,029 | 327,818,949 | 364,994,200 | 2,013,769,163 | 66.0% |
| SERVICIOS NO PERSONALES | 17,898,251 | 15,809,087 | 21,183,813 | 18,883,054 | 36,897,028 | 34,812,436 | 59,761,387 | 82,805.00 | 288,050,056 | 9.4% |
| MATERIALES Y SUMINISTROS | 58,047,188 | 62,738,713 | 54,201,588 | 79,018,633 | 79,065,636 | 81,059,749 | 150,625,665 | 162,852,400 | 727,609,552 | 23.9% |
| MAQUINARIA Y EQUIPO | 2,187,936 | 2,461,425 | 109,031 | 41,598 | 667,253 | 1,354,597 | 1,505,499 | 2,010,200 | 10,337,540 | 0.3% |
| B. TRANSFERENCIAS CORRIENTES | 435,573,186 | 466,522,377 | 526,303,114 | 507,695,179 | 560,576,883 | 658,127,054 | 722,981,778 | 787,773,300 | 4,665,552,871 | 60.5% |
| C. ASIGNACIONES GLOBALES | 159,900 | 2,919,400 | 159,400 | 159,900 | 3,073,521 | 2,824,759 | | 245,600 | 9,542,480 | |
| INVERSIÓN | 151,207,132 | 196,828,007 | 281,767,933 | 276,996,750 | 291,263,833 | 451,207,098 | 486,845,696 | 539,521,600 | 2,735,658,049 | 26.2% |
| Población Estimada | 3,395,346 | 3,450,349 | 3,504,483 | 3,723,821 | 3,787,511 | 3,850,735 | 3,913,275 | 3,975,404 | 29,600,924 | |
| Gasto per Capita | B/. 243.86 | B/. 243.86 | B/. 309.06 | B/. 299.55 | B/. 322.71 | B/. 396.00 | B/. 447.08 | B/. 503.14 | | |

Fuente: Contraloría Anual de la República, MEF, Dirección de Análisis Financiero y Económico. Año: 2015.

En cuanto al gasto de bolsillo, aunque hasta la fecha no se cuenta con un estudio a nivel del país, en el año 2014 el Ministerio de Salud por medio del ICGES realizó la primera encuesta de gasto de bolsillo en 6 distritos: Besikó (Comarca Ngobe Bugle), Colón (provincia de Colón), David (Cabecera) en la provincia de Chiriquí, Chepo (Comarca de Madugandi), Panamá y San Miguelito en la provincia de Panamá con una muestra de 2,696 individuos de 15 años y más.

Cuadro N°26. Relación de gasto promedio anual en medicamentos como porcentaje del ingreso promedio anual por quintiles de ingreso

| | | Porcentaje del gasto respecto del ingreso | | | | | |
|----------------------|-------|---|---------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| | | Menos del 6% | | | | | |
| | | % del N de la Tabla | 5% % del N de la Tabla | 10% % del N de la Tabla | 15% % del N de la Tabla | 25% % del N de la Tabla | 40% % del N de la Tabla |
| Quintiles de Ingreso | 1 | 27.0% | .0% | .0% | .0% | .0% | .0% |
| | 2 | 12.4% | 18.4% | 23.3% | 14.3% | 28.6% | 20.0% |
| | 3 | 20.6% | 31.6% | 39.5% | 57.1% | 57.1% | 20.0% |
| | 4 | 19.5% | 21.1% | 16.3% | 14.3% | .0% | 60.0% |
| | 5 | 20.4% | 28.9% | 20.9% | 14.3% | 14.3% | .0% |
| | Total | 100.0% | 100.0% | 100.0% | 100.0% | 100.0% | 100.0% |

Fuente: Encuesta de gasto de bolsillo de medicamentos. Año 2014. ICGES.

Con relación al gasto promedio anual en medicamentos como porcentaje del ingreso promedio anual por quintiles de ingreso, encontramos que los quintiles 3 y 4 superan tanto a los quintiles más bajos y al quintil 5 en gastos en medicamentos. Es decir, los estratos más pobres gastan un promedio menos que los grupos de los quintiles más ricos. También podemos destacar que los quintiles intermedios están en promedio con mayor posibilidad de caer en gasto catastrófico. Lo que representa un porcentaje mayor o igual al 40% de los ingresos.

Cuadro N°27. Distribución de la población por la línea internacional de pobreza según quintiles de ingresos (Ingreso promedio anual).

| Línea de Pobreza (B/. Menos de 450.00) | | | | | | | |
|--|-------|------------------------------|-----------|-------------------------------|---------|---------------------|-----------|
| | | Fuera de la Línea de pobreza | | Dentro de la Línea de pobreza | | Total | |
| | | % del N de la Tabla | Media | % del N de la Tabla | Media | % del N de la Tabla | Media |
| Quintiles de ingreso | 1 y 2 | 12.9% | 1313.08% | .8% | 274.29% | 13.6% | 1254.91% |
| | 3 | 27.0% | 3702.82% | .0% | . | 27.0% | 3702.82% |
| | 4 | 27.0% | 6398.90% | .0% | . | 27.0% | 6398.90% |
| | 5 | 32.4% | 15017.58% | .0% | . | 32.4% | 15017.58% |
| | Total | 99.2% | 7816.02% | .8% | 274.29% | 100.0% | 7758.51% |

Fuente: Encuesta de gasto de bolsillo de medicamentos. Año 2014. ICGES.

10.8 La Educación en Panamá

El Sistema Educativo Panameño está organizado en varios niveles, cada uno de los cuales cumple con un fin específico de acuerdo al tipo de enseñanza que se imparte. Este sistema comprende lo siguiente: educación básica, pre media y media

Cuadro N° 28. Porcentaje de la Población Analfabeta en la República de Panamá, según Provincia y Comarca. Censos 1980, 1990, 2000 y 2010.

| Provincias y Comarcas | 1980 | 1990 | 2000 | 2000 | 2010 |
|-----------------------|------|------|------|------|------|
| Total | 13.2 | 10.7 | 7.6 | 7.6 | 5.5 |
| Bocas del Toro | 34.6 | 30.1 | 16.9 | 16.9 | 12.1 |
| Coclé | 11.4 | 9.7 | 6.1 | 6.1 | 4.7 |
| Colón | 6.3 | 5.7 | 3.7 | 3.7 | 2.5 |
| Chiriquí | 19.1 | 15.9 | 7.7 | 7.7 | 5.9 |
| Darién | 36.1 | 28.6 | 23 | 23 | 15.9 |
| Herrera | 19.9 | 14 | 10.4 | 10.4 | 6.8 |
| Los Santos | 19.1 | 14.8 | 10.7 | 10.7 | 6.8 |
| Panamá | 5.3 | 4.3 | 2.8 | 2.8 | 2 |
| Veraguas | 28.5 | 21.9 | 15.2 | 15.2 | 10.9 |
| Kuna Yala | 50.6 | 40 | 38.5 | 38.5 | 28.3 |
| Emberá | — | 39.4 | 34.4 | 34.4 | 22.9 |
| Ngabe Bugle | — | — | 45.9 | 45.9 | 30.8 |

Fuente: Departamento de Análisis y Tendencias de Salud. DIPLAN 2014.

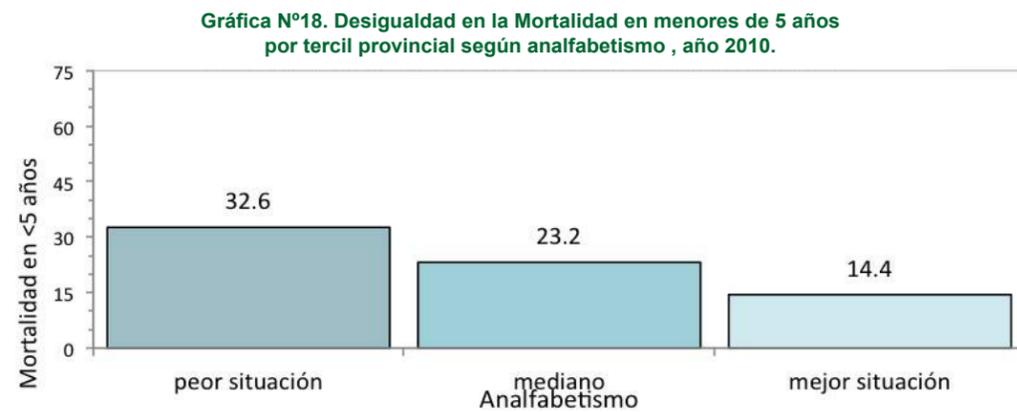
10.9 Deserción Escolar

La tasa de deserción escolar de la educación primaria en la República alcanzó el 1.7%. El porcentaje de hombres con el 1.9%, es más alto que el de las mujeres con 1.4%, al observar este indicador por provincia, el porcentaje más alto lo presenta Chiriquí con 1.6% y entre las comarcas indígenas, la Emberá con el 14.0%. La tasa de deserción de la educación premedia y media oficial en la República es de 4.3%, pero se observa que existe diferencia a nivel de provincias y comarcas indígenas, como es el caso de Darién con 11.7%, Chiriquí con 6.7%, Bocas del Toro con 5.7% y comarcas indígenas, la Emberá con 8.8 % y Guna Yala con 7.5%, representan las tasas más altas por provincia, y comarcas indígenas, respectivamente.

10.10. Desigualdades en Educación

La desigualdad social en la mortalidad en la niñez por terciles provinciales según el nivel de analfabetismo.

El análisis exploratorio de las desigualdades sociales en la mortalidad infantil entre provincias de Panamá en 2010 muestra que en las provincias con menor analfabetismo para el año 2010, es evidente la diferencia de la mortalidad entre los terciles provinciales con mayor tasa de analfabetización y las más bajas, podemos decir que a mayor analfabetismo mayor es la mortalidad en los infantes y que la relación es directamente proporcional, dando una diferencia entre los extremos de los terciles (brecha absoluta) de 18.2 y un cociente (brecha relativa) de 2.26, lo cual, significa que educar a la población previenen muertes en niños.



Fuente: Departamento de Análisis de Situación y Tendencias de Salud. MINSA 2016

Es importante destacar que a pesar de que en han disminuido en términos generales las tasas de analfabetismo provincial y comarcal entre los años 2000 y 2010, las diferencias marcan significativamente las oportunidades de vivir de un niño menor de 5 años.

Cuadro N°29. Tasas de Analfabetismo por Provincias y Comarcas de la República de Panamá en los años 2000 y 2010.

| Provincias y Comarcas | Tasas de Analfabetismos | |
|-----------------------|-------------------------|------|
| | 2000 | 2010 |
| Comarca Ngäbe Buglé | 45.9 | 30.8 |
| Comarca Guna Yala | 38.5 | 28.3 |
| Comarca Emberá | 34.5 | 22.9 |
| Darién | 23.0 | 15.9 |
| Bocas del Toro | 16.9 | 12.1 |
| Veraguas | 15.2 | 10.9 |
| Los Santos | 10.7 | 6.8 |
| Herrera | 10.4 | 6.8 |
| Chiriquí | 7.7 | 5.9 |
| Coclé | 6.1 | 4.7 |
| Colón | 3.7 | 2.5 |
| Panamá | 2.8 | 2.0 |

Fuente: Ministerio de Salud (MINSA), Dirección de Planificación, Departamento de Registros y Estadísticas.

La magnitud de la desigualdad en la mortalidad en menores de 5 años a lo largo de la gradiente social definida por el analfabetismo, es de -19.13, lo cual refleja la correlación inversa entre la educación y la mortalidad de los menores de 5 años. El 19.13 es el número de muertes en niños menores de 5 años que se evitarían si educamos a la población.

Cuadro N° 30. Panamá: desigualdades sociales en la esperanza de vida al nacer

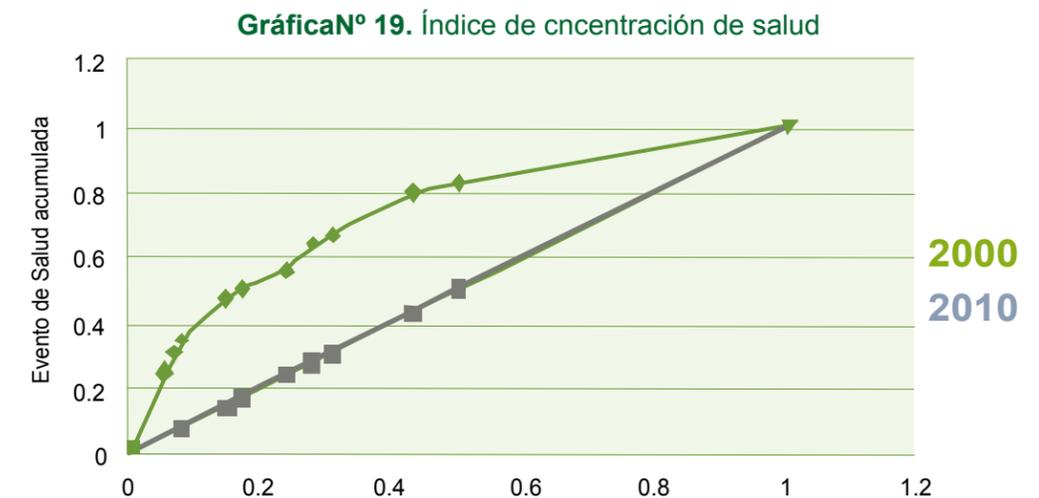
| estratificador de equidad | métrica de desigualdad | año | valor | IC al 95% | |
|---|---------------------------------------|-------|-------|-----------|------|
| | | | | bajo | alto |
| Ingreso mediano mensual del hogar (Balboas) | brecha absoluta | 2001 | -9.65 | 9.71 | 9.59 |
| | | 2010 | -8.38 | 8.41 | 8.34 |
| | brecha relativa | 2001 | 0.87 | 0.87 | 0.88 |
| | | 2010 | 0.89 | 0.89 | 0.89 |
| | índice de desigualdad de la pendiente | 2001 | 7.11 | 4.34 | 9.88 |
| | | 2010 | 5.60 | 2.94 | 8.26 |
| índice de concentración | 2001 | -0.50 | 0.82 | 0.19 | |
| | 2010 | -0.55 | 0.87 | 0.23 | |
| nivel promedio poblacional nacional | | 2001 | 75.6 | 73.7 | 77.5 |
| | | 2010 | 76.8 | 75.3 | 78.4 |

Fuente: Departamento de Análisis de Situación y Tendencias de Salud. MINSA 2016

Fuente: Departamento de Análisis de Situación y Tendencias de Salud. MINSA 2016

Brecha relativa: esto representa que hubo un 8.98 y 9.37 veces menos de personas analfabetas en las provincias de bajo recurso económico con relación al tercil con mayor ingreso económico. Para el año 2000 y 2010 respectivamente.

Los valores -0.47 y -0.48 para el 2000 y 2010, representan la medida de desigualdad de personal analfabetas causada por la diferencia en el ingreso económico.



Fuente: Departamento de Análisis de Situación y Tendencias de Salud. MINSA 2016

10.11 Programas de Protección Social

Por otro lado, se crean programas de protección social dirigidos a grupos vulnerables de pobreza y pobreza extrema, entre los que podemos mencionar:

- **Red de Oportunidades:** Cuyo objetivo es el de contribuir al desarrollo del Sistema de Protección Social para el combate a la pobreza al aminorar la desnutrición materno infantil, desarrollar capital humano y social, y dar acceso a los servicios de educación y salud que eleve la productividad laboral. Beneficiarios: aproximado de 73,069 hogares anuales de escasos recursos del país.
- **Programa 100 A los 70:** Creado por la ley 44 del 4 de agosto de 2009 y se ejecuta por medio del Ministerio de Desarrollo Social (MIDES) cuyo objetivo principal es el de contribuir a mejorar la calidad de vida de las personas de 70 años y más, sin jubilación ni pensión en situación de riesgo, vulnerabilidad, pobreza y marginalidad, para cubrir necesidades básicas, sociales y condición de vida. Beneficiarios: 85,929 adultos de 70 años y más sin pensión ni jubilación (según datos del tercer pago 2012) Cobertura: Nacional. En el 2014 se modificó nuevamente esta Ley creando el programa 120 a los 65.
- **Programa de Alimentación Complementaria:** Cuyo objetivo es mejorar el estado nutricional de niños y niñas menores de cinco años que asisten a controles, madres embarazadas, madres lactantes, mujeres en edad fértil, y pacientes con tuberculosis que reciben el tratamiento estrictamente supervisado. Beneficiarios a nivel nacional: 98,949 niños y 21,687 embarazadas y otros en 2012.
- **Plan Nacional de Micronutrientes 2008-2015.** Su objetivo es el de reducir de manera sostenida las deficiencias de vitaminas y minerales en la población del país evitando excesos y desbalances, con énfasis en los grupos vulnerables y excluidos. Beneficiarios: 27,436 niños de 4-11 meses, 165,856 niños de 1-4 años, 388,700 niños escolares, 67,553 embarazadas y 546,765 mujeres en edad fértil. Cobertura: Nacional (concentra población indígena, zonas con mayores índices de pobreza y alta prevalencia de desnutrición).
- **Desarrollo de Proyectos en Granjas y Huertos:** Con el objetivo de Mejorar la nutrición de la población panameña, especialmente la que habita en las zonas identificadas como de pobreza y pobreza extrema. Beneficiarios: 27,017 beneficiarios de 2009 a 2012, 5,036 huertos entregados.
- **Programa de Redes Territoriales a través de los Huertos Caseros.** Cuyo Objetivo es el de fortalecer a la las Redes Comunitarias en el emprendimiento económico y subvencionar las necesidades de la familia. Cobertura: se empezó con un Plan Piloto con la Redes Territoriales Coclé (11) y Veraguas (12) en convenio con MIDES - AMPYME, SENAPAN e INADHE. Beneficiarios: 16 Corregimientos, 8 Distritos, con 23 Redes fortalecidas beneficiando alrededor de 30,000.000 personas Cobertura: Coclé y Veraguas.

- **Comedores Comunitarios. Objetivo el equipamiento y suministro de los comedores comunitarios a Nivel Nacional.** - Suministro de los alimentos diariamente a niños, mujeres embarazadas, personas con discapacidad y adultos mayores con una capacidad de atención de 100 personas diarias. Beneficiarios: 2,919 en comedores comunitarios.

- **Beca Universal:** Para la formación del Capital Humano se definió como estrategia de estado y se desarrolla el programa de la beca universal educativa, que beneficia aproximadamente a 550 mil estudiantes a nivel nacional con un apoyo económico de 60 balboas por trimestre, lo que representa 180 Balboas anuales o por periodo escolar. Los únicos requisitos son mantener un promedio mínimo de 3.0 por materia para los estudiantes de pre-media mientras que los estudiantes de básica deben mantener en el boletín un promedio de 3.0 por trimestre. De igual forma, cada padre o acudiente debe presentar constancia de participación en las charlas de la escuela para padres, además de estar presente el estudiante y el acudiente al momento de la entrega de la beca.

- **Ángel Guardián:** Conformar parte del sistema de protección social y fue creado mediante Ley No. 39 del 14 de junio de 2012 el cual crea un programa de asistencia económica para personas con discapacidad severa en condición de dependencia y pobreza, con la finalidad de promover, proteger y asegurar en igualdad de condiciones el pleno goce de los derechos humanos y libertades fundamentales garantizando el respeto a su dignidad inherente, y de procurar que ellas puedan acceder a su desarrollo integral como resultado de las políticas sociales. Se asigna una transferencia mensual de 80 balboas (B/.80.00) Este programa es ejecutado por el Ministerio de Desarrollo Social, se estima que beneficiara a 1,600 personas a nivel nacional incluyendo a las Comarcas indígenas, número que está muy por debajo de las cifras que debiera arrojar si tuviéramos un censo actualizado de discapacidad.

- **Bono Escolar:** Al igual que el programa de la beca universal esa fundamentado en el programa de Protección Social el cual estuvo sustentado en el plan de Gobierno 2010-2014, en la estrategia social que en el eje de Formación de Capital Humano énfasis en Educación de Calidad y de punta con igualdad de oportunidades para hombres y mujeres mediante el cual se distribuye B/. 20.00 a cada estudiante al inicio del año escolar con la finalidad de que se ayuden en la compra de los uniformes y útiles escolares, se crea mediante el Decreto Ejecutivo 188 del 26 de febrero de 2010. En el año 2012 se modificó el Decreto Ejecutivo N° 915 del 12 de octubre del 2011, fortaleciendo el programa del bono escolar, para la ejecución del programa escolar.

11. Factores Protectores y de Riesgo a la Salud de la Población Panameña

11.1 Acceso y uso del agua potable en Panamá

El 91.8% de la población panameña tiene acceso a agua potable según el censo del año 2010, lo que supone que cerca de 3.4 millones de personas en el país cuentan con este recurso de manera fiable y saludable, un incremento de 13.1% en comparación con el Censo del año 1990, en el cual solo el 81.2% tenían acceso a agua potable.

10.2 Aguas Residuales

La cobertura de viviendas con algún tipo servicios de disposición sanitaria de excretas en la viviendas para el año 2007 era de 92.5%, para el año 2010 según el censo ajustado al mes de julio de 2010 este porcentaje aumentó a 94.5%, las coberturas por debajo del promedio nacional se reportaron en casi todas las regiones del país siendo las más extremas las comarcas indígenas de Kuna Yala, Ngobe Bugle, Darién. Al desagregar esta cobertura por tipo de sistema se identifica que: la cobertura de viviendas con servicio de alcantarillado a nivel nacional fue del 33.1% mientras que a nivel provincial osciló entre 0% en las comarcas Emberá y Kuna Yala y el 30.7%, de la provincia de Herrera, la provincia de Panamá aunque el 98.5% de las viviendas cuentan con alguna forma de disposición de aguas excretas solo el 51.3% están conectadas a alcantarillados 2 de cada 4 viviendas.

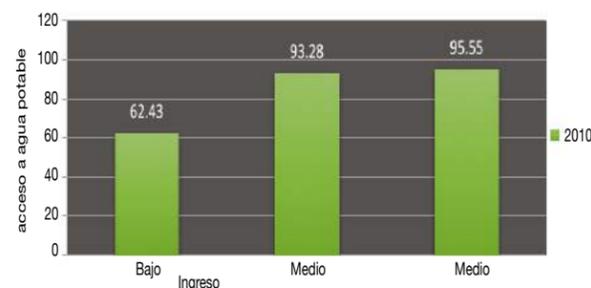
La cobertura con tanque séptico alcanzó al 30.0% de las viviendas, ubicándose las cifras más bajas en las Comarcas, Emberá 0.2% y 1.0% de la Ngobe Bugle y las más elevadas en las provincias de Colón con un 49.5% Bocas del Toro 45.9% y en Chiriquí con el 53.9%.

La cobertura con letrinas a nivel nacional es de 31.4% a nivel nacional o dicho de otra manera de cada 3 viviendas, 1 utiliza las letrinas como método de disposición de excretas, siendo más elevada en las regiones de Coclé, Darién, Veraguas y la Comarca Emberá, donde por lo menos 1 de cada 2 viviendas disponía de este servicio, se requiere dar prioridad a este grupo, de manera que se cumpla con la meta establecida de cero letrinas, las cuales representan aproximadamente 281,463 viviendas que utilizan este medio para la disposición de las excretas.

Cuadro N°31. Población con acceso a servicios de agua potable según ingreso Económico. Año 2010

| Año | Q1 (0.33) | Q2 (0.66) | Q3 (0.99) | Q1-Q3 | Q1/Q3 | CI | Índice de la pendiente |
|------|-----------|-----------|-----------|--------|-------|------|------------------------|
| 2010 | 62.43 | 93.28 | 95.55 | -33.12 | 0.65 | 0.04 | 17.69 |

Gráfica N°20. Gradiente social por terciles de población. Año 2010



Brecha absoluta: esto representa que hubo 0.65 casos en el año 2010 respectivamente de proporción de la población con acceso a servicios de agua potable en las provincias con menor ingreso económico.

Brecha relativa: esto representa que hubo 0.04 veces menos de Proporción de la población con acceso a servicios de agua potable en las provincias de bajo recurso económico con relación al tercil con mayor ingreso económico.

11.3 El Proyecto de Saneamiento de la Bahía de Panamá

El Proyecto Saneamiento de la Bahía de Panamá es un proyecto que se ha venido ejecutando desde hace varios años. Actualmente, su avance general se encuentra alrededor de un 80%, y busca recuperar las condiciones sanitarias y ambientales del área metropolitana y la eliminación de contaminación por aguas residuales no tratadas en ríos urbanos y en las zonas costeras de la Bahía de Panamá. Esta conceptualizado en cuatro componentes: Construcción de Redes Sanitarias, Construcción de Líneas Colectoras, Construcción del Sistema Interceptor y por último, Construcción y Operación de una Planta de Tratamiento de Aguas Residuales.

Estos componentes se conjugan entre sí a fin de recolectar, transportar y tratar las aguas residuales de la Ciudad que actualmente son vertidas sin previo tratamiento a los ríos, quebradas y Bahía.

El Proyecto para Saneamiento de la Ciudad y Bahía de Panamá, tienen un costo aproximado de B/. 516 millones y contempla las obras de recolección, el tratamiento y la disposición de las aguas residuales, consistente con los usos deseados para la Bahía de Panamá y sus ríos tributarios. Abarca un área de aproximadamente 350 km² e incluye todos los corregimientos del Distrito de Panamá (excepto Pacora, San Martín y Chilibre), nueve corregimientos del Distrito de San Miguelito y el corregimiento de Veracruz en Arraiján.

11.4 Reciclaje, Reutilización y Recuperación.

En Panamá no se regula el reciclaje de desechos sólidos de forma integral, existe un grupo de disposiciones legales entre leyes y decretos que tratan el tema de forma independiente, entre ellos la ley que crea la Autoridad de Aseo Urbano y Domiciliario y un decreto que crea la Comisión de Reciclaje para que entidades gubernamentales reciclen sus desechos, pero pocas lo practican, como la Caja de Ahorros, la Contraloría General, la Autoridad de Protección al Consumidor y Defensa de la Competencia (ACODECO) y el Ministerio de Economía y Finanzas. Solo en el relleno sanitario de la ciudad capital por día se reciben de 2.000 a 2.500 toneladas de desechos en el relleno sanitario de Cerro Patacón, 10% de ellos se clasifican en industriales, residenciales, lodos, llantas y desechos hospitalarios, y solo un 2% son reciclados, según el contrato con el Estado panameño.

Cifras de la Contraloría General de la República indican que las exportaciones de desechos como papel, cartón, aluminio y cobre han aumentado. En 2010 se exportaron 316.093.280 kilos y en el año 2012 fueron exportados 410.866.340 kilos.

La industria del reciclaje en Panamá reportó hasta noviembre de 2012 exporto alrededor de los 75 millones de dólares en productos reciclados, entre ellos, metales, plásticos, papel periódico y vidrio.

11.5 Fenómeno del Niño.

En Panamá El Fenómeno de El Niño, en promedio, produce disminución de las lluvias en las regiones ubicadas en la vertiente del Pacífico el área denominada El Arco Seco que empieza en Capira y termina en la región de Azuero; y aumento en la vertiente del Caribe, es importante

señalar que se presentan variaciones locales (espaciales y temporales) asociadas a la orografía del lugar y a la intensidad del evento. Se ha observado una relación bastante fuerte entre la ocurrencia de un evento cálido (Fenómeno del Niño) y un aumento en las anomalías de temperatura ambiente, las anomalías de precipitación y caudal muestran déficit durante los años El Niño.

Otro efecto del Niño es que la temporada seca durará más de lo usual lo cual es positivo para la industria de turismo ya que alarga la temporada alta sin embargo es devastador para la industria de la agricultura y la ganadería la cual se prepara lo mejor posible para esta sequía.

11.6 Consumo de Tabaco en Panamá

11.6.1 Las encuestas de base poblacionales en adultos.

La Encuesta Nacional de Salud y Calidad de Vida (ENSCAVI) del 2007 que aplica la metodología de encuesta de hogar y cuya muestra alcanzó 25,748 personas de 18 años y más de las áreas urbano, rural e indígena permitió estimar una prevalencia actual de 9.4%, siendo la prevalencia en hombres de 17,7% y en mujeres de 3,9% con un consumo cerca de 2 veces mayor en las áreas indígenas que en las rurales y/o urbanas, con diferencias estadísticamente significativas. En este estudio se identificó que la población residente en el área indígena tenía una prevalencia mayor al promedio nacional y alcanzaba el 13,5% (masculino: 24.8% - femenino: 5.0%).

El estudio de prevalencia de factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares efectuada en el 2010 reflejo para las provincias de Panamá y Colón una prevalencia actual de 6.4%, la cual refleja un descenso en el consumo de tabaco en este grupo de población.

La última encuesta aplicada en el país fue en el 2013 la Encuesta Mundial de Tabaquismo en Adultos (EMTA – Global Adult Tobacco Survey – GATS) aplicada en población de 15 años y más con una prevalencia actual de consumo de tabaco 6,4% (9,7% hombres y 3,1% mujeres). Hoy día, la Encuesta Mundial de Tabaco en Adultos (EMTA) permite al país reconocer que el consumo de tabaco en población de 15 años y más es de 6.4%, lo que indica un descenso porcentual de 31.9%, al comparar sus resultados con los de ENSCAVI, 2007. Los cigarrillos son el producto de tabaco de mayor consumo, con un consumo marginal de productos de tabaco no fumados. También ha reflejado un consumo promedio de cigarrillos por día de 14.8 unidades y una edad promedio de inicio del consumo diario de 16.9 años.

11.6.2 Encuestas de base escolar en jóvenes de 13 a 15 años

Se han realizado en los años 2002, 2008 y 2012, conocida como Encuesta Mundial de Tabaco en Jóvenes, con la finalidad de genera conocimiento sobre el comportamiento del consumo de tabaco entre nuestros niños y adolescentes. En el año 2012, Panamá aplicó por tercera vez la Encuesta Mundial de Tabaco en Jóvenes, encontrándose que a pesar de las disposiciones de control de tabaco existentes en el país, hubo un repunte de prevalencia actual de consumo de tabaco en comparación con las cifras estimadas para el 2008, situación que se reflejó tanto para chicos como para chicas. La prevalencia actual se situaba en un 8,3% en el 2008 y en 9.5% en el 2012. En el caso de los cigarrillos, la prevalencia de consumo en el 2008 fue de 4,3% (3,0 – 6,2) y en el 2012 en 5% (4.2 - 5.9), aunque se reporta un ligero incremento de la prevalencia, no se estimaron diferencias estadísticamente significativas, tanto para la prevalencia general, como por sexo.

Sin embargo, un nuevo problema está afectando el consumo de tabaco en jóvenes, los cuales han incluido en su práctica de consumo otros productos fumados de tabaco que paso donde la prevalencia paso 5.8% en el 2008, a 6.0% en el 2012, no estimándose diferencias estadísticamente significativas. Este comportamiento no se reflejó en la población adulta, objetivo de investigación de la EMTA. Al revisar la prevalencia de consumo de tabaco en población adulta se observa que con los resultados de la EMTA, Panamá pasa a ser el segundo país en el mundo con la menor prevalencia de uso de productos de tabaco en adultos y el que ostenta la más baja prevalencia en la región de las Américas.

11.6.3 Mortalidad Asociada al Consumo de Tabaco. Durante los años 2000 a 2012 la mortalidad proporcional asociada según fracción atribuible al consumo de tabaco ha oscilado entre el 11.1% y el 16.6% del total de muertes para cada año (promedio 13,8%); siendo el mayor número de muertes reportadas en el grupo de otras enfermedades crónicas distintas al cáncer, entre las cuales se incluyen: la enfermedad hipertensiva, la enfermedad cerebro vascular, las enfermedades isquémicas del corazón, las enfermedades crónicas del sistema respiratorio, la úlcera gástrica y duodenal, la diabetes mellitus y la aterosclerosis. En nuestro país ya se observa una tendencia decreciente de las tasas de mortalidad relacionadas con el tabaco.

El análisis de la mortalidad global y la mortalidad relacionadas con el tabaco para el período 2000-2012, muestra una disminución de 21,6% durante el periodo de estudio.

11.6.4 Estudios de exposición al Humo del Tabaco: Sobre este tema se han efectuado dos estudios en el país: Estudio de vigilancia de exposición al humo de tabaco en 2003, puede mencionarse que durante los meses de octubre y noviembre de 2003, se realizó en la Ciudad de Panamá el estudio de vigilancia de exposición al humo de tabaco, la muestra utilizada fue de conveniencia e incluyó un total de 15 establecimientos de interés público de los cuales el 66.7% se situaron en la categoría de restaurantes, bares y boderas; el 13.3% fueron colegios secundarios y el 20% restante estuvo integrado por un hospital, un municipio y segundo estudio sobre exposición al humo de tabaco ajeno 2005 - fue efectuado del 15 de octubre al 13 de diciembre de 2005. Se trata de un estudio multicéntrico para medir la exposición al humo de tabaco de las mujeres no fumadoras y menores entre 3 meses y 10 años, en los hogares.

En el mismo participaron voluntariamente 40 familias seleccionadas mediante muestreo de conveniencia en instalaciones de salud de primer y tercer nivel de atención localizadas en la Ciudad de Panamá. Este estudio contó con la asesoría técnica y los auspicios del Instituto Mundial para el Control del Tabaco de la Universidad Johns Hopkins (JHU). De este estudio es importante mencionar que: En las viviendas donde no residen fumadores el promedio de la concentración de nicotina ambiental estuvo en 0.0003 ug/mm³, en tanto que en los hogares con tres (3) fumadores fue de 0.0887 es decir, 259.7 veces mayor que donde no hay personas que fuman, situación que coloca en condición de riesgo a los residentes en dichos hogares, pues el valor permisible de cotinina ambiental es de cero. Comportamiento similar se evidencia al analizar la relación número de fumadores en el hogar y las concentraciones de nicotina en cabellos de mujeres y de menores no fumadores; las muestras de cabello de los niños y niñas panameñas reportaron mediciones de nicotina superiores que las mujeres no fumadoras. Algunas condiciones que pueden explicar estos resultados, además, de un mayor nivel de exposición de los menores al humo de tabaco de segunda, pueden ser: la interferencia de los tratamientos con químicos (tintes, mechas y alisados, entre otros) en los cabello, práctica muy

frecuente (77.5%) en la muestra de mujeres no fumadoras estudiada y las características propias de la biogenética de los menores.

La relación concentración de cotinina – consumidores de productos de tabaco se reafirma cuando las mediciones de este metabolito de la nicotina en el ambiente y en cabellos de personas expuestas muestran un comportamiento incremental mientras mayor es el número de fumadores en los hogares.

11.6.5 Contexto económico de la actividad comercial del Tabaco: en el periodo de 2009 a 2011 las importaciones de cigarrillos tuvieron un descenso porcentual del 60%. Este descenso de las importaciones puede estar relacionado con la aplicación de medidas integrales de control del tabaco en Panamá, pues se acompaña del descenso progresivo de las prevalencias de consumo de productos de tabaco que se estiman a la fecha en 6.4% en la población de 15 años y más y en un 9.5% para los adolescentes de 13 a 15 años.

Entre los retos que el manejo integral de este tema plantea esta el fortalecimiento del trabajo coordinado de la Autoridad Nacional de Ingresos Tributarios con la Autoridad Nacional de Aduanas para la eliminación del comercio ilícito y la defraudación fiscal, el desarrollo de procesos de vigilancia intersectorial de la aplicación del CMCT en torno al control del comercio ilícito de productos de tabaco, la vigilancia permanente para la detección del comercio ilícito e intercambiar información entre las autoridades competentes, es decir, Aduanas y la DGI y el fortalecimiento de la capacidad de vigilancia tributaria.

En el estudio de Análisis de la Demanda de Tabaco en Panamá realizado en el ICGES, con el apoyo del Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo (IDRC), se identificó que la situación económica del país: El 61.7% de los informantes percibe una situación del país favorable, en razón de que sienten que la situación del país ha mejorado (23%) o que, al menos sigue igual (38.7%). En tanto, el 36% siente que la situación del país no les favorece, es decir, que ha empeorado. Situación económica de la empresa: El 80% tiene una buena percepción en términos de que ha mejorado (28.7%) o que sigue igual (49.2%). Por otro lado, uno de cada cinco (20%), manifiesta que la situación de la empresa en el último año ha empeorado.

11.6.6 Retos y Proyecciones en Control de Tabaco:

- Ratificación del Protocolo para la Eliminación del Comercio Ilícito de Productos de Tabaco. (Está pendiente que el Consejo de Gabinete apruebe la presentación de este protocolo para ser presentado ante la Comisión de Relaciones Exteriores de la Asamblea Nacional de Diputados, para su aprobación y posterior ratificación).
- Consolidación del rol asesor de la Comisión Nacional para el Estudio del Tabaquismo en Panamá y de su rol como ente que vela por el cumplimiento del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco (CMCT).
- Incorporación de nuevas Normativas para la Prevención y el Control del uso de Productos de Tabaco a saber:
 - Legislación para dar cumplimiento a los artículos 9 y 10 del CMCT y a sus directrices sobre contenidos y aditivos de los productos de tabaco y divulgación de información sobre los productos del tabaco.
 - Legislación sobre empaquetado genérico (disposición de las directrices de los artículos 11 y 13 del CMCT).
 - Regulación del Uso de Productos de Tabaco en ambientes abiertos donde se congregan personas.

11.7 Nutrición y Salud

En el estudio desarrollado en el año 2012, sobre Situación Alimentaria y Nutricional de la Población Panameña, basada en la Tercera encuesta de Niveles de Vida 2008; se evaluó el estado nutricional de la población infantil y adolescente, utilizando los puntos de corte recomendados por la OMS 2006, para interpretar los valores Z de los índices descritos tal como se detalla en el siguiente cuadro.

De acuerdo al estudio, el porcentaje de niños menores de 5 años con insuficiencia ponderal (bajo peso para la edad) ha disminuido de 5.6% en el año 1997 a 3.9% en el año 2008 a nivel Nacional. Al analizar los datos por área, se destaca en el periodo 2008 una disminución de 6.4 puntos porcentuales en el área indígena con relación al periodo 1997 y de 4.1 con relación al periodo 2003. Sin embargo, en el área urbana registra un aumento de 1.3 porcentual durante el periodo 2003 con referencia al periodo 1997, en el periodo 2008 disminuyó pero aun no alcanza el porcentaje de 1.8 obtenido en el periodo 1997.

La desnutrición crónica en al área urbana pasó de 6.2% a 10.1%, en el mismo período, lo que representa un aumento, aunque se redujo con relación al 2003 que fue de 15.7%. Al analizar la situación de desnutrición crónica para el 2008 según talla para edad a nivel de área geográfica, se observa que la mayor prevalencia de desnutrición crónica se presentó en las áreas indígenas con 62.0%; este valor es tres veces mayor que la prevalencia nacional (19.1%), cuatro (4) veces mayor que la prevalencia de las áreas rurales (17.3%) y seis (6) veces la prevalencia de las áreas urbanas (10.5%). En relación a baja talla para la edad, según niveles de pobreza, la prevalencia de desnutrición en los niños en extrema pobreza es dos veces la prevalencia nacional, y seis veces la prevalencia de los no pobres.

En cuanto a la desnutrición crónica en menores de 5 años según provincia; las comarcas indígenas son las que presentan mayor prevalencia (63.9%) seguida por las provincias de Bocas del Toro, Darién y Coclé, todas con valores superiores al promedio nacional. La representatividad muestral de “Comarcas indígenas” se refiere a los menores de 5 años indígenas que viven en las comarcas de Kuna Yala, Emberá y Ngabe Bugle exclusivamente.

11.8 Conductas y Prácticas Sexuales

Satisfacción con la Expresión de la Sexualidad, Según estudio realizado por el Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA del Ministerio de Salud, se estima que un 3.1% de los hombres del país mantienen relaciones sexuales con otros hombres, mientras que un 0.04% de las mujeres del país son mujeres transgénero. Se estima que un 0.45% de las mujeres mayores de 18 años son trabajadoras sexuales. El informe de indicadores básicos de Salud de Panamá, 2014 refleja que en el año 2012 se registraron 721 casos de VIH/SIDA. De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (ENASSER 2012), en Panamá, la edad mediana de inicio de las relaciones sexuales de las personas que tenían entre 20 y 24 años en 2009 era de 16.8 años entre los hombres, y de 17.6 entre las mujeres. En las áreas indígenas, la edad entre los hombres de la comarca Emberá era de 14.1, y de 14.0 entre las mujeres, siendo de 15.7 y de 15.5 entre los hombres y mujeres de la comarca Ngabe Bugle, respectivamente. El informe de indicadores básicos de Salud de Panamá, 2014 refleja que en el año 2012 se registraron 721 casos de VIH/SIDA. La edad de inicio de la primera relación sexual ha disminuido con respecto al 2009.

11.9 Violencia

La provincia de Panamá concentra el 32% de los incidentes de violencia doméstica, seguida de las provincias de Chiriquí y Herrera. Los reportes de incidencia más bajos se presentan en Darién y Colón.

Cuadro N°32. Porcentaje de población por provincia y de incidentes de violencia doméstica. Año 2012.

| Provincias | Población | Incidentes | Porcentajes |
|---------------------------|-----------|------------|-------------|
| Panamá | 1.990.042 | 51.68 | 32 |
| Chiriquí | 445.098 | 11.56 | 16.1 |
| Colón | 268.002 | 6.96 | 4.4 |
| Coclé | 252.233 | 6.55 | 8.4 |
| Veraguas | 242.539 | 6.3 | 9.4 |
| Comarca Ngabe Bugle | 187.824 | 4.88 | — |
| Bocas Del Toro | 147.571 | 3.83 | 9.1 |
| Herrera | 117.530 | 3.95 | 10 |
| Los Santos | 94.785 | 2.46 | 6.3 |
| Darién | 53.025 | 1.06 | 2.7 |
| Comarca Guna Yala | 11.353 | 0.29 | — |
| Comarca Emberá Wounaan | | | — |

Fuente: IDH Panamá 2014-Censo Nacional y Sistema Integrado de Estadísticas Criminales. Año 2012.

Según información del Observatorio Panameño contra Violencia de Género, la tasa de delitos de violencia doméstica denunciados en 2012 fue de 4.7 por mil habitantes (información suministrada por el Centro de Estadística del Ministerio Público al OPVG) y en 2010 se dieron 1.6 denuncias por maltrato a menores por cada mil habitantes en el país.

El Observatorio Panameño contra la Violencia de Género informa que en el año 2013 hubo 55 muertes violentas de mujeres, de las cuales 35 califican como femicidios, según el nuevo tipo penal incluido en el Código Penal. En el 2013 se dieron 16,793 ingresos de expedientes para instrucción en el Ministerio Público. Según Informe Nacional de Desarrollo Humano Panamá, las denuncias por maltrato a niños, niñas y adolescentes, aumento de 248 en el Según informe de Criminalidad del Ministerio de Seguridad Pública del 2009, en Panamá se registró 69,701 incidentes delictivos, con una tasa de 202.0 casos por cada diez mil habitantes. Mientras que para el año 2010 se finalizó con 71,997, registrando una tasa de 205.4 incidentes por cada diez mil habitantes, registrando un aumento en la tasa del 1.7.

Sólo en la Provincia de Panamá se reportó el 56.5 % de los incidentes, sobresaliendo los casos de Hurto, Robo, Robo a Mano Armada, Violencia Doméstica y Homicidios; éste último delito ha venido proyectando descenso en el último año, hasta alcanzar una tasa de 21.7 por cada cien mil habitantes en el año 2010.

Los índices reflejados indican que estamos afrontando problemas de seguridad persistentes. En la Provincia de Panamá se concentra 72.3% de los Homicidios, seguido de Colón con 13.5%. Los niños y jóvenes de 0 a 19 años son afectados en un 19.9% y los de 20 a 29 años representan el 30.2%. Lo que significa que el 50.1% de los asesinatos son en jóvenes entre 0 y 29 años, reflejando un alto grado de violencia en los barrios, producto de las disputas entre pandillas y el consumo de drogas. Esta última causa es el detonante principal de la violencia en los barrios. Según investigaciones realizada por el Sistema Nacional Integral de Estadísticas Criminológicas (SIEC), conjuntamente con el Centro de Custodia y Cumplimiento del Instituto Interdisciplinario, demuestran que existen niños consumiendo drogas desde los 9 años, lo que indica la pronta afectación del sistema cognitivo de los jóvenes.

Según reporte del comportamiento acumulado de homicidios en Panamá al año 2012, se mantiene concentrado un alto nivel en Panamá con el 76% de los homicidios, seguido de Colón con el 10%.

Según reporte del comportamiento acumulado de homicidios en Panamá al año 2012, se mantiene concentrado un alto nivel en Panamá con el 76% de los homicidios, seguido de Colón con el 10%. El 2% de las víctimas registradas en el 2012 fueron mujeres y el 98% hombres. El rango de edad de mayor prevalencia fue entre los 18 y 29 años.

11.10 Situación de los servicios de Salud Bucal

Según el Departamento de Registros y Estadísticas del MINSA, las cinco primeras causas de morbilidad dental para el año 2010 (CIE 10) son:

1. K02 Caries dental.
2. K03 Otras Enfermedades de los Tejidos duros de los dientes.
3. K05 Gingivitis y enfermedades periodontales.
4. K04 Enfermedades de la pulpa.
5. K07 Anomalías dentofaciales (incluso la maloclusión).

Así mismo, la cobertura de la población estimada al 1ero de julio de 2010, es de 15.1%, para un impacto del 30%. El otro referente importante de la situación de salud bucal de la población de Panamá, se encuentran en el Diagnóstico Nacional de Salud Bucal en Panamá 2008 (DISABU), que representa el primer estudio epidemiológico nacional, que investigó el estado de salud bucal, en la población panameña de 5 a 75 años, con representatividad de todos los grupos de edad, área geográfica, sexo y Regiones de Salud, arrojó los siguientes puntos:

- Persisten modelos de atención curativos y demanda espontánea por morbilidad.
- Cobertura aceptable con muy bajo impacto y concentración y altos costos.
- Estancamiento en fase de crecimiento sin cambios en 10 años.
- Desigualdades en la entrega de los servicios de salud.
- Información oportuna insuficiente, que no permite tomar decisiones.
- Perfil de salud de rápida transformación impone retos al actual modelo de atención a la salud.
- La mayor proporción de la población tiene bajo nivel de escolaridad y bajo ingreso familiar.
- El 60,2% de la población examinada de 5 a 75 años no cuenta con seguro social.
- Inicio de la caries dental es desde temprana edad y su magnitud y severidad es directamente proporcional al aumento de la edad.
- La población entre 5 y 12 años, presentó un índice de caries dental moderado (más de 3 dientes comprometidos).

El promedio más alto del índice de caries dental en la dentición decidua se presentó en el área indígena, seguida de la rural. El total de la población examinada de 6 a 75 años, presentó un índice de caries dental para dientes permanentes muy alto (más de 10 dientes comprometidos) y se observó que a partir de los 12 años hay un incremento del índice proporcionalmente con la edad.

A la edad de 12 años, la población examinada del área rural, presentó el promedio más alto del índice CPOD afectados por caries. En los índices de (Cariado, Extraído, Obturado, Deciduo) CEOD/ (Cariado, Perdido, Obturado, Deciduo) CPOD no se dan diferencias con relación al sexo.

Más del 90% de la población examinada de 5 a 75 años, ha tenido experiencia de caries dental. Del total de la población examinada, el mayor riesgo cariogénico identificado fue la presencia de dientes cariados con cavidades abiertas, seguido de dientes diagnosticados con surcos profundos. El 7.1% de 15 y más años de edad, está afectada con edentulismo. El 8% de la población examinada presentó buena salud dental y el 1% presentó buena salud bucodental.

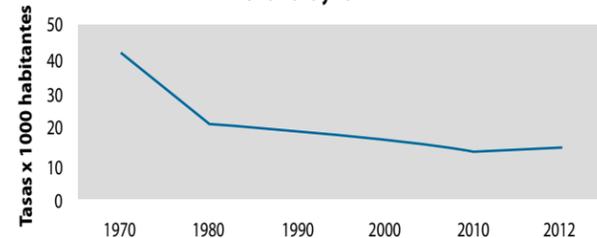
11.10.1 Monitoreo del ion flúor en el agua de consumo humano: En el periodo que abarco 2010- 2012 se incrementó las intervenciones de eficacia comprobada mediante el mantenimiento y mejoramiento de los programas preventivo como el monitoreo del ion flúor según semana epidemiológica, se crea e implementa el formulario de informe epidemiológico de ion flúor en el agua de consumo humano, y se sistematiza la información que se recibe del Instituto Conmemorativo de Investigación del Gorgas, ICGES, para evitar los informes escritos, en apoyo al proyecto Panamá sin papel, ahorrando tiempo en el flujo de la información.

12. La Morbilidad y la Mortalidad

12.1 La morbilidad por grupo de edad y sexo.

Grupo de Menores de un (>1) Año. En el caso de los menores de 1 año, observamos que entre las 5 causas de morbilidad codificada en el registro diario de atención, ocupan el primer lugar la rinofaringitis aguda, con una consulta anual de 43,536 casos en menores de un año. Lo que correspondería a un tasa de 58,291. La diarrea y gastroenteritis de origen infeccioso con una tasa de 17,547.9 (13,106 consultas) y la influenza con manifestaciones respiratorias, virus no identificado con una tasa de 7,923.7 (5,918 consultas), ocupan el segundo y tercer lugar de morbilidad en menores de 1 año. El cuarto y quinto lugar de morbilidad atendida en este grupo de edad, corresponde a afecciones de la piel: piodermatitis y escabiasis con tasas de 7,705 y 5,619 casos por cada 100,000 menores de un año.

Gráfica N°21. Tasa de Mortalidad infantil en la República de Panamá 1970-2010 y 2012



Fuente: Departamento de Registros y Estadísticas de Salud. 2013.

Grupo de 1 a 4 años

En el caso de los menores de 1-4 años observamos que los problemas asociados al sistema respiratorio tienen un sitio importante, las rinofaringitis aguda y la influenza con otras manifestaciones respiratorias, virus no identificado ocupan el primer y tercer lugar entre las patologías más frecuentes, las tasas de 29,014 y 3,953 casos por 100,000 habitantes respectivamente. En segundo y quinto lugar lo ocupan enfermedades del tracto intestinal como la diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso y las parasitosis intestinales con tasas de 11,928 y 4,413 por 100,000 habitantes, respectivamente. El tercer lugar de morbilidad atendida en este grupo es por problemas dérmicos (piodermatitis) cuya tasa es de 7,678 casos por 100 000 habitantes.

Grupo de 5 a 9 años

Para el año 2013, en este grupo de edad se atendieron 184,755 personas, la morbilidad atendida fue similar en hombres (49.9 %) y en mujeres (50.1%). En primer lugar por causa de morbilidad, se encuentra la rinofaringitis aguda (resfriado común) con 37,147 casos lo que representa una tasa de 10,278 casos por 100000 habitantes. En un segundo lugar se presentan las Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso con tasas de 3035 casos por 100,000 habitantes. Las parasitosis intestinal, con una tasa de 3023 casos por 100000 habitantes ocupa el tercer lugar. Otras patologías frecuentes en éste grupo de edad son las infecciones de las vías respiratorias superiores agrupadas (influenza, infecciones agudas de sitios múltiples y la faringitis no especificada) y las piodermatitis con 18,477 casos y 9639 casos respectivamente.

Grupo de 10 a 14 años

En el grupo de adolescentes de 10 a 14 años la morbilidad anual fue de 113,937 personas 52.3 mujeres y 47.7 hombres. El patrón de enfermedades que afectan a este grupo es similar al grupo de 5-9 años, la rinofaringitis, las diarreas de presunto origen infeccioso y las parasitosis intestinales con tasas de 4,138, 1,588 y 1,398 por 100,000 habitantes, respectivamente, sumando un 22% del total de la morbilidad en este grupo de edad. Las faringitis agudas y otras infecciones agudas de sitios múltiples de vías respiratorias superiores suman cerca de 7,269 atenciones, es decir el 6.4% del total de enfermedades en adolescentes.

Grupo de 15 a 19 años

En el grupo de adolescentes de 15 a 19 años encontramos las rinofaringitis aguda (resfriado común) ocupan el primer lugar con tasa de 2,562.5 por 100,000 habitantes. En un segundo lugar las enfermedades del sistema genitourinario con una tasa de 1,742 por 100,000 habitantes. Las Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso con una tasa de 1,443.9 por 100,000 habitantes ocupan el tercer lugar. Desde el enfoque de género, es importante resaltar que en este grupo de edad el 68.3 % de la morbilidad atendida es en mujeres, las infecciones de vías urinarias y las enfermedades por causas ginecológicas y obstétricas ocupan un lugar importante: vaginitis aguda, amenorrea e infecciones de vías urinarias no especificadas y las infecciones de vías urinarias asociadas a embarazos suman cerca de 9,297 casos, lo que representa el 11.57% de la morbilidad femenina. Por otro lado, el 76 % de las consultas por gastritis y el 75 % de las consultas por obesidad son en mujeres.

Grupo de 20 a 24 años

En este grupo de jóvenes empiezan a surgir patrones característicos de la edad, entre las morbilidades más frecuentes podemos mencionar la rinofaringitis aguda con 9,295 casos y

tasa de 2,938.7. Las infecciones de vías urinarias con 7,549 casos reportados y una tasa de 2,386.7. El grupo de las enfermedades infecciosas y parasitarias con 6,946 casos y tasa de 2,196.0, seguidas de las gastritis con 3,647 casos y una tasa de 1,153 y en quinto lugar se ubica la obesidad con una tasa de 1,143.5 y 3,617 casos reportados.

Grupo de 25 a 34 años

En el grupo de adolescentes de 25 a 34 años encontramos un patrón de enfermedades que afectan de manera similar al grupo de 20 a 24 años, las enfermedades del sistema respiratorio. La rinofaringitis con 16,299 casos registrados y tasa de 2,727.5 representa la morbilidad de mayor incidencia. En segundo lugar se reportan las infecciones de vías urinarias con 13,605 casos reportados y tasa de 2,276.6. El grupo de las enfermedades infecciosas y parasitarias con 11,960 casos y una tasa de 2,001.4 ocupa la tercera posición. El cuarto lugar lo ocupan las gastritis con 9,428 casos reportados y una tasa de 1,577.7 y en el quinto lugar se ubica la obesidad con 8,853 casos reportados y una tasa de 1,481.4.

Grupo de 35 a 49 años

En el grupo de adultos de 35 a 49 años la rinofaringitis ocupa el primer lugar con 19,191 casos registrados y una tasa de 2,496.4. En segundo lugar se ubica la hipertensión con 18,712 casos y tasa de 2,434.13, seguida en tercer lugar de las lumbalgias no específica con 16,155 casos reportados y tasa de 2,101.50. En cuarto lugar se reportan las infecciones de vías urinarias con 14,844 casos y una tasa de 1,930.96. En quinto lugar la obesidad no específica con 13,536 casos y tasa de 1,760.8. Quedando en sexto lugar las diarreas y gastroenteritis con una tasa de 1,416.0 que corresponde a 10,886 casos reportados.

Grupo de 50 a 59 años

En el grupo de adultos de 50 a 59 años encontramos otro perfil de problemas característicos de las consecuencias naturales del envejecimiento. La hipertensión arterial se ubica en primer lugar con 18,663 casos y una tasa de 5,341.98; en segundo lugar se encuentra la rinofaringitis con 9,776 y una tasa de 2,798.22. En tercer lugar encontramos la lumbalgia no específica con 7,902 y tasa de 2,261.82; en cuarto lugar se ubica las infecciones de vías urinarias con 6,226 casos y tasa de 1,782.09; en quinto lugar se encuentra la obesidad no específica con 6,033 casos y tasa 1,726.85. En sexto lugar tenemos a la diarrea y gastroenteritis con 4,378 casos y una tasa de 1,253.1.

Adultos de 60 a 64 años

En este grupo de adultos de 60 a 64 años encontramos un patrón de enfermedades que afectan de manera similar al grupo de 50 a 59 años, la hipertensión arterial se ubica en primer lugar con 9,167 casos y una tasa de 7,571.09, le sigue la rinofaringitis con 4,131 casos y tasa de 3,411.82. En tercer lugar se encuentra las lumbalgias no específicas con 2,861 casos y tasa de 2,362.92, en cuarto lugar las infecciones de vías urinarias con 2,454 casos registrados y tasa de 2,026.78. En quinto lugar se ubica la obesidad con 2,150 casos y una tasa de 1,757.70.

Adultos mayores de 65 años y más

En los grupos mayores de 65 años el perfil se presenta la hipertensión esencial (primaria) con 30,957 casos registrados y una tasa de 11,088.86, es la de mayor frecuencia en este grupo poblacional. En segundo lugar la rinofaringitis aguda con el 12,823 casos y tasa de 4,593.23, en tercer lugar están las infecciones de vías urinarias con 7,389 casos y una tasa de 2,646.76, en cuarto lugar las lumbalgias no específicas con 7,478 casos y tasa de 2,678.64, seguidas en

quinto lugar por los dolores articulares con 6,800 casos y una tasa de 2,435.77 y en sexto lugar se ubica la diabetes mellitus con una tasa de 1,581.10 y una 4,414 casos registrados.

El elemento más característico de la transición epidemiológica ha sido el desplazamiento de las enfermedades infecciosas y parasitarias a los tumores y enfermedades crónicas degenerativas (especialmente del aparato circulatorio) y a causas externas (accidentes, homicidios, suicidios). Estos cambios en la prevalencia de ciertas enfermedades y causas de muerte, que son consecuencia del avance de la medicina, de la educación en materia de prevención de enfermedades, se dan en el marco del descenso de la fecundidad y del cambio en la estructura por edades de la población, lo que contribuye a modificar con mayor intensidad el perfil de la demanda planteada al sector salud, lo cual obliga a los sistemas de salud a encarar problemas de naturaleza degenerativa y crónica, que exigen técnicas de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de mayor complejidad y costo.

Los cambios progresivos en la estructura de la población plantean grandes retos para el sistema nacional de salud sobre todo por el incremento en la población mayor de 65 años, que trae consigo el incremento de las enfermedades crónicas y degenerativas, propias de una población en proceso de envejecimiento.

Esta situación, además, se ve agravada por la iniquidad del desarrollo social y económico que se evidencia por la persistencia de una amplia brecha social, expresada en el comportamiento geográfico poblacional de los indicadores demográficos, en la expectativa de vida, en el índice de desarrollo humano y en el comportamiento de algunos riesgos y patologías prevenibles que están afectando a la población panameña.

Las enfermedades emergentes y reemergentes como el dengue, la malaria, tuberculosis, hanta virus y el SIDA, entre otras; y las no transmisibles tal es el caso de la diabetes mellitus, la hipertensión arterial, las enfermedades isquémicas del corazón y el cáncer, por mencionar algunas, figuran entre los problemas de salud con mayor incremento dada la prevalencia creciente de la obesidad, las dislipidemias y otras patologías vinculadas a la malnutrición.

De igual forma, la población se ve afectada por patologías de carácter social como las farmacodependencias, entre las que se cuentan el tabaquismo, el alcoholismo y el consumo de drogas ilegales; y la desnutrición, por mencionar algunas.

Cada vez más los problemas relativos a la salud mental ocupan un espacio importante, entre los ya múltiples problemas de salud que afectan a los panameños y panameñas. La depresión, la esquizofrenia, los trastornos afectivos y de ansiedad se han constituido en las patologías psiquiátricas más prevalentes en el país.

La transición demográfica y, en particular, el descenso de la mortalidad, han ido acompañados de un conjunto de procesos al que se le ha dado el nombre de Transición Epidemiológica. El elemento más característico de la transición epidemiológica ha sido el desplazamiento de las enfermedades infecciosas y parasitarias a los tumores y enfermedades crónicas degenerativas (especialmente del aparato circulatorio) y a causas externas (accidentes, homicidios, suicidios).

Estos cambios en la prevalencia de ciertas enfermedades y causas de muerte, que son consecuencia del avance de la medicina, de la educación en materia de prevención de enfermedades, se dan en el marco del descenso de la fecundidad y del cambio en la estructura por edades de la población, lo que contribuye a modificar con mayor intensidad el perfil de la demanda planteada al sector salud, lo cual obliga a los sistemas de salud a encarar problemas de naturaleza degenerativa y crónica, que exigen técnicas de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de mayor complejidad y costo.

13. La mortalidad por espacios geográficos poblacionales

13.1 La Mortalidad General.

Durante el año 2012, la tasa bruta de mortalidad general fue mayor en las provincias de Los Santos, Herrera, así como en la provincia de Colón. Lo cual guarda relación, quizás, con las condiciones de vida de estas poblaciones, con los grados de inequidad en la capacidad de respuesta de los servicios públicos, con las condiciones del registro de mortalidad y con el proceso de envejecimiento, principalmente en lo relacionado con las provincias de Los Santos y Herrera.

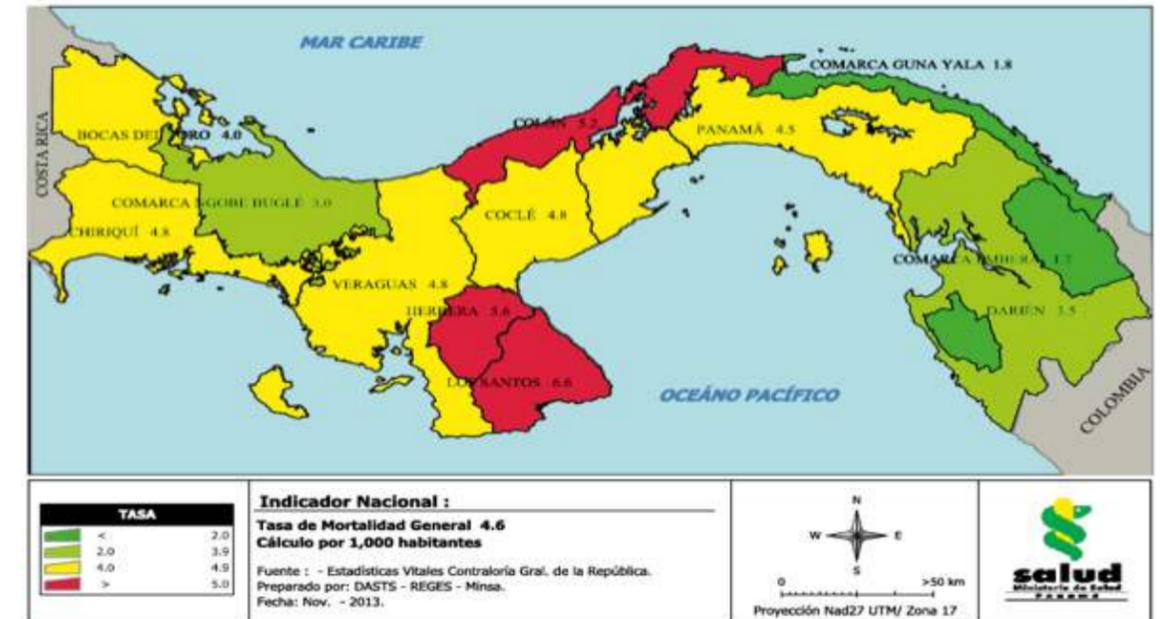
En la provincia de Darién y en las comarcas Guna Yala y Ngabe Bugle, el primer lugar, en cuanto a causa de defunción lo ocupan las causas externas de morbilidad y de mortalidad y las neumonías. Los tumores malignos figuran entre las cinco primeras causas de muerte en todas las provincias y comarcas tanto en hombres como en mujeres.

Los distritos con tasas de mortalidad elevada (superior a 7 muertes por cada 1000 habitantes) son Pocrí, Guararé y Las Tablas de la Provincia de Los Santos y Rio de Jesús de la provincia de Veraguas. El distrito con la más baja tasa de mortalidad general es Kusapin de la Comarca Ngabe Bugle con 2 muertes por cada 1,000 habitantes.

Las variaciones en el perfil epidemiológico son claras cuando en los primeros años del análisis preveían entre las principales causas de muerte las enfermedades infectocontagiosas y ya para el año 80' estos sitios eran predominantemente ocupados por las enfermedades crónicas y degenerativas.

Estas características tienen un comportamiento diferenciado según el nivel de pobreza de las poblaciones y se reflejan en los análisis de desigualdad en salud, donde las enfermedades crónicas no transmisibles como los tumores malignos, la enfermedad cerebro vascular, las enfermedades isquémicas del corazón, las causas externas y la diabetes representan mayor riesgo de morir en la medida en que la población es menos pobre.

Mapa N°1. Tasa de Mortalidad General por Provincia en La República de Panamá. Año 2012.



Fuente: Contraloría General de la República de Panamá. Año: 2012

En la provincia de Darién y en las comarcas Guna Yala y Ngabe Bugle, el primer lugar, en cuanto a causa de defunción lo ocupan las causas externas de morbilidad y de mortalidad y las neumonías. Los tumores malignos figuran entre las cinco primeras causas de muerte en todas las provincias y comarcas tanto en hombres como en mujeres.

Los distritos con tasas de mortalidad elevada (superior a 7 muertes por cada 1,000 habitantes) son Pocrí, Guararé y Las Tablas de la Provincia de Los Santos y Rio de Jesús de la provincia de Veraguas. El distrito con la más baja tasa de mortalidad general es kusapin de la Comarca Ngabe Bugle con 2 muertes por cada 1,000 habitantes.

13.2 La Mortalidad Infantil.

La tasa de mortalidad infantil del país muestra una tendencia a la disminución en las últimas cinco décadas de 40.5 x1000n.v en 1970 a 13.4 en el 2010. Según el desarrollo urbano-rural, muestra una disminución gradual como se aprecia en la tabla siguiente:

Cuadro N°33. Tasas de Mortalidad Infantil, según área urbana o rural en la República de Panamá. Años 1970-2010 y 2012.

| Año | Tasa | Urbana | Rural |
|------|------|--------|-------|
| 1970 | 40.5 | 29.8 | 48.8 |
| 1980 | 21.7 | 19.4 | 23.9 |
| 1990 | 18.9 | 17.9 | 19.7 |
| 2000 | 16.7 | 15.6 | 17.8 |
| 2010 | 13.4 | 11.2 | 16.9 |
| 2012 | 14.3 | 13.2 | 16.3 |

Fuente: Departamento de Registros y Estadísticas de Salud. 2013 - mortalidad x 1000 n.v. (nacidos vivos).

Las Provincias de Bocas del Toro, Darién y La Comarca Guna Yala han mostrado las tasas de mortalidad infantil más altas del país en las últimas décadas (2000-2010), comparables con las tasas de mortalidad urbana del país para década del 70.

Cuadro N°34. Mortalidad General e Infantil por Área, Según Provincia y Comarca. República De Panamá. Años: 1970-20100 y 2012.

| Año | indicador | | | | | | | | | | | | | | |
|--|-----------|--------|-------|----------------|-------|-------|----------|--------|---------|------------|--------|----------|-----------|-------|-------------|
| | Total | Área | | Provincias | | | | | | | | | Comarcas | | |
| | País | Urbana | Rural | Bocas del Toro | Coclé | Colón | Chiriquí | Darién | Herrera | Los Santos | Panamá | Veraguas | Kuna Yala | Emerá | Ngabe Bugle |
| Mortalidad General (2) | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1970 | 7.1 | 3.5 | 8.4 | 9.1 | 8 | 8 | 7.6 | 8.3 | 7.7 | 6.6 | 5.8 | 9.2 | - | - | - |
| 1980 | 4.1 | 4.1 | 4 | 4.7 | 4.1 | 5 | 4.1 | 1.2 | 3.8 | 4.4 | 3.8 | 4.6 | - | - | - |
| 1990 | 4.1 | 4.1 | 4 | 4.8 | 4.5 | 6 | 3.1 | 2.6 | 4.1 | 4.7 | 4 | 3.8 | - | - | - |
| 2000 | 4.1 | - | - | 3.8 | 3.5 | 5.4 | 4 | 2.4 | 4.5 | 5.5 | 4 | 3.9 | 5.6 | - | - |
| 2010 | 7.5 | 4.1 | 4.4 | 5 | 4.8 | 2.2 | 5.6 | 6.6 | 4.4 | 4.8 | 6.5 | 1.9 | 3.1 | 7 | 7.2 |
| 2012 | 4.6 | 4 | 4.8 | 5.2 | 4.8 | 3.5 | 5.6 | 6.6 | 4.5 | 4.8 | 4.3 | 1.7 | 3 | 3 | 9.1 |
| Mortalidad Infantil (x 1000 N.V.) | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1970 | 40.5 | 29.8 | 48.8 | 52 | 24.6 | 11.6 | 44.6 | 63.6 | 39.5 | 30.2 | 33.7 | 47.3 | - | - | - |
| 1980 | 21.7 | 19.4 | 23.9 | 37.3 | 26.3 | 20.5 | 26 | 12.4 | 23.2 | 14.2 | 19.7 | 16.8 | - | - | - |
| 1990 | 18.9 | 17.9 | 19.7 | 33.9 | 20.3 | 25.5 | 17.6 | 17.6 | 10.6 | 9 | 17.1 | 18.5 | 32.6 | - | - |
| 2000 | 16.7 | - | - | 27.2 | 15.5 | 16.8 | 18.6 | 32.4 | 11.5 | 14.7 | 14.9 | 13.1 | 27.3 | - | 19.3 |
| 2010 | 13.4 | 11.2 | 16.9 | 27.7 | 10.4 | 13.6 | 15.4 | 11.6 | 11 | 5.8 | 10.9 | 11.5 | 24.3 | 23.4 | 17.9 |
| 2012 | 14.3 | 13.2 | 16.3 | 23.6 | 14.9 | 11.5 | 17.7 | 28.7 | 14 | 9.5 | 11.9 | 13.4 | 34.6 | 7.4 | - |

(1) Se refiere a defunciones feta es de cualquier período de gestación
(2) Por cada mil nacimientos vivos

Fuente: Departamento de Registros y Estadísticas de Salud. 2013

Cuadro N°35. Estructura de las Causas de Muerte en Menores de un Año (>1). República de Panamá. Años 1970-2010 y 2012 (tasa por 10,000 nacidos vivos).

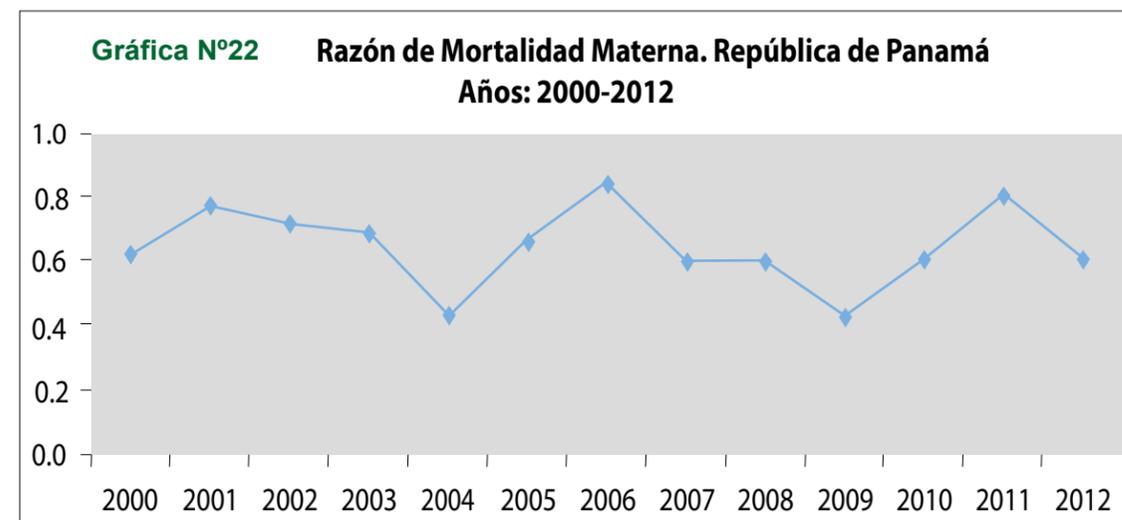
| Causas de Muerte | 1970 | | 1980 | | 1990 | | 2000 | | 2010 | | 2012 | |
|--|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| | Nº | Tasa |
| Total | 2156 | 405 | 1144 | 217 | 1133 | 189 | 1081 | 167 | 910 | 134 | 1083 | 144 |
| Enteritis y otras Enf. Diarreicas + | 272 | 51 | | | | | 46 | 7.1 | 39 | 5.7 | 34 | 4.5 |
| Tétanos | 150 | 28.1 | | | | | | | | | | |
| Neumonía | 254 | 47.7 | 77 | 14.6 | 42 | 7 | 51 | 7.9 | 104 | 15.3 | 75 | 9.9 |
| Lesiones al Nacer, Partos Distócicos y Otras Afecciones Anóxicas e Hipóxicas del Menor de un Año | 218 | 40.9 | 490 | 93.1 | 550 | 91.8 | 463 | 71.4 | 284 | 41.8 | 428 | 56.7 |
| Anomalías Congénitas | 115 | 21.6 | 131 | 24.9 | 201 | 33.6 | 291 | 44.9 | 212 | 31.2 | 304 | 40.3 |
| Bronquitis, Enfisema y Asma | 75 | 14 | 29 | 5.5 | | | | | | | | |
| Sarampión | 38 | 7.1 | | | 15 | 2.5 | | | | | | |
| Influenza | 34 | 6.4 | | | | | | | | | | |
| Infección Intestinal Mal Definida | | | 83 | 15.8 | 60 | 10 | | | | | | |
| Tosferina | | | 33 | 6.2 | | | | | | | | |
| Meningitis | | | 28 | 5.3 | 15 | 2.5 | | | | | | |
| Deficiencias de la Nutrición | | | | | 35 | 5.8 | 5.4 | 8.3 | | | | |
| Accidentes, Suicidios, Lesiones Autoinfligidas, Agresiones y otras | | | | | | | | | 49 | 7.2 | 25 | 3.3 |
| Demás causas | 1000 | 188 | 273 | 51.9 | 215 | 35.9 | 176 | 27.1 | 222 | 32.7 | 207 | 28.7 |

Fuente: Departamento de Registros y Estadísticas de Salud. 2013.

13.3 La Mortalidad Materna

La mortalidad materna en la República de Panamá, presento un aceptable descenso entre la década de 1970 (1.4) y 1980 (0.7), desde entonces, se ha mantenido sin variaciones. El comportamiento de la tasa de mortalidad entre provincias y comarcas es muy diverso.

Para el año 2010 el rango de tasa va desde 0.4 defunciones por 1000 nacidos vivos en Panamá y Chiriquí hasta 24.5 defunciones por 1000 nacidos vivos en la Comarca Ngabe Bugle y para el año 2012, la tasa más baja la presentó Veraguas (0.2) y la más alta la Comarca Ngabe Bugle (34.5) la cual aumento en un 41 % en dos años.



Fuente: Contraloría General de la República y Departamento de Análisis de Situación y Tendencias de Salud. Ministerio de Salud. Año: 2012 Tasas por 1,000 Habitantes

Cuadro N°36. Defunciones y Razón de Mortalidad Materna por Provincia. República de Panamá. Años:1970-1980-1990-2000-2010-2012 (Razón por mil nacidos vivos).

| Provincia | 1970 | | 1980 | | 1990 | | 2000 | | 2010 | | 2012 | |
|----------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| | Nº | Tasa |
| Total | 72 | 1.4 | 37 | 0.7 | 32 | 0.5 | 40 | 0.6 | 41 | 0.6 | 49 | 0.6 |
| Bocas del Toro | 1 | 0.5 | 1 | 0.4 | 2 | 0.6 | 3 | 0.7 | 2 | 0.5 | 2 | 0.5 |
| Coclé | 8 | 1.6 | 7 | 1.6 | 4 | 0.8 | 2 | 0.4 | 2 | 0.5 | 2 | 0.5 |
| Colón | 8 | 1.6 | 6 | 1.2 | 3 | 0.6 | 3 | 0.6 | 3 | 0.6 | 3 | 0.5 |
| Chiriquí | 17 | 1.9 | 4 | 0.5 | 8 | 0.9 | 5 | 0.5 | 3 | 0.4 | 3 | 0.3 |
| Darién | 4 | 4.3 | 1 | 1.5 | - | - | 1 | 0.9 | 1 | 4.1 | 1 | 1 |
| Herrera | 2 | 0.7 | 1 | 0.4 | 1 | 0.4 | 1 | 0.5 | - | - | - | - |
| Kuna Yala | - | - | - | - | 1 | 1 | 6 | 5.1 | 4 | 4.6 | - | - |
| Los Santos | 1 | 0.4 | 3 | 2 | - | - | 1 | 0.8 | - | - | 1 | 0.9 |
| Panamá | 16 | 0.8 | 5 | 0.2 | 7 | 0.3 | 11 | 0.4 | 1.4 | 0.4 | 21 | 0.6 |
| Veraguas | 15 | 2.5 | 9 | 1.6 | 6 | 1 | 7 | 1.3 | 2 | 0.5 | 1 | 0.2 |
| Ngabe Bugle | | | | | | | | | 10 | 24.5 | 15 | 34.5 |

Fuente: Contraloría General de la República y Departamento de Análisis de Situación y Tendencias de Salud. Ministerio de Salud. Año: 2012 razón por 1,000 nacidos vivos.

14. Perfil epidemiológico en la República de Panamá

El perfil de salud – enfermedad de la población panameña refleja la persistencia de enfermedades prevenibles y transmisibles, como es el caso de las infecciones respiratorias agudas y gastrointestinales, entre otras; las cuales se hacen más presentes en los espacios geográfico poblacionales que concentran un conjunto de riesgos y donde los niveles de pobreza son mayores. Este perfil, también refleja el incremento de la prevalencia de las enfermedades crónicas y degenerativas como los tumores malignos, las enfermedades cerebrovasculares e isquémicas del corazón, por mencionar algunas. Este último grupo de patologías se caracteriza por una alta demanda de servicios de salud de alta tecnología, de larga estancia y altos costos; a lo que se suma la transición demográfica hacia una población que cada vez es más vieja, incrementándose por ende la proporción de población con 60 y más años.

Un análisis cronológico de las causas de muerte en Panamá, ubica a las enfermedades infecciosas en los primeros lugares durante la década de los sesenta; sin embargo, a la fecha estas posiciones son ocupadas por las enfermedades crónicas no transmisibles y a las causas externas, a excepción del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) que en los últimos 10 años se ha identificado entre las primeras 10 causas de muerte.

Desde la perspectiva de la morbilidad destaca el resurgimiento de la tuberculosis, de la malaria y del dengue; la emergencia del SIDA y del Hanta virus; el control del Cólera y la erradicación de la Poliomielititis y del Sarampión, por mencionar algunos cambios importantes en el comportamiento de las enfermedades transmisibles. Por otro lado, se destaca el incremento de los tumores malignos, de las enfermedades del sistema circulatorio, de los trastornos de la salud mental, del incremento de la drogadicción y de las enfermedades sociales, como la desnutrición.

14.1 Las Enfermedades Crónicas

Las enfermedades crónicas, incluyendo las cardiovasculares, ocupan un muy importante lugar tanto en la morbilidad general como en la mortalidad de nuestro país, principalmente en los adultos y adultos mayores, con los cambios en la estructura poblacional y considerando que estas enfermedades son multicausales y de etiología incierta, es apremiante reforzar la vigilancia de las enfermedades y de sus factores de riesgo, así como realizar intervenciones efectivas en los estilos de vida de la población panameña. Puesto que existe una sólida base de conocimientos sobre la fisiopatología, tratamiento y factores de riesgo (tabaquismo, inactividad física, malnutrición, obesidad, hipertensión arterial, dislipidemias y la diabetes mellitus tipo 2.

14.1.1 Las Enfermedades del Sistema Circulatorio

Entre las crónicas con mayor relevancia en la República de Panamá, se encuentran las enfermedades del Sistema Circulatorio, las cuales incluyen: enfermedades isquémicas del corazón, enfermedades cerebrovasculares, otras enfermedades del corazón, enfermedades hipertensivas y aterosclerosis. En el año 2012, la mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio representa el primer lugar de muerte a nivel de país, presentó una tasa agrupada de 123.2 defunciones por 100,000 habitantes afectando más a hombres que a mujeres, con tasas aproximadas de 141 y 112 por 100,000 habitantes respectivamente.

Cuadro N°37. Tres Principales Causas de Muerte por Enfermedades del Sistema Circulatorio por Provincia y Comarca. República de Panamá. Año: 2012.

| Provincia | Enfermedad Hipertensiva | | Enfermedad Isquémica | | Arteriosclerosis | |
|---------------------|-------------------------|------|----------------------|------|------------------|------|
| | Nº | Tasa | Nº | Tasa | Nº | Tasa |
| Total | 386 | 10.7 | 1672 | 46.3 | 42 | 1.2 |
| Bocas del Toro | 13 | 10.5 | 34 | 27.5 | 0 | 0.0 |
| Coclé | 36 | 14.8 | 109 | 44.9 | 6 | 2.5 |
| Colón | 71 | 27.5 | 141 | 54.6 | 5 | 1.9 |
| Chiriquí | 29 | 6.7 | 252 | 58.1 | 7 | 1.6 |
| Darién | 3 | 5.3 | 13 | 23.2 | 0 | 0.0 |
| Herrera | 7 | 6.2 | 61 | 53.8 | 2 | 1.8 |
| Los Santos | 20 | 21.8 | 69 | 75.4 | 3 | 3.3 |
| Panamá | 165 | 8.8 | 930 | 49.8 | 17 | 0.9 |
| Veraguas | 36 | 15.8 | 54 | 23.7 | 1 | 0.4 |
| Comarca Guna Yala | 2 | 5.3 | 2 | 5.3 | 0 | 0.0 |
| Comarca Ngabe Bugle | 4 | 2.5 | 7 | 4.4 | 1 | 0.6 |

Fuente: Departamento de Registros y Estadísticas de Salud. Ministerio de Salud. Año 2012 República de Panamá. Tasas por 100,000 habitantes.

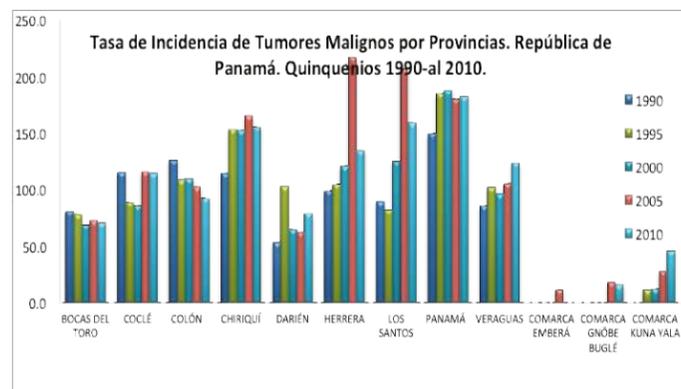
14.1.2 Los Tumores Malignos

El análisis del comportamiento de los casos de cáncer en la República de Panamá, para el periodo comprendido entre 2002 y 2012, evidencia dentro de los 5 principales tumores malignos que afectan a la población panameña son los de cuello uterino, próstata, mama femenina, estómago y tráquea, bronquios y pulmón.

Entre los tres cánceres con mayor incidencia se encuentra el de próstata, el cual, en los últimos años se ha pretendido aumentar su captación oportuna, al incluirlo en la campaña de prevención que se realiza cada año. El cáncer de mama muestra una tendencia al aumento, mientras el cérvico uterino se aprecia un descenso gradual, además, cabe destacar que para el cáncer de piel se observa un leve aumento, mientras que para los de estómago, colon, pulmón, bronquios y tráquea la tendencia es a mantenerse estables.

Al comparar las tasas de incidencia de tumores malignos por provincias en los quinquenios 1990-2010 se observa un aumento en las provincias de Herrera, Los Santos y Veraguas hasta el año 2010, otras provincias, como Chiriquí, Panamá, Coclé y Bocas Del Toro han mantenido cifras similares en ambas décadas. Colón es la única provincia con una leve tendencia a la disminución.

Gráfica N°23



Fuente: Departamento de Análisis de Situación y Tendencias de Salud. Ministerio de Salud. República de Panamá. Tasas por 100,000 habitantes. Año: 2015

Las proyecciones indican que el número de casos aumentara de 5,415 en el 2012 hasta 10,163 en el 2030, lo que representa un aumento de 5,048 casos nuevos para los próximos 17 años. (GLOBOCAN 2012).

En Panamá, la incidencia de cáncer para el año 2011 es de 5,506 casos en todo el territorio nacional, lo que represento una tasa de incidencia estandarizada por todos los tipos de cáncer de 149.6 por 100,000 habitantes para ambos sexos. Estas neoplasias malignas en su conjunto constituyen la segunda causa (16.1%) de muerte en Panamá y en 2011 produjeron 2,629 defunciones, de ellas 1,364 en hombres y 1,265 en mujeres, lo cual representa una mortalidad de cerca de 5 defunciones de cada 10 casos.

Otro de los cánceres que más afectan a la población panameña, es el cáncer de colon, el cual no presenta diferencia significativa entre sexos en el periodo evaluado del 2002 al 2011 y cuyas tasas de mortalidad anuales oscila entre 4.9 y 7.1 por 100,000 hombres y 5.4 y 6.8 por 100,000 mujeres.

El mayor número de defunciones por cáncer, durante el periodo 2002-2011 se debió a los cánceres de próstata, cuello del útero, mamas, estómago, colon, tráquea, bronquios y pulmón. Cuando se analizan de manera específica los cánceres en esta década, poca es la variación perceptible gráficamente, sin embargo, la tendencia en los últimos 20 años es al aumento, al igual que las enfermedades no transmisibles, reflejando problemas de salud de poblaciones en transición demográfica. Durante el año 2013, la tasa de muerte por cáncer de estómago era de 7.5 y de cáncer de próstata de 8.5. Analizando los datos registrados en el Departamento de Estadísticas y Registros de Salud para el año 2011 por grupo de edad en general afectan a población en todos los grupos de edad pero aumentan proporcionalmente con la edad. De los 5506 casos ocurridos en este año 151 correspondieron a menores de 20 años, lo que representa un 2.7 %, 1,929 casos se dieron en el grupo de 20 a 59 años ocupando el 35% de los cánceres registrados en dicho año causando de manera indirecta un sin número de problemas sociales y económicos para el país, considerando el impacto que conlleva esta patología en la población económicamente productiva. Cabe destacar que más del 60 % de la población afectada por este mal está en el grupo de 60 años y más, la cual sumada a las enfermedades crónicas no transmisibles requiere mayor enfoque de prevención y de diagnóstico oportuno para lograr cambios a largo plazo en estas proyecciones.

En el caso del cuello de útero una tendencia estable. Cuando el análisis se efectúa al ajustar la tasa por edad, la población más afectada es la de 30 a 60 años, aunque el rango de edades es desde 15 en adelante. En cuanto al cáncer de mama el rango de afectación es desde 15 años en adelante.

14.1.3 Las Causas Externas

Las causas externas figuran entre las principales de muerte, alternadas con los tumores malignos y las enfermedades cardiovasculares. Entre ellas se incluyen los accidentes de tránsito, homicidios suicidios, y otras violencias, que afectan a la población panameña de todas las edades, pero principalmente a los jóvenes y adultos en edad productiva. Este comportamiento hace de las causas externas un problema de salud pública de alta magnitud, gravedad y trascendencia social, con importantes implicaciones para los servicios de salud, pero principalmente para la unidad familiar y para la capacidad laboral y productiva de la sociedad panameña.

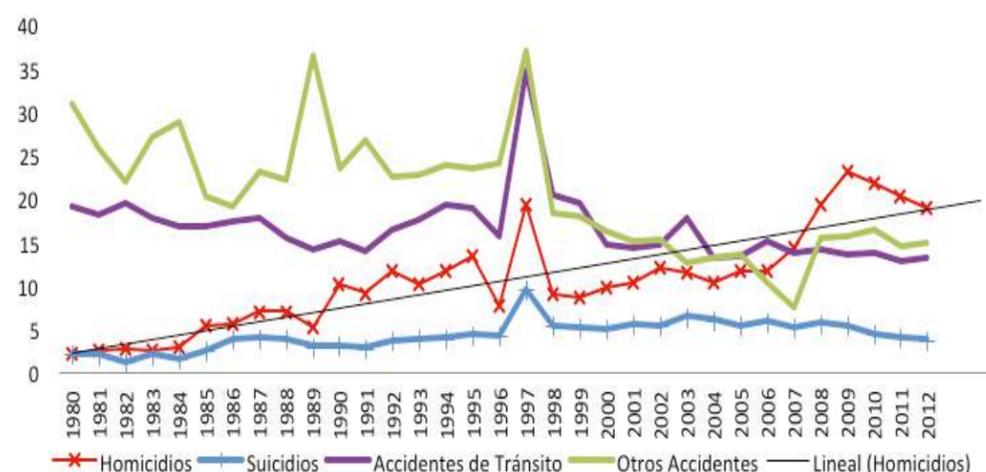
Como problema de salud pública y por su complejidad y la de los factores determinantes y condicionantes de su presencia, es fundamental caracterizarlo con mayor profundidad, con la finalidad de lograr el desarrollo de estrategias de control costo efectivas que abarcan diferentes actores sociales. En las diferentes décadas estudiadas, las tasas de mortalidad por causas externas se han mantenido en un rango entre 46.8 a 55.9 defunciones por 100,000 habitantes; sin embargo dentro de la mortalidad total ocupan cerca de un 11 % del total con una ligera disminución porcentual en los últimos años.

En el 2012 ocurrieron 1896 muertes debido a causas externas, con un promedio mensual de 158 defunciones. Cada día fallecen 5.2 personas por esta causa en general. Ocurren dos homicidios por día, 6 suicidios por quincena y cerca de 10 muertes por accidentes de tránsito por semana. En el periodo comprendido en las décadas 1980, 1990, 2000 y 2012, se observa como el porcentaje de los homicidios, dentro de las causas de mortalidad externa, evoluciona de un 4% en 1980 a 20% y 21% en los años 1990 y 2000 respectivamente hasta alcanzar un 38% del total de las muertes por causas externas en el 2012. En el caso de los suicidios, el porcentaje ha variado entre 4-11% y en el caso de los accidentes la tendencia porcentual es a la disminución a expensas del aumento de los homicidios.

Un análisis del comportamiento de las causas externas por tipo de causa y año de ocurrencia de la muerte, indica que de 1980-2012 las tasas de mortalidad se han mantenido en un rango entre 43.5 a 59.7 muertes por cada 100,000 habitantes, siendo el año 1995 el que presenta la tasa más elevada a expensas del aumento de los homicidios, cuyas tasas van en incremento desde mediados de los años 90.

En el caso del suicidio, las tasas han mostrado un ligero incremento, presentando una tasa de 2 suicidios por cada 100,000 habitantes en el año 1980 y luego de 32 años la tasa a incrementado a 3.6 por 100,000 habitantes, logrando un incremento del 80 %. Es importante destacar que el rango de tasas ha oscilado entre 1.1 en 1982, alcanzando 9.4 en 1997. Año en que todas las tasas por causa externas aumentaron en el país. En cuanto a los accidentes de tránsito, en el periodo evaluado se reporta un descenso porcentual del 26.6 % con tasas que han oscilado en un rango de 34.6 a 12.6 defunciones por 100,000 habitantes. El valor máximo se alcanzó en 1997 y el mínimo en 2011. Por su parte, los homicidios presentan un comportamiento ascendente de sus tasas, pues alcanza valores de 23 defunciones por 100,000 habitantes en el 2009. En el 2012 la tasa sufrió un ligero descenso hasta 18.8 defunciones por 100 000 habitantes.

Gráfica N°24. Tasa de mortalidad por causas externas por años. Panamá, años 1980 - 2012.



Fuente: Contraloría General de la República. Año: 2012

Un análisis quinquenal da evidencia de que en años 80, 85, 90, 95, 2000 y 2012 las causas externas han ocupado el primer lugar como causa de muerte en la población de 5 a 44 años. Tanto en el grupo de 1-4 años como el de 45 a 64 años ocupa el segundo lugar. En el resto de los grupos de edad se ha mantenido, por más de 30 años, dentro de las 8 primeras causas de muerte.

En el caso de la tercera edad, 65 a 74 años, las causas externas ocupan el sexto lugar en tanto que los primeros lugares son ocupados por las enfermedades crónicas y los tumores al igual que en el grupo de más de 75 años, donde las causas externas ocupan el octavo lugar. Esta mortalidad afecta mayormente a la población masculina en todas las edades.

Las Causas externas analizadas según Región de Salud, en el año 2012, nos ubica en un amplio panorama, evidenciando a la Región de Colón con la tasa agrupada más alta, seguido de San Miguelito, Panamá Este y la Región Metropolitana. Tres provincias concentran el 75.91% de todas las causas externas de la República de Panamá, la Provincia de Panamá con el 55.7% de la provincia de Chiriquí con el 10.9% y la de Colón con el 9.3%, al analizar por causa específica son otras las regiones que ocupan los primeros lugares: respecto a los accidentes de tránsito: Los Santos ocupa el primer lugar con una tasa de 20.1 muertes por 100,000 habitantes, Panamá Este y Colón ocupan el segundo y tercer lugar, con tasas de 17.6 y 17.4 muertes por 100,000 habitantes respectivamente. Coclé y Panamá Oeste ocupan el cuarto lugar con una tasa de 16.4 por 100,000 habitantes.

Considerando las muertes por homicidios por región de salud, San Miguelito mantiene el primer lugar con una tasa de mortalidad específica de 33.5 muertes por 100,000 habitantes, la región Metropolitana ocupa el segundo lugar con una tasa de 29 muertes por 100,000 habitantes y Panamá este y Oeste ocupan el tercer y cuarto lugar con tasas de 22.4 y 20.3 muertes por 100,000 habitantes respectivamente. Cabe destacar que estas regiones son las más urbanizadas y desarrolladas del país, concentrando más de un tercio de la población.

En el período analizado, la tasa de mortalidad específica por suicidio es de 3.6 muertes por 100,000 habitantes en la República de Panamá, más al analizar esta tasa según región de salud, el primer lugar lo ocupa la Comarca Ngabe Bugle con 9.8 muertes por 100,000 habitantes, la cual supera casi 3 veces la tasa nacional. El segundo y tercer lugar lo ocupan las provincias de Veraguas y Coclé con tasas de 7.9 y 7.6 muertes por 100,000 habitantes respectivamente.

Al analizar el comportamiento de las causas externas dentro de las cinco principales causas de muerte se observa que durante los años 2007-2012, esta ha ocupado el tercer lugar de causas agrupadas.

La distribución por sexo de la mortalidad general en Panamá, da evidencia de la existencia de un riesgo 1.3 veces mayor de morir de los hombres en relación con las mujeres. En el caso particular de las causas externas el riesgo de morir es cerca de 7 veces mayor en los hombres que en las mujeres.

En el 2012, los accidentes de tránsito ocurren 5 veces más en la población masculina que en la femenina en todas las edades excepto entre los 10-14 años, que el riesgo es ligeramente mayor en las mujeres. La tasa en población de 20 a 59 años duplica a la del grupo de 15-19 y en la de 60 y más, aumenta 2.25 veces riesgo de morir por esta causa.

Los homicidios como componente de la mortalidad por causas externas, reportó en el 2012, un riesgo 16 veces mayor en los hombres que en las mujeres. Fallecieron por esta causa 16 niños (uno de 1-4 años, 3 de 5 a 9 años y 12 en el grupo de 10 a 14 años y 3 niñas (una menor de un año, 2 en el grupo de 1ª a 4 años). En los grupos de 15 a 19 años ocurren 8 veces más muertes en la población masculina que en la femenina y tres de cada 4 defunciones por homicidios ocurrió en la población de 20 a 59 años, donde, existe un riesgo 11 veces más alto de morir asesinado para el hombre que para las mujeres.

El riesgo de morir a causa de un suicidio, en el año 2012, es de 8 veces más en los hombres que en mujeres. No se dieron casos de suicidios en menores de 9 años y ocurrió una muerte por esta causa en un joven en el grupo de 10 a 14 años. El riesgo de cometer suicidio es 2.6 veces más en hombres que en mujeres para el grupo de edad de 15-19 años, en el grupo de 20 a 59 años el riesgo aumenta a 6.2 veces más en hombres y para el grupo de mayores de 60 años, donde prácticamente no ocurren suicidios en mujeres (uno suicidio), la tasa en hombres es la más alta por grupo de edad y es 26 veces mayor que en las mujeres.

El 70% de los suicidios se reportó en población entre los 20 a 59 años, 11% en población de 15 a 19 años, 18.5% en población de 60 años y más.

En resumen, en el año 2012, las tasas de homicidios, suicidios y accidentes de tránsito son mayores en hombres que en mujeres. En el grupo de 15-19 son mayores las muertes por homicidios y en los grupos de 20 a 59 años y de 60 y más los accidentes de tránsito ocupan las tasas más elevadas.

La evolución de la razón de años de vida productiva perdidos a causa de las muertes por accidentes, suicidios, homicidios y otras violencias, ha presentado un incremento importante, en términos absolutos. Este es más evidente cuando se analiza su incremento porcentual de los Años de vida perdidos por muerte prematura (AVPPP), toda vez que ha alcanzado valores del 14.9% y de 33.5%.

14.1.4 Enfermedades Transmisibles

a. Enfermedades prevenibles por vacunas son objeto de vigilancia permanente en todo el país para lograr su control, eliminación o erradicación, según sea el comportamiento y tendencias en los diferentes espacios geográfico – poblacionales del país. La vacunación es la estrategia de salud pública costo – efectiva para la disminución de la incidencia de las enfermedades inmunoprevenibles y se viene aplicando en el país desde hace varias décadas atrás. El impacto de esta medida se hace notar en los cambios del perfil de mortalidad de la población panameña, pues en el 60 figuraba entre las principales causas de muerte la tosferina, en el 70 el sarampión y desde la década del 80, estas enfermedades no se cuentan entre las principales causas de muerte.

En el grupo de menores de un año, las enfermedades inmunoprevenibles, han persistido entre las principales causas de muerte hasta 1990, siendo la tosferina, el sarampión y el tétanos las patologías consignadas en la estructura de mortalidad del menor de un año.

En el año 1972, se erradicó la Poliomielitis, al igual que la Difteria. Desde la época de la construcción del Canal, la Fiebre Amarilla ha disminuido en el país, presentándose el último caso de fiebre amarilla urbano en 1905, con casos de fiebre amarilla selvática en 1974. Sin embargo, el sistema de vigilancia se mantiene alerta y en el caso particular de la Polio, el objeto de vigilancia es la Parálisis Flácida, para el año 2011 se reportaron 9 casos de Parálisis Flácida. De igual forma, se efectúa la vigilancia de los monos centinelas (muertos o enfermos), como parte del sistema de vigilancia de la Fiebre Amarilla, en las áreas de alto riesgo, donde además se mantiene la vacunación de susceptibles. Desde los años 70, la Viruela ha sido erradicada no sólo de nuestro país, sino del Mundo.

Se destaca, también, que los últimos 14 casos de Sarampión fueron reportados en el año 1995, siendo la Región de Salud de San Miguelito la que consignó el mayor número de casos (10); los cuatro casos restantes se reportaron en Chiriquí, Panamá Oeste y Veraguas. Se considera eliminado el Sarampión en el país.

En el periodo 2003-2012 han ocurrido 2 casos de tétano neonatal, reportados en los años 2004 y 2009. Durante 2003, 2005, 2007, 2008, 2010, 20011 Y 20012 la tasa de Tétano Neonatal fue de cero (0). Los casos se reportaron en las regiones sanitarias de Colón y Kuna Yala a lo largo del periodo.

Por otro lado, el tétano adquirido ha tenido un descenso porcentual de su tasa del orden del 70% durante el periodo 2003-2012, con tasas de 0.1 y 0.03 casos por 100,000 habitantes, respectivamente. El rango de las tasas de incidencia para este periodo fue de 0.03 a 0.1 casos por 100,000 habitantes y un total de 21 casos, de los cuales un 23.84% se presentaron en 2008 y otro 23.84% ocurrió en el 2012. Las tasas más elevada (alrededor del 2.6 casos por 100,000 habitantes) se presentó en Kuna Yala en el año 2011, seguida de Los Santos con (alrededor del 1.1 casos por 100,000 habitantes) en el año 2005.

En 1986 se incluye como parte de las Normas de Vacunación del PAI, la vacunación Anti-Rubéola. Los últimos brotes epidémicos se registraron en 1986 y en 1993. El comportamiento de la Rubéola evidencia una tendencia al descenso de casos y tasas desde 1993 al 2003, que se refleja en un descenso porcentual de 99.9% hasta el 2002, ya que desde el 2003 hasta la fecha no se registraron casos de esta patología. Las regiones más afectadas, en 1993, por este problema de salud pública fueron Chiriquí, Azuero, Panamá Oeste y Metropolitana con un rango de sus tasas de 484.6 a 381.8 casos por 100,000 y una tasa nacional de 346.3 casos por 100,000 habitantes. Para el 2002 los 20 casos reportados se reportaron en Coclé (2), Colón (1), Chiriquí (2), Metropolitana (4) y San Miguelito (1).

Coberturas de Vacunación en el Menor de un (>1) año y del Menor de Cinco (5) años. El Ministerio de Salud lleva a cabo el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) que, desde el año 2003 ha estado respaldado por el Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). En el año 2003 el Ministerio de Salud introdujo por primera vez la vacuna pentavalente dentro del esquema de vacunación reemplazando la aplicación de la DPT para la cobertura de vacunación en el menor de (>1) año y del menor de 5.

A partir del 2005, la vacuna contra el Sarampión fue reemplazada por la MMR, siglas en inglés que incluyen Sarampión, Paperas y Rubeola. Aun así, se presenta entre 2008 y 2011, la cobertura de vacunación en los menores de 1 año pasó de 83.3% a 87.3% para la pentavalente (DPT-Hib-HepB), de 83.2% a 91% para la antipoliomielítica y de 97.4% a 98.6% para la vacuna BGC. La cobertura de la vacuna para el rotavirus pasó de un 71.3% al 93.1% en ese mismo periodo, y la antineumocócica conjugada, introducida en 2010, logró llegar al 47,5%.

Se puede observar que las coberturas de vacunación en el año 2013 al compararlas con el año 2003 disminuyeron, la cobertura de la Anti Polio bajo de 83.2% a 81.1%, Sarampión de 83.3% bajó a 81.0%, BCG subió de 86.8% a 95.5%.

Durante el año 2013 las Regiones de Salud de Coclé, Panamá Oeste y San Miguelito mostraron coberturas de vacunación de la Pentavalente y contra el BCG, el Polio y el Sarampión por debajo del promedio nacional de ese año.

b. Enfermedades transmitidas por alimentos (ETA) (1995-2014), y más específicamente las enfermedades diarreicas representan un significativo problema de Salud Pública en Panamá, nuestro país, por su clima húmedo tropical, ofrece condiciones favorables a la supervivencia y multiplicación de una amplia gama de agentes microbianos y parasitarios que pueden comprometer, contaminar los alimentos y ocasionar daños a la salud de los consumidores.

Las ETA no están debidamente caracterizadas debido a una serie de factores como: Deficiente diagnóstico, registro y notificación de casos y brotes, investigaciones de casos y brotes deficientes, limitada capacidad analítica de los laboratorios, limitada coordinación de los entes responsables de la vigilancia, desconocimiento de la comunidad de los problemas relacionados con la inocuidad de alimentos y ETA, lo cual constituye un reto para el sector salud. Los principales agentes causantes de ETA encontrados en la vigilancia han sido Salmonella spp, Shigella spp, E. coli enteropatógena y Staphylococcus aureus (toxina). Los cuales han estado contenidos en alimentos mixtos y de origen animal como las carnes, los lácteos y el pescado principalmente. Estos productos son elaborados y servidos en los

hogares, vía pública (venta callejeras) y cocinas institucionales (escuelas, internados), causando así las ETA. El número de casos de enfermedad diarreica así como las intoxicaciones alimentarias registra un incremento en los últimos años, lo cual puede estar asociado a problemas de saneamiento básico, deficiencia en la provisión de agua segura, proliferación de establecimientos de venta de alimentos en la calle sin condiciones higiénicas sanitarias. En Panamá se registran en promedio en los últimos 10 años (periodo 2005-2014) de 79.3 casos de Salmonelosis, con tasas variables por año entre 0.5 y 2.9 casos por 100,000 habitantes, mostrando una tendencia al aumento. En el año 2014 se presentó en el área de Coclé un brote de esta enfermedad. En el año 2013, las regiones que presentaron la tasa más elevada fueron la Metropolitana, Coclé y Bocas del Toro. Las tasas de incidencia de Shigelosis oscilan entre 0.2 y 2.8 en el periodo 2005 -2014 con un promedio anual de 38.7 casos por año en el mismo periodo. En el año 2014 se reportaron 14 casos al sistema de vigilancia epidemiológica.

Amebiasis y Hepatitis, la amebiasis durante el periodo 2005 – 2014 registro un total de 48,701 casos con un promedio anual de 4,870.1 casos y de 405.8 casos mensuales. En el 2014 tuvo una tasa de incidencia nacional de 103.4 casos por 100,000 habitantes, según el sistema de vigilancia las regiones más afectadas por esta patología, en el Año 2013, son las de Bocas del Toro, Panamá Este y Los Santos con tasas de 833, 773.3 y 297.1 casos por 100,000 habitantes, respectivamente. A nivel de regiones de salud, las tasas de incidencia fluctúan entre 833 y 16.2 100,000 habitantes, siendo la más alta para Bocas Del Toro y la más baja para Herrera.

En tanto que se reportaron 1,551 casos de Hepatitis Infecciosa con un promedio anual de 155.1 casos y mensual de 12.95 casos. Esta enfermedad ha tenido un comportamiento descendente en cuanto al número de casos registrados en el sistema de vigilancia. Mostrando un rango de país inferior a 1.5 casos por 100,000 habitantes desde el año 2010. Las regiones de Los Santos, Chiriquí y Metropolitana reportaron las tasas más elevadas en el 2013 (2.1, 2.0 y 1.9 casos por 100,000 habitantes, respectivamente) algunas regiones no reportaron ningún caso.

Enfermedades Diarreicas, las Diarreas muestran una tendencia ascendente en los últimos 10 años, con más de dos millones de casos acumulados, un promedio anual de 216,343.4 casos y promedio mensual de 18,028 casos mensuales (2005-2014). Para el año 2014 se reporta una tasa de 6,895 casos por 100,000 habitantes, con una diferencia en la tasa de 427.8 menos respecto al año 2013.

Según datos proporcionados por el Departamento de Registros y Estadísticas, en el año 2013 las Regiones de Salud de Los Santos, Herrera y Panamá Este presentaron las tasas de enfermedad diarreica más alta del país, Cabe destacar que en años anteriores que entre las regiones más afectadas se encontraban Veraguas, Bocas del Toro y Darién.

c. Otras Enfermedades Transmisibles

VIH/ SIDA, en la República de Panamá la prevalencia estimada de personas de 15 a 49 años es de 0.65% (2013), Las personas vulnerables para adquirir el VIH en la República de Panamá son los hombres que tienen sexo con otros hombres y las Trabajadoras sexuales.

Según estudio realizado en el año 2010, dirigido por el ICGES, la prevalencia de VIH en las trabajadoras sexuales ambulantes fue de 1.6% (6/379) y estudio realizado en la población de hombres que tiene sexo con otros hombres en tres ciudades de la República de Panamá años 2011 y 2012, se encontraron las siguientes seroprevalencias: ciudad de David 6.6% (2.2-11.4%), Panamá 29.4% (19.7-39.7%) y Colón 32.6% (18.0 -47.8%).

Según el Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud, el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) predominante en circulación en Panamá es VIH-1 sub tipo B. El Departamento de Epidemiología del Ministerio de Salud inicia la vigilancia epidemiológica del SIDA en el año de 1983 y en septiembre del año 1984 en la ciudad de Panamá se reporta el primer caso de SIDA.

En el país, de septiembre de 1984 a septiembre de 2014, se han registrado un total de 14,022 casos de SIDA, de los cuales, 440 casos son pediátricos (menores de 15 años de edad) y 9,225 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.

Tres de cada cuatro casos de SIDA corresponden a hombres (75.0%). Las tasas específicas por 100,000 habitantes, en mujeres han elevado de 2.4 en el año 1993 a 8.0 en el año 2013, lo que indica que la infección del VIH está aumentando en este sexo.

Las tasas acumuladas de SIDA por 100,000 habitantes para el año 2013 correspondientes a las regiones de salud son: Colón (1,111.9), 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 Ngobe Bugle(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 13,306 personas.

En el 2013, el sistema de vigilancia registró 574 casos nuevos de SIDA, para un total de casos acumulados de 13079 durante el periodo septiembre de 1984 a diciembre de 2013. Para la definición de caso se aplican los criterios del Centro de Control de Enfermedades de Atlanta de 1993.

La tasa de incidencia anual de SIDA ha presentado una tendencia al descenso en los últimos 10 años (2004-2013). El comportamiento es similar tanto para hombres como para mujeres, en el año 2004, la tasa de incidencia anual masculina con un valor de 31.2 y la femenina de 12.4, han bajado significativamente cerca de 10 casos menos por 100,000 habitantes para el sexo masculino y 4 casos menos por 100,000 para el sexo femenino.

En relación a los mecanismos de transmisión, en Panamá el 68 % de los casos se deben a la transmisión sexual, 3 % a transmisión madre-hijo (peri natal), 1% a transmisión sanguínea (Droga IV, hemofílico, transfusión sanguínea) y el 28.0% restante se desconoce el factor de riesgo. Actualmente, se ha mejorado el registro de estos datos y al analizarlos por año, se evidencian muy pocos casos en los que se desconoce el modo de transmisión sin embargo, un alto porcentaje de los casos sin factor de riesgo especificado han sido captados a través de los certificados de defunción, donde no se consigna este tipo de información.

Distribución geográfica, la variación de las tasas acumuladas entre las Regiones oscilan entre 69.6 y 1,031.2 casos por 100,000 habitantes, para una tasa acumulada nacional de 450.8 casos por cada 100,000 habitantes. La epidemia en Panamá está concentrada en los grandes conglomerados urbanos, las tasas de incidencia acumulada, según región fueron, en orden descendente Colón, la Metropolitana, Panamá Oeste y San Miguelito.

Mortalidad por SIDA, se encuentra entre las 10 principales causas de muerte en la República de Panamá, y un índice de Años perdidos por muerte prematura (APMP), aproximado de una tasa 44.7 por 100,000 habitantes. El porcentaje de letalidad por SIDA en Panamá es de 0.66, tomando en cuenta los casos acumulados desde el inicio de la epidemia en 1984. Han fallecido cerca de 9225 personas con diagnóstico de SIDA (6971 masculinos y 2,254 femeninos). Afectando a todos los grupos etarios aunque la mayor cantidad de muertes ocurre en personas entre 25 y 44 años.

Panamá sigue siendo uno de los países de la región centroamericana más afectado por el virus del VIH. Pese a las tendencias positivas, en el año 2013 todavía se produjeron 1,420 casos nuevos de VIH/SIDA y un total de 415 personas fallecieron de enfermedades relacionadas con el sida.

Llegar a cero puede parecer difícil, pero se están haciendo progresos importantes, los elementos claves de la respuesta son principalmente: Promover acciones de prevención y promoción en temas de ITS/VIH/Sida, la ampliación del acceso al tratamiento del VIH, búsqueda de VIH en las mujeres embarazadas para prevenir la transmisión materno infantil y aumento de la oferta para la realización de la prueba de VIH en áreas de poca accesibilidad, entre otras.

Tuberculosis, la tendencia de TB en todas sus formas y la pulmonar bacilífera, ha sido ligeramente descendente pero, más lenta en los últimos años. La tasa de incidencia de TB en la última década ha oscilado entre 40 y 50 casos por 100,000 habitantes. La tuberculosis extrapulmonar ha mostrado una tendencia al aumento lo que puede estar relacionado a un mejor registro y clasificación de los casos.

Por Regiones, se observa gran variación entre las mismas y las comarcas del país. En el último quinquenio, incluyendo el año 2012, Guna Yala, Ngäbe Bugle y Bocas del Toro evidenciaron ser las que tuvieron el mayor riesgo de enfermar por TB con tasas que duplicaron o triplicaron el promedio nacional.

Estas áreas se caracterizan por ser rurales, con una alta población indígena, elevados niveles de pobreza y pobreza extrema, así como un difícil acceso geográfico, con alta movilidad de sus habitantes y limitado acceso a servicios de salud.

En cuanto a la carga de TB, los mayores aportes (cerca del 75%) corresponden a las Regiones: Metropolitana, Ngäbe Bugle, Colón, Boca del Toro y San Miguelito.

Según edades la distribución de los casos notificados muestra en los años 2011 y 2012 las tasas de notificación más elevadas en el grupo de mayores de 60 años, por ser una población más reducida con alto riesgo para TB. Sin embargo, se observa que en el grupo de 20 a 49 años, que constituye la población económicamente activa, las tasas y el número de enfermos tienen un alto peso en el país. La existencia no despreciable de casos, en los menores de 15 años demuestra la existencia de transmisión activa de la enfermedad dentro de la población.

La mortalidad por tuberculosis ha presentado una tendencia descendente aunque bastante irregular a partir de 1999 cuando presentó un valor pico de 8,2 casos por 100,000 habitantes, llegando a 5,2 en el 2012. La tasa reportada para 2012 es similar a la que tenía el país en 1990 y a pesar del descenso en los últimos años, el país no podrá alcanzar la meta de los Objetivos de Desarrollo del Milenio para el 2015. Por áreas del país, la Comarca Guna Yala es la que presenta mayor mortalidad por Tuberculosis con una tasa de 34,4 por 100,000 habitantes, seguida de la Comarca Ngäbe Bugle y Bocas del Toro.

Neumonías y Bronconeumonías, en el año 2013, el comportamiento de la Neumonía y las Bronconeumonías, según su tasa por 100,000 habitantes es de 281 para el país, con una variación por región que va en un rango de 56.1 a 819. Comarca Guna Yala, Herrera, Colón y Veraguas con las tasas más bajas y Bocas del Toro, Chiriquí, La Comarca Ngabe Bugle y la Metropolitana con las tasas más altas.

Neumonía en menores de 5 años, la tasa de incidencia de Neumonías – Bronconeumonías en los menores de 5 años, en el periodo 2004-2008 la tendencia al ascenso progresivo apenas perceptible gráficamente, en los años 2009 y 2010 se aprecia una notable disminución, para luego continuar con la tendencia anterior. Cabe destacar que el año 2009 fue el año de la Pandemia de Influenza AH1N1, con lo cual se afinó el diagnóstico de cuadros respiratorios. En infantes de 1 a 4 años ha presentado un comportamiento estable desde el año 2004 al 2010, luego en el año 2011 prácticamente se duplica la tasa, actualmente se mantiene una tendencia a la disminución. El grupo de menores de un año, es el más afectado pues la tasa de incidencia en este grupo duplicaba la tasa total durante todo el periodo.

d. Enfermedades transmitidas por vectores. la Malaria, desde el inicio del programa antimalárico en 1956, cuando la malaria en Panamá era generalizada o cubría casi todo el país, se inició un descenso de la cantidad de casos de malaria registrado por año. Esta disminución continua de los casos se puede considerar que es el resultado de las diferentes medidas de intervención desarrolladas con la finalidad de controlar la enfermedad y el vector. La malaria desde hace más de 30 años en Panamá, ha estado focalizada en tres regiones endémicas del país: la provincia de Bocas del Toro localizada al noreste y fronteriza con la República de Costa Rica, la provincia del Darién y la Comarca de San Blas ubicadas al este y fronterizas con la República de Colombia; sin embargo la malaria hace apariciones de casos y brotes frecuentes en áreas no maláricas debido a la migración de la población humana de áreas endémicas a centros urbanos.

Es importante resaltar que durante los últimos 10 años la malaria ha mostrado un comportamiento variable en nuestro país, entre 1994 y 1997 esta enfermedad tenía un comportamiento estable entre 735 a 476 casos de malaria diagnosticados.

Durante ocho años sin presentarse la enfermedad como un problema de salud; se ha incrementado los casos desde el 2001 (931), 2002 (2,244) y en 2003 con 4,490 casos, duplicando la cifra del año anterior. Las regiones más afectadas en este último año con 2364 casos (52,6%) del total, Kuna Yala con 698 casos (15,5%), Veraguas 391 (8,7%) y Bocas del Toro 387 casos (8,6%). Estas regiones concentraron el 85,4% de los casos malaria de todo el país. El grupo de edad más afectado son los menores de 15 años y la relación hombre mujer es de 1,2 a 1.

A partir del 2002, al incrementarse los casos de malaria de forma significativa, se convirtió en la enfermedad re-emergente más importante del país, con una tasa de incidencia de 75.7 por 100,000 habitantes. Esta cifra representa un aumento de 2.4 veces en el riesgo cuando se compara con la tasa de incidencia del 2001. Además, es la tasa de incidencia más alta registrada en los últimos 27 años, solo comparable con la incidencia de 1974 que fue de 73.2 por 100,000 habitantes. Con la transmisión autóctona de la malaria por *P. falciparum* en la región de Kuna Yala a partir del 2002, en que se registraron tres defunciones por complicaciones por *P. falciparum*, el 2003 registró un total de cinco defunciones y en el 2004 se originó sola una muerte en un menor de cinco años.

En la región de salud de Panamá Este en los años 2004 y 2005 se registraron 563 y 417 casos de *P. falciparum* respectivamente. En el 2010 se registraron 418 casos con una tasa de incidencia de 12 por 100,000 habitantes de los cuales el 95.2% fue por *P. vivax*, la región de salud más afectada fue la de Darién con una tasa 265 casos por 100,00 habitantes (126 casos) seguida de Kuna Yala con una tasa de incidencia de 112 casos por 100,000 habitantes (37 casos) y Panamá Este con una tasa de 109 por 100,000 habitantes (99 casos) el sexo más afectado fue el masculino con una tasa de 14.4 por 100,000 hombres, no se registró muerte por malaria.

Dengue, la tasa de incidencia de dengue confirmado en el 2009 fue 216.5 casos por 100,000 habitantes, de los cuales 46 casos (0.62%) son de dengue hemorrágico con el 15.2% de letalidad. El dengue constituye un importante problema de salud pública de Panamá ya que en nuestro país es una de las enfermedades transmisibles por vectores con mayor incidencia. Es una de las 79 enfermedades de notificación obligatoria (dengue clásico y hemorrágico) e inmediata (dengue hemorrágico) según decreto 268 de agosto del 2001. El objetivo de este estudio es establecer un perfil epidemiológico caracterizando las series de datos de dengue confirmados en Panamá del mes de enero a diciembre de 2010 por grupo de edad, sexo, región de salud y semana epidemiológica.

En el período enero a diciembre de 2010 el 99.8% (1999/2002) de los casos fue registrado dengue clásico. El sexo femenino presenta una mayor proporción con un 64.8% (1127/2002); el grupo de edad con mayor número de casos y más afectado es de 35-49 años con 506 (25.3%) y con una tasa de 72.4 por 100,000 habitantes seguido de 25-34 con 386 (19.3 %) y una tasa de 71.4 por 100,000 habitantes; la región de salud con mayor proporción de los casos y más afectada fue la de Bocas del Toro con un 22.1% (442/2002) y una tasa de 373.3 por 100,000 habitantes, seguido de Chiriquí con un 19.3% (386/2002) y una tasa de 90.4, Panamá metro con el 15.1% (302/2002) y una tasa de 43.6; la región de Herrera a pesar de tener el 6.5% de los casos (126/2002) es la segunda afectada con una tasa de 112 por 100,000 habitantes; de 14 regiones se registraron casos en 12; la semana epidemiológica con mayor casos es la 1 en donde la tendencia es a disminuir hasta la semana 25 seguidamente se presenta un incremento hasta la semana 39 y disminuye.

Leishmaniasis, en Panamá no se conoce la leishmaniasis visceral, aunque *Lu. longipalpis* está presente en una isla del Golfo de Panamá. La leishmaniasis cutánea desde 1977 ha aumentado el número de casos. En 1986 se notificaron aproximadamente 1,500 casos; la causa principal de este aumento es el creciente número de personas que emigran a nuevos asentamientos en las zonas endémicas (regiones del norte, este, y centro-sur). Anteriormente, las zonas con mayor endemicidad estaban en las provincias de Colón y Panamá. Entre 1970 y 1980 se registraron 362 casos en el Laboratorio Conmemorativo Gorgas. En la provincia de Bocas del Toro, la incidencia era de aproximadamente 20 casos por 100,000 habitantes. Hay leishmaniasis mucocutánea, pero no es muy común.

En 1991 se identificó un nuevo parásito, *Leishmania colombiensis*, aislado en material proveniente de seres humanos, de *Lu. Hartmani* y del perezoso de dos dedos (*Choloepus hojtkznni*). Se ha informado sobre la presencia de otras dos especies de *Leishmania* en Panamá, pero nunca se han aislado en material proveniente de seres humanos.

En el período del 2000 al 2010 se reportaron 23,914 casos, siendo el año con mayor número; en el 2006 (3,774) casos con una tasa de 114,9 y las regiones con mayor riesgo de enfermar en este año fueron las de Bocas del Toro, Coclé, Panamá Metro y Panamá Oeste con una tasa por 100,000 habitantes de 681.3, 399.9, 308.8 y 247.1 respectivamente.

La región de salud con más riesgo de enfermar es la de Bocas del Toro y las que presentan menor riesgo son las de Kuna Yala, Herrera, Darién y San Miguelito con cero casos los dos últimos. Las implicaciones que presentan estos resultados en la salud pública es que el insecto está en el 87% de las regiones de salud del país.

Hantavirus, comportamiento Epidemiológico del Síndrome Cardiopulmonar por Hantavirus en la República de Panamá, Años: 1999-2014. Los casos de neumonía atípica, registrados a finales del año 1999 en la región de Azuero, hizo sospechar la presencia de un síndrome desconocido. Estudios de campo realizados dieron la alerta de que el síndrome podría ser producido por un Hantavirus; lo que fue confirmado por el CDC de Atlanta en febrero del año 2000.

Desde que se registraron los primeros casos a finales de 1999 e inicios de 2000, hasta el año 2014 se han acumulado 238 casos de Síndrome Cardiopulmonar por Hantavirus (SCPH). De los cuales 40 han fallecido; para una de letalidad de 16.8 %.

Durante el período 1999- 2014 la Región de Salud de Los Santos ha registrado la mayor cantidad de casos con ciento cuarenta y cinco; concentrados principalmente en los distritos de Tonosí con sesenta y seis casos, Las Tablas con cuarenta y seis casos, Guararé con catorce casos, Pocrí con nueve casos, Los Santos con siete casos y Pedasí con tres casos. La provincia de Veraguas ha registrado cuarenta y un casos, concentrados en el distrito de Soná con treinta y cinco casos, Montijo con dos casos, Santiago con dos casos, Río de Jesús con un caso y Las Palmas con un caso. La provincia de Coclé ha registrado treinta y cuatro casos con mayor concentración en los distritos de Aguadulce con doce casos, Nata con doce casos, Penonomé con seis casos, Antón con tres casos y la Pintada con un caso. La provincia de Herrera ha registrado doce casos concentrados en Chitré con cinco casos, Parita con cinco Las Minas con un caso y Los Pozos con un caso.

El Síndrome Cardiopulmonar por Hantavirus en Panamá afecta ambos sexos, de los casos notificados el 60.2% corresponde al sexo masculino y el 39.8 al sexo femenino.

En la República de Panamá el Síndrome Cardiopulmonar por Hantavirus (SCPH) afecta todos los grupos de edad sobretodo en la época de mayor productividad. El mayor número de casos se ha registrado en personas entre 18 y 59 años. La edad mínima afectada es de 1 año y la máxima es de 84 años.

e. Salud Mental Panamá ha tenido una de las experiencias más innovadoras y exitosas en relación a la salud mental con una reforma de los servicios de salud mental llevada a cabo de una manera progresiva pero muy efectiva, entre ellas, los avances. En la descentralización de los servicios de salud mental donde los psiquiatras visitan los centros de salud para la atención médica y los hospitales generales cuentan con los servicios para pacientes con trastornos mentales. También, destaca la reestructuración de la atención psiquiátrica, incorporado salas de psiquiatría en hospitales generales, se cuenta con el instituto nacional de salud mental y reforzado equipos en atención primaria.

Los principales problemas de salud mental que enfrenta la población panameña son trastornos de ansiedad, depresión, afectivos, psicosis, el consumo de sustancias. Adicional a ello, se suman la violencia como la violencia intrafamiliar y el consumo de alcohol. Paralelo a ello se trabaja en el tratamiento oportuno de los trastornos mentales y el comportamiento, además de restringir el acceso a los medios letales, la educación en las comunidades, el fomento de la participación social y la sensibilización de la opinión pública respecto a la búsqueda de la ayuda a través de la red implementada por el Ministerio de Salud (MINSa) y la Caja de Seguro Social (CSS) que ha permitido diagnosticar y atender más casos a tiempo.

El Ministerio de Salud de Panamá (MINSa) gestiona que todos los años se realicen actividades para hacer un acercamiento con la población y brindarles información sobre el tema, así como la integración del componente salud mental en la atención primaria.

Depresión, según la encuesta nacional de 2007 sobre salud y calidad de vida, 5,3% de los encuestados había tenido un diagnóstico de depresión. Este diagnóstico figuraba entre los 10 principales correspondientes a enfermedades crónicas.

En 2013, se registraron un total de 3,323 casos de depresión en la República de Panamá, siendo mucho más prevalente en las mujeres, porque éstas tienen claramente más tendencia a padecerla que los hombres. La depresión postparto es bastante común. De hecho, afecta al 10% de todas las madres recientes en el mundo desarrollado y al 20% en los países en desarrollo. Los hombres, sin embargo, tienen más tendencia a abusar del alcohol o del consumo de drogas.

El número de niños y adolescentes, desde 12 a 25 años, que padecen depresión es tan alto como en los adultos, el problema es que no se detecta porque no hay conciencia de su real incidencia. Es importante mencionar que la prevalencia de la depresión en los adolescentes, justifica el desarrollo de metodologías de intervención específicas en esta problemática.

Esquizofrenia, la población que acude a atención en salud relacionada con alguna discapacidad mental en Panamá representa del 3% al 5% de la población general.

De ese grupo entre el 0.5% y 1% (unas 30 mil personas) padece algún rango de trastorno relacionado con esquizofrenia. Para el 2013 se reportaron un total de 1,468 casos de +esquizofrenia afectando a hombres y mujeres por igual.

Se cuenta con instalaciones aunque quizás no sean las mejores para atender pues aún se mantienen estigmas hacia el paciente de psiquiatría, se piensa que es violento e incontrolable. El enfermo mental es desplazado, y al organizarse un hospital en lo último que se piensa es en los espacios más adecuados para atender esta especialidad. Falta además que todos los pacientes con discapacidad mental tengan la misma accesibilidad a los tratamientos de última generación con amplias alternativas en las instancias públicas que los proveen.

Suicidio en Panamá, Para el año 2011, los accidentes, lesiones auto infligidas, agresiones y otras violencias, ocuparon la segunda posición entre las causas de muertes en nuestro país, constituyendo el 11.6% del total de muertes. Los hombres, fueron más afectados, con una tasa fue de 88.0 por 100,000, mientras que en las mujeres la tasa fue de 13.7 por 100,000.

Un análisis desagregado de esta causa, permite señalar al suicidio como un problema de salud pública, dado su magnitud, gravedad, trascendencia social, pérdida de años de vida productiva y su impacto en el orden psicosocial de los afectados y sus familiares.

De acuerdo al Instituto Nacional de Estadísticas y Censo, durante el año 2011 ocurrieron 144 suicidios (lesiones auto infligidas intencionalmente), lo que representa una tasa de 3.4 x 100,000. Para el 2013 se reportó un total de 130 casos de lesiones auto infligidas con una tasa de 3.4 x 100,000.

El sexo masculino fue el más afectado con una tasa de 6.0 x 100,000 en relación a las mujeres, con una tasa de 0.7 x 100000 habitantes. Las Regiones de Herrera, Los Santos, Chiriquí, Veraguas y Coclé, presentaron las tasas más elevados de suicidio.

15. El Modelo de Atención y la Salud Integral a la Población

El Modelo de Atención se caracteriza por una oferta de programas de fomento y prevención de riesgos y daños, y servicios dirigidos a la atención de problemas de salud de la población. Los mismos son brindados a través de las instalaciones de salud del Ministerio de Salud y de la Caja del Seguro Social. La organización y clasificación de las instalaciones de ambas instituciones está estructurada por niveles de atención y articulada según los niveles de complejidad y capacidad resolutoria de las instalaciones.

Las poblaciones en las cuales se focaliza fundamentalmente los programas y la prestación de servicios es la población recién nacida, menores de cinco años de edad, púerperas y mujeres embarazadas. Adicionalmente el Seguro Social brinda una atención de manera particular a los Adultos Mayores o tercera edad y mantiene una modalidad de atención domiciliaria a pacientes crónicos (SADI).

A partir del año 2003 el Ministerio de Salud desarrollo una modalidad de entrega de servicios y atención a poblaciones de áreas geográficas de difícil acceso consistente en un Paquete de Atención Integral de Servicios de Salud (PAISS) entregado a través de Giras de Salud o Equipos Itinerantes.

Este paquete incluye un conjunto articulado de cuidados esenciales que requiere la persona para satisfacer sus necesidades de salud, brindados por el personal de salud, la propia persona (articulado), familia, los agentes comunitario y otros actores sociales de la comunidad. Los cuidados van de la mano con las necesidades y pueden ser: acciones de promoción y prevención de la salud (identificación de riesgo e intervención de los mismos), atención de daño según protocolo y atención de discapacidades según protocolo.

Actualmente la Dirección de Provisión de Servicios de Salud se estructura y valida técnicamente la de la propuesta del Modelo de Atención Individual, Familiar, Comunitario y Ambiental que está basado en la Estrategia de Atención Primaria en Salud Renovada, que incorpora el Derecho a la Salud, la atención integral, integrada y continua y desarrolla el abordaje individual, familiar, comunitario y ambiental para incidir de manera efectiva en los factores determinantes de la salud.

Los objetivos del Modelo de atención:

- Equidad y justicia social
- Garantizar acceso para todos enfocando la salud como un Derecho (combatir exclusión)
- Proteger la dignidad de las personas
- Resultados de salud
- Prevenir daños a la salud
- Devolver la salud al que la ha perdido
- Devolver al trabajador al mercado del trabajo
- Una vejez saludable, con calidad de vida

Financieros

Evitar que el costo asociado a las enfermedades o daños a la salud empuje a las familias o personas a la pobreza.

Proteger el estándar de vida de las personas y/o familias contra las pérdidas de ingreso provocadas por la enfermedad o mala salud.

Retos actuales del Modelo son el fortalecimiento de la atención primaria renovada en función de la Red Integrada de Servicios de Salud (RISS), reorientación del proceso de atención hacia las acciones de promoción y prevención de daños y riesgos del individuo, familia, comunidad y el ambiente, optimización del proceso de la gestión de recursos y disminución de las desigualdades en la asignación presupuestaria, impulsado la gestión eficiente de los recursos con la actualización de la competencia de los profesionales en salud, promoviendo la participación en la gestión de profesionales y ciudadanos, buscando el desarrollo de los instrumentos de gestión que permitan hacer operativo este modelo.

16. Gestión de Recursos Humanos en Salud en la República de Panamá

La formación de los profesionales de la salud se lleva a cabo en las instituciones de educación superior, tanto en el sector público como en el privado.

La capacitación y actualización del personal de salud es responsabilidad de cada institución empleadora, aunque en algunos casos los profesionales realizan las capacitaciones por cuenta propia, los Colegios correspondientes otorgan certificación y recertificación a sus afiliados. El Consejo Técnico de Salud y la Universidad de Panamá asesoran al MINSA en el otorgamiento de la autorización para el ejercicio de las profesiones médicas y otras afines. Por otra parte, en 2004 y 2006 se adoptaron la Ley 43 y el Reglamento del Régimen de Certificación y Recertificación de los Profesionales, Especialistas y Técnicos en las Disciplinas de la Salud. Estos instrumentos legales establecen los procesos de certificación y recertificación de los recursos humanos profesionales, especializados y técnicos a través del Colegio Médico, el cual fue creado en 2004. Esta ley busca facilitar la evaluación del nivel de competencia académica, científica y técnica, así como de la conducta ética de los profesionales médicos, además de promover su actualización continua y permanente. Las entidades públicas y privadas que forman a los recursos humanos en las ciencias de la salud son responsables de promover los procesos de certificación ante el Colegio Médico.

El país cuenta con un sistema nacional de información sobre recursos humanos en salud, es manejado por El Instituto Nacional de Estadísticas y Censo de la Contraloría General de La República de Panamá, reporta información del sector público y la información del sector privado.

La planeación de los recursos humanos en salud ha sido una tarea reconocida oficialmente como prioritaria, pero ha producido pocos resultados. Sin embargo, sus actividades se han concentrado en programas de estudio, y en el diseño y aplicación del Examen Nacional de Residencias Médicas. No ha sido posible consolidar la coordinación y el trabajo permanente, entre las instituciones formadoras y las empleadoras en el sector salud que han impedido concretar acciones hoy apremiantes para los Recursos Humanos en Salud.

En el 2013, el país contaba con un total de 6,144 médicos (as), dedicados a funciones asistenciales, con un incremento del 10%, respecto al año 2011. En el caso de enfermería, con un incremento significativo de 8.7 %, es decir, de 4,744 en el 2011 a 5,158 en el 2013, y 1,208 odontólogos(as), para un incremento porcentual de 8.4. El total del personal de salud en estas tres categorías asciende a 12,510 del sector público y privado.

La fuerza laboral del sector salud es compleja, abarca numerosas profesiones, para cubrir necesidades del sector salud. En el año 2013, se contaba con cerca de 25,949 funcionarios dedicados a trabajo técnico tanto en la Caja de Seguro Social (CSS) como en el Ministerio de Salud (MINSA). Los datos indican que, a nivel mundial, hay 13 médicos por cada 10,000 habitantes, con grandes variaciones entre países y regiones. En la Región de África sólo hay 2 médicos por cada 10,000 habitantes, frente a 32 en la Región de Europa, para Latino América 17.3 médicos, 13.9 enfermeras y 3.9 odontólogos por 10,000 habitantes y para nuestro país, en el año 2012, se cuenta con 15.9 médicos, 13.6 enfermeras y 3.3 odontólogos por 10,000 habitantes.



VI. Prioridades, Conclusiones y Recomendaciones, según Fotografía.

1. Fotografía N° 1. Contexto Normativo y Proyecciones de Desarrollo Económico.

Prioridades

A. Marco Normativo y Estratégico. Continuar con la revisión de las leyes existentes.

- a. Ley 66 de 10 de noviembre de 1947, Código Sanitario.
- b. Decreto 1 de 15 de enero de 1969, que crea el Ministerio de Salud.
- c. Decreto 75 de 27 de febrero de 1969, modificado por el Decreto 96 de 8 de marzo de 1990, Estatuto Orgánico del Ministerio de Salud.
- d. Ley 77 de 28 de diciembre de 2001, que reorganiza y moderniza el Instituto de Acueductos y Alcantarillados Nacionales y dicta otras disposiciones.
- e. Ley 78 de 17 de diciembre de 2003, que reestructura y organiza el Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud.
- f. Ley 51 de 27 diciembre de 2005, Ley Orgánica de la Caja de Seguro Social.
- g. Decreto Ley 11 de 2006, Que crea la Autoridad Panameña de Seguridad Alimentaria.
- h. Ley 51 de 29 de septiembre de 2010, que crea la Autoridad de Aseo Urbano, Domiciliario y adopta disposiciones para la eficacia de su gestión.

2. Definir una propuesta técnico - legal para la transformación del Sistema de Salud considerando el mandato constitucional, otorgado en el artículo 115 de la Carta Magna, referente a la integración orgánica y funcional de las instalaciones públicas del sistema de salud.

3. Estudiar la viabilidad de gestionar una ley especial para la creación de una entidad pública para la prestación de servicios de salud a la población cubierta o no por la seguridad social.

4. Gestionar la aprobación y el desarrollo de una Política Nacional de Salud de Estado que sea sostenible y que involucre a los diversos actores sociales en su implementación.

5. Continuar aplicando metodologías inclusivas y participativas para la elaboración del Análisis de Situación de Salud, para el seguimiento y evaluación del Desempeño de las Funciones Esenciales de Salud Pública y de la Política Nacional de Salud, en miras al fortalecimiento de la salud pública en Panamá.

6. Concretar Políticas de desarrollo social y económico que respondan a las necesidades de la población panameña, con el fin de fortalecer el liderazgo sectorial en salud y promover la salud con participación social y vinculando los determinantes de salud y el abordaje biopsicosocial e intersectorial.

7. Valorar el derecho a la salud, eje central de la Estrategia de Acceso Universal a la Salud y Cobertura Universal de Salud para lograr equidad, eficacia, eficiencia y que garantizar la protección financiera.

8. Fortalecer el liderazgo del Ministerio de Salud como Autoridad Sanitaria Nacional y ejercer el rol de conducción del sector Salud para la intervención sobre las determinantes sociales que impactan en la salud de la población panameña.

B. Proyecciones de Desarrollo Económico

1. Utilizar eficientemente los recursos asignados.
2. Aplicar las Normas de Atención en miras de obtener mejores resultados y productividad.
3. Establecer como eje central para el abordaje de la salud y los determinantes sociales.
4. Consolidar alianzas estratégicas que sumen complementariedades en la resolución de los problemas de salud de la población a nivel individual, familiar a lo largo del curso de vida, así como de la comunidad y del ambiente.

Conclusiones

1. El desarrollo económico mundial es limitado, la Región de las Américas no escapa de esta realidad, no obstante, Panamá es el país de mayor crecimiento económico, que se ha mantenido por más de una década, alcanzando en la actualidad cifras cercanas al 6 %. Se estima que este crecimiento se mantendrá para el próximo año, lo que nos ubica como un país no prioritario para acceder a financiamiento internacional.
2. El Índice de Desarrollo Humano (IDH) de Panamá para 2013 fue de 0.765, ubicándose en la categoría de alto desarrollo humano, en el puesto 65 de 187 países. Entre 1980 y 2013, el valor del IDH de Panamá aumento de 0,627 a 0,765, un incremento de 22.1% con un aumento promedio anual de 0,61 %, aunque con marcadas disparidades a lo interno del país, particularmente en las poblaciones indígenas.
3. Estas disparidades internas son claramente reflejadas cuando se analiza el coeficiente de Gini, que es de aproximadamente 0.519 ocupando la posición número 140 de los 160 países, según publicaciones del Banco Mundial de 2012.
4. Se considera a Panamá como uno de los países con peor distribución de sus ingresos per cápita, que se refleja en evidentes desigualdades en salud. Frente a estos hechos, la población en edad de trabajar y la economía en general, deben soportar una mayor carga para apoyar y proporcionar servicios sociales para niños, jóvenes y adultos mayores. Existe una progresiva deuda sanitaria acumulada, que a pesar de los grandes esfuerzos de dotar al sistema de salud de recursos, no permiten el impacto esperado en la salud de la población panameña.
5. A esto se suma una carencia de abordaje integral de las necesidades críticas que afectan a la población, lo que perpetúa las desigualdades, a pesar de los esfuerzos nacionales aislados que se realizan y de la cooperación internacional recibida y orientada a la búsqueda de equidad para toda la población.
6. El Análisis de la Situación de Salud de Panamá evidenció que los principales problemas políticos, económicos y sociales que influyen sobre la situación de salud y en el desempeño de los servicios de salud son el desempleo, la pobreza, la desnutrición, la falta de oportunidades para el sector rural y los cambios en los hábitos y costumbres de la población.

Recomendaciones

1. Lograr coherencia entre los componentes políticos, estratégicos y financieros del sistema de salud y las áreas programáticas determinadas para la organización y demanda de los servicios de salud, constituyendo un puente articulador entre el proceso de la formulación del quehacer y el marco de referencia para el hacer en materia de salud, en procura de la real y efectiva coordinación y articulación del Sistema Público de Servicios de Salud.
2. Establecer y priorizar los indicadores en base a la realidad que reflejan la transición demográfica, la polarización epidemiológica y los determinantes de la salud; a los compromisos y/o acuerdos internacionales suscritos por el país, a la necesidad de intervención en los servicios de salud, así como al modelo de atención y gestión sanitaria.

2. Fotografía N° 2. Demanda y Necesidades de los Servicios

Prioridades

1. Homologación y/o actualización de las Normas Técnicas y de Atención Integral de la población durante el curso de vida con la finalidad de reforzar los programas de salud y el enfoque transversal de equidad de género, interculturalidad, riesgo e intersectorialidad.
2. Fortalecimiento de los programas de salud para ser desarrollados plenamente, incorporando la atención priorizada a grupos de población vulnerables durante el curso de vida, las intervenciones en materia de salud ambiental y la gestión de riesgo de los desastres.
3. Revisión, actualización y aplicación de las guías de atención clínica de las patologías más prevalentes y adecuadas, según niveles de atención y grado de complejidad de los servicios de salud.
4. Garantizar el derecho a la salud de las personas de manera integral y sostenible a lo largo del curso de vida, considerando sus múltiples dimensiones: física, mental, social y espiritual.
5. Abordaje de los derechos y deberes en salud desde la promoción, prevención, atención, recuperación, rehabilitación y cuidado domiciliario y paliativo; en todo el curso de vida y en su relación con la comunidad y el ambiente.

Conclusiones

1. La República de Panamá se encuentra en plena transición demográfica, es decir, en la tercera etapa, presentando una tasa de crecimiento natural con tendencia a la disminución. Para el 2012 la tasa de crecimiento fue de 15.4%, producto de la diferencia de una tasa bruta de natalidad de 19.9 por 1000 nacidos vivos menos la tasa de mortalidad general de 4.6 por 100,000 habitantes. Para el 2015 el crecimiento natural se estima en 13.95%.
2. Panamá experimenta a la vez un proceso de polarización epidemiológica, caracterizado por la continuidad en la presencia de enfermedades infecciosas, un aumento de las enfermedades crónicas no transmisibles y sociales. Estas circunstancias, aunadas a la transición demográfica

que vive el país, se suman a otras determinantes sociales y condicionantes de la salud enfermedad de la población panameña e imponen retos actuales y futuros a un modelo de atención que no ha superado las necesidades existentes en salud, y que por lo tanto deja áreas de exclusión muy importantes, especialmente entre las poblaciones más vulnerables (áreas indígenas, población campesina, residentes en áreas de difícil acceso y en áreas periurbanas).

3. Las tasas de dependencias sugieren los potenciales efectos de los cambios de la estructura de edades de la población en el desarrollo social y económico de un país e indican tendencias importantes en las necesidades de apoyo a los grupos dependientes.

4. Entre los estratos socioeconómicos las causas de muerte muestran grandes brechas: la mortalidad materna es muy alta especialmente en las áreas comarcales y la mortalidad infantil nacional ha declinado, aunque en algunas áreas del país persisten defunciones infantiles que son categorizadas como muertes evitables.

5. A lo ya mencionado, se suma el envejecimiento de la población, que aunque también refleja desigualdades, se expresa en el incremento de las patologías crónicas y degenerativas.

6. Por otro lado, desde hace más de 30 años las causas externas se ubican entre las principales causas de muerte en el país, estas se vinculan a las determinantes sociales y económicas, debido a la muerte prematura y se traducen en el incremento de la violencia social.

Recomendaciones

1. Desarrollar estrategias eficaces, oportunas e intervencionistas que impacten sobre los efectos ocasionados por la transición demográfica y la polarización epidemiológica en las condiciones de salud y bienestar de la población panameña y que se reflejan en indicadores como la mortalidad materna e infantil; las condiciones nutricionales y las marcadas desigualdades entre grupos vulnerables que habitan en la geografía nacional, principalmente en áreas comarcales y rurales.

2. Reorientar el proceso de atención hacia las acciones de promoción de la salud, prevención de daños y riesgos a la salud del individuo, familia, comunidad y ambiente.

3. Velar por la salud como derecho de todas las personas, expresado en el aseguramiento de una atención integral, integrada y continua, a través del curso de vida.

3. Fotografía N° 3. Caracterización de la Oferta Prioridades

1. Elaborar, implementar y evaluar el Plan Nacional de Salud con objetivos y metas claras, asertivas y congruentes con la Política Nacional de Salud. Este plan debe recoger una visión de corto, mediano y largo plazo.

2. Redefinir la gestión en salud de cara al logro de reformas, cambios y reestructuraciones orientadas a la transformación de la oferta en términos de aplicar un modelo de atención y de

gestión que se corresponda con las necesidades de la población y que tome de base los hallazgos de Análisis de Situación de Salud, así como el marco legal e institucional vigente.

3. Establecer un sistema de incentivos que integre mecanismos innovadores que permitan el desarrollo del trabajo en equipo con y entre los proveedores de la red de servicios públicos de salud a nivel local, distrital y nacional, que apoyen la Estrategia de Acceso Universal a la Salud y Cobertura Universal de Salud para toda la población con humanización, calidad, eficiencia, eficacia, equidad, solidaridad y universalidad, entre otros.

4. Provisión de servicios de salud oportunos y eficaces a nivel nacional, considerando: la necesidad de equipar de conformidad con los criterios de habilitación las instalaciones con equipos necesarios, materiales e insumos críticos con suficiencia, oportunidad y calidad, en la premisa de economía de escala, anteponiendo el bien común al lucro individual o empresarial.

5. Fortalecer la cadena de abastecimiento, el enfoque de suministros sanitarios con base en el ciclo logístico, que permita optimizar los tiempos en cada una de las etapas, para que la población pueda contar con los insumos de una manera óptima, eficaz, eficiente, oportuna, de calidad y segura, de acuerdo a su planificación y programación en general.

6. Consolidar la planificación estratégica de los recursos e insumos sanitarios que se requieren para la atención, tomando en cuenta el perfil de la demanda y los grupos relacionados de diagnóstico más prevalentes, así como las patologías de mayor demanda en cada uno de los servicios.

7. La planificación a largo plazo del recurso humano profesional, técnico y administrativo se hace impostergable en términos de abordaje de sus contenidos formativos y el grado de desarrollo requerido, que asegure calidad, calidez y compromiso con los que menos tienen. La creación de una carrera administrativa del sector salud se hace imperativa.

8. Disminución de brechas existentes en las comarcas indígenas y en las regiones con poblaciones indígenas en áreas de difícil acceso mediante el desarrollo de las competencias genéricas, específicas y humanísticas del personal de salud.

9. Aplicación del modelo unificado de atención individual familiar, comunitario y ambiental basado en atención primaria en salud y en redes integradas de servicios públicos de salud.

Conclusiones

1. El sistema público de salud requiere de un Modelo de Atención Individual, familiar, Comunitario y Ambiental unificado que facilite la organización de las redes integradas de servicios de salud, que incluya instalaciones del MINSA y de la CSS, con base geográfica poblacional regional/distrital claramente definida, que responda a las características demográficas, epidemiológicas, socioeconómicas y culturales de la población de responsabilidad, con una cartera de servicios definida con base a las necesidades de salud identificadas en el Análisis de Situación de Salud (ASIS) y con la tecnología necesaria para la aplicación y cumplimiento de las normas de los programas de salud y de las guías de atención clínica de los problemas de salud más prevalentes.

Recomendaciones

1. Incorporar nuevos actores asignados por los estamentos superiores a la estructura organizativa del MINSA para el logro de sus objetivos operacionales, alineados con la Política Nacional de Salud, el Plan Nacional de Salud, el Plan Estratégico de Gobierno, así como los acuerdos y/o compromisos internacionales.

4. Fotografía N° 4. Satisfacción del Usuario

Prioridad

1. Establecer mecanismos efectivos para la medición de la satisfacción de los usuarios del sistema de salud.

a. Retomar las evaluaciones y análisis de las encuestas de satisfacción del usuario interno y externo.

b. Reactivar el buzón de sugerencias.

c. Monitorear y evaluar la capacidad de respuesta de las entidades del sector a las denuncias ciudadanas presentadas ante el servicio 311.

d. Definir mecanismos para la integración de las opiniones de los usuarios en los procesos de toma de decisiones.

e. Evaluar y ajustar las estrategias orientadas a la disminución de las listas de espera, incluidos los análisis de ampliación de la oferta de servicios mediante la extensión de los horarios de atención.

Conclusiones

1. Consolidar y socializar los resultados de los análisis y evaluación de las encuestas de satisfacción de los usuarios externos e interno, relativa a la calidad de la atención en salud.

2. Generar conocimiento que apoye el desarrollo e implementación de políticas y estrategias de calidad destinadas a los diferentes usuarios del Sistema de Salud panameño.

Recomendaciones

1. Gestión de una cultura de calidad en las instalaciones de salud y servicios de salud, a partir de la evidencia, que posicione la calidad de la atención y la seguridad del paciente como prioridad sectorial a nivel nacional.

5. Fotografía N° 5. Red Social

Prioridades

1. Establecer la participación social como pieza fundamental de la formulación, ejecución y evaluación del Sistema Público de Salud, para garantizar la universalidad de la atención integral de la salud.

2. Fortalecer la atención multidisciplinaria e intra y extramural para continuar respondiendo con precisión, flexibilidad y agilidad a la variedad de problemas y situaciones de complejidad y dependencia en salud y de otros sectores sociales.

Conclusiones

1. Carencia de un proceso consolidado de la participación social y comunitaria en los procesos de planificación y evaluación del Sistema de Salud tales como: la evaluación del desempeño de Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP), la evaluación de la Función Rectora y la definición de la Política Nacional de Salud.

2. Niveles bajos de desempeño de las FESP relacionadas con la promoción de la salud, la participación social y la de calidad de atención, a pesar de haberse expresado como una prioridad en las Políticas de Salud vigentes en los últimos 15 años.

Recomendaciones:

1. Incorporación de las dimensiones de modulación del financiamiento, armonización de la provisión y aseguramiento, en el marco del ejercicio de la Rectoría en Salud.

2. Fortalecimiento de la participación social en el ejercicio de la vigilancia y control sectorial en materia de medio ambiente.

3. Desarrollo de procesos de planificación estratégica y uso eficaz de los instrumentos de gestión que permitan ser más operativos en materia de salud.

4. Integración de la población a nivel individual, familiar y comunitario en el autocuidado de su salud, la de su familia y ambiente.

5. Implementación de planes operativos para la mejora del desempeño de las FESP N° 3 de Promoción para la Salud y N°4 de Participación Social con desempeño medio inferior.

6. Fotografía N° 6 Proyecciones de la red

Prioridades

1. Definición e implementación de una cartera de prestaciones de servicios que responda al perfil demográfico y epidemiológico de la población, así como a las necesidades de la población.

2. Reordenamiento de la red pública de servicios de salud para el desarrollo de redes integradas de servicios de salud (RISS)

3. Incremento de los recursos necesario que apoyen la Estrategia de Acceso Universal a la Salud y Cobertura Universal de salud en miras de la integralidad y el continuo de la atención a lo largo del curso de vida.

4. Disponibilidad de Recurso Humano con competencias para cubrir los requerimientos del Sistema Nacional de Salud con equidad distributiva, con énfasis en el reforzamiento del personal de salud en el primer nivel de atención, en cantidad, calidad y diversidad de disciplinas, para hacer frente a la demanda del sistema de salud.

5. Aplicación de un modelo de atención unificado a nivel de sistema público de salud, que permita cubrir las necesidades de la demanda y la gestión de la prestación de servicios de salud con base en las RISS y orientado al alcance del derecho a un mayor nivel de salud de la población en el territorio de responsabilidad.

6. Desarrollo de intervenciones costo efectivas para combatir el impacto negativo de los determinantes sociales en la salud, atendiendo principalmente los riesgos de las poblaciones vulnerables y tomando en cuenta las diferencias vinculadas a la edad, género y cultura en todo el curso de la vida.

Conclusiones

1. El ASIS permitió identificar desigualdades en salud y la necesidad de mejorar la prestación de los servicios de salud, a través de una gestión que requiere ser enfocada al logro de resultados.

2. Poblaciones residentes en espacios geográficos – poblacionales de difícil acceso y en áreas periurbanas con marcadas brechas en materia de salud.

3. La red de servicios de salud carece de una articulación real y efectiva para satisfacer la demanda de salud de la población, lo que se refleja en largas listas de espera y mora quirúrgica para la intervención de condiciones de baja, media y alta complejidad.

Recomendaciones

1. Desarrollar acciones integrales orientadas a la disminución de desigualdades en salud y al mejoramiento continuo de la prestación de servicios de salud, con modelos de atención y gestión efectivos.

2. Fortalecer la estrategia de extensión de cobertura de atención especialmente priorizando las áreas más postergadas, con la finalidad de disminuir las brechas existentes en materia de salud.

3. Aplicar estrategias orientadas a atender situaciones de riesgo en población vulnerable.

4. Disminuir la mora quirúrgica en las poblaciones residentes en la Isla de Bocas del Toro, Darién, Ngäbe Bugle, Guna Yala y otras áreas de difícil acceso en el resto del país.

5. Aumentar la eficacia y efectividad de los programas y servicios de salud.

6. Contratar a profesionales con competencias en salud y optimizar el proceso de la gestión de recursos.

7. Fotografía N ° 7. Caracterizaciones del sistema regional y proyecciones

Prioridades

1. Optimizar y priorizar los recursos económicos asignados por parte del Estado para recuperar y ampliar la Red de Instalaciones sanitarias existentes en cada una de las regiones de salud del MINSA, en sus diversos grados de complejidad y responsabilidad.

2. Mejorar de manera sostenible las instalaciones destinadas al ejercicio de actividades de salud pública orientadas al ejercicio de las dimensiones de regulación, conducción y ejercicio de las FESP.

Conclusiones

1. Las Direcciones Regionales de Salud del MINSA son las encargadas de ejercer el Rol Rector en las regiones. Cada región de salud tiene definido una población y un territorio de responsabilidad, en donde se definen las necesidades de la población.

2. Las instalaciones de salud cuentan con un director y una estructura organizativa respaldada por un manual de organización y funciones.

3. Actualmente, hay marcadas brechas de dotación de recursos incluyendo el recurso humano en las diferentes regiones, se puede observar que las regiones con mayor dotación son las provincias de Herrera, los Santos, Panamá y Chiriquí mientras que en las regiones comarcales la relación es realmente deficitaria, lo que refleja a su vez las inequidades del sistema de salud y la importancia de su abordaje de forma integral para reducir las desigualdades y asegurar el acceso y cobertura universal de salud.

Recomendaciones

1. Mejorar las capacidades de formulación de presupuesto y proyectos de inversión.

2. Avanzar hacia un proceso de formulación presupuestario por resultados donde se justifiquen técnica y efectivamente las solicitudes de presupuesto y/o las asignaciones presupuestarias en general del MINSA y de otras entidades del sector salud.

3. Dar seguimiento continuo a la ejecución presupuestaria en todos los niveles de la organización, con miras a garantizar el uso efectivo de los recursos asignados y de disminuir los recortes presupuestarios.

4. Fortalecer la capacidad de gestión de las autoridades regionales y de sus equipos técnicos para que den respuesta a los nuevos escenarios y retos en salud.

5. Desarrollar procesos de planificación regional conjunta (intra y extrasectoriales) con la finalidad de impactar en los determinantes de salud, específicamente para disminuir las brechas y desigualdades en salud que afectan a la población.

8. Fotografía N° 8. Instrumentos de gestión

Prioridades

1. Dar continuidad a las alianzas estratégicas, sinergias, y complementariedades establecidas a través del Análisis de la Situación de Salud, tendencias y prioridades regionales y nacionales de salud (2014-2015). El ASIS requirió del trabajo intersectorial con participación de instituciones públicas y privadas, sociedad civil y trabajadores organizados de la salud.

2. Optimizar los recursos del Estado y evitar las duplicidades.

3. El Modelo de Atención Individual, Familiar, Comunitaria y Ambiental debe identificarse como el principal instrumento para lograr los niveles óptimos de salud y desarrollo humano para toda la población en el territorio panameño con equidad, eficiencia, eficacia, calidad, pertinencia cultural y calidez humana.

4. El modelo debe actuar intersectorialmente asegurando el trato humanizado, centrado en las personas y en el derecho a la salud, con un enfoque de promoción, prevención, atención y rehabilitación orientado al individuo, familia, comunidad y ambiente.

5. Gestionar el sistema de información para que cumpla con criterios de oportunidad, calidad, accesibilidad, implementado con base a la gestión integral de la salud, de manera que modernice la gerencia, para la toma de las mejores decisiones.

6. Fortalecer la implementación del Sistema Electrónico de Información en Salud (SEIS) y la estrategia de Salud unificado en las Instalaciones de la red de provisión de servicios de salud.

7. Existe la necesidad de contar con una lista de medicamentos e insumos sanitarios unificado que considere las necesidades de salud de la población, la características demográficas y epidemiológicas. Esta lista debe considerar los productos utilizados en las RISS y lo dispuesto en las normas de los programas de salud y en las guías clínicas, contemplando criterios farmacoeconómicos.

8. Mantener un monitoreo de control de inventarios en las instalaciones de salud que garantice el suministro oportuno y continuo de insumos sanitarios requeridos para el cumplimiento de las normas de los programas de atención y las guías clínicas para la atención de las morbilidades más prevalente en los servicios de salud.

9. Medición del desempeño del equipo de salud, así como el desempeño individual del personal y de los resultados de los indicadores de salud de la población de responsabilidad.

10. Los equipos de salud deben conocer los resultados de las evaluaciones de manera oportuna para que se realicen los ajustes necesarios de manera que se logren los objetivos de los servicios de salud.

Conclusiones

1. El Análisis de la Situación de Salud (ASIS), constituye un instrumento fundamental para la elaboración de las Políticas, Planes, Proyectos y Programas de intervención; que contribuye a la gestión de los servicios de salud y en la priorización de los principales problemas, así como en la definición de estrategias interinstitucionales para el diálogo social.

2. El ASIS refleja la diversidad de retos y desafíos que debe afrontar el Sistema de Salud, entre los que se destaca la transición demográfica que conlleva el rápido envejecimiento de la población, principalmente en las Regiones de Herrera, Los Santos y Metro.

3. A su vez, las Regiones de Salud cuentan con los Análisis de Situación de Salud Regionales, desarrollados con un enfoque participativo e inclusivo, que contó con distintos actores sociales.

4. El **MINSA** recolecta y analiza información relevante sobre el estado de salud de la población; sin embargo, existen otras instancias de captación y análisis de información sin que esta sea necesariamente compartida con el MINSA de una manera sistemática y permanente; razón por la cual se requiere la unificación del sistema de información de salud nacional.

5. De igual manera, en muchos de los casos la información es procesada de manera manual, no se encuentra desagregada por grupos étnicos y/o socio-económicos, ni geográficamente hasta lugares poblados, impidiendo, la medición de desigualdades internas, que es un proceso importante para contar con una mejor aproximación a los problemas sociales del país. Definitivamente, urge la implementación de un sistema de información único, oportuno e integrado.

Recomendaciones

1. Establecer la Estrategia de Atención Primaria de Salud como herramienta operativa para el desarrollo y ejecución del Nuevo Modelo de Atención de Salud.

2. Promover la participación ciudadana.

3. Desarrollar intervenciones de prevención primaria que involucren actividades realizadas por el personal de salud, por la comunidad o por el gobierno local, para el seguimiento y control de los determinantes de la salud, antes de que aparezca un problema que afecte la salud.

4. Promover en los servicios las intervenciones de prevención secundaria que implican detección y prevención terciaria que implica la aplicación del tratamiento oportuno a las enfermedades en estados muy tempranos para impedir o retrasar el desarrollo de las complicaciones, contener las secuelas y rehabilitar a las personas logrando su integración a la sociedad como personas productivas.

5. Consolidar la información producida por la CSS, el MINSA y el sector privado para adecuar la oferta de servicios de salud a las necesidades de la población y al perfil de salud - enfermedad de la misma.

6. Establecer mecanismos de intercambio permanente de información entre instituciones fuera del sector para optimizar la planificación y el desarrollo de intervenciones conjuntas

9. Fotografía N° 9. Financiamientos autogestión, fuentes de financiamiento:

Prioridades

1. Ser más eficientes en el uso de los recursos, en el cumplimiento de los horarios, en la productividad, en el cumplimiento de las normas de los programas de salud.

2. Conocer los costos de las prestaciones de salud, de la cartera y de las patologías más prevalentes, como elementos claves en la gestión y justificación de los presupuestos.

3. Llegar a una mancomunidad solidaria de los fondos, donde el pago directo sea eliminado, para que no exista esta barrera de acceso a los servicios de salud y las personas puedan atenderse, según la necesidad.

4. Contar con un Sistema de Cuentas Nacionales de Salud es esencial para garantizar equidad y sostenibilidad en el acceso y cobertura universal de salud.

5. El Sistema único de integración contable a nivel central, regional y local, es indispensable para permitir el manejo de la información a través de una red que consolide las operaciones presupuestarias y financieras, que a su vez pueda proporcionar información económica de manera oportuna, confiable y relevante para la toma de decisiones en materia financiera y mejorar la capacidad de análisis económico de la situación actual.

Conclusiones

1. A nivel general, el monto total de recursos asignados al MINSA ha aumentado en los últimos cinco años debido al incremento sostenido del PIB. Las partidas de mayor incremento en el presupuesto institucional son las de medicamentos e insumos sanitarios, manteniendo a Panamá como uno de los países con mayores gastos en salud.

2. El gasto total en salud está compuesto por el gasto del sector público y el gasto privado. Adicionalmente, el gasto privado considera los gastos directos en los que incurren las personas para cubrir la atención de su salud.

3. Los gastos de bolsillo constituyen una gran carga para las personas y una barrera de acceso a atenciones de calidad, particularmente para los de menores ingresos.

4. Los gastos públicos en salud incluyen los gastos corrientes, desagregados en gastos de operación, inversiones y transferencias propias.

5. La desagregación del financiamiento de la salud para ejercer la función de modulación del financiamiento se desconoce y el proceso de compensación de costos por servicios prestados a la población asegurada y no asegurada atendida en las instalaciones del MINSA o de la CSS, continúa aunque la tendencia, producto de la reforma a la seguridad social, es a disminuir la utilización de servicios externos y por ende las transferencias de recursos de la CSS al MINSA y viceversa, lo que a la larga sino se enfrenta incrementará la duplicidad inefectiva de servicios de salud.

6. Mientras no exista un mecanismo de financiamiento más efectivo, el sistema de compensación de costo de ambas instituciones pretende cumplir con la responsabilidad de financiamiento compartido, donde cada ente público paga por la atención que recibe su población de responsabilidad (asegurados - no asegurados) para poder hacer frente a la población demandante de los servicios de salud y así evitar el subsidio a la población derecho habiente en detrimento de la población no asegurada y viceversa.

Recomendaciones

1. Alcanzar una mayor eficiencia en la prestación de los servicios con el uso adecuado de los recursos disponibles, mejorando la utilización de los mismos y optimizando la inversión en salud para alcanzar mayores niveles de cobertura y efectividad.

10. Fotografía N° 10. Proyectos de inversión:

Prioridades

1. Culminar la construcción y equipamiento de Instalaciones de Salud, como son hospitales y los Centros de Atención Primaria en Salud Innovadores (MINSA-CAPSI), estos últimos son parte del programa integral de fortalecimiento de la atención primaria en salud.

2. Continuar con la implementación del Sistema Electrónico de Información en Salud (SEIS) en las Regiones de Salud del MINSA lo que permitirá la automatización e informatización de expedientes clínicos de salud a nivel nacional en 200 instalaciones de salud que incluyen hospitales nacionales, regionales y rurales, policentros, centros de salud y MINSA CAPSi.

3. Fortalecimiento del sistema de información de salud.

4. Dar seguimiento a la firma del Convenio del SEIS en cada una de las regiones de salud, mediante el cual se transfiere la aplicación, usabilidad, implementación del SEIS, a las regiones de salud y a sus directores médicos locales.

5. Mejorar el acceso a servicios de salud mediante la oferta sostenible de servicios de telemedicina, tele radiología, telespirometría, telemamografía y teleelectrocardiografía, con la finalidad de extender la cobertura en áreas de difícil acceso o donde por carencia de recursos humanos especializados no se cuenta con el servicio.

Conclusiones

1. En el caso de Panamá, la integralidad y la continuidad de la atención a la salud continua siendo un gran desafío, entre otros aspectos por las desigualdades existentes entre sus poblaciones (entre el campo y la ciudad; entre pobres y los no pobres y entre indígenas y no indígenas) que ocasiona la existencia de grupos poblacionales vulnerables y desprotegidos, por la complejidad para su abordaje integral.

2. En este marco y en la búsqueda de cerrar brechas surgen los proyectos de desarrollo tecnológico en salud que revisten de particular importancia para acercar algunos servicios de salud a las poblaciones con menos posibilidades de acceso a la salud y a la cobertura universal; cabe destacar, que es fundamental una concepción estratégica para la aplicación de estas herramientas desde su formulación hasta su ejecución y evaluación, que considere principios claves como los de equidad, acceso, oportunidad, calidad, humanismo y así mismo, se visualice como una estrategia orientada a lograr cumplir con el precepto Constitucional de “derecho a la salud”; tomando como eje central los espacios geográfico poblacionales y sus determinantes sociales de la salud.

Recomendaciones

1. Dar seguimiento a la implementación de la estrategia de eSalud, ya que la misma es complementaria a las acciones de promoción de la salud y prevención de enfermedades, además de ser reconocida como tecnología de apoyo de cara a trabajar en función de los determinantes positivos de la salud, aportar elementos para combatir los determinantes negativos de la salud que se traducen en enfermedad e identificar riesgos del entorno para la toma de decisiones informadas.

2. No hay duda de que la mejor manera de promover conductas saludables es impulsando la acción comunitaria para trabajar desde los determinantes sociales de la salud (DSS) y crear entornos comunitarios saludables.

VII. Evaluación de las Funciones Esenciales de Salud Pública

Generalidades.

Las Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP) se han definido como condiciones que permiten una mejor práctica de la salud pública. Definen el espectro de competencias y acciones necesarias del sistemas de salud y su objetivo central de la salud pública, que es el mejorar la salud de la población. Actualmente, se distinguen claramente 11 FESP a saber:

| | |
|---------|---|
| FESP 1 | Monitoreo, evaluación y análisis de la situación de salud |
| FESP 2 | Vigilancia de salud pública, investigación y control de riesgos y daños en salud pública |
| FESP 3 | Promoción de salud |
| FESP 4 | Participación de los ciudadanos en salud |
| FESP 5 | Desarrollo de políticas y capacidad institucional de planificación y gestión en salud pública |
| FESP 6 | Fortalecimiento de la capacidad institucional de regulación y fiscalización en salud pública |
| FESP 7 | Evaluación y promoción del acceso equitativo a los servicios de salud necesarios |
| FESP 8 | Desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública |
| FESP 9 | Garantía y mejoramiento de la calidad de servicios de salud individuales y colectivos |
| FESP 10 | Investigación en salud pública |
| FESP 11 | Reducción del impacto de emergencias y desastres en salud ¹ |

Cuadro N°38.

Evaluación de las Funciones Esenciales de Salud Pública.

Como parte del Organismo Ejecutivo, el Ministerio de Salud en ejercicio de la función rectora, en este caso particular de la dimensión de conducción del sistema de salud, establecida por mandato Constitucional y en el instrumento jurídico que lo crea, realizó la evaluación del desempeño de las once (11) Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP), consideradas como una de las dimensiones de Rectoría, que es responsabilidad exclusiva de la Autoridad Sanitaria. Vale mencionar, que las FESP se visualizan como un componente común y transversal, tanto a las responsabilidades exclusivas como a las compartidas de la Autoridad Sanitaria Nacional.

Uno de los objetivos claves de evaluar el desempeño de las Funciones Esenciales de Salud Pública, es justamente medir el grado de avance de su desarrollo y reconocer las capacidades existentes en miras del fortalecimiento de la salud pública en Panamá.

Este proceso de evaluación permitió al Ministerio de Salud la identificación factores críticos que requieren de un abordaje estratégico e integral orientado al fortalecimiento de la “infraestructura” de salud pública, es decir al conjunto de recursos humanos, fórmulas de gestión y recursos materiales necesarios para dicho propósito, así como la identificación de fortalezas y debilidades de la práctica de la salud pública, para la planificación estratégica y operativa de acciones y el fomento de la toma de decisiones informadas.

Figura N°3



Esquema modificado de La Salud Pública en las Américas - OPS/OMS Autoridad Sanitaria Nacional

La relevancia de este proceso, cobra vigencia en la medida en que la sociedad reconoce la existencia de una crisis del sistema de salud, cuyo principal desafío es transformar el sistema de salud para el logro de la satisfacción de las necesidades de salud de la población, enfretar las desigualdades y la inequidad en salud, mejorando la cobertura universal en salud y el acceso a servicios de salud para que los ciudadanos y residentes en Panamá puedan alcanzar mejores condiciones de salud.

Desde el año 2001 la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en colaboración con los Centros de Control y Prevención de Enfermedades (CDC) y del Centro Latinoamericano de Investigaciones en Sistemas de Salud (CLAISS), en una amplia consulta regional, desarrollaron un instrumento de medición del desempeño de las FESP propias de la Autoridad Sanitaria Nacional (ASN) como parte de la iniciativa "La Salud Pública en las Américas". Este documento fue validado y aprobado por el Consejo Directivo de la OPS promoviendo su aplicación en la Región. A su vez la Reunión de Secretarios de Salud de Centroamérica y la República Dominicana (RESSCAD) asumió la necesidad de su aplicación en los países de la subregión.

2. Metodología

El instrumento para la medición del desempeño de las 11 FESP anteriormente enumeradas, establece una definición de las capacidades necesarias para ejercer cada una de las FESP, a partir de las cuales se construyen los indicadores y sus respectivas mediciones. También se han establecido indicadores para cada función, que se usan para medir los resultados y procesos involucrados en el desempeño de la misma. Cada función tiene un promedio de 3 a 6 indicadores que pueden ser ampliados por el equipo conductor del proceso en cada país.

A fin de poder medir el desempeño de cada FESP la metodología establece varios tipos de indicadores de:

- Resultado.
- Procesos orientados a la medición de procesos claves que reflejen su buen desempeño.
- Indicadores capacidad institucional para el desempeño de las FESP.
- Indicadores orientados a medir el apoyo técnico a los niveles subnacionales para evaluar los esfuerzos por fortalecer la descentralización.

En Panamá luego de un proceso de consulta con los tomadores de decisión y de una amplia consulta con actores relevantes en el ámbito de la Salud Pública se logró validar el instrumento de medición de las FESP aprobado en el Consejo Ejecutivo de la OPS, se procedió a efectuar el proceso evaluativo en junio de 2001 que se caracterizó por una amplia participación.

La segunda ocasión en la que se realizó la evaluación de las FESP en Panamá fue en septiembre de 2014, cuando se convocaron a 130 representantes de diversas entidades, a saber:

- **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 (IDAN), 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, APATE, 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.

Para la aplicación del instrumento de medición de las FESP se revisó y validó técnicamente el instrumento y se gestionó viabilidad política para el desarrollo de la evaluación con los tomadores de decisiones. Operativamente, se conformaron 11 grupos de trabajo, uno para cada FESP, cuya conformación atendió a criterios tales como el grado de experticia, responsabilidad y conocimiento de los temas por tratar. Así mismo, cada grupo de trabajo fue apoyado por facilitadores y moderadores previamente capacitados para conducir la aplicación del instrumento de medición de las FESP.

Con fines metodológicos se establecieron cuatro momentos de la consulta nacional a saber:

- Una sesión protocolaria y de marco conceptual / metodológico.
- Sesiones de trabajo en grupo para aplicación de la herramienta de evaluación de cada FESP.
- Sesiones de trabajo en grupo para aplicación del instrumento de evaluación de cada FESP.
- Plenaria para revisión de los resultados de la evaluación de cada FESP, discusión y retroalimentación del pleno de los participantes a los grupos e identificación inicial de áreas prioritarias de intervención.

La Comisión Técnica Organizadora conducida por la Dirección de Planificación (DIPLAN) y los consultores de la Organización Panamericana de la Salud, revisaron y enriquecieron el informe preliminar de resultados presentado por los grupos de trabajo.

La visión actual del MINSA en el ejercicio de su rol Rector prevé que la aplicación del instrumento para la medición de las FESP debe ser un proceso dinámico que permita el seguimiento y análisis de los resultados alcanzados y de los que

serán posibles en el futuro, en la medida en que se apliquen las estrategias requeridas para enfrentar los desafíos existentes y cerrar las brechas de recursos, capacidades y procedimientos detectadas con el propósito de lograr un **“sistema de salud humano con equidad y calidad, un derecho de todos”**.

Figura N°4



3. Resultados de la Evaluación de las Funciones Esenciales de Salud Pública

Con el interés de poder realizar un comparativo de la situación encontrada en torno a la implementación de las FESP en el 2014, con respecto al 2001 se presentan para su consideración los resultados de las evaluaciones 2001 y 2014.

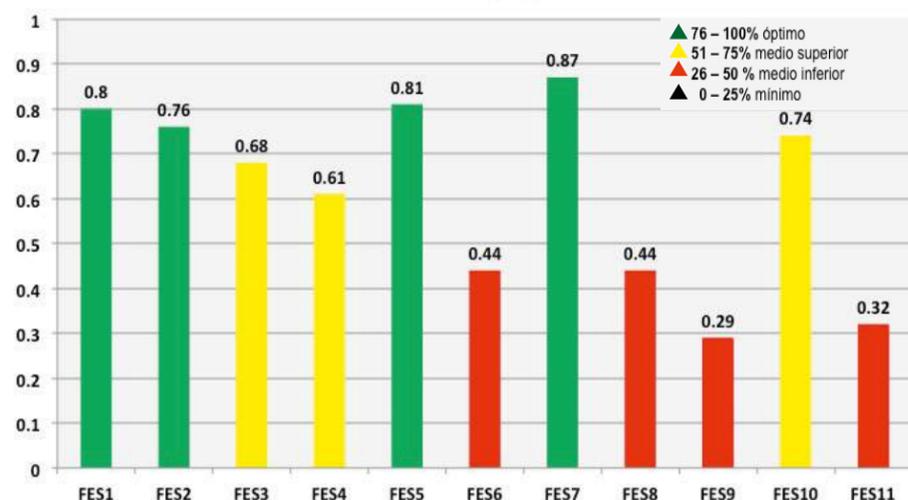
3.1. Resultados de la Primera Evaluación del Desempeño de las FESP. Junio de 2001.

El análisis de la visión general de la primera evaluación del desempeño de las once FESP (Gráfica 26) señala que la función 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 11 – “Reducción del impacto de emergencias y desastres en salud” (0.32). Con un menor desempeño relativo se encuentran la función 8 – “Desarrollo de recursos humanos y capacitación en Salud Pública”(0.44).

Gráfica N°25

EVALUACION DEL DESEMPEÑO DE LAS FUNCIONES ESENCIALES DE SALUD PUBLICA. MINSAL. PANAMA. AÑO: 2001



FES1. Monitoreo y análisis de la situación de salud.
 FES2 Vigilancia, Investigación y control de riesgos.
 FES3 Promoción de la Salud
 FES4 Participación Social.
 FES5 Desarrollo de Políticas.
 FES6 Regulación y fiscalización.
 FES7 Evaluación del acceso equitativo a los servicios de salud.
 FES8 Desarrollo de Recursos Humanos
 FES9 Garantía de Calidad.
 FES10 Investigación en salud
 FES11 Reducción del impacto de emergencias y desastres.

Fuente: Dirección Nacional de Políticas del Sector Salud. Ministerio de Salud. Año 2001.

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 3: Promoción de Salud con una ponderación total de 0.69
- FESP 4: Participación de los ciudadanos en salud con una ponderación total de 0.71
- FESP 6: Fortalecimiento de la capacidad institucional de regulación y fiscalización en salud pública con una ponderación total de 0.76
- FESP 8: Desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública con una ponderación total de 0.52.
- FESP 9: Garantía y mejoramiento de la calidad de los servicios de salud individuales y colectiva con una ponderación total de 0.84

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.

La siguiente representación gráfica permite apreciar los resultados de la evaluación del desempeño de las once FESP

3.2. Resultados de la Segunda Medición de las FESP. Septiembre de 2014

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 las 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

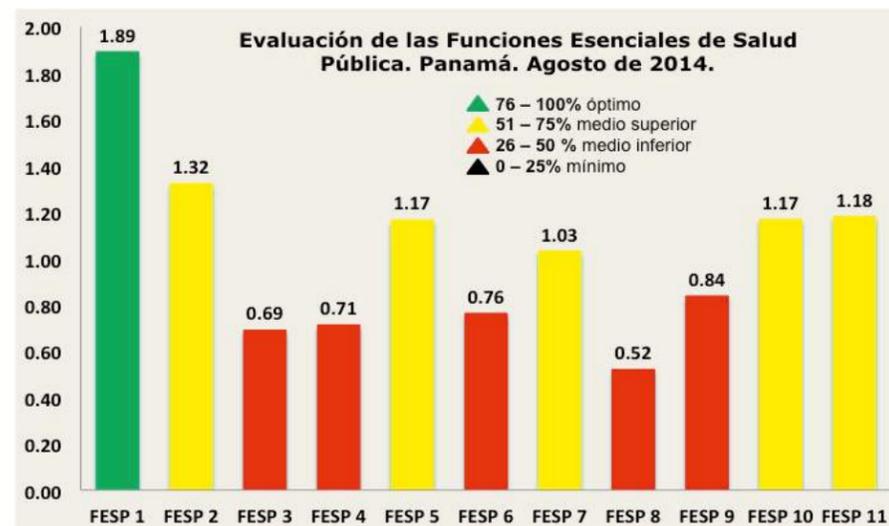
El análisis general de las FESP señala que la FESP 1, monitoreo, evaluación y análisis de la situación de salud de la población, fue la única de las once que alcanzó un desempeño óptimo con un resultado de 1.89.

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 1.17

FESP 11: Reducción del impacto de emergencias y desastres en salud con una ponderación total de 1.18.

Gráfica N°26



FESP 1. Monitoreo y análisis de la situación de salud.
 FESP 2 Vigilancia, Investigación y control de riesgos.
 FESP 3 Promoción de la Salud
 FESP 4 Participación Social.
 FESP 5 Desarrollo de Políticas.
 FESP 6 Regulación y fiscalización.
 FESP 7 Evaluación del acceso equitativo a los servicios de salud.
 FESP 8 Desarrollo de Recursos Humanos
 FESP 9 Garantía de Calidad.
 FESP 10 Investigación en salud
 FESP 11 Reducción del impacto de emergencias y desastres.

Fuente: Dirección Nacional de Planificación. Ministerio de Salud. Año 2014.

Un análisis más detallado de las 11 FESP indicó que

FESP 1: Monitoreo, evaluación y análisis de la situación de salud de la población.

La medición del desempeño de esta función pasa por la valoración de los siguientes indicadores:

- 1.1 Guías y procesos de monitoreo y evaluación del estado de salud.
- 1.2 Evaluación de la calidad de la información.
- 1.3 Apoyo experto y recursos para el monitoreo y evaluación del estado de salud.
- 1.4 Soporte tecnológico para el monitoreo y evaluación del estado de salud.
- 1.5 Asesoría y apoyo técnico a los niveles regionales y locales de salud pública.

Esta FESP 1 ha sido la mejor evaluada, en relación a las once FESP y se mantiene entre las mejores ponderadas. El indicador 1.4, soporte tecnológico para el monitoreo y evaluación del estado de salud, fue el que obtuvo la ponderación más baja, pero se mantiene dentro del cuartil del desempeño medio superior y el indicador 1.2 evaluación de la calidad de la información obtuvo la ponderación más alta.

FESP N°2: Vigilancia de salud pública, investigación y control de riesgos y daños en salud pública.

Los indicadores que permiten evaluar el desempeño de esta función son los siguientes:

- 2.1 Sistema de vigilancia para identificar amenazas y daños a la salud pública
- 2.2 Capacidades y experticia en epidemiología
- 2.3 Capacidad de los laboratorios de salud pública
- 2.4 Capacidad de respuesta oportuna y efectiva dirigida al control de problemas de salud pública
- 2.5 Asesoría y apoyo técnico a los niveles regionales y locales de salud pública

La FESP 2 obtuvo una ponderación total de 1.32, descendiendo con respecto a la evaluación de esta misma FESP realizada en 2001, la cual fue de 1.52. Sin embargo, fue la 2da FESP mejor evaluada en el 2014, en contraste con el 2001 durante la cual ocupó el 4to lugar. Todos los indicadores de esta FESP obtuvieron ponderaciones mayores de 1 y no se observan diferencias significativas entre ellas, destacándose el indicador 2.3, capacidad de los laboratorios de salud pública con la mayor ponderación de 1.8 y el indicador 2.4, capacidad de respuesta oportuna y efectiva dirigida al control de problemas de salud pública, con la menor ponderación.

Al respecto, el grupo evaluador consideró que no existen suficientes protocolos en salud ambiental y las instancias relacionadas al control de la salud ambiental duplican sus funciones.

FESP N°3: Promoción de Salud

Los indicadores establecidos para medir el desempeño de esta función son los siguientes:

- 3.1 Apoyo a actividades de promoción de la salud, elaboración de normas e intervenciones dirigidas a favorecer conductas y ambientes saludables.
- 3.2 Construcción de alianzas sectoriales y extrasectoriales para la promoción de la salud.
- 3.3 Planificación y coordinación nacional de las estrategias de información, educación y comunicación social para la promoción de la salud.
- 3.4 Reorientación de los servicios de salud hacia la promoción.
- 3.5 Asesoría y apoyo técnico a los niveles regionales y locales para fortalecer las acciones de promoción de la salud.

Se destaca que esta FESP obtuvo una ponderación de 0.69, considerada por debajo del desempeño

medio inferior y con un descenso significativo, con respecto a su evaluación anterior en el 2001 de 1.36, representando un reducción del 50%.

El indicador 3.2, construcción de alianzas sectoriales y extrasectoriales para la promoción de la salud, obtuvo la mayor ponderación de 1.0 y el indicador 3.4, reorientación de los servicios de salud hacia la promoción, fue la menos ponderada con 0.50.

FESP N°4: Participación de los ciudadanos en salud.

Los indicadores establecidos para valorar la FESP 4 son los siguientes:

- 4.1 Fortalecimiento del poder de los ciudadanos en la toma de decisiones en salud pública
- 4.2 Fortalecimiento de la participación social en salud
- 4.3 Asesoría y apoyo técnico a los niveles regionales y locales para fortalecer la participación social en salud.

Observamos que esta FESP fue ponderada con 0.71, considerada dentro del cuartil del desempeño medio inferior y con un descenso importante, en relación a su evaluación realizada en el 2001 con 1.22, representando un descenso de 32%. No obstante, con respecto al resto de las FESP se perfila con mejor valoración.

El indicador 4.2, fortalecimiento de la participación social en salud fue el mejor ponderado con 0.74 y el indicador 4.3, asesoría y apoyo técnico a los niveles regionales y locales para fortalecer la participación social en salud, fue el que obtuvo la menor ponderación con 0.67.

FESP N°5: Desarrollo de políticas y capacidad institucional de planificación y gestión en salud pública.

Como indicadores se establecieron los siguientes:

- 5.1 Definición nacional, regional y local de los objetivos en salud pública.
- 5.2 Desarrollo, monitoreo y evaluación de las políticas de salud pública.
- 5.3 Desarrollo de la capacidad institucional de gestión de la salud pública.
- 5.4 Gestión de la Cooperación Internacional en salud pública.
- 5.5 Asesoría y apoyo técnico a los niveles regionales y locales en desarrollo de políticas, planificación y gestión de la salud pública.

Esta FESP obtuvo una ponderación de 1.17 correspondiente al cuartil de desempeño medio superior, con un descenso de un 27% con respecto a la evaluación de 2001 que fue de 1.62, disminuyendo del 2do lugar en el 2001 al 7mo lugar en el 2014.

El indicador 5.4, gestión de la cooperación internacional en salud pública con 1.88 fue el mejor ponderado y el indicador 5.1, definición nacional, regional y local de objetivos en salud pública fue ponderado en 0.82, con una diferencia de 56 % entre ambos.

FESP N°6: Fortalecimiento de la capacidad institucional de regulación y fiscalización en salud pública.

Para esta función se establecieron 4 indicadores para su medición a saber:

- 6.1 Revisión periódica, evaluación y modificación del marco regulatorio.
- 6.2 Hacer cumplir la normativa en salud.
- 6.3 Conocimientos habilidades y mecanismos para revisar, perfeccionar y hacer cumplir el marco regulatorio.

6.4 Asesoría y apoyo técnico a los niveles regionales y locales de salud pública en la generación y fiscalización de leyes y reglamentos.

Esta FESP fue ponderada con 0.76, considerada dentro del cuartil de desempeño medio inferior y un descenso de 13.6%, con respecto a la evaluación realizada en el 2001, durante la cual fue evaluada con 0.88. En ambas evaluaciones, esta FESP ocupó el 8vo lugar. Entre sus indicadores resalta que el indicador 6.1, revisión periódica, evaluación y modificación del marco regulatorio, obtuvo la mayor ponderación de 1.33 y el indicador 6.4, asesoría y apoyo técnico a los niveles regionales y locales de la salud pública en la generación y fiscalización de leyes y reglamentos, obtuvo un valor de 0.43, con una variación de 67.6% entre ambas.

FESP 7: Evaluación y promoción del acceso equitativo de la población a los servicios de salud necesarios.

Los cuatro indicadores

7.1 Monitoreo y evaluación del acceso a los servicios de salud necesarios

7.2 Conocimientos, habilidades y mecanismos para acercar los programas y servicios a la población

7.3 Abogacía y acción para mejorar el acceso a los servicios de salud necesarios

7.4 Asesoría y apoyo técnico a los niveles regionales y locales de salud pública en materia de promoción de un acceso equitativo a los servicios de salud

El desempeño de la FESP 7 fue valorada por encima de 1, ocupando el sexto lugar con respecto a las 11 FESP. La valoración de esta función en relación al año 2001, presentó un descenso en valores absolutos de 0.71 y porcentual de -41%. Al analizar los indicadores de esta función, encontramos, que los indicadores 7.2 y 7.4 son los que han tenido el menor desempeño.

En relación con la evaluación previa (2001), todos los indicadores de esta función registraron un menor desempeño en el año 2014.

FESP 8: Desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública.

Los cinco indicadores que permiten valorar el desempeño de esta función son los siguientes:

8.1 Caracterización de la fuerza de trabajo en salud pública.

8.2 Mejoramiento de la calidad de la fuerza de trabajo.

8.3 Educación continua, permanente y de postgrado en salud pública.

8.4 Perfeccionamiento de los RRHH para la entrega de servicios apropiados a las características socioculturales de los usuarios.

8.5 Asesoría y apoyo técnico a los niveles regionales y locales en el desarrollo de recursos humanos.

Esta es la FESP con menor valoración en la evaluación actual con 0.52. Al realizar la comparación entre los indicadores de esta función, todos están por debajo de uno (1.0). En relación a la evaluación previa, dos indicadores presentaron mejor promedio (8.3 y 8.4). Cabe destacar que el indicador 8.1 presentó un descenso de 1.1 en relación al 2001.

FESP 9: Garantía y mejoramiento de la calidad de los servicios de salud individuales y colectiva.

Los indicadores establecidos para la evaluación del desempeño de esta función fueron los siguientes:

9.1 Definición de estándares y evaluación para los mejoramientos de la calidad de los servicios de salud individuales y colectivos.

9.2 Mejoría de la satisfacción de los usuarios con los servicios de salud.

9.3 Sistema de gestión tecnológica y de evaluación de tecnologías en salud para apoyar la toma de decisiones en salud pública.

9.4 Asesoría y apoyo técnico a los niveles regionales y locales de salud para asegurar la calidad de los servicios.

El desempeño de la FESP 9 fue valorada por debajo 1, ocupando el séptimo lugar con respecto a las 11 FESP, lo que contrasta con la evaluación del año 2001, en donde su desempeño es el menos desarrollado. Esta función aumentó de 0.58 en el 2001 a 0.84 en el 2014.

En relación a los indicadores de esta función todos muestran una mejor evaluación, siendo el indicador 9.1 el que refleja un aumento de manera significativa, de 0.38 a 0.94 en el periodo evaluado.

FESP 10: Investigación en salud pública.

El desempeño de esta función de salud pública se midió aplicando los siguientes indicadores:

10.1 Desarrollo de una agenda de investigación en salud pública

10.2 Desarrollo de la capacidad institucional de investigación

10.3 Asesoría y apoyo técnico para la investigación en los niveles regionales y locales de salud pública

La FESP 10 ocupa el 4 lugar en desarrollo de las 11 FESP al igual que la FESP 5, el valor alcanzado es de 1.17 en la evaluación actual, aunque está por encima de la media, presenta un detrimento de 0.31 en comparación con la evaluación del 2001.

El indicador 10.1, fue el peor evaluado de esta función, presentó un descenso de 0.75 en la evaluación, por la carencia de evidencia para asegurar la factibilidad económica de la agenda y falta de control de evidencia de conocimiento en materia de salud. Las cuales fueron valoradas con cero.

El 10.2 presentó un descenso de 0.38, al considerar que no es evaluado el cumplimiento de la agenda y que no se comunican los resultados de las evaluaciones de las agendas programáticas (a pesar de que se desarrolló conjuntamente una agenda de investigación en el 2010 (PEMICYT). En tanto que, el indicador 10.3 es el único que presentó aumento de valoración respecto al 2001.

FESP 11: Reducción del impacto de emergencias y desastres en salud.

Para esta FESP se establecieron los siguientes indicadores:

11.1 Gestión de la reducción del impacto de emergencias y desastres.

11.2 Desarrollo de normas y lineamientos que apoyen la reducción del impacto de emergencias y desastres en salud.

11.3 Coordinación y alianzas con otras agencias y/o instituciones.

11.4 Asesoría y apoyo técnico a los niveles regionales y locales para la reducción del impacto de emergencias y desastres en salud.

El desempeño de la FESP 11 ocupó el segundo lugar con respecto a las 11 FESP, lo que contrasta con la evaluación del año 2001, en donde su desempeño fue uno de los menos desarrollados. Esta función aumentó de 0.64 en el 2001 a 1.18 en el 2014.

En relación a los indicadores de esta función, todos muestran una mejor evaluación, siendo el indicador 11.4 el que refleja un aumento de manera significativa, de 0.00 a 1.58 en el periodo evaluado.

El cuadro y la figura adjunta permite apreciar los resultados de la evaluación del desempeño de las FESP 2001 y 2014, donde se observa claramente el incremento del desempeño de las FESP 11, 9 y 1 y se reflejan los descenso para el resto de las funciones. Las variaciones más marcadas se dieron en las FESP 7 y 3, respectivamente.

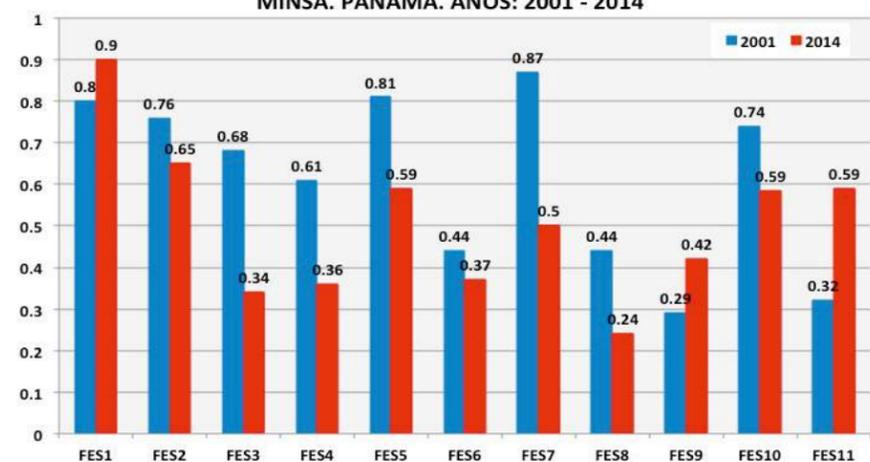
Cuadro N° 39

| FUNCION ESENCIAL DE SALUD PUBLICA | 2001 | 2014 | DIFERENCIA |
|-----------------------------------|------|------|------------|
| FES1 | 0.8 | 0.9 | 0.1 |
| FES2 | 0.76 | 0.65 | -0.11 |
| FES3 | 0.68 | 0.34 | -0.34 |
| FES4 | 0.61 | 0.36 | -0.25 |
| FES5 | 0.81 | 0.59 | -0.22 |
| FES6 | 0.44 | 0.37 | -0.07 |
| FES7 | 0.87 | 0.5 | -0.37 |
| FES8 | 0.44 | 0.24 | -0.2 |
| FES9 | 0.29 | 0.42 | 0.13 |
| FES10 | 0.74 | 0.59 | -0.155 |
| FES11 | 0.32 | 0.59 | 0.27 |

Fuente: Dirección Nacional de Planificación. Ministerio de Salud. Año: 2014.

Gráfica N°27

EVALUACION DE LAS FUNCIONES ESENCIALES DE SALUD PUBLICA. MINSAL. PANAMA. AÑOS: 2001 - 2014



FESP 1. Monitoreo y análisis de la situación de salud.
 FESP 2 Vigilancia, Investigación y control de riesgos.
 FESP 3 Promoción de la Salud
 FESP 4 Participación Social.
 FESP 5 Desarrollo de Políticas.
 FESP 6 Regulación y fiscalización.

FESP 7 Evaluación del acceso equitativo a los servicios de salud.
 FESP 8 Desarrollo de Recursos Humanos
 FESP 9 Garantía de Calidad.
 FESP 10 Investigación en salud
 FESP 11 Reducción del impacto de emergencias y desastres.

Fuente: Dirección Nacional de Planificación. Ministerio de Salud. Año: 2014.





VIII. Evaluación de la Política Nacional de Salud 2010 – 2015. (Decreto Ejecutivo N°1302 de 22 de noviembre de 2011).

1. Política Nacional de Salud 2010 – 2015

La Política de Salud 2010-2015 fue estructurada en 3 ejes, 9 políticas, 39 objetivos estratégicos y 125 líneas de acción cuyo objetivo fue dar direccionalidad a las acciones de salud del sector. Para su evaluación se definieron 39 resultados esperados de objetivos estratégicos, 39 metas de objetivos estratégicos y 73 indicadores de objetivos estratégicos.

En cuanto a las dimensiones de Rectoría se abordaron las responsabilidades exclusivas del MINSA, es decir la regulación, la conducción y las funciones esenciales de salud pública (FESP), así mismo las responsabilidades compartidas, tal es el caso de la vigilancia del aseguramiento, la modulación del financiamiento y la armonización de la provisión.

Los ejes considerados fueron:

Eje 1: Protegiendo a la población regulando y conduciendo al Sistema de Salud en el cual se incluyeron las políticas 1, 2, 6, 7 y 8.

Eje 2: Mejorando la Calidad y Acceso de Servicios de Salud integrado por las políticas 3, 5 y 9

Eje 3: Promoviendo la Salud con Participación Social donde se ubicó una sola política, referente a promoción y participación social.

A continuación se detallan las 9 Políticas con sus respectivos objetivos estratégicos:

Política 1: Regular todas las acciones relacionadas con la salud integral de la población y del ambiente, mediante la formulación, sistematización, modificación y vigilancia del cumplimiento de los instrumentos jurídicos sanitarios, en el ámbito nacional.

- **OE 1.1:** Fortalecer la formulación, sistematización, y vigilancia del cumplimiento, del marco regulatorio nacional, dirigido a mejorar la salud de la población y del ambiente.
- **OE 1.2:** Armonizar la normativa nacional con la internacional en materia de salud de la población y del ambiente.

Figura N°5

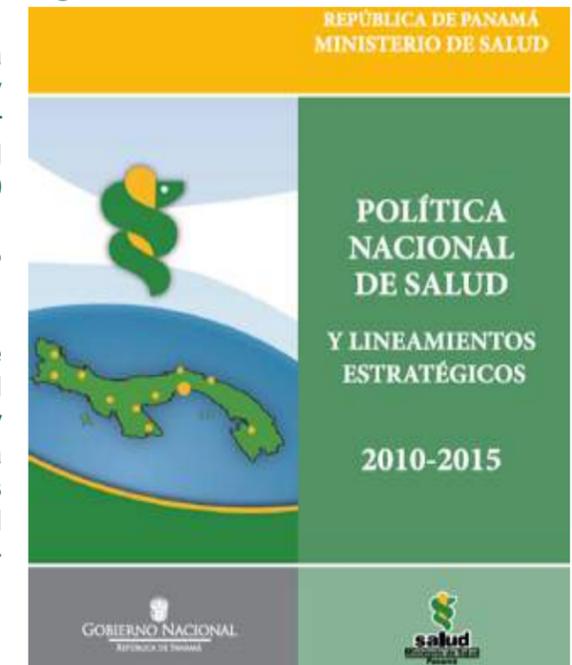
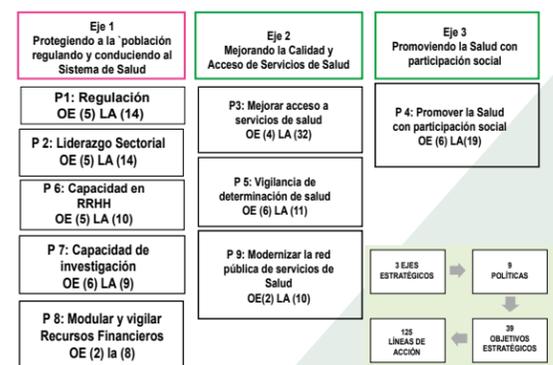


Figura N°6

POLÍTICA DE SALUD 2010-2015 SEGÚN EJES.



- **OE 1.3:** Desarrollar mecanismos de acción conjuntos con la superintendencia de seguros para la vigilancia del aseguramiento de la cobertura de prestaciones de servicios de salud o planes específicos para la población

Política 2: Ejercer el liderazgo sectorial en salud

- **OE 2.1:** Fortalecer la capacidad del MINSA en la planificación y gestión del sistema sanitario.
- **OE 2.2:** Fortalecer el sistema de información de salud nacional en forma integral
- **OE 2.3:** Coordinar con todos los actores del sector, la elaboración, implementación y evaluación del Plan Nacional de Salud.
- **OE 2.4:** Armonizar y coordinar la cooperación internacional técnica y financiera con las políticas, planes de desarrollo y objetivos sanitarios nacionales.
- **OE 2.5:** Fortalecer la gestión en la salud, higiene y seguridad de los trabajadores, condiciones y ambientes de trabajo a nivel nacional.

Política 3: Mejorar el acceso a los servicios integrales de salud con equidad, eficiencia, eficacia y calidad.

- **OE 3.1:** Mejorar el acceso geográfico, socio-económico, cultural y de género de la población a los servicios de salud con enfoque integral y multisectorial
- **OE 3.2:** Conducir las acciones dirigidas a aumentar el acceso de los grupos vulnerables a todas las intervenciones en salud pública para mejorar las condiciones de salud integral a nivel nacional. (OE transitorio por ODM)
- **OE 3.3:** Mejorar la calidad de los servicios de salud.
- **OE 3.4:** Reducir la vulnerabilidad ante desastres naturales, las emergencias antrópicas y los efectos del cambio climático, mediante la planificación, prevención, mitigación, preparación, respuesta y rehabilitación temprana con la colaboración interinstitucional a nivel nacional.

Política 4: Promover la salud con participación social considerando el enfoque de género, intercultural, multidisciplinario, interinstitucional, principios de transparencia y rendición de cuentas.

- **OE 4.1:** Fomentar la Educación en salud.
- **OE 4.2:** Divulgar a la población las políticas, planes, programas y proyectos.
- **OE 4.3:** Divulgar los derechos y deberes de los usuarios del sistema sanitario nacional.
- **OE 4.4:** Fortalecer modelos de atención integral con participación comunitaria que incorporen de manera efectiva la promoción y prevención de la salud priorizando el enfoque de riesgo.
- **OE 4.5:** Facilitar el empoderamiento de la comunidad organizada en las decisiones y acciones relativas a los programas de salud integrales de la población.
- **OE 4.6:** Fomentar los procesos de rendición de cuentas de la institución a la sociedad, de acuerdo a la normativa nacional existente para todos los procesos de gestión de salud pública.

Política 5: Fortalecer la vigilancia de los factores determinantes de la salud para el control de los riesgos, amenazas y daños a la población.

- **OE 5.1:** Evaluar los factores determinantes de la salud para actualizar la situación y las tendencias de la misma en el país, con enfoque geográfico, socio-económico, cultural, epidemiológico, de género, aspecto comunitario y ambiental, coordinando con instituciones gubernamentales y no gubernamentales.
- **OE 5.2:** Fortalecer la capacidad de vigilancia a nivel local para generar respuestas rápidas, dirigidas a la prevención y control de problemas o riesgos específicos de la salud de la población y del ambiente.
- **OE 5.3:** Desarrollar la capacidad institucional para investigar y vigilar los brotes epidémicos y los modelos de presentación de enfermedades transmisibles y no transmisibles, factores de

comportamiento, accidentes y exposición a agentes tóxicos, biológicos y ambientales perjudiciales para la salud, con la vinculación a redes nacionales e internacionales.

- **OE 5.4:** Identificar y priorizar los problemas de salud pública que afectan mayormente a la población según niveles de atención.
- **OE 5.5:** Establecer mecanismos de coordinación efectiva para el intercambio de información oportuna sobre indicadores de salud pública y sus determinantes a nivel nacional, según niveles de atención y entre sectores público y privado.
- **OE 5.6:** Participar de las redes internacionales que fomenten el fortalecimiento del sistema de información nacional de salud pública.

Política 6: Fortalecer el desarrollo de capacidades de los recursos humanos sectoriales en salud.

- **OE 6.1:** Identificar y adecuar los perfiles del recurso humano a las necesidades de los servicios de salud en el país.
- **OE 6.2:** Establecer programas de formación ética, técnica y administrativa, con enfoque intercultural, de género, derechos humanos.
- **OE 6.3:** Coordinar con instituciones, universidades, sociedades científicas el desarrollo de recursos humanos para el sector salud a nivel nacional e internacional.
- **OE 6.4:** Evaluar el desempeño del personal de salud.
- **OE 6.5:** Generar condiciones organizacionales para el desarrollo de un ambiente laboral adecuado.

Política 7: Fortalecer la capacidad institucional de investigación y desarrollo tecnológico en salud.

- **OE 7.1:** Articular los sectores público y privado a través de programas de desarrollo de capacidades institucionales.
- **OE 7.2:** Generar nuevos espectros de estudios de investigación de acuerdo a las prioridades identificadas y consensuadas por los sectores involucrados, en el campo de tecnología en salud a nivel nacional con vinculación de los estándares a nivel internacional.
- **OE 7.3:** Evaluar e integrar los resultados de la investigación y el desarrollo tecnológico en salud para el mejoramiento de la calidad de vida de la población y su ambiente.
- **OE 7.4:** Promover alianzas estratégicas entre los elementos que conforman el sistema nacional e internacional de investigación y tecnología de innovación.
- **OE 7.5:** Incentivar a los profesionales que se dedican a la investigación en salud, priorizando en aquellos nuevos investigadores que cuentan como única alternativa el apoyo institucional.
- **OE 7.6:** Promover una cultura de investigación en salud.

Política 8: Modular y vigilar los recursos financieros sectoriales en salud.

- **OE 8.1:** Desarrollar instrumentos para la vigilancia y modulación financiera sectorial.
- **OE 8.2:** Desarrollar iniciativas para incorporar recursos externos nacionales e internacionales al sector salud

Política 9: Modernizar la red pública de servicios de salud

- **OE 9.1:** Redefinir los niveles de atención y grados de complejidad de las instalaciones que conforman la red de servicios públicos de salud.
- **OE 9.2:** Reestructurar la red pública de servicios de salud con innovación tecnológica.

Objetivos y Resultados Esperados de la Evaluación de la Política de Salud 2010 – 2015

En el año 2010, la Dirección de Planificación del Ministerio de Salud realizó la formulación de la Política

de Salud 2010 – 2015, mediante un proceso de consulta que contó con la participación de actores instituciones, así como de otros actores del sector y extrasectoriales. Como parte del proceso se aprobó el Decreto Ejecutivo No. 1302 de 22 de Noviembre de 2011, publicado en Gaceta Oficial N°26919-A, mediante el cual se desarrolla la Política Nacional de Salud y sus Lineamientos Estratégicos y dicta otras disposiciones y expresa en su articulado que las mismas sólo pueden ser modificadas condicionadas a su evaluación previa.

En virtud de ello, el Ministerio de Salud dando cumplimiento a la disposición precitada, en julio de 2015, desarrolló la evaluación del cumplimiento de la Política Nacional de Salud y sus Lineamientos Estratégicos 2010-2015, con la finalidad de analizar el grado de avance en el desarrollo de la función rectora y de las capacidades existentes de la Autoridad Sanitaria Nacional, todo este trabajo busca el fortalecimiento de la salud pública en Panamá. Estos resultados facilitarán la formulación, validación y socialización de la Política de Salud 2016-2025.

La metodología utilizada en la evaluación de la Política Nacional de Salud y sus Lineamientos Estratégicos 2010-2015, se basó en el marco lógico y la gestión por resultados, orientado a mejorar el desempeño institucional, estrategia puntual para la búsqueda de una mayor eficiencia y efectividad en el uso de los recursos, atendiendo así a una auténtica transparencia y rendición de cuentas.

La evaluación de las Políticas de Salud 2010-2015 es parte de un proceso orientado al logro de la articulación funcional de la planificación, orientado a la coordinación de acciones de protección, promoción de la salud, prevención de la enfermedad, restauración y rehabilitación de la salud de la población con la inclusión de todos los aspectos inherentes a la atención socio-sanitaria.

Un producto de la evaluación es la relevancia del uso de los resultados de la misma para reorientar la formulación de metas trazadas con la finalidad de alcanzar el impacto sanitario esperado y la facilitación de elementos claves para la formulación de la Política de Salud de Estado 2016 - 2025, con una base científico técnica y con la participación de todos los actores que desarrollan acciones en salud, con una amplia participación social.

La evaluación de la Política de Salud 2010 – 2015 contó con una participación muy amplia que incluyó todas las Direcciones Nacionales, Directores Regionales de Salud, Planificadores Regionales de Salud, Coordinadores de Programas, Epidemiólogos y equipos técnicos según asignación de las Direcciones, Directores de Patronatos y de Hospitales Regionales. También se contó con la participación de representantes de las entidades del sector, entidades académicas, asociaciones y gremios de salud, otras entidades gubernamentales (Secretarías adscritas a la Presidencia, Ministerios y entidades descentralizadas), Comisión de Salud de la Asamblea Nacional de Diputados, además de usuarios del Sistema de Salud y sociedad civil.

De igual forma, participaron representantes de organismos internacionales como la OPS/OMS, COMISCA, FAO, UNICEF, PNUD, UNFPA, BID, BANCO MUNDIAL. Se resalta que la OPS/OMS y SECOMISCA ofrecieron asesoría técnica.

2. Metodología de la Evaluación

La metodología de evaluación de la Política de Salud 2010 – 2015 se estructuró con conferencias magistrales incluida la exposición virtual de la herramienta del sistema de Monitoreo y Evaluación de las Políticas de Salud. Posteriormente, se conformaron 9 grupos de trabajo uno para cada Política de Salud, en los mismos se revisaron los indicadores, las líneas bases, las metas programadas y las

metas alcanzadas para cada objetivos estratégico. Cada grupo contó con un moderador, 2 facilitadores y un relator.

Los moderadores y facilitadores fueron capacitados en mayo de 2015 para ejercer el rol de orientar al grupo con relación al uso de la herramienta del sistema de monitoreo y evaluación de las Políticas de Salud. Durante la fase de capacitación se revisaron las líneas bases, las metas programadas y las metas alcanzadas, por indicador de cada objetivo estratégico de las Políticas de Salud y sus respectivos medios de verificación. Los resultados de la revisión durante la fase de capacitación fueron considerados en la primera fase de la consulta nacional para la evaluación de las Políticas de Salud.

Cada grupo utilizó la herramienta del Sistema de Monitoreo y Evaluación del Plan Estratégico del Sector Salud (SIMEPESS) para consignar los resultados de sus evaluaciones debidamente consensuadas, así como sus comentarios y recomendaciones, que dieron como producto los resultados cuantitativos y cualitativos de la evaluación realizada, para ser presentados en el formato electrónico durante la plenaria, que surge como producto de la aplicación de la herramienta de monitoreo y evaluación de las Políticas de Salud.

Así mismo, los grupos trabajaron en un cuadro en Excel que contenía la estructura básica de las Políticas de Salud 2010-2015, en el cual se registraron las propuestas de las políticas, objetivos estratégicos y resultados esperados al 2025, con sus respectivas metas e indicadores, por Política de Salud, partiendo de los resultados de la evaluación actual, realizada durante la primera y segunda sesión de trabajo en grupo.

Finalmente, se realizó una plenaria donde el relator de cada grupo presentó los resultados de la evaluación consensuada en su grupo, las propuestas para la formulación de la Política 2016 – 2025 y se abrió un amplio debate en plenaria.

3. Resultados de la Evaluación de la Política de Salud 2010 – 2015

La Consulta Nacional para la Evaluación de la Política de Salud 2010 – 2015 fue precedida por la presentación del análisis histórico de las Políticas de Salud formuladas por quinquenio desde 1990 al 2015, la revisión del contenido de las Políticas se basó técnicamente en la identificación de las responsabilidades exclusivas y compartidas de Rectoría en los documentos de Políticas vigentes durante los quinquenios correspondientes.

Los resultados destacan que cuando se trata de las responsabilidades exclusivas (Regulación, Conducción y Funciones Esenciales de Salud Pública-FES) privaron las políticas orientadas al desarrollo de las **FES** con 68 lineamientos orientados a hacerlas visibles, frente a 5 lineamientos referentes a la regulación y 6 a la conducción. En tanto que, las responsabilidades compartidas de Rectoría las políticas de salud para el periodo analizado se centraron en la **Armonización de la Provisión de los Servicios de Salud** con 10 lineamientos, en tanto que la modulación del financiamiento fue proyectada en 4 lineamientos y la vigilancia del aseguramiento sólo se destacó en un objetivo estratégico en la Política de Salud 2010 – 2015, mayores detalles pueden visualizarse en las imágenes que se presentan a continuación.

Cuadro N°40. ANÁLISIS HISTORICO DE LAS POLÍTICAS DE SALUD FORMULADAS SEGÚN LAS RESPONSABILIDADES EXCLUSIVAS DEL MINSA. PERÍODOS DE GOBIERNO: 1990 – 2015.

| PERÍODO DE GOBIERNO | REGULACIÓN | CONDUCCIÓN | FESP |
|---------------------|------------|------------|-----------|
| 1990-1994 | | 3 | 31 |
| 1995-1999 | 1 | - | 7 |
| 2000-2004 | 1 | 1 | 15 |
| 2005-2009 | - | 1 | 8 |
| 2010-2015 | 1 | 1 | 7 |
| TOTAL | 5 | 6 | 68 |

Fuente: Dirección de Planificación Ministerio de Salud 2014.

Cuadro N° 41. CANÁLISIS HISTÓRICO DE LAS POLÍTICAS DE SALUD FORMULADAS SEGÚN LAS RESPONSABILIDADES COMPARTIDAS DEL MINSA. PERÍODOS DE GOBIERNO 1990 - 2015

| PERÍODO DE GOBIERNO | PROVISIÓN DE SERVICIOS | MODULACIÓN DEL FINANCIAMIENTO | VIGILANCIA DEL ASEGURAMIENTO |
|---------------------|------------------------|-------------------------------|------------------------------|
| 1990-1994 | 3 | 1 | - |
| 1995-1999 | 2 | 1 | - |
| 2000-2004 | 3 | 2 | - |
| 2005-2009 | 2 | - | - |
| 2010-2015 | 2 | 1 | 1 OE |
| TOTAL | 10 | 4 | - |

Fuente: Dirección de Planificación Ministerio de Salud 2014.

Conforme a la estructura de la Política de Salud 2010 – 2015 la evaluación se efectuó por políticas y por eje, encontrándose que el porcentaje de logró alcanzado, al considerar el análisis individual de cada política osciló entre 16.6% y 79.83% con valores mínimos para la política 9 sobre Modernización de la Red Pública de Servicios de Salud y máxima para la política 7 orientada a Fortalecer la Capacidad Institucional de Investigación y Desarrollo Tecnológico en Salud.

Las políticas con nivel alcanzado por debajo de 49% fueron, en orden ascendente, las siguientes:

- **Política 9:** Modernización de la red de servicios de salud.
- **Política 3:** Mejorar el acceso a servicios de salud.
- **Política 6:** Fortalecer el desarrollo de recursos humanos.
- **Política 1:** Regular todas las acciones relacionadas con la salud integral de la población y del ambiente, mediante la formulación, sistematización, modificación y vigilancia del cumplimiento de los instrumentos jurídicos sanitarios en el ámbito nacional.
- **Política 8:** Modular y vigilar los recursos financieros sectoriales en salud.
- **Política 2:** Ejercer el liderazgo del sectorial en salud.

La política con nivel alcanzado entre 50% y 74% fue la siguiente:

- **Política 5:** Fortalecer la vigilancia de los factores determinantes de la salud para el control de los riesgos, amenazas y daños a la población.

Las políticas con nivel alcanzado igual o mayor del 75% fueron las siguientes:

- **Política 4:** Promover la salud con participación social considerando el enfoque de género, intercultural, multidisciplinario, interinstitucional, principios de transparencia y rendición de cuentas.

- **Política 7:** Fortalecer la capacidad institucional de investigación y desarrollo tecnológico en salud.

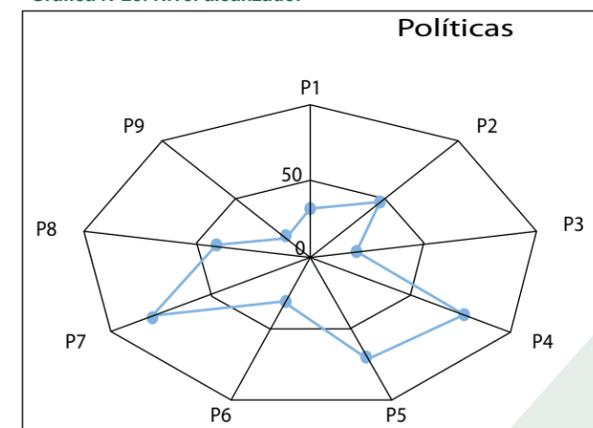
La evaluación de la Política de Salud 2010 – 2015 se analizó atendiendo a los ejes en los que estaba estructurada, encontrándose que la puntuación porcentual osciló entre 36.04% y 76.32%. El eje con mayor ponderación fue el 3 que trata sobre la mejora a la calidad y el acceso de la población a los servicios de salud y la valoración más baja reportada fue para el eje 1 sobre protección a la población mediante la regulación y conducción del sistema de salud.

Cuadro N°42. Nivel alcanzado en la evaluación por Alinamiento de Política de Salud. Ministerio de Salud. Año: 2015

| Política | Descripción | Nivel alcanzado |
|----------|--|-----------------|
| P1 | P1 Regular todas las acciones relacionadas con la salud integral de la población y del ambiente, mediante la formulación, sistematización, modificación y vigilancia del cumplimiento de los instrumentos jurídicos sanitarios en el ámbito nacional | 31.46% |
| P2 | P2 Ejercer el liderazgo sectorial en salud | 47.05% |
| P3 | P3. Mejorar acceso a servicios de salud | 20.38% |
| P4 | P4. Promover la salud con participación social considerando el enfoque de género, intercultural, multidisciplinario, interinstitucional, principios de transparencia y rendición de cuentas. | 76.32% |
| P5 | P5. Fortalecer la vigilancia de los factores determinantes de la ciudad para el control de los riesgos, amenazas y daños a la población. | 71.14% |
| P6 | P6. Fortalecer el desarrollo de capacidades de los recursos humanos sectoriales en salud. | 31.25% |
| P7 | P7. Fortalecer la capacidad institucional de investigación y desarrollo tecnológico en salud. | 79.83% |
| P8 | P8. Modular y vigilar los recursos financieros sectoriales en salud. | 42.00% |
| P9 | P9. Modernizar la red pública de servicios de salud. | 16.60% |

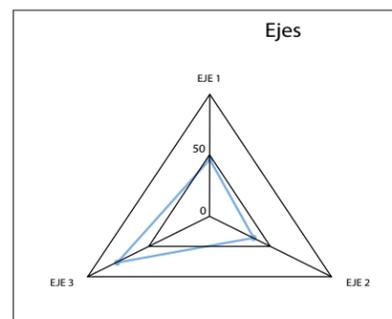
Fuente: Dirección Nacional de Planificación. Ministerio de Salud. Año 2015.

Gráfica N°28. Nivel alcanzado.



Fuente: Dirección Nacional de Planificación. Ministerio de Salud. Año 2015.

Gráfica N°29. Nivel alcanzado en la Evaluación de la Política 2010-2015, según eje. Ministerio de Salud. Año: 2015



Fuente: Dirección Nacional de Planificación. Ministerio de Salud. Año 2015.

Cuadro N°43. Nivel alcanzados en la Evaluación de la Política 2010-2015., según eje. Ministerio de Salud. Año:2015.

| Eje | Descripción | Nivel alcanzado |
|-------|---|-----------------|
| EJE 1 | EJE 1. PROTEGIENDO A LA POBLACIÓN MEDIANTE LA REGULACIÓN Y CONDUCCIÓN DEL SISTEMA SALUD | 46.32% |
| EJE 2 | EJE 2. MEJORANDO LA CALIDAD Y EL ACCESO DE LA POBLACIÓN A LOS SERVICIOS DE SALUD | 36.04% |
| EJE 3 | EJE 3. PROMOVRIENDO LA SALUD CON LA PARTICIPACIÓN SOCIAL | 76.32% |

Fuente: Dirección Nacional de Planificación. Ministerio de Salud. Año 2015.

En síntesis, puede indicarse que ninguna política alcanzó un nivel óptimo durante el quinquenio de su vigencia y que se hace necesario continuar fortaleciendo la implementación de estrategias orientadas a lograr los valores y principios propuestos

en la Política de Salud 2010 – 2015 a saber: Equidad, Eficiencia, Eficacia, Calidad, Sostenibilidad, Participación, Transparencia y Rendición de Cuentas.

IX. Síntesis del Perfil del Sistema de Salud de Panamá

El Ministerio de Salud de Panamá viene ejerciendo liderazgo en la coordinación intersectorial, con el fin de lograr resultados y el impacto requerido en temas de salud priorizados, de manera más eficaz, eficiente y sostenible, acciones primordiales que son utilizadas en la búsqueda de estrategias que apoyen la reducción de las inequidades y brechas en aquellos grupos que se encuentran en situaciones de vulnerabilidad. En la búsqueda de este objetivo, se han enmarcado una serie de actividades para la elaboración de la Política de Salud y Lineamientos Estratégicos 2016 - 2025, fundamentadas en la consulta institucional y de diferentes grupos de la sociedad civil; se ha contado con la participación de miembros de las diferentes regiones de salud del país, líderes políticos, personal de salud, grupos en condiciones de vulnerabilidad, personas que prestan servicios de salud tradicionales, ONGs, miembros de los Consejos Provinciales, miembros de la Asamblea Nacional y otros.

El Perfil del Sistema de Salud es un instrumento que permite tener una clara aproximación sobre todos los aspectos del sistema de salud. En el mismo se valora el contexto del país y se analizan múltiples aspectos del Sistema de Salud, permitiendo así atender la necesidad de monitorear y evaluar, para ponderar y dar seguimiento a los aspectos más relevantes en el marco de la responsabilidad social del MINSA.

La elaboración del Perfil del Sistema de Salud de Panamá es uno de los instrumentos técnico - gerenciales desarrollado como parte de los procesos inclusivos, participativos, integrales y multidisciplinarios de consulta, que el MINSA ha desarrollado y cuyos resultados son una expresión del trabajo en equipo que ha servido de insumos para la formulación de la Política de Salud y Lineamientos Estratégicos 2016 - 2025.

El Perfil del Sistema de Salud plantea que es fundamental continuar fortaleciendo la función rectora, a pesar de que se ha venido dando un fortalecimiento de los mecanismos de coordinación intersectorial; de igual forma, revela que es necesario reorientar y/o rediseñar algunos programas cuyo objetivo es reducir las desigualdades en salud, continuar gestionando el apoyo de Organización Panamericana de la Salud para el incrementó de las capacidades nacionales sobre medición de desigualdades, metodología que fue utilizada en la elaboración de propio Perfil del Sistema de Salud y destaca que en el país se incrementó la gestión de fondos externos para la implementación estrategias que orientadas a afrontar las desigualdades.

Se reconoce el trabajo realizado para el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) y los desafíos aún pendientes que se reflejan en una deuda social y una gran brecha entre grupos de población y que hoy en día se plantean, con su nueva connotación los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), orientados a la búsqueda continua de nuevas estrategias, para la mejora de indicadores de gran peso y vulnerabilidad.

Así mismo, se plantea que el bienestar de la población en materia de salud, debe ser abordado desde el punto de vista de los determinantes sociales de la salud, con una amplia participación de los múltiples actores en el país.

Los resultados de la aplicación de instrumento de medición del Perfil del Sistema de Salud de Panamá, han contribuido a la realización de un análisis más profundo y detallado de la capacidad y del funcionamiento del Sistema de Salud de Panamá. Se han identificado aspectos claves para la transformación estratégica del Sistema, se reconocen elementos relacionados con la disponibilidad de recursos, de información y la puesta en evidencia de las acciones y actividades desarrolladas, a través del tiempo en coordinación con otras Instituciones del Estado panameño.

Uno de los principales nudos críticos identificados es el tema de recursos humanos, el perfil hace evidente que a pesar de que se realiza un gran esfuerzo en el fortalecimiento de las capacidades del Recurso Humano con la ayuda de las instituciones de educación del país y los organismos internacionales mediante actividades intersectoriales y en lograr que la asignación presupuestaria abarque todos los aspectos relacionados las necesidades de recursos humanos para el abordaje integral de los problemas de salud en Panamá, existen serias distorsiones del mercado de trabajo en salud, que se traducen en una disponibilidad y oportunidad de recursos limitada en cantidad y experticia técnica en áreas específicas que atañen a diversos grupos profesionales y técnicos de salud.

En respuesta a lo antes enunciado, se trabaja en el fortalecimiento de la gestión de recursos humanos, incluyendo la revisión y ajuste del marco legal, que permita la implementación de acciones integrales para un mejor abordaje de los problemas de recursos humanos que impacta en la prestación de servicios de salud de la población y del ambiente. Es clave, mejorar las competencias profesionales de un equipo multidisciplinario que permita una certera intervención en cada nivel de complejidad que el sistema debe intervenir, aunado al cálculo de brechas existentes para algunas profesiones.

Se pudo evidenciar aspectos conceptuales y de estructura que se requiere para implementar un modelo de atención basado en la estrategia de Atención primaria en salud (APS) y Redes Integradas del sistema de salud (RISS), permitiendo contrastar el modelo de atención actual, los elementos ausentes o débiles en la red de servicios públicos de salud, los aspectos a priorizar, así como los compromisos a cumplir en el mediano plazo (2025).

La disponibilidad de información para establecer la necesidad-vulnerabilidad vs la capacidad resolutive del sistema de salud establecida como “brechas en salud” se ve afectada por la fragmentación y segmentación del sistema de salud panameño, hecho que no dejó lugar a dudas al momento de requerir los datos para el análisis.

Uno de los principales escollos del sistema de salud es la asignación óptima de recursos financieros, de cara a la contribución que salud hace y debe hacer para alcanzar el desarrollo sustentable. Se identificó que el país no cuenta con normativas coherentes que apunten hacia el desarrollo sustentable.

El Ministerio de Salud forma parte de la comisión de los tratados y convenios internacionales en materia de derechos humanos y es signataria de múltiples compromisos de país y acuerdos internacionales en temas salud y ambiente, sin embargo no se da la suficiente prioridad a la implementación de las medidas establecidas y acordadas en los acuerdos, tratados o compromisos internacionales de los que el país es signatario a pesar que dichas medidas son necesarias para abordar situaciones de amenaza a la salud en el país. Es de mencionar, que la excepción a este hecho esta dada por el Convenio Marco de la OMS para el Control de Tabaco en cuya implementación somos líderes mundiales. Algunas de las recomendaciones que surgen a raíz de trabajo participativo realizado para levantar el Perfil del Sistema de Salud de Panamá, son las siguientes:

- Es imperante mantener las alianzas y coordinaciones ya establecidas, seguir enfatizando el beneficio en mantener y continuar con el apoyo de todos los sectores; la amplia participación de los múltiples actores involucrados en el abordaje de los determinantes sociales de la salud, en aras de la disminución de inequidades, reducción de brechas, en el marco de la cobertura universal de salud de nuestro país hacia los grupos de riesgo y vulnerabilidad.
- El rol rector del MINSA, requiere establecer que el modelo de atención individual, familiar, ambiental y comunitario, se fortalezca en el país. Los valores, los conceptos, los principios, las prioridades, la forma de como el país organizara los servicios de salud y la forma de como se les entregaran a la población, de manera que sea de conocimiento de todas las instancias prestadoras de servicios.
- Fortalecer el sistema de información es necesario para poder valorar los resultados y , esto permitirá, que a través de los indicadores de salud, analizar el impacto del modelo de atención implementado en el país, en la salud de la población y fortalecerá la toma de decisiones adecuadas para continuarlo o la necesidad de innovar el mismo.
- Contar con un sistema de información que integre indicadores que faciliten el monitoreo y seguimiento de los fondos asignados al sistema de salud por fuente de financiamiento (interna o externa) y así mismo permita medir impacto de la inversión en el sector.
- Establecer los parámetros de condiciones de empleo precario regional.
- Fortalecer las acciones de Promoción y Prevención en pro de la activación de la red integrada del sector salud en Panamá.
- Propiciar mecanismos eficientes para fomentar la participación ciudadana en la toma de decisión, ya sea por medio de la implementación de la gestión por resultado articulando actores para impulsar políticas publicas efectivas.
- Modificar el proceso de asignación presupuestaria histórica hacia una metodología basadas de asignación de presupuesto por resultados.
- Elaborar el Plan para el abordaje de las brechas identificadas en el análisis de desigualdades realizado.
- Fortalecer la aplicación de medidas que permitan al país continuar avanzando en el cumplimiento y ejecución de los compromisos internacionales adquiridos de manera sostenible y permanente.
- Actualizar la normativa y marco legal en salud.





X. Hoja de Ruta, Plan de Acción para la Implementación de la Estrategia de Acceso Universal a la Salud y Cobertura Universal de Salud.

En septiembre de 2014 el 53° Consejo Directo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) resuelve aprobar la Estrategia para el Acceso Universal a la Salud y la Cobertura Universal de Salud, por medio de la Resolución CD 53. R14, durante la 66° sesión del Comité Regional de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para las Américas.

Figura N°7



Esta resolución insta a los Estados Miembros a tomar acción, considerando su contexto y prioridades nacionales y solicita a la Directora de la OPS desarrollar acciones y herramientas para apoyar la implementación de la estrategia.

1. Los objetivos de la estrategia
 . Articular las condiciones que permitirán a los países orientar y evaluar sus políticas y medir el progreso hacia el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud.

. Reconocer que cada país tiene la capacidad de definir su plan de acción, teniendo en cuenta el contexto local y los retos futuros.

. Situar a la Región de las Américas en una posición de avanzada en la agenda post 2015 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS).

Implica que todas las personas y las comunidades tengan acceso, sin discriminación alguna, a servicios integrales de salud, adecuados, oportunos, de calidad, a la vez que se asegura que el uso de esos servicios no expone a los usuarios a dificultades financieras.

El concepto acceso contempla la capacidad de utilizar servicios de salud integrales, adecuados, oportunos y de calidad, en tanto que el acceso universal considera la ausencia de barreras de tipo geográfico, económico, sociocultural, de organización o de género que impiden que todas las personas utilicen servicios integrales de salud.

A su vez, el concepto de cobertura contempla la capacidad del sistema de salud para responder a las necesidades de la población y la disponibilidad de infraestructura, recurso humano, tecnologías de salud y financiamiento, mientras que la cobertura universal incluye mecanismos de organización y financiamiento suficientes para cubrir a toda la población.

El valor central de la estrategia es el derecho a la salud, concebido como el derecho de toda persona al goce del grado máximo de salud que se pueda lograr, el cual debe ser promovido y protegido sin distinción de edad etnia, sexo, género, idioma, origen nacional, lugar de nacimiento o cualquier otra condición y su vinculación con otros derechos relacionados.

La equidad correspondiente a la ausencia de diferencias injustas en el estado de salud, en el acceso a

entornos saludables. Por su parte, la solidaridad corresponde a la protección financiera, es decir, cada quien aporta según su capacidad y recibe servicios según su necesidad.

2. Líneas de Acción de la Estrategia

LE1: Ampliar el acceso equitativo a servicios de salud, integrales, de calidad, centrados en las personas y comunidades:

- . Avanzar en proveer acceso universal a servicios de salud integrales, de ampliación progresiva.
- . Identificar las necesidades de salud insatisfechas y diferenciadas de la población, al igual que las necesidades específicas de los grupos en situación de vulnerabilidad.
- . Mejorar y aumentar la capacidad resolutoria del primer nivel articulado en RISS.
- . Mejorar la capacidad de oportunidades de empleo, particularmente en áreas subatendidas.

LE2: Fortalecer la rectoría y la gobernanza:

- . Definir e implementar un conjunto de acciones para fortalecer la rectoría y la gobernanza del sector salud: (i.e. funciones esenciales de salud pública, marco legal y regulatorio).
- . Establecer y/o fortalecer los mecanismos formales de participación social y rendición de cuentas.
- . Establecer metas y objetivos nacionales. Definir sus planes de acción y establecer prioridades para el período 2014-2019.

LE3: Aumentar y mejorar el financiamiento, con equidad y eficiencia y avanzar hacia la eliminación del pago directo:

- . Aumentar el financiamiento público en salud (6% del PIB es una referencia útil).
- . Dirigir los recursos, prioritariamente al primer nivel de atención.
- . Mejorar la eficiencia del financiamiento y de la organización del sistema de salud:
 - . mecanismos de compra transparentes y consolidados.
 - . cambios en el modelo de atención priorizando la promoción, la prevención y calidad de los servicios.
- . Avanzar hacia la eliminación del pago directo que se convierte en barrera para el acceso, sustituyéndolo por mecanismo mancomunados solidarios.

LE4: Fortalecer la coordinación intersectorial para abordar los determinantes sociales de la salud:

- . Ejercer el liderazgo a fin de lograr un impacto en las políticas, planes, regulaciones y acciones extrasectoriales que aborden los determinantes sociales de la salud.
- . Implementar planes, programas y proyectos para facilitar el emponderamiento de las personas y comunidades.

La estrategia orienta la transformación de los sistemas de salud para que todas las personas y las comunidades tengan acceso a servicios:

- . **Equitativos**
- . **Integrales**
- . **Garantizados**
- . **Según curso de vida**
- . **Calidad**
- . **Sin dificultades financieras**

La situación actual y desafíos para avanzar hacia el acceso y la cobertura universal de salud son:

- . **Progreso significativo en la historia reciente**
- . **Compromiso político en respuesta a necesidades en salud**
- . **Grandes brechas de inequidad en los resultados de salud**
- . **Nuevos patrones epidemiológicos y demográficos**
- . **Barreras de acceso y grupos excluidos**
- . **Déficit del financiamiento de salud e ineficiencias.**
- . **Debilidad de la acción intersectorial para abordar DSS**
- . **Debilidad de la rectoría del sector**
- . **Falta de calidad e integridad**
- . **Segmentación y fragmentación en los sistemas de salud**

El Ministerio de Salud de Panamá liderizó la elaboración de la hoja de ruta y el plan de acción para la implementación de la Estrategia para el Acceso Universal a la Salud y la Cobertura Universal de Salud con la participación de los actores involucrados, a saber:

- . **Ministro de Salud**
- . **Viceministro de Salud**
- . **Secretario General**
- . **Directora General de Salud**
- . **Director General de la CSS**
- . **Directora de Planificación**
- . **Director de Provisión de Servicios de Salud**
- . **Director de Prestaciones Médicas de las CSS**
- . **Asesor de Director General CSS**
- . **Directora de Asuntos Internacionales**
- . **Director de Finanzas**
- . **Directora de Farmacias y Drogas**
- . **Directora de Recursos Humanos**

- . Director de Asesoría Legal
- . Directores Regionales de Salud
- . Directores Institucionales de la CSS
- . Planificadores Regionales de Salud
- . Representantes en de OPS en Panamá
- . Presidente de Comisión de Salud de la Asamblea Nacional de Diputados
- . Presidente de la Comisión de Presupuesto de la Asamblea Nacional de Diputados
- . Gremios de profesionales de la Salud
- . Entidades Académicas
- . Dirección de Cooperación Técnica de Cancillería
- . Dirección de Cooperación Técnica del Ministerio de Economía y Finanzas
- . Agencias del Sistema de Naciones Unidas (PNUD, UNFPA, UNICEF)
- . Equipo de OPS/OMS

Para el establecimiento de las intervenciones claves se utilizaron como insumos:

- . Resultados de la evaluación del desempeño de las FESP
- . Análisis de la situación de salud con énfasis en la equidad en salud.
- . Conclusiones de la consulta nacional sobre las cuatro líneas estratégicas de acceso y cobertura universal.
- . Conclusiones de sesiones de trabajo
- . Implicaciones de la Resolución N° CD 53, R14 de Acceso y cobertura Universal en Panamá.
- . Análisis del Modelo de Atención en Salud y los desafíos en términos de actualización y coordinación con la Caja de Seguro Social.

Las áreas priorizadas, los temas críticos y los actores involucrados, según línea estratégica, se ilustran en los siguientes cuadros:

Cuadro N°44

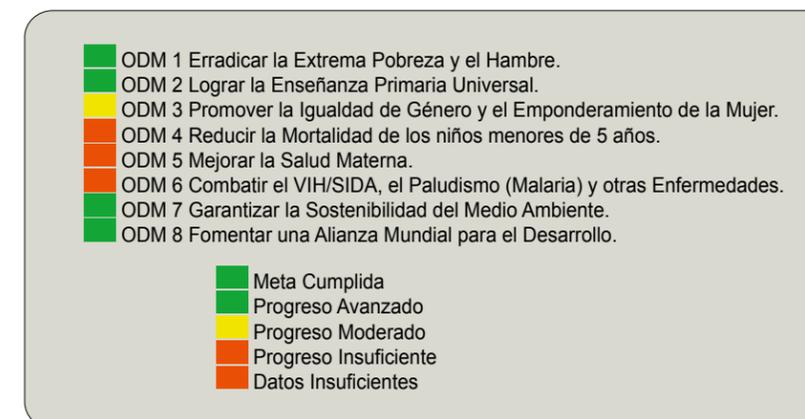
| Línea Estratégica 1 | Áreas Priorizadas | Temas críticos | Instituciones Involucradas |
|---|--|--|--|
| Ampliar el acceso equitativo a servicios de salud, integrales, de calidad, centrados en las personas y las comunidades. | Política de Estado. | Articulación del sistema de salud | MINSACSS IDAAN AUPSA AAUD IGGES MEF COMISIÓN DE SALUD DE LA ASAMBLEA NACIONAL DE DIPUTADOS GREMIOS DE SALUD ENTIDADES ACADÉMICAS POBLACIÓN EN GENERAL OTROS ACTORES INVOLUCRADOS |
| | Definición del Sistema de Salud. | Redefinición y reordenamiento de la red. | |
| | Modelo de atención de salud de Panamá. | Transformación del modelo hacia un modelo de promoción de la salud y prevención. | |
| | Gestión de personal de salud. | Sostenibilidad del modelo de atención. | |
| | Evaluación de tecnología sanitaria apropiada al modelo de atención (medicamentos, equipamiento, organización). | Sistema de información para la gestión clínica, administrativa y ambiental. | |
| | Estrategia de comunicación en función de derechos. | Indicadores de gestión en salud y de calidad comunes. | |
| | Análisis de costos de la prestación de servicios. | | |
| | Eficiencia, eficacia, efectividad y equidad en la gestión. | | |

| Línea Estratégica 2 | Áreas Priorizadas | Temas críticos | Instituciones Involucradas |
|---|---|--|--|
| Fortalecer la rectoría y la gobernanza | Actualización del Marco legal y regulatorio del sistema de salud. | Modernización del Código Sanitario | MINSACSS IDAAN AUPSA AAUD IGGES ANAM ASAMBLEA NACIONAL DE DIPUTADOS GREMIOS DE SALUD ENTIDADES ACADÉMICAS POBLACIÓN EN GENERAL OTROS ACTORES INVOLUCRADOS |
| | Sostenibilidad de la Rectoría en Salud. | Definición de la cartera de servicios par el acceso y cobertura universal de salud. | |
| | Fortalecimiento de Capacidades para la Rectoría. | Vigilancia del cumplimiento del Marco regulatorio | |
| | Estrategias de comunicación del Marco legal y regulatorio. | Diagnóstico Organizacional | |
| | | Análisis de funciones y procesos | |
| | | Asignación de personas con perfiles con competencias para el ejercicio de la Rectoría. | |
| Línea Estratégica 3 | Áreas Priorizadas | Temas críticos | Instituciones Involucradas |
| Aumentar y mejorar el financiamiento, con equidad y eficiencia y avanzar hacia la eliminación del pago directo que se convierte en barrera para el acceso en el momento de la prestación de servicios | Diseño de política de financiamiento del sistema de Salud para el acceso y la cobertura universal de salud; incluyendo recaudación, mancomunicación y mecanismos de financiamiento. | Organización de la función de Economía de la Salud; incluyendo la creación de la sección de economía de la salud. | MINSACSS IDAAN AUPSA AAUD IGGES CENETIN MEF COMISIÓN DE PRESUPUESTO ASAMBLEA NACIONAL DE DIPUTADOS GREMIOS DE SALUD ENTIDADES ACADÉMICAS POBLACIÓN EN GENERAL OTROS ACTORES INVOLUCRADOS |
| | | Diagnósticos de los retos de financiamiento para el acceso y la cobertura universal de salud; incluyendo análisis de: | |
| | | . Asignación de rentas sustitutivas para reemplazar en forma planificada la reducción del gasto de bolsillo para aumentar la protección financiera; | |
| | | . Mecanismos de incorporación de la población sin permiso de residencia y trabajadores informales. | |
| | | . Asignación de recursos y definición de mecanismos de financiamiento en función de las necesidades para garantizar la homogeneidad de atención a toda la población. | |
| | | Producción de información económica en salud; incluyendo: | |
| . Instituciones de la producción de cuentas de salud. | | | |
| . Definición de costos de la cartera de servicios, homologación de los mismos con criterios de calidad y adopción de una metodología estandarizada de cálculo de costos de producción de servicios. | | | |
| . Evaluación de la eficiencia, vinculado al alcance de resultados e impacto en salud. | | | |

| Línea Estratégica 4 | Áreas Priorizadas | Temas críticos | Instituciones Involucradas |
|---|--|--|---|
| Fortalecer la coordinación intersectorial para abordar los determinantes sociales de la salud | Liderazgo de la Autoridad Sanitaria. Política de salud vinculadas a los determinantes socioeconómicos de la salud con abordaje intersectorial. Participación Social. Articulación Intersectorial. Estrategia de comunicación de Salud. | Análisis de Situación de Salud ASIS participativo. Planificación local participativa. Alianzas inter e intra sectoriales estratégicas. | MINSA CSS IDAAN AUPSA AAUD IGGES CENETIN MEF GREMIOS DE SALUD ENTIDADES ACADÉMICAS POBLACIÓN EN GENERAL OTROS ACTORES INVOLUCRADOS |

Según la última actualización del IV Informe de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) efectuado en agosto de 2015, en el marco de la Septuagésima Asamblea General de las Naciones Unidas se identificaron logros que aparecen en la figura siguiente:

Cuadro N°45.



Panamá avanzó en el logro de algunas de las metas acordadas en los Objetivos de Desarrollo del Milenio: ODM 1: Erradicar la Extrema Pobreza y el Hambre, ODM 2: Lograr la Enseñanza Primaria Universal, ODM 7: Garantizar la Sostenibilidad del Medio Ambiente y ODM 8: Fomentar una Alianza Mundial para el Desarrollo y contó con un progreso moderado en el ODM 3: Promover la Igualdad de Género y el Empoderamiento de la Mujer, en el plazo establecido (Año 2015), pero aún persisten algunos desafíos:

ODM 1: DESAFÍOS

- A pesar de los esfuerzos, persiste el desafío de mejorar la distribución del ingreso que recibe el 20% más rico respecto al que recibe el 20% más pobre. En el año 1991, el quintil más pobre de la población recibía el 1.2% de los ingresos y el quintil más rico el 60.4%; para el año 2014 se refleja una mejoría en el quintil más pobre 3.1%, que logró duplicar la proporción de ingresos, en tanto que el quintil más rico recibió 54.8%.
- Existe diferencia marcada en la pobreza entre las áreas urbanas con las rurales y las comarcas indígenas.

ODM 2: DESAFÍOS

- La desigualdad al acceso a una educación primaria, entre provincias y entre hombres y mujeres.
- Ampliar las políticas para lograr una educación de calidad y con equidad.
Dar seguimiento a los programas del Sistema de Protección Social mediante el monitoreo y la evaluación de los beneficios y de las personas beneficiarias.

ODM 3: DESAFÍOS

- Incrementar en el mercado laboral la inserción y remuneración de las mujeres.
- Disminuir la carga horaria de las mujeres en el cuidado del hogar y la familia, estimular la participación de los hombres en este campo.
- Ampliar el acceso de las mujeres al mercado laboral, dado que actualmente su inserción se concentra en el sector servicios.

XI. Informe de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM)

1. Desafíos.

La Cumbre del Milenio, convocada por las Naciones Unidas en el Año 2000 y suscrita por 189 países, estableció 8 Objetivos de Desarrollo, mejor conocidos como ODM. En dichos objetivos se establecieron metas e indicadores con el fin de medir los avances de los Estados ante tal compromiso mundial. Panamá estableció un abordaje interinstitucional en el que participaron técnicos del sector público, especialistas de la sociedad civil y el Sistema de Naciones Unidas. Cuatro Informes de Avances en los logros de los ODM fueron presentados por Panamá en los años: 2003, 2005, 2005, 2009 y 2013.

El primer marco de monitoreo de los ODM, describió un compromiso para cumplir con (8) Objetivos, dieciocho (18) metas y cuarenta y ocho (48) indicadores. En la Cumbre Mundial del año 2005, se acordó agregar y reformular metas e indicadores que se presentaron en la 62^{ava} Sesión de la Asamblea General de 2007, para el seguimiento oficial de los ODM.

Este marco entró en vigencia desde enero de 2008, con el compromiso de cumplir ocho (8) objetivos, veintiún (21) metas y sesenta (60) indicadores que involucran los temas de empleo productivo, acceso a servicios de salud sexual y reproductiva, acceso a tratamiento para el VIH y biodiversidad.

Estos indicadores fueron la base fundamental para evaluar cuánto avanzó el país en el cumplimiento de dichos objetivos.

La actualización oportuna de tales indicadores es parte de un proceso intersectorial, cuyos datos fueron proporcionados por las instituciones públicas. Sin embargo, técnicamente es conocido que existe un rezago en la producción de dicha información estadística la cual repercutió en la comparación anual de los indicadores que midieron el avance de los ODM.

ODM 4. DESAFÍOS

- Hacer énfasis en el control prenatal, la educación en salud sexual y reproductiva, la nutrición infantil, la lactancia materna exclusiva, las condiciones ambientales y el control de salud de los recién nacidos.
- Ampliar la accesibilidad y calidad de la atención de los servicios de salud, asesoramiento y planeación, incluyendo la consejería genética.
- Ampliar el impacto de los programas sociales en las áreas rurales e indígenas.
- Unificar los sistemas de información del Ministerio de Salud y la Caja de Seguro Social, particularmente el sistema de información perinatal.

ODM 5: DESAFÍOS

- Disminuir la mortalidad materna y universalizar el acceso a la salud reproductiva.
- Lograr el acceso de las y los adolescentes a educación e información en temas de salud sexual y reproductiva.
- Ampliar el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva para contribuir a evitar embarazos no deseados, embarazos en adolescentes y la mortalidad materna por complicaciones en el parto y el puerperio.

ODM 6: DESAFÍOS

- Dar seguimiento y evaluar la situación de las políticas, programas y acciones necesarios para la lucha eficaz y eficiente por combatir el VIH/SIDA y otras enfermedades.
- Promover el uso de métodos de prevención en la población escolar y universitaria a través de los medios de comunicación social, al igual que en la comunidad, lugares de trabajo, el hogar y las iglesias.
- Prestar servicios de salud sexual y reproductiva con enfoque de género, diversidad sexual e interculturalidad.
- Fortalecer los sistemas de monitoreos y evaluación del Programa de VIH/SIDA y mejorar el registro de datos en los temas de prevención y atención de VIH/SIDA.

ODM 7: DESAFÍOS

- Mitigar la disminución de la superficie boscosa y la recuperación de las especies en peligro de extinción.
- Mejorar las condiciones de saneamiento básico ya que aún representa un gran desafío para el país, más de 10% de la población no dispone de este servicio, y entre las personas que cuentan con saneamiento básico, más de 30% usa letrina.
- Mejorar el abastecimiento de agua potable, el suministro, la comunidad, sostenibilidad en el servicio, la calidad del agua, la distribución y el uso eficiente.

ODM 8: DESAFÍOS

- Fortalecer el abastecimiento de medicamentos a las áreas rurales y las Comarcas Indígenas.
- Atender la necesidad de comunicación de las comunidades dispersas y las ubicadas en áreas remotas donde el servicio móvil celular y/o el acceso a internet no ha llegado.

Estos desafíos constituyen temas pendientes por abordar, a los que hay que brindarles atención y continuidad en la Agenda Post - 2015.





XII. Mesa del Diálogo por la Salud: “Mejora y Fortalecimiento del Sistema de Salud Integral en el Marco de una Política de Estado”.

1. La Mesa del Diálogo para la Transformación del Sistema de Salud de Panamá, fue constituida a inicios de Marzo de 2015 por mandato del Excelentísimo Señor Presidente Juan Carlos Varela. La Mesa esta integrada por cerca de 60 miembros, entre titulares y suplentes que representan a la Caja de Seguro Social (CSS), el Ministerio de Salud (MINSa), a dieciséis (16) organizaciones de funcionarios ligados al sistema sanitario y los pacientes como principales usuario del sistema. El Gobierno panameño ha contratado al Programa de las Naciones Unidas (PNUD) para que se desempeñe como facilitador y mediador en el proceso negociador y cuenta con la cooperación de la OPS, para apoyar los requerimientos técnicos de la Mesa.

Como parte de la metodología de trabajo, se establecieron mecanismos formales de comunicación y que los acuerdos que se asuman por la Mesa, se logran por consenso. La participación de la Mesa, esta separada de las actuaciones y posturas gremiales que continúan independientes. De igual forma, el Estado ejerce su rol de Autoridad Sanitaria, a través del MINSa, desarrollando sus responsabilidades indelegables, por medio del desempeño de sus funciones esenciales de salud pública, regulación y conducción del Sistema de Salud panameño y sus responsabilidades compartidas, como la armonización de la provisión de los servicios de salud, la modulación del financiamiento de las entidades del sector salud y la vigilancia del aseguramiento, tanto público como privado, así como el aseguramiento de los beneficiarios de los proyectos de protección social.

2. Ejes temáticos acordados y trabajados

- Marco Conceptual con la finalidad de homologar conceptos que permitan un debate más productivo y estructurado
- Diagnóstico integral y análisis de la situación actual; organización y articulación del sistema de salud integral
- Modelo de gestión financiera

3. Principales consensos logrados resumidos en 8 prioridades:

3.1. Se redefine el título de la Mesa como “Mesa del Diálogo para la Mejora y Fortalecimiento de la Salud Integral, en el Marco de una Política De Estado”, lo cual incluye el objetivo principal de la propuesta que se presentará ante el Ejecutivo, una vez culminen las sesiones de la mesa.

3.2. Valores, Principios y Conceptos homologados relacionados con el tema de Salud

- Salud como Derecho Humano
- Salud con Integralidad
- Salud con Equidad y Justicia Social
- Salud con Universalidad
- Salud con Solidaridad
- Salud con Intersectorialidad
- Salud con Calidez y Calidad
- Salud como Desarrollo Humano enfocado al individuo y su ambiente comunitario
- Salud dentro de un sistema Público-Público-Público

. Se logra identificar el papel fundamental que tienen los determinantes de la salud, los cuales se gestionan como una responsabilidad extra sectorial de forma aislada, con muy poca coordinación con el Sector Salud.

. Es muy importante la elaboración y fortalecimiento de un Sistema Único de Información en Salud, con enlaces intersectoriales de las instituciones relacionadas a la temática, mediante la reactivación de una Comisión de alto nivel que permita esta coordinación.

. En una primera fase, se debe lograr establecer de forma gradual y formal la Coordinación Interna dentro de los Departamentos, Secciones, Servicios, Programas y Proyectos de las entidades públicas de Salud (MINSA, CSS y otras del Sector Salud).

. En una segunda fase, lograr el establecimiento de la Coordinación Interinstitucional entre las entidades públicas de Salud con las instituciones fuera del Sector, que tienen relación en el manejo de los determinantes.

. Adecuar la dotación y distribución de los Recursos Humanos en ambas Instituciones.

. Establecer Políticas Integrales y únicas para la planificación de un modelo de atención integral de salud, que incluya la adquisición y abastecimiento de equipos e insumos de salud (incluyendo los medicamentos), acorde a las necesidades de los diferentes niveles de atención y grados de complejidad de las instituciones, apoyados de una lista de insumos sanitario única, realizando compras nacionales e internacionales conjuntas para abastecer al menos 24 meses.

La Mesa de Dialogo luego de 9 meses de trabajo elaboró un Diagnóstico, que incluye un . análisis integral de la situación de salud y sus determinantes, identificándose más de 500 nudos críticos, en donde se priorizaron 275, con 108 recomendaciones, según los nudos críticos identificados y priorizados.

Se evidenció que el sistema público de salud está deteriorado, deshumanizado, fragmentado, segmentado y mal enfocado, ya que persiste la visión centrada en la enfermedad. También se identificó la prevención como un nudo crítico importante, la poca coordinación de los sectores involucrados en la vigilancia y control de los Determinantes de la Salud, cuyas decisiones en su área impactan en la salud de la población y que debe ser coordinada con el Ente Rector de la Salud.

La propuesta está encaminada a una visión de derecho universal a la salud como un elemento indispensable para el desarrollo sostenible, con:

. Presupuesto público priorizado en la promoción, prevención y control de factores determinantes de la Salud y en mayor eficacia de la atención.

. Medición del retorno de la inversión a largo plazo como Inversión Social y Pilar de Desarrollo, para generar paz social, bienestar social y armonía.

Fundamentos del Modelo Presentado:

. Proceso continuo e integral.

. Pilares fundamentales: promoción de la salud, prevención del daño, curación,

. Rehabilitación y cuidados paliativos.

Abordaje intersectorial de los determinantes de la salud, con participación comunitaria y

. Una atención con calidad y calidez humana.

Articulación intra-interinstitucional e intersectorial, que permitan obtener sinergismo y

complementariedades, para lograr un impacto sobre las condiciones de salud de la población.

Elemento Esencial: la construcción de un Sistema de Información de Salud integrado, que permita conocimientos reales y actuales para la toma de decisiones efectivas, eliminando los sobrecostos y externalizaciones de servicios, que agotan los recursos y proveen poca cobertura.

Se propone implementar un Plan de Contingencia con intervenciones inmediatas, para mejorar a corto plazo la crisis sanitaria conocida, por todos. El abordaje inmediato debe estar dirigido a: Urgencias (críticas y no críticas), hospitalizaciones, cirugías, consulta externa especializada, mortalidad materna, mortalidad infantil, abastecimiento de medicamentos e insumos sanitarios y médicos quirúrgicos, bioseguridad, recurso humano, sistema de información y otros de igual importancia.

Esta propuesta establece la necesidad de fortalecer y renovar el Rol Rector del Ministerio de Salud como lo ordena la Constitución de la República de Panamá devolviéndole la autoridad a dicho ministerio.

La propuesta reconoce que la participación social convierte a los individuos, comunidades y organizaciones sociales en aliados estratégicos para lograr los objetivos trazados en el sistema de salud.

Los ejes estratégicos que fundamentan la Propuesta “Para la Mejora y Fortalecimiento del Sistema de Salud Integral en el Marco de una Política de Estado” son: El eje intersectorial y el eje institucional, en ambos se plantean tres etapas a saber:

• **Primera Etapa:** Se ocupa de un ordenamiento institucional homologado intrainstitucional e intersectorialmente como paso obligatorio para establecer una efectiva articulación y coordinación en todos los niveles, de un sistema de salud integral.

• **Segunda Etapa:** Identifica las oportunidades de sinergismo, complementariedades para la transformación del sistema logrando obtener mejores resultados de los recursos utilizados, con el cumplimiento de los indicadores.

• **Tercera Etapa:** Instalación de un Sistema Nacional Público de Salud bajo rectoría y autoridad del Ministerio de Salud, fortalecido y renovado.

Se han identificado áreas transversales en los ejes institucional e intersectorial como lo son: Rectoría, Planificación Conjunta, Sistema de Información e Investigación en Salud, los cuales se constituyen en procesos permanentes y sostenibles, oportunos para el desarrollo de las otras áreas temáticas de forma actualizada en conocimientos y con garantías de calidad y eficiencia para lograr el mayor impacto. La investigación en salud es necesaria ya que contribuye a la equidad, la innovación y a la toma de buenas decisiones en salud y en el desarrollo del país.

En el eje intersectorial se articulan todos los actores sociales cuyas decisiones impactan

a la salud de la población. Se abordaron los principales determinantes de la salud como son: laborales, educativos, físicos-ambientales, seguridad y justicia, económicos y sociales, migración interna y externa y seguridad alimentaria.

4. El Modelo Económico Financiero del Sistema Público de Salud

El objetivo del Modelo Económico y Financiero es lograr que los recursos económicos destinados a la Salud de la Población Panameña, sean destinados en coherencia al enfoque de Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad en todos sus niveles, con principios de oportunidad y efectividad de manera que el Sistema Nacional de Salud logre los resultados e impactos, requeridos por la población.

Se revisó y analizó de manera estructural e integral el Modelo Económico Financiero del Sistema Público de Salud, conjuntamente y con la valiosa aportación de los Expertos del Sector Público provenientes del Ministerio de Economía y Finanzas, la Contraloría General de la República, el Ministerio de Salud y la Caja de Seguro Social, quienes intervienen en la normalización, regulación, ejecución y evaluación de este marco técnico.

El análisis integral se enfocó en el origen, fuente y destino de los recursos económicos destinados a la población, la gestión de los Provisores de Salud, Ministerio de Salud y Caja de Seguro Social, en el Eje Estratégico Institucional y las otras instituciones y dependencias del Sector Público, ubicadas en el Eje Intersectorial, donde se asignan y manejan recursos sustanciales dirigidos a los Determinantes de la Salud, lo que segmenta y fragmenta el proceso.

Se evaluó el Ciclo Presupuestario y la evolución del gasto público en salud y sus resultados en cuanto a superávits y déficits recurrentes según objetos del gasto. Se analizaron aspectos sobre evaluación del gasto en salud y la necesidad de disponer de elementos básicos en términos de bases de datos y estructuras que permitan determinar y visibilizar el destino de los recursos asignados para la promoción y prevención del daño; lo que actualmente se dificulta dada la complejidad y densidad de datos que ofrece la estructura programática presupuestaria y financiera, tanto del MINSAL como de la CSS.

La propuesta está diseñada para implementarse de manera gradual a través de tres etapas que varían en cuanto a su alcance y duración en el tiempo, para lo cual la Mesa ha formulado un Plan de Seguimiento y Evaluación del Proceso, condicionando el avance a la siguiente etapa, una vez hayan sido logrados con éxito las intervenciones propuestas para cada momento.

Se responderá a un proceso de planeación estratégica, donde la imagen objetivo corresponde a un Modelo Económico y Financiero para un Sistema Nacional Público de Salud (SNPS) de carácter Público en su gestión, Público en la provisión y Público en su financiamiento, bajo responsabilidad del Ministerio de Salud.

La Mesa de Diálogo propone un sistema de Salud Integral Público en la gestión, en la provisión y en lo financiero, con cobertura y acceso universal integral, con atención oportuna y efectiva para disminuir las inequidades en Salud, porque si se continúa como estamos pone en riesgo al Sistema, afectando múltiples generaciones.

La propuesta fue presentada al Señor Presidente el 25 de noviembre del presente año, obteniendo muy buena aceptación y en donde se le solicita que se tomen en cuenta los siguientes aspectos:

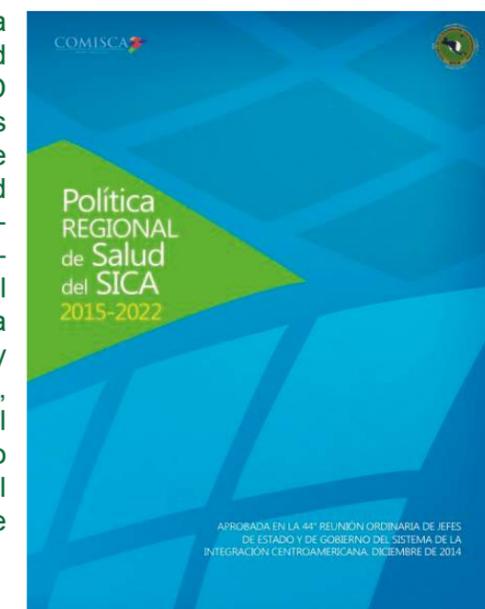
1. Divulgación de los Resultados de la Mesa del Diálogo de Salud.
2. Conformación de una Comisión que tenga la responsabilidad de operativizar la Propuesta mediante Decreto Ejecutivo.
3. Crear Ente Evaluador del Proceso de Transformación del Sistema Nacional de Salud Pública. (SNPS).

a. Internacionales:

I. Política Regional de Salud (PRS) del Sistema de Integración Centroamericana (SICA):

La Política de Salud y sus Lineamientos Estratégicos para el período 2016--2025 también se ubica en el ámbito de los avances alcanzados por el sistema de la integración regional, lo que implica su relacionamiento con las diferentes políticas de las secretarías e instancias del SICA, y su avance hacia un abordaje intersectorial de las problemáticas sociales, económicas y medioambientales que acechan a sus poblaciones, mediante la transversalización de la salud y la perspectiva de género en todas las políticas públicas.

La Política Regional de Salud del SICA representa un instrumento articulador para el Plan de Salud de Centroamérica y República Dominicana PSCARD 2016--2020, dado su estrecho vínculo con otras políticas generadas por diferentes instancias de este sistema, tales como: la Política Regional de Igualdad y Equidad de Género, la Política de Seguridad Alimentaria y Nutricional, la Política Educativa Centroamericana, la Política Centroamericana de Gestión Integral de Riesgo a Desastres, la Política Agrícola, la Agenda Estratégica Social, la Estrategia Regional Ambiental y Salud, la Estrategia Regional de Cambio Climático, entre otras. Además, la Política Regional de Salud del SICA se enmarca en las orientaciones del Protocolo de Tegucigalpa y del principio "h" del artículo 6 del Tratado de Integración Social Centroamericana sobre el acceso universal a la salud.



En el marco de la reunión del Consejo de Ministros de Relaciones Exteriores, en febrero de 2014, se aprobó que la Secretaría General del Sistema de Integración Centroamericana SG--SICA, junto al Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica y República Dominicana COMISCA y la Secretaría Ejecutiva del COMISCA impulsaran acciones en un plano intersectorial. Específicamente se planteó iniciar el trabajo en cinco ámbitos:

- 1) **Cambio Climático, Hábitat y Salud,**
- 2) **Economía y Salud,**
- 3) **Trabajo y Salud**

4) Seguridad y Salud
5) Integración Regional en Salud.

De ahí que la equidad de género, el trabajo con jóvenes, la inclusión de adultos mayores en las políticas y una perspectiva incluyente considerando personas con discapacidad, serían elementos transversales para todos los ámbitos, además de considerar la participación del Comité Consultivo del Sistema Integral de Control Agroalimentario (SICA), sociedad civil representada en la institucionalidad del SICA, en todos los procesos posibles.

De manera estratégica, se consideró incluir al Consejo de Ministros de Finanzas para apoyar la sostenibilidad financiera en todos los procesos. Adicionalmente, las políticas regionales del SICA se trabajan de manera gradual, sobre la base de los recursos disponibles y los acuerdos de implementar posibles alianzas.

A fin de asegurar una clara articulación entre la acción nacional y la acción regional en salud, así como la vinculación horizontal con otros procesos de cooperación y asistencia regional e internacional, la Política Regional de Salud del SICA se propone un marco de acción y enfoque en vías de:

- . Complementariedad
- . No sustitución
- . No duplicidad
- . Abordaje intersectorial
- . Sostenibilidad

Los principios rectores de la política indican los valores y el contenido que se hará transversal en la aplicación de las acciones operativas en el ámbito nacional y regional. Considera elementos que usualmente se relacionan al derecho a la salud como derecho humano, inalienable y contenido en los principales instrumentos jurídicos y políticos de cada país.

En ese sentido, se han considerado los siguientes principios rectores:

- . Universalidad
- . Calidad
- . Integración e intersectorialidad
- . Salud como derecho humano
- . Inclusión social y equidad de género en salud

Cuatro grandes áreas de acción o dimensiones, serán las que brinden la guía operativa para implementar el Plan de Salud de Centroamérica y República Dominicana 2016 - 2020:

- . Gestión del Conocimiento en Salud
- . Capacidades en salud
- . Cooperación Regional para el Desarrollo en Salud
- . Institucionalidad Regional

La Política Regional de Salud del SICA, fue considerada como un marco de referencia en la formulación de la Política Nacional de Salud y sus Lineamientos Estratégicos 2016 - 2025, que se presenta en este documento.





XIII. Acuerdos, Convenios y Otros Instrumentos de Cooperación Internacional orientados al Desarrollo Nacional de la Salud dentro de La Política Nacional de Salud 2016 – 2025:

Durante los últimos quince años, Panamá ha venido experimentando un proceso de crecimiento económico positivo. Se aprecia una mejora en la mayoría de los indicadores macroeconómicos, registrando el mejor nivel de crecimiento de América Latina en los últimos años. El crecimiento durante este periodo trajo como consecuencia directa la evolución positiva del PIB per cápita del país.

Esta característica macroeconómica posiciona a Panamá en un nivel superior dentro de la escala de graduación del desarrollo. De acuerdo al crecimiento del PIB per cápita, pasaría de la categoría de país de renta media baja a la de país de renta media alta en la Lista de Beneficiarios de la Ayuda Oficial al Desarrollo (AOD), lista que construyen el Comité de Asistencia al Desarrollo (CAD) de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) y el Banco Mundial (BM).

A pesar de que el porcentaje de la Cooperación Internacional (CI) en la economía agregada del país ha sido en la última década tradicionalmente bajo (menos del 1% del PIB), esta ha jugado un papel preponderante como complemento de los esfuerzos nacionales.

Con relación a la política de relaciones internacionales y de cooperación técnica hacia el futuro, el actual gobierno panameño posee una estrategia enfocada a ampliar la presencia del país en foros y organismos internacionales de carácter económico, político y social tales como: AEC, CARICOM, CAN, MERCOSUR, G-3, ALCA, SICA, APEC, UNION EUROPEA y FOCALAE, entre otros. Al tiempo que incentiva las relaciones económicas bilaterales e incrementa la participación del Estado en organismos internacionales y otros a nivel global y regional, tales como: ONU, OMC, OMI, ONUDI, UNCTAD, CEPAL, ALADI y SELA.

Esta estrategia pretende complementar y alinear el Plan estratégico de comercio exterior y la Agenda nacional de competitividad que buscan mejorar la competitividad de las empresas panameñas en el mercado externo; identificar los nuevos frentes de negociación comercial; atraer la inversión extranjera; promocionar las exportaciones y reafirmar el país como líder en la prestación de servicios bancarios, del transporte y movimiento de carga de la región, en general.

Los anteriores elementos han hecho que la CI sea vista como un mecanismo fundamental entre las relaciones internacionales y la agenda doméstica. En este contexto, el Gobierno Nacional ha iniciado labores asociadas a la gestión y coordinación de la CI a través de Estrategias de CI y de la construcción de escenarios y mecanismos de diálogo político entre los actores. Estos ejercicios han permitido el desarrollo de importantes encuentros como la recién realizada Cumbre de Las Américas en la que la Salud fue un tema protagónico en la Agenda desarrollada, pues en ellos se articulan los intereses de actores internacionales, de la sociedad civil y de las instituciones estatales con el fin de lograr una ayuda más coordinada y eficaz.

Los principios de eficacia que se propuso la Declaración de París y la nueva Agenda para el Desarrollo son pertinentes para fortalecer el liderazgo del Gobierno con relación a los procesos

de coordinación de la cooperación, da elementos adicionales para exigir mayor compromiso a la comunidad de donantes en los temas relacionados con la coordinación de la ayuda. El papel que ha tenido el Gobierno Nacional en las discusiones sobre la nueva arquitectura de la cooperación internacional (CI), ha sido un avance importante en torno a la representatividad de intereses en temas de desarrollo para países de desarrollo medio. La Agenda de Eficacia ha sido importante en las decisiones de cooperación internacional para los actores implicados.

Por parte del Gobierno, permitió impulsar y legitimar los procesos de coordinación que ya venían dándose de tiempo atrás en el país, así como alinear una serie de preocupaciones sobre la eficacia de la cooperación internacional al desarrollo.

Un ejemplo de ello es que Panamá al haberse constituido en el Hub de las Américas, alberga hoy día en la Ciudad del Saber las oficinas Regionales de las principales agencias y programas del SNU entre ellas UNICEF, PMA, OCHA, PNUMA y ONUSIDA y un número considerable de las oficinas de país, entre estas últimas tenemos el PNUD, OPS/OMS, UNICEF, UNFPA, ACNUR, UNDSS, ONUSIDA, ONUMJERES, CINUP, PNUMA y la FAO. Como parte de sus mandatos de Alineamiento y Armonización, las agencias acreditadas en el país han realizado desde el año 2000 tres ejercicios de CCA y elaborado sus respectivos UNDAF en los cuales se consigna el programa de cooperación conjunta acordado con el país. El más reciente de ellos, inició su implementación en el año 2011 y su vigencia concluyó a fines del 2015, iniciando un nuevo ejercicio para 4 años.

En el caso específico de la cooperación técnica en salud el país cuenta con las agencias del SNU tales como la OPS/OMS, el UNFPA, UNICEF, FAO, PMA y ONUSIDA y Representación de USAID en el país. Esta cooperación se ha mantenido en un amplio espectro de áreas, desde el apoyo en el desarrollo de los sistemas y servicios de salud, colaboración en la introducción de nuevas tecnologías sanitarias, la prevención y control de enfermedades hasta la capacitación y mejoramiento del desempeño de los recursos humanos, entre otras.

Desde el punto de vista normativo, la gestión y negociación de la CI, está a cargo del Ministerio de Economía y Finanzas (MEF), en estrecha colaboración con el Ministerio de Relaciones Exteriores y de la oficina de Coordinación de la Cooperación Internacional de la Presidencia de la República y cada ministerio posee oficinas de CI.

El Ministerio de Salud Pública cuenta con Oficina de Cooperación Internacional responsable de la gestión de la CI y la rectoría se ejerce con la gobernanza que dan la Política Nacional de Salud y el Plan Nacional.

El Objetivo Estratégico vinculado al Desarrollo de la Cooperación Internacional está enfocado a fortalecer el desarrollo nacional de la salud, concebido como un proceso nacional generador de gobernabilidad, rectoría y liderazgo en salud pública, por lo que las áreas temáticas y las modalidades de trabajo definidas buscan la construcción y fortalecimiento de las capacidades nacionales y locales para la generación de inteligencia sanitaria, la reducción de las inequidades en salud, la búsqueda de financiamiento solidario, para la extensión del Acceso y Cobertura Universal en Salud.

Es en este marco el Gobierno de Panamá, el Ministerio de Salud y el Sector Salud Alinea y Armoniza la Cooperación Internacional y se apropia de los compromisos internacionales. Panamá es signatario de importantes acuerdos globales, regionales y subregionales que fueron considerados cada uno de ellos en la formulación de la Política Nacional de Salud 2016 – 2025, entre ellos destacamos:

. Los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), particularmente se ha abordado el Objetivo 3 correspondiente a Salud y Bienestar que su enunciado dice: “Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades”, con sus nueve metas establecidas para el año 2030 y sus cuatro medios de ejecución, sin perder congruencia con los 17 ODS, principalmente los vinculados a la salud y sus determinantes (ODS 1: Fin de la Pobreza; ODS 2: Hambre Cero; ODS 5: Igualdad de Género; ODS 6: Agua Limpia y Saneamiento y el ODS 10: Reducción de las Desigualdades).

. La adopción del Reglamento Sanitario Internacional (RSI 2005) en la 58^{ava} Asamblea Mundial de la Salud el 23 de mayo de 2005, la República de Panamá al igual que 193 Estados Miembros de la Organización Mundial de la Salud (OMS) suscribió la aplicación del RSI que entró en vigor el 15 de junio de 2007. La finalidad y alcance del RSI (2005) son prevenir la propagación internacional de enfermedades, proteger contra esa propagación, controlarla y darle respuesta de salud pública proporcionada y restringida a los riesgos para la salud pública y evitando al mismo tiempo las interferencias innecesarias con el tráfico y el comercio internacional. El RSI (2005) en su Título II, Artículo 5, acápite 1 señala: “Cada Estado Parte desarrollará, reforzará y mantendrá, lo antes posible pero a más tardar cinco años después de la fecha de entrada en vigor del presente reglamento para ese Estado Parte, la capacidad de detectar, evaluar y notificar eventos de conformidad con el presente Reglamento, y presentar informes sobre ellos, según lo previsto en el anexo 1”. Este anexo, de “Capacidad Básica Necesaria Para Las Tareas De Vigilancia y Respuesta”, en su punto 2 especifica que cada Estado Parte evaluará, dentro de un plazo de dos años la capacidad de las estructuras y recursos nacionales para cumplir los requisitos mínimos descritos en ese anexo.

En cumplimiento con este compromiso, el Ministerio de Salud de Panamá con apoyo y asesoría técnica de la Organización Panamericana de la Salud, condujo el proceso de evaluación de estas capacidades y, con base a estos resultados en forma coordinada e intersectorial, elaboró el “Plan Nacional De Acción Para Alcanzar Las Capacidades Básicas De Vigilancia y Respuesta”. En el 2014 Panamá solicitó prórroga bajo Circunstancia excepcional, respaldado por un Plan de Aplicación cuya ejecución permite como país garantizar que estas capacidades básicas existan y estén operativas en todo el territorio nacional.

. La aplicación del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco, del cual Panamá es un país líder; es el primer tratado internacional de salud pública que obliga a sus Estados Parte a aplicar una serie de políticas y medidas para reducir el consumo de tabaco y para proteger a sus poblaciones de la exposición al humo de tabaco. El Convenio Marco está en vigencia desde 2005. Brasil, Panamá, Colombia y Uruguay son los países que más han avanzado en la región en implementar medidas efectivas para reducir el uso de tabaco, recomendadas por la OMS. Panamá firmó el tratado el 20 septiembre 2003 y lo ratificó el 16 de agosto 2004 y desde entonces viene avanzando en su aplicación, es uno de los países en la región cuya población

está protegida por ley de la exposición al humo de tabaco de segunda mano en todos los lugares de trabajo interiores, lugares públicos cerrados y lugares abiertos destinados al deporte, es uno de los países en la Región de las Américas que tiene una ley integral que prohíbe toda forma de publicidad, promoción y patrocinio de productos de tabaco, incluida la prohibición de la exhibición de los productos de tabaco en los puntos de venta. El precio de los cigarrillos en Panamá es más alto que el promedio de la región y la porción de dicho precio que corresponde a impuestos es también más alta que el promedio en la región, (54%) aunque no alcanza el nivel recomendado de más del 75% del precio de venta. La normativa sobre advertencias sanitarias cumple con los mandatos del CMCT y sus directrices. En Panamá hay acceso a servicios de cesación en 37 instalaciones de salud sean estas del primer, segundo o tercer nivel de atención (MINSA CAPSi, Policlínicas, centros de salud y hospitales) donde existe disponibilidad gratuita de tratamiento farmacológico.

. Incorpora en Consonancia con las metas a nivel de impacto a escala mundial establecidas en el Duodécimo Programa General de Trabajo de la OMS 2014-2019, las metas específicas para la Región de la América, del Plan Estratégico de la OPS 2014-2019. Conduce los procesos de planificación y evaluación de la cooperación para mantener la Alineación y Armonización con las Políticas y Planes Nacionales.

. **Aplicación de la Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud**, que fue aprobada por los Estados Miembros de la OPS/OMS durante el 53 Consejo Directivo de la Oficina Sanitaria Panamericana, realizado en la ciudad de Washington, D.C., EUA, del 29 de septiembre al 3 de octubre del 2014. La Estrategia establece que “el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud son el fundamento de un sistema de salud equitativo. La cobertura universal se construye a partir del acceso universal, oportuno, y efectivo, a los servicios. Sin acceso universal, oportuno y efectivo, la cobertura universal se convierte en una meta inalcanzable. Ambos constituyen condiciones necesarias para lograr la salud y el bienestar”. Panamá es uno de los países de la región que reúne la mayoría de las condiciones y características para alcanzar la cobertura universal de salud. La cobertura en materia de salud que tiene el MINSA y la CSS es amplia y cercana al 90%, aunque faltan algunas precisiones para que el sistema sea aún más efectivo y equitativo como la distribución del recurso humano e instalaciones equipadas en zonas o comunidades de difícil acceso.

La estrategia para la cobertura universal de salud se está desarrollando en todos los países de la Región de las Américas de forma simultánea, con la finalidad que las personas tengan acceso a los servicios de salud con calidad y equidad durante todo el curso de vida. Panamá es de los primeros países en establecer el compromiso e implementarlo, para ello elabora con amplia participación sectorial e intersectorial su Hoja de Ruta, su Plan de Acción, levanta la Línea Base para el Monitoreo y Evaluación de la Estrategia y ejecuta las intervenciones acordadas en la Hoja de Ruta, sin duda Panamá va en el camino correcto.

La Hoja de Ruta de Panamá establece el camino a seguir para la construcción colectiva y participativa de políticas inclusivas, de mecanismos de rendición de cuentas, el desarrollo de acciones para fortalecer la gobernanza y la rectoría del sector de la salud; así como el establecimiento de metas y objetivos nacionales y la definición de planes de acción para avanzar hacia el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud, está compuesta de cuatro Línea Estratégicas:

- Ampliar el acceso equitativo a servicios de salud , integrales en las personas y las comunidades.
 - Fortalecer la rectoría y la gobernanza.
 - Aumentar y mejorar el financiamiento, con equidad y eficiencia, y avanzar hacia la eliminación del pago directo que se convierte en barrera para el acceso en el momento de la prestación de servicios.
- Fortalecer la coordinación intersectorial para abordar los determinantes sociales de la salud.

La hoja de ruta también identifica grupos de poblaciones excluidas, áreas prioritarias de trabajo, temas críticos e instituciones que deben involucrarse en el desarrollo de las acciones para el logro del acceso y cobertura universal a la salud.

. **El Convenio de Basilea** que es un tratado ambiental global que regula estrictamente el movimiento transfronterizo de desechos peligrosos y estipula obligaciones a las Partes para asegurar el manejo ambientalmente racional de los mismos, particularmente su disposición y eliminación. El Convenio de Basilea fue adoptado el 22 de marzo de 1989, entró en vigor el 5 de mayo de 1992 y fue ratificado por Panamá en 1990 por la Asamblea Legislativa con La Ley 21 para su aplicación. Este Convenio es especialmente relevante porque Panamá es una importante plataforma continental de re-exportaciones, por medio de la Zona Libre de Colón, de varios productos, entre los cuales se encuentran los plaguicidas, fertilizantes y otras sustancias químicas. El Convenio condiciona el trasiego de los desechos peligrosos al consentimiento previo y escrito de los países importadores, así como de los países que serán vía de tránsito, y prohíbe su exportación a países que no cuenten con la capacidad técnica y administrativa para su eliminación ambientalmente segura (incluyendo la recuperación). El Convenio es la respuesta de la comunidad internacional a los problemas causados por la producción mundial anual de millones de toneladas de desechos peligrosos para el hombre o para el ambiente debido a su características tóxicas/ecotóxicas, venenosas, explosivas, corrosivas, inflamables o infecciosas. El Convenio reconoce que la forma más efectiva de proteger la salud humana y el ambiente de daños producidos por los desechos se basa en la máxima reducción de su generación en cantidad y/o en peligrosidad. Los principios básicos del Convenio de Basilea son:

- El tránsito transfronterizo de desechos peligrosos debe ser reducido al mínimo consistente con su manejo ambientalmente apropiado.
- Los desechos peligrosos deben ser tratados y dispuestos lo más cerca posible de la fuente de su generación.
- Los desechos peligrosos deben ser reducidos y minimizados en su fuente.

. **Convenio de Rotterdam**, este Convenio fue ratificado por la Asamblea Legislativa de Panamá en el año 2000. Su objetivo es la protección de la salud humana y el medio ambiente, frente a posibles daños ocasionados por ciertos productos químicos peligrosos que son objeto de comercio internacional; así como promover la transparencia y el intercambio de información sobre los riesgos de estos productos. La principal debilidad del Convenio de Rotterdam es que no impone ningún tipo de prohibición, por esta razón el Gobierno de Panamá emitió el Decreto Ejecutivo N° 305. El Anexo I incluye una lista de 22 plaguicidas y 5 sustancias industriales como binapacryl, captafol, clordano, clorodimeform, clorobencilato, cuya comercialización es objeto de control.

Plenipotenciarios para el Convenio de Estocolmo Sobre Contaminantes Orgánicos Persistentes, realizada en Estocolmo, del 22 al 23 de mayo de 2001; la Asamblea Nacional lo ratificó mediante la Ley No. 3 del 20 de enero de 2003, adquiriendo todas sus obligaciones y derechos, y entró en vigor el 17 de mayo de 2004. El Convenio de Estocolmo se corresponde plenamente con la Ley General del Ambiente de Panamá, contiene disposiciones fundamentales en cuanto a la responsabilidad del Estado de normar, vigilar, controlar y regular todo lo relacionado con la salud humana y con la gestión de desechos y sustancias potencialmente peligrosas.

. **Convenio de Minamata** es el Tratado Global para la Eliminación de Fuentes Humanas de Mercurio (denominado Minamata por la famosa ciudad japonesa) que en los años cincuenta se convirtió en el icono del movimiento global contra el mercurio, como contaminante global. Panamá se convirtió en uno de los primeros en firmar dicho documento, el 29 de Septiembre de 2015 lo ratificó ante las Naciones Unidas, en Nueva York.

El Convenio de Minamata sobre el Mercurio es un tratado mundial y jurídicamente vinculante, resultado de un acuerdo alcanzado por los gobiernos en enero de 2013, prevé controles y reducciones en una amplia gama de productos, procesos e industrias en los que se utiliza mercurio o que lo liberan o emiten. El tratado también se ocupa de la extracción directa de mercurio, la exportación e importación del metal y el almacenamiento del mercurio de desecho en condiciones de seguridad. Tiene como objetivo proteger la salud humana y el medio ambiente de las emisiones y liberaciones de este metal líquido altamente tóxico, que ataca el sistema nervioso central y es especialmente dañino para los niños. Para ello, plantea normas y decisiones que incluyen prohibir la minería primaria de mercurio, reducir el comercio, y eliminar este tóxico en la mayoría de los productos que lo contienen, como termómetros, aparatos de medición y baterías.

. **Protocolo de Montreal** hace dos décadas un grupo de 24 países firmaron el Protocolo que, entre otras cosas, compromete a los signatarios a reducir las casi 100 sustancias controladas por este tratado internacional, hoy, más de 190 países han ratificado el acuerdo.

El Protocolo de Montreal fue firmado el 16 de septiembre de 1987 y entró en vigor el 1 de junio de 1989. Desde entonces, ha sufrido cinco revisiones, la última en 1999, en Pekín. La puesta en marcha del acuerdo internacional ha permitido eliminar alrededor del 95 por ciento de las sustancias que agotan la capa de ozono. Además, ha evitado decenas de millones de muertes por cáncer y cientos de millones de casos de cáncer y de cataratas a nivel mundial, según datos del Programa de Naciones Unidas para el Medio Ambiente (PNUMA).

La oficina regional del Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente (PNUMA), con sede en Panamá, informó de que el Protocolo administra más de 2.000 millones de dólares, capital que permite transferir tecnologías destinadas a ayudar a 135 países en desarrollo para proteger la capa de ozono y del cual Panamá es beneficiario, se trabaja además de la eliminación de 25.000 millones de toneladas de dióxido de carbono, equivalente de gases de efecto invernadero, más de lo que se prevé que se reduzca en el marco del Protocolo de Kyoto durante su primer período.

. **Protocolo de Kyoto**, regula la reducción de las emisiones de seis gases de efecto invernadero que causan el calentamiento global, se refiere a un acuerdo internacional firmado

en Kioto en diciembre de 1997, en el ámbito de las Naciones Unidas.

Este protocolo tiene el objetivo central de tratar de frenar el cambio climático. Para ello se propone reducir las emisiones de gases efecto invernadero, calculadas en una media de un período de cinco años que como sabemos tienen gran impacto en el fenómeno del calentamiento global. Este acuerdo impone para 39 países que se consideran desarrollados (no afecta a los países en vías de desarrollo como Brasil, India o China) la reducción de sus emisiones de gases de efecto invernadero. Hasta la fecha lo han suscrito 192 países. Los seis gases del efecto invernadero son: hexafluoruro de azufre, el dióxido de carbono, el metano, el óxido nitroso, los HFCs y los PFCs.

. **Los Acuerdos de Cooperación Técnica Entre Países y fronterizos, (México, Costa Rica, Colombia, Venezuela, Argentina y Chile).**

. **Acuerdos de cooperación crediticia con Japón, (BID) y BM.** Existen proyectos financiados a través de recursos internacionales reembolsables y no reembolsables procedentes de agencias de cooperación internacional multilaterales y bilaterales, el monto de la primera modalidad es mucho más importante, dado el estatus de país no prioritario. En este orden de ideas, existen proyectos de cooperación bilateral reembolsable, entre los cuales se destacó el Plan de Saneamiento de la Bahía de Panamá, que contó con un fuerte componente de apoyo del gobierno de Japón; y los proyectos de cooperación bilateral no reembolsable provenientes de la cooperación japonesa, canadiense, norteamericana, europea, y española; especialmente dirigidos al fortalecimiento del Instituto Conmemorativo de Estudios de la Salud Gorgas en el diagnóstico laboratorial de enfermedades infecciosas emergentes y reemergentes, así como el desarrollo de un laboratorio de alta seguridad P3; proyectos de cooperación multilateral reembolsable como los destinados a proyectos sectoriales multifase y los orientados a la construcción y fortalecimiento de la infraestructura de salud financiados por el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y el Banco Mundial, cuya contraparte natural es el MINSA. Asimismo, se cuenta con los proyectos de cooperación multilateral no reembolsable y dado que Panamá no es considerado país prioritario, el peso relativo de los recursos no reembolsables en el presupuesto general no ha superado el 1% (B/.10,000,000 al año) en los últimos 10 años.

No obstante la limitada participación en los recursos de cooperación internacional, Panamá participa muy activamente de instancias de diálogo de la cooperación internacional, a nivel Global su distinguida participación la ha llevado a que sea electa por unanimidad como Vicepresidente del Consejo de Derechos Humanos con la ONU. A nivel regional y a nivel sub-regional su participación es proactiva, incluyente y generadora de cambio en particular en los foros como: COMISCA, CISSCAD, RESSCAD, COMCA, RECACER, y FOCARD al tiempo que mantiene relaciones con organismos tales como: el Fondo multilateral del protocolo de Montreal, el Fondo mundial para el medio ambiente, la Fundación Damián, el Fondo Global para la lucha contra la TBC, VIH/sida y malaria; y la Agencia Internacional de Energía Atómica (AIEA), entre otros.



XIV. Metodología para la Formulación de la Política Nacional de Salud y Lineamientos Estratégicos 2016 – 2025

Según el Decreto de Gabinete N° 1 de 15 de enero de 1969, en su Artículo 1°, corresponde al Ministerio de Salud la determinación y conducción de la Política de Salud del Gobierno en el país y está investido de las prerrogativas y facultades que la Constitución y la Ley otorga a los Ministerios del Estado, además de las específicas que le confiere el precitado Decreto y el Estatuto Orgánico de Salud, que lo complementa.

En virtud de ello, el Ministerio de Salud dirigió, a través de la Dirección de Planificación, el proceso de formulación de la Política Nacional de Salud y sus Lineamientos Estratégicos, para el período 2016-2025, basado en la metodología de marco lógico y de gestión por resultados, la cual permite ordenar, conducir y orientar todas las acciones que se desarrollen en el ámbito de la salud hacia el cumplimiento de las metas y los resultados esperados de los objetivos estratégicos priorizados, atendiendo a los desafíos planteados durante el análisis de los lineamientos orientadores nacionales e internacionales.

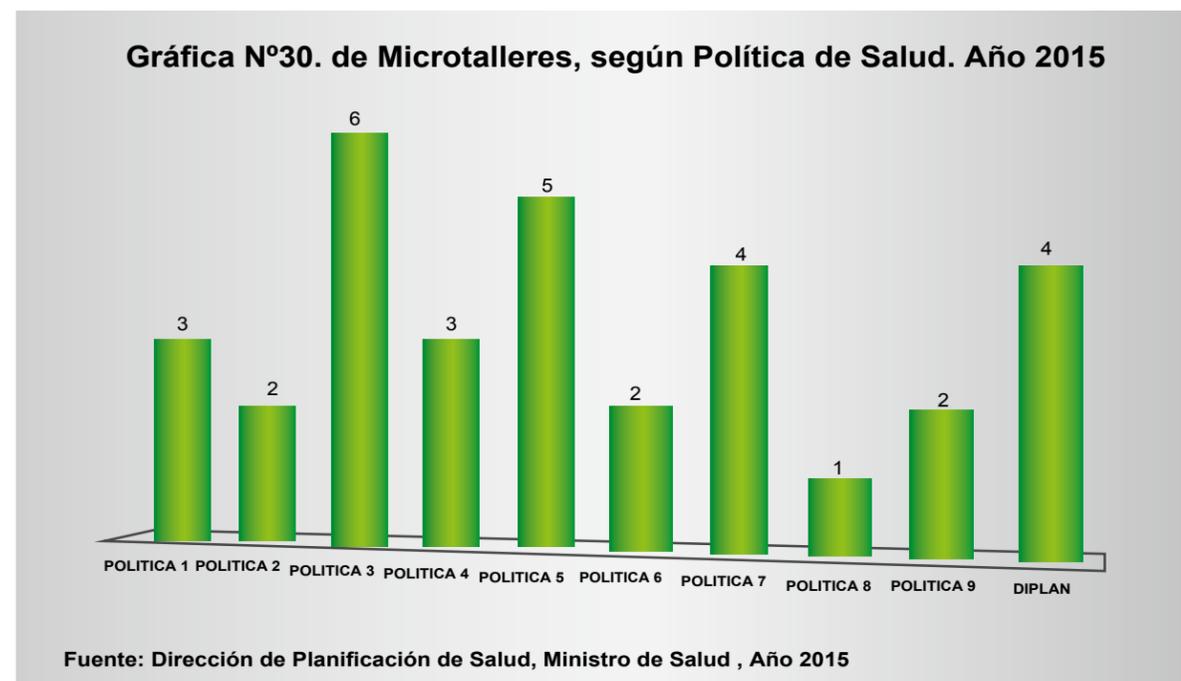
El proceso de análisis que se realizó durante la formulación de la Política de Salud, permitió priorizar, a corto, mediano y largo plazo, los problemas y desafíos en el ámbito de la salud, para lograr la definición de las estrategias y lineamientos que se constituyeron en los pilares para el posterior desarrollo de los resultados esperados, metas e indicadores estratégicos que integrarán el Plan Nacional de Salud.

Con este proceso de planificación estratégica se ha definido una visión de futuro compartida, que facilitará la formulación concertada de planes, programas y proyectos de salud; apoyarán la gestión por resultados para conocer el impacto de las intervenciones en salud con base en indicadores intermedios e inmediatos y para sustentar la necesidad de una mayor participación, tanto pública como privada, en el quehacer del sistema nacional de salud, de manera efectiva.

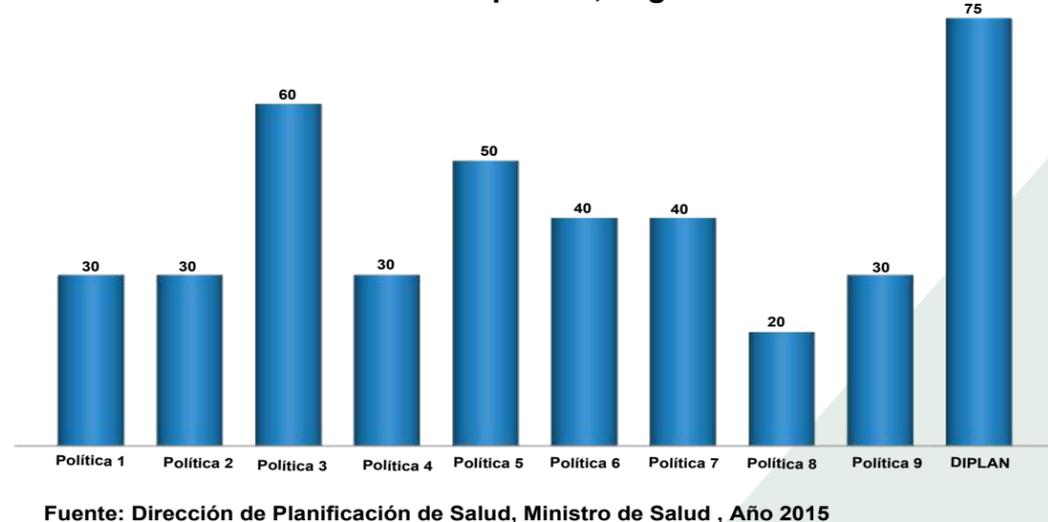
Es importante, señalar que los resultados de la evaluación de la Política Nacional de Salud y sus Lineamientos Estratégicos 2010-2015, realizada por medio del Sistema de Monitoreo y Evaluación del Plan Estratégico del Sector Salud (SIMEPESS), fueron considerados como línea base para la formulación de esta Política Nacional de Salud 2016 - 2025. Detalles del proceso de evaluación han sido presentados en capítulos anteriores.

Una vez culminada la evaluación de la Política de Salud 2010 – 2015, el equipo técnico y directivo de la Dirección de Planificación del Ministerio de Salud definió continuar organizando el proceso para la formulación de la Política Nacional de Salud 2016-2025, con base en las dimensiones de rectoría y construir una estructura básica de la Política Nacional de Salud 2016 - 2025 y sus Lineamientos Estratégicos para el citado período. Se requiere ilustrar que la estructura de la Política Nacional de Salud en su propuesta de diseño, incluye la relación de los siguientes conceptos esquematizados en una matriz, que facilita la generación de indicadores estratégicos de desempeño, que serán detallados en el Plan Nacional de Salud. La Política Nacional de Salud se estructura en cuatro categorías: ejes, políticas, objetivos estratégicos y líneas de acción para el período 2016-2025.

Los aportes que resultaron de los microtalleres fueron revisados y ajustados por el equipo técnico y directivo de la Dirección de Planificación de Salud del MINSA, con la finalidad de hacer un análisis de coherencia a lo interno de cada lineamiento de política y entre los 9 lineamientos de políticas propuestas. De igual forma, se efectuó una mirada de sus contenidos con respecto a los lineamientos orientadores nacionales e internacionales, considerando los compromisos y metas nacionales e internacionales en diversas temáticas de salud, se armonizó el lenguaje y ajustaron elementos para que su redacción reflejará las estructuras metodológicas de la formulación utilizando el marco lógico como herramienta.



Gráfica N°31. Número de Participantes, según Microtalleres. Año 2015



1. Etapa de Consulta Nacional

Una vez completada la fase de formulación de propuesta se organizó una consulta nacional con la participación de cerca de 300 actores interesados, con la finalidad de validar la Política Nacional de Salud propuesta.

De esta manera, la Política Nacional de Salud del Estado panameño, para el período 2016-2025, fue formulada con base científico-técnica y validada en un taller de tres días, con amplia participación social que incluyó a los siguientes actores:

- MINSA: representantes de todas las Direcciones Nacionales, Directores Regionales de Salud, Planificadores Regionales de Salud, Coordinadores de Programas, Epidemiólogos y equipos técnicos, asignación por las Direcciones, Directores de Patronatos y de Hospitales tanto Nacionales como Regionales.
- 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 (UP), Universidad Tecnológica de Panamá (UTP), Universidad Latina (UL), Universidad de Las Américas (UDELAS), Asociación Médica Nacional y del Colegio Médico de Panamá, Universidad Culumbus, Universidad Americana (UAM).
- Grupos Profesionales y Técnicos de Salud: COMENENAL, ANEP, CONAGREPROTSA, Colegio de Farmacéuticos, CONALAC, AFUSA, APES, ANPATE, ANFACS, AMN, Sociedad Panameña de Salud Pública, FENAMERI, AMEHST, Médicos del Interior del País, Médicos Especialistas del Hospital del Niño.
- Otras entidades: CGR, MINGOB, ANAM, AMP, AT, MEDUCA, MIVI, MOP, MICI, MIDES, MITRADEL, MIDA, MIRE, Asuntos del Canal, MEF, Asamblea Nacional (Comisión de Salud).
- Secretarías de Presidencia: CONADES, SENAPAN, PAN, SENACYT, PRODEC, Transparencia y Corrupción, PRODAR, SENAFRONT, Cadena de Frío, DIGECA, Proyecto Censo de Salud Preventiva.
- Usuarios del Sistema de Salud y Sociedad Civil: Asociación de Alcaldes de Panamá, Confederación de Comités de Salud, Asociación de pacientes con VIH/SIDA, ANCEC, FUNDACANCER, Fundación Cardiológica de Panamá, FOSEMO, Patronato de Nutrición, Clubes Cívicos, Federación de Pueblos Indígenas, Federación Nacional de Pacientes con Enfermedades Críticas Crónicas y Degenerativas.
- Organismos Internacionales: OPS/OMS, SE COMISCA, FAO, UNICEF, PNUD, UNFPA, BID, BANCO MUNDIAL

Durante el taller de validación se realizaron sesiones de trabajo grupal por política de salud, donde se revisaron las propuestas de los ejes, políticas, objetivos estratégicos y líneas de acción para el período 2016-2025, previamente formuladas durante los precitados microtalleres. Los resultados de los grupos de trabajo, por Política de Salud, fueron compartidos y discutidos en la plenaria del taller de validación, con realimentación de los participantes hacia los grupos de trabajo.

Finalmente, el equipo técnico y directivo de la Dirección de Planificación del Ministerio de Salud realizó la revisión de la propuesta de ejes, políticas, objetivos estratégicos y líneas de acción con el objeto de efectuar los ajustes sugeridos y debidamente sustentados durante la consulta nacional, los cuales se presentan en este documento.

2. Política de Salud y Lineamientos Estratégicos 2016 – 2025.

Figura N°8



2.1. Las Dimensiones de Rectoría

La Función Rectora en Salud se refiere al ejercicio de las responsabilidades y competencias sustantivas de la política pública en salud, las cuales son propias e indelegables en el contexto del nuevo esquema de relaciones entre gobierno y sociedad en el Estado moderno, y es competencia característica del gobierno, ejercida mediante la Autoridad Sanitaria.

Este enfoque estratégico e inclusivo se sustenta en la Política de Salud mediante las cuales se busca fortalecer la Rectoría de la Autoridad Sanitaria ejercida en Panamá, por mandato Constitucional, a través del Ministerio de Salud; para lo cual toca fortalecer las seis (6) dimensiones rectoras definidas y categorizadas en dos grandes grupos: responsabilidades exclusivas del Ministerio de Salud y responsabilidades compartidas con otros actores sociales que se desempeñan en el Sistema Nacional de Salud o fuera de este.

Cada una de las dimensiones de Rectoría ha sido definida para su mayor comprensión al momento de la aplicación.

2.2. Responsabilidades exclusivas del MINSA

2.2.1. **Regulación:** comprende la definición del marco normativo orientado a proteger y promover la salud y garantizar su cumplimiento. Es ejercida por el Ministerio de Salud en los tres niveles de la organización. El nivel central que se destaca por ejercer una función normativa técnica y los niveles regional y local que ejercen el rol de vigilancia y control del cumplimiento de la normativa sanitaria.



2.2.2. **Conducción:** está enfocada en la capacidad de la Autoridad Sanitaria de orientar a las instituciones del sector y movilizar los grupos sociales en apoyo a la Política Nacional de Salud; se centra en el proceso de planificación, la gestión de la cooperación internacional, la rendición de cuentas y desempeño del Sistema de Salud. La Dirección de Planificación es el ente que orienta este proceso utilizando estrategias de participación e integración de los actores institucionales a nivel central, regional y local, como también actores sectoriales y extra sectoriales, con la conjunción de la sociedad civil. La figura a continuación detalla los componentes que debe atender esta dimensión.

Cuadro N°46. Conducción.

Responsabilidades Exclusivas del MINSA

| | |
|--|--|
| CONDUCCION: Capacidad de orientar a las instituciones del sector y movilizar los grupos sociales en apoyo a la Política Nacional de Salud | Análisis de la situación de salud |
| | Definición de prioridades y objetivos sanitarios |
| | Formulación, diseminación, monitoreo y evaluación de estrategias, políticas, Planes y Programas de salud |
| | Dirección, concertación, movilización de actores y recursos del sector |
| | Promoción de la salud, participación y control social en salud |
| | Armonización de la cooperación técnica internacional en salud |
| | Participación política y técnica en organismos internacionales y sub-regionales |
| | Evaluación del desempeño del sistema de salud incluyendo la medición del Logro de metas; de los recursos utilizados; y de la eficiencia del sistema de salud |

2.2.3. **Las Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP):** constituyen la otra dimensión de Rectoría que es responsabilidad exclusiva del MINSA, misma que fue abordada en detalle en capítulos anteriores de este documento.

2.3. Responsabilidades Compartidas

Armonización de la Provisión de los Servicios de Salud: es la capacidad para promover la complementariedad de diversos proveedores y grupos de usuarios con la finalidad de extender la cobertura de atención de salud de manera equitativa y eficientemente. En Panamá, es una función compartida con los proveedores públicos tales como la Caja de Seguro Social, los Patronatos de los Hospitales Nacionales y el propio Ministerio de Salud. También es ejercida por la red privada de servicios de salud, que atiende una demanda de cerca del 15% y que comprende clínicas, dispensarios, hospitales, farmacias, laboratorios y otros. Esta función se expresa en 7 elementos, según figura adjunta.

Figura N°10. Armonización de la Provisión de los Servicios de Salud.



Figura N°11. Modulación del Financiamiento



Modulación del Financiamiento: es una responsabilidad clave cuya finalidad es la de garantizar, vigilar y modular la complementariedad de los recursos de diversas fuentes y de esta forma asegurar el acceso equitativo de la población a los servicios de salud.

Las fuentes de financiamiento a nivel sectorial se concentran en la Caja de Seguro Social cuyos recursos proceden de las cuotas patronales y del Ministerio de Salud a través del presupuesto asignado por el Gobierno Central destinado a salud pública, provisión de servicios de salud, investigación en salud, agua y manejo de desechos sólidos.

Esta dimensión toma en cuenta la necesidad de evitar las distorsiones en el financiamiento sectorial e incrementar la equidad por ejemplo, con la eliminación del pago de directo al momento de la atención. También pone de relieve la necesidad del trabajo sectorial orientado a priorizar la inversión en la atención de los problemas prioritarios de salud de la población y del ambiente.

2.3.2. Vigilancia del Aseguramiento: garantiza el acceso a un conjunto de prestaciones de cobertura de servicios de salud con un enfoque de derecho. En Panamá, es regulada y compartida entre el Ministerio de Salud y la Superintendencia de Seguros, con pobres o nulos por mecanismos de coordinación hasta el momento de la formulación de esta Política, cuando se inicia el acercamiento la Superintendencia de Seguros a este proceso.

Figura N°12. Vigilancia del Aseguramiento



3. Ejes de la Política de Salud 2016 – 2025

La Política Nacional de Salud y sus Lineamientos Estratégicos 2016-2025, 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.

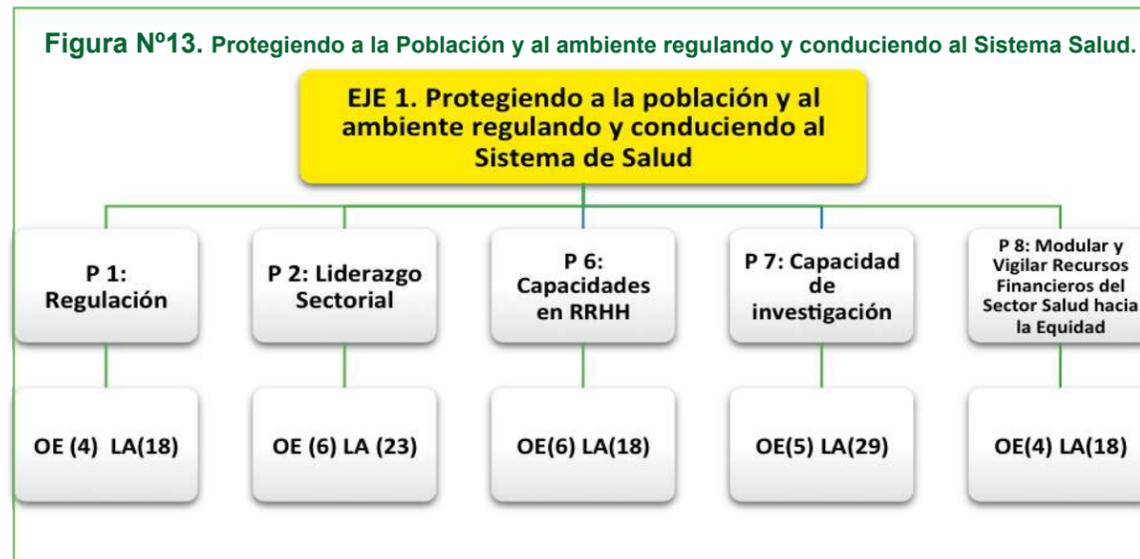
Cuadro N°47. Política Nacional de Salud y sus Lineamientos Estratégicos 2016-2025.

| Política Nacional de Salud y sus Lineamientos Estratégicos 2016 - 2025 | | | |
|---|-----------|-----------------------------|---|
| Ejes | Políticas | Objetivos Estratégicos (OE) | Líneas Estratégicas de Acción según Objetivo Estratégico (OE) |
| Eje I: Protegiendo a la población mediante la regulación y conducción del sistema de salud | 5 | 5 | 106 |
| Eje II: Mejoramiento la calidad y el acceso de la población a los servicios de salud | 3 | 3 | 71 |
| Eje III: Promoviendo la salud con la participación social | 1 | 1 | 19 |
| 3 | 9 | 9 | 200 |

4. Lineamientos Políticos y su distribución por ejes

Los nueve (9) lineamientos políticos fueron organizados por eje, respondiendo a los objetivos que se persigue alcanzar con su aplicación, según se observa en las figuras que se presentan:

Eje I: Protegiendo a la población mediante la regulación y conducción del sistema de salud. Este eje agrupa los lineamientos políticos orientados al desarrollo del ejercicio de la función rectora del Ministerio de Salud en el ámbito de la conducción, regulación, vigilancia del aseguramiento y modulación del financiamiento. Así mismo, está orientado a garantizar el desempeño de algunas Funciones Esenciales de Salud Pública, a saber: FESP1 - Análisis de la Situación de Salud; FESP 5 - Desarrollo de Políticas y Capacidad Institucional de Planificación y Gestión; FESP 6 - Fortalecimiento de la Capacidad Institucional de Regulación y Fiscalización; FESP 8 - Desarrollo de Recursos Humanos y Capacitación en Salud Pública y FESP 10 – Investigación en Salud Pública.



Eje II. Mejorando la calidad y el acceso de la población a los servicios de salud.

En este eje se tratan las dimensiones de rectoría sobre Armonización de la Provisión de Servicios, que es una responsabilidad compartida y se establecen los lineamientos para ejercer las FESP1 - Análisis de la Situación de Salud; FESP 2 - Vigilancia de Salud Pública, Investigación y Control de Riesgos y Daños; FESP 7 - Evaluación y Promoción de Acceso Equitativo a Servicios de Salud; FESP 9 - Garantía y Mejoramiento de la Calidad de los Servicios de Salud y FESP 11 - Reducción del Impacto, Emergencias y Desastres en Salud.

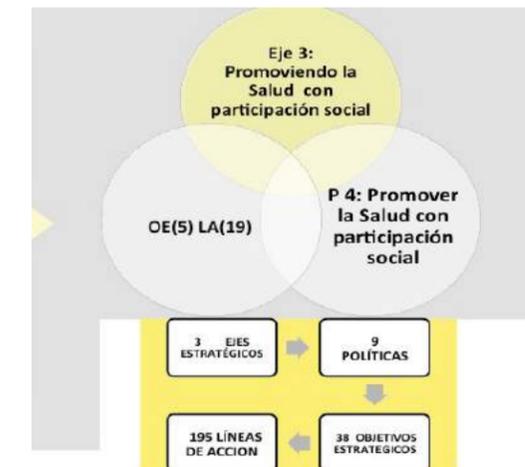
Figura N°14. Mejorando la calidad y el acceso de la población a los servicios de salud



Eje III: Promoviendo la salud con participación social

Este eje está estructurado para garantizar el ejercicio de la **FESP 3** - Promoción de la Salud y de la **FESP 4** - Participación de los Ciudadanos en Salud, ambas prioridades en materia de Salud Pública en Panamá.

Figura N°15.



Promoviendo la Salud con participación social

**XV. Estructura de la Política de Salud 2016 – 2025,
sus Objetivos Estratégicos y Líneas de Acción.**

Cuadro N°48. Políticas Nacional de Salud 2016 - 2025.

| POLITICA 1. REGULAR TODAS LAS ACCIONES RELACIONADAS CON LA SALUD INTEGRAL DE LA POBLACIÓN Y DEL AMBIENTE, MEDIANTE LA FORMULACIÓN, SISTEMATIZACIÓN, MODIFICACIÓN Y VIGILANCIA DEL CUMPLIMIENTO DE LOS INSTRUMENTOS JURÍDICOS SANITARIOS EN EL AMBITO NACIONAL | |
|--|---|
| Objetivos Estratégicos | Líneas de Acción |
| OE 1.1. Actualizar el marco regulatorio según dimensiones de rectoría de la autoridad sanitaria nacional | LA. 1.1.1. Aplicación de la metodología del Mapeo del Marco Regulatorio para las dimensiones exclusivas de la rectoría |
| | LA. 1.1.2. Aplicación de la metodología de Mapeo del Marco Regulatorio para las dimensiones compartidas de la rectoría |
| | LA. 1.1.3. Formación de un cuerpo legal profesional especializado en salud pública |
| | LA. 1.1.4. Actualización y documentación del marco regulatorio de conformidad con los resultados del mapeo, incluyendo los temas innovadores en salud |
| | LA. 1.1.5. Fortalecimiento de la rectoría y la gobernanza para las acciones estratégicas para el acceso universal a la salud y cobertura universal de salud |
| | LA. 1.1.6. Asesoría y apoyo técnico a los niveles regionales y locales, a fin de fortalecer el ejercicio descentralizado de la Autoridad Sanitaria en materia de Salud Pública |
| OE 1.2. Armonizar la normativa nacional con la internacional en materia de salud de la población y del ambiente | LA. 1.2.1. Revisión y elaboración de normas y procedimientos de interés sanitario, vinculados al ámbito internacional |
| | LA. 1.2.2. Implementación de los Planes para el Desarrollo de los compromisos adquiridos internacionalmente |
| | LA. 1.2.3. Sistematización del proceso de armonización de la normativa nacional con la internacional, según acuerdo adoptado |

POLITICA 1. REGULAR TODAS LAS ACCIONES RELACIONADAS CON LA SALUD INTEGRAL DE LA POBLACIÓN Y DEL AMBIENTE, MEDIANTE LA FORMULACIÓN, SISTEMATIZACIÓN, MODIFICACIÓN Y VIGILANCIA DEL CUMPLIMIENTO DE LOS INSTRUMENTOS JURÍDICOS SANITARIOS EN EL AMBITO NACIONAL

| Objetivos Estratégicos | Líneas de Acción |
|---|---|
| OE 1.3. Implementar el Sistema de Vigilancia para el cumplimiento del Marco Regulatorio Nacional, dirigido a mejorar la salud de la población y el ambiente | LA. 1.3.1. Coordinación intra y extrasectorial efectiva entre la autoridad sanitaria y otras autoridades competentes |
| | LA. 1.3.2. Creación y Funcionamiento de la comisión interinstitucional para la armonización del marco regulatorio vinculado a las dimensiones de rectoría en salud |
| | LA. 1.3.3. Aplicación de mecanismos que aseguren la aplicación correcta del marco regulatorio de salud pública y el control del cumplimiento del mismo según dimensión de Rectoría |
| OE 1.4. Desarrollar mecanismos para la Vigilancia del Aseguramiento de la cobertura de prestaciones de servicios de salud o planes específicos para la población | LA. 1.4.1. Coordinación de acciones conjuntas con la Superintendencia de Seguros para el aseguramiento de las coberturas de los planes de prestaciones de servicios de salud ofrecidos por las aseguradoras a la población |
| | LA. 1.4.2. Identificación de los diversos proveedores a nivel nacional con planes de cobertura de servicios de salud a la población tanto público como privado |
| | LA. 1.4.3. Definición y consenso de estándares de aseguramiento de la prestación de servicios de salud a nivel nacional |
| | LA. 1.4.4. Formulación, divulgación y vigilancia de las normas en relación a los planes de servicios de salud, así como mecanismos de afiliación a los seguros y los contenidos de las pólizas de los seguros de salud |
| | LA. 1.4.5. Vigilancia del cumplimiento de los planes de cobertura otorgados a la población por entidades públicas y privadas, incluidos los otorgados por la Caja de Seguro Social |
| | LA. 1.4.6. Realización de encuestas de satisfacción periódicas como parte de los mecanismos de evaluación de aseguradores y prestadores de servicios que ofrecen servicios de aseguramiento |

| POLITICA 2. EJERCER EL LIDERAZGO EN SALUD A NIVEL NACIONAL | |
|---|---|
| Objetivos Estratégicos | Líneas de Acción |
| OE 2.1. Fortalecer la planificación y gestión del sistema sanitario con el liderazgo del MINSA | L.A. 2.1.1. Fortalecimiento y fomento de capacidades de una cultura para el ejercicio del liderazgo político y técnico que garantice la salud de la población y del ambiente a nivel nacional |
| | L.A. 2.1.2. Socialización, desarrollo, seguimiento y evaluación de las políticas de salud expresadas en planes, programas y proyectos |
| | L.A. 2.1.3. Coordinación efectiva con el Ministerio de Gobierno y el Ministerio de Desarrollo Social para la formulación, seguimiento y evaluación de los aspectos de salud en las políticas de protección social e indigenistas expresadas en planes, programas y proyectos |
| | L.A. 2.1.4. Coordinación del proceso de descentralización de acciones de salud con los Gobiernos Locales, de conformidad con la legislación vigente |
| | L.A. 2.1.5. Establecimiento de mecanismos formales que aseguren la consulta y la participación ciudadana en la toma de decisiones sobre los procesos de salud pública |
| OE 2.2. Integrar el sistema de información de salud en las entidades públicas y privadas cuyas acciones impactan en los determinantes de la salud | L.A. 2.2.1. Aprobación e implementación de la Ley para la integración del Sistema Nacional de Información de Salud en los sectores público y privado |
| | L.A. 2.2.2. Creación del Comité Técnico Interinstitucional para el fortalecimiento del Sistema Nacional de Información de Salud |
| | L.A. 2.2.3. Creación de mecanismos de integración de los componentes de los subsistemas de información existentes intra y extra-institucional, públicos y privados |
| OE 2.3. Articular con todos los actores a nivel nacional la elaboración, divulgación, implementación, monitoreo y evaluación del Plan Nacional de Salud. | L.A. 2.3.1. Planificación conjunta con las entidades del sector salud y otras entidades que impactan en los determinantes de salud, para la ejecución del Plan Nacional de Salud |
| | L.A. 2.3.2. Elaboración de los planes quinquenales de inversión de las entidades del sector articulados con el Plan Nacional de Salud |
| | L.A. 2.3.3. Implementación del Plan Nacional de Salud con participación de los diferente actores involucrados |

| POLITICA 2. EJERCER EL LIDERAZGO EN SALUD A NIVEL NACIONAL | |
|--|--|
| Objetivos Estratégicos | Líneas de Acción |
| OE 2.3. Articular con todos los actores a nivel nacional la elaboración, divulgación, implementación, monitoreo y evaluación del Plan Nacional de Salud. | L.A. 2.3.4. Fortalecimiento del monitoreo y evaluación del componente de salud de los programas, planes estratégicos y operativos, así como proyectos de todas las entidades del sector salud e instituciones que impactan en los determinantes de la salud |
| | L.A. 2.3.4. Fortalecimiento del monitoreo y evaluación del componente de salud de los programas, planes estratégicos y operativos, así como proyectos de todas las entidades del sector salud e instituciones que impactan en los determinantes de la salud |
| | L.A. 2.3.5. Fortalecimiento de la Dirección Nacional de Planificación del MINSA y de los departamentos de planificación de las instituciones involucradas, en el monitoreo y evaluación del Plan Nacional de Salud con recursos humanos, financieros y tecnológicos |
| OE 2.4. Conducir y gestionar la cooperación internacional en salud para su alineamiento con la política nacional de salud. | L.A. 2.4.1. Desarrollo e implementación del subsistema de información para la gestión y seguimiento de la cooperación internacional en salud (CIS) |
| | L.A. 2.4.2. Fortalecimiento de la capacidad nacional para la gestión efectiva de la cooperación internacional en salud (CIS) |
| | L.A. 2.4.3. Desarrollo de mecanismos de coordinación intersectorial para la ejecución efectiva y eficiente de los proyectos de cooperación internacional en salud |
| OE 2.5. Posicionar a Panamá como oferente de cooperación internacional en salud en armonización con la Política Nacional de Salud y la Política Exterior del país | L.A. 2.5.1. Mercadeo de la oferta nacional de cooperación técnica a nivel internacional |
| | L.A. 2.5.2. Creación de un banco o registro de la cooperación técnica ofertada por Panamá entre países y en la región |

| POLITICA 3: LOGRAR EL ACCESO UNIVERSAL A LA SALUD Y LA COBERTURA UNIVERSAL DE SALUD CON EQUIDAD, EFICIENCIA Y CALIDAD | |
|--|--|
| Objetivos Estratégicos | Líneas de Acción |
| 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). | L.A. 3.1.1. Ampliación del acceso equitativo a los servicios de salud integrales, de calidad, centrados en las personas y las comunidades |
| | L.A. 3.1.2. Mapeo de áreas de riesgos, amenazas y vulnerabilidades para identificación de brechas de acceso |
| | L.A. 3.1.3. Definición del conjunto de prestaciones diferenciadas por grupos vulnerables |
| | L.A. 3.1.4. Redefinición de la red de servicios de salud |
| | L.A. 3.1.5. Implementación del modelo de atención individual, familiar, comunitario y ambiental |
| | LA 3.1.6. Desarrollo de la estrategia e Salud para el uso costo efectivo y seguro de la tecnología de la información y las comunicaciones en el campo de la salud pública |
| | LA.3.1.7. Desarrollo del Sistema Nacional Público de Salud de carácter público en su gestión, público en la provisión y público en su financiamiento |
| O.E. 3.2. Garantizar la atención integral de la población según curso de vida. | L.A. 3.2.1. Cumplimiento de los Cuidados Obstétricos Neonatales Esenciales en las instalaciones públicas de salud |
| | L.A.3.2.2. Implementación de lactarios en las maternidades e instalaciones que tengan madres lactantes |
| | L.A.3.2.3. Promoción del examen de PAP y la detección temprana del cáncer cervicouterino |
| | L.A.3.2.4. Ampliación y sostenibilidad de las clínicas de Cesación de Tabaquismo |
| | L.A.3.2.5. Adecuación de infraestructura y organización de las Instalaciones de Salud del MINSA y CSS en la atención de servicios amigables para adolescentes |
| | L.A.3.2.6. Promoción y monitoreo de las acciones de prevención, detección temprana y cumplimiento del tratamiento a los principales cánceres que afectan a la población |
| | LA 3.2.7. Promoción, prevención, detección temprana y tratamiento de las principales enfermedades crónicas no transmisibles tales como: la hipertensión, diabetes mellitus, enfermedad renal crónica, enfermedades crónicas de vías respiratorias inferiores, dislipidemias, infarto agudo de miocardio y otras patologías cardiovasculares |

| POLITICA 3: LOGRAR EL ACCESO UNIVERSAL A LA SALUD Y LA COBERTURA UNIVERSAL DE SALUD CON EQUIDAD, EFICIENCIA Y CALIDAD | |
|---|---|
| Objetivos Estratégicos | Líneas de Acción |
| OE 3.3. Conducir las acciones dirigidas a aumentar el acceso de los grupos vulnerables a todas las intervenciones en salud pública para mejorar las condiciones de salud integral a nivel nacional | L.A.3.3.1. Implementación del Sistema de Monitoreo Nutricional (MONINUT) en todas las instalaciones de salud |
| | L.A.3.3.2. Sostenibilidad y continuidad en la implementación de la estrategia de gratuidad en la atención de grupos vulnerables, de los programas de alimentación complementaria, micronutrientes, meriendas saludables y otras experiencias exitosas |
| | L.A.3.3.3. Implementación de las estrategias para la promoción, prevención y atención de salud bucal tales como: comunidades libres de caries en poblaciones vulnerables, focalizando al menor de 5 años, las embarazadas, las personas con discapacidad, el binomio madre-hijo, residentes en áreas comarcales, urbanas con población indígena, población campesina y urbano marginal |
| | L.A.3.3.4. Implementación del Plan Estratégico Nacional para la Prevención y el Control Integral de las Enfermedades No Transmisibles y sus factores de riesgos |
| | L.A.3.3.5. Implementación, seguimiento, vigilancia y control de normas y guías de atención para cada una de las enfermedades desatendidas |
| | L.A.3.3.6. Implementación, seguimiento, vigilancia y control del Programa de Salud Sexual y Reproductiva |
| | L.A. 3.3.7. Implementación, seguimiento, vigilancia y control del Plan Nacional de Monitoreo y Evaluación de VIH-SIDA, con énfasis en las actividades colaborativas TB-VIH |
| | L.A. 3.3.8. Fortalecimiento de las Estrategias para la Eliminación y Erradicación de la Malaria |
| | LA. 3.3.9. Implementación, seguimiento, vigilancia y control de las normas para el manejo integral y oportuno de la Tuberculosis |
| | LA 3.3.10. Atención integral a los privados de libertad en coordinación permanente y eficaz con el Ministerio de Gobierno (MINGOB) y otras entidades vinculadas |
| | LA 3.3.11. Cumplimiento del Plan Estratégico Nacional de Tuberculosis priorizando la implementación de las áreas de aislamiento en coordinación permanente y eficaz con MINGOB |
| | L.A. 3.3.12. Implementación del Plan Estratégico Integral Nacional para las personas con Discapacidad |
| | L.A. 3.3.13. Desarrollo de acciones para lograr la meta 100% agua potable y 0% letrinas (unidades sanitarias básicas) |

| POLITICA 3: LOGRAR EL ACCESO UNIVERSAL A LA SALUD Y LA COBERTURA UNIVERSAL DE SALUD CON EQUIDAD, EFICIENCIA Y CALIDAD | |
|---|--|
| Objetivos Estratégicos | Líneas de Acción |
| OE 3.3. Conducir las acciones dirigidas a aumentar el acceso de los grupos vulnerables a todas las intervenciones en salud pública para mejorar las condiciones de salud integral a nivel nacional | L.A. 3.3.14. Implementación del Proyecto de Extensión de Coberturas en atención a las necesidades de la población y del ambiente |
| | L.A. 3.3.15. Establecimiento de la estrategia de la compra de insumos sanitarios a través de Organismos Internacionales en el MINSA y en la CSS |
| | L.A. 3.3.16. Dotación y monitoreo del abastecimiento de los insumos sanitarios en las instalaciones de salud según complejidad |
| | L.A. 3.3.17. Reactivación de la Comisión Nacional de Medicamentos de Panamá |
| | L.A. 3.3.18. Desarrollo de los convenios marco por tipo de insumos sanitarios y establecimiento de referencia de precio único |
| | LA. 3.3.19. Detección, atención y tratamiento oportuno de los trastornos mentales prevalentes en la población priorizando los asociados al consumo de tabaco, alcohol y otras drogas, violencias, intentos de suicidio, depresión y trastornos de ansiedad. |
| | L.A. 3.3.20. Dotación continua y sostenida de psicofármacos según las necesidades identificadas en las instalaciones de salud |
| OE.3.4. Mejorar la calidad de los servicios de salud. | L.A. 3.4.1. Conformación y funcionamiento de los Comité de Calidad en las instalaciones de salud según lo dispuesto en la norma vigente y con la inclusión de la participación de los usuarios |
| | L.A. 3.4.2. Conformación y/o fortalecimiento en las instalaciones de salud de los Comité de Prevención, Vigilancia y Control de las Infecciones asociadas a la Atención de Salud (infecciones nosocomiales) |
| | L.A. 3.4.3. Conformación y/o fortalecimiento de los Comité de Bioseguridad en las instalaciones de salud |
| | L.A. 3.4.4. Vigilancia del cumplimiento de las normas, guías y protocolos de atención en todas las unidades de la red fija e itinerantes |
| | L.A. 3.4.5. Integración de la participación activa de la comunidad en la evaluación del grado de satisfacción del público con los servicios de salud |
| | L.A. 3.4.6. Implementación, seguimiento y evaluación del Programa de Humanización y del Programa de Cuidados Paliativos |
| | LA. 3.4.7. Evaluación de los modelos de atención en salud, públicos y privados, focalizando a grupos depoblación específicos, buscando puntos convergentes de beneficio y satisfacción del usuario |

| POLITICA 3: LOGRAR EL ACCESO UNIVERSAL A LA SALUD Y LA COBERTURA UNIVERSAL DE SALUD CON EQUIDAD, EFICIENCIA Y CALIDAD | |
|--|--|
| Objetivos Estratégicos | Líneas de Acción |
| OE 3.5. Reducir el impacto de los eventos naturales, las emergencias y los efectos del cambio climático, en la prestación de los servicios de salud a la población y al ambiente. | L.A. 3.5.1. Mapeo de Riesgo de las Instalaciones de Salud y de las infraestructuras de agua y saneamiento |
| | L.A. 3.5.2. Creación y funcionamiento de la Comisión Interinstitucional de Hospitales Seguros |
| | L.A. 3.5.3. Elaboración, implementación y vigilancia del cumplimiento del Plan Sectorial de Gestión Integral de Riesgo en Salud y Ambiente |
| | L.A. 3.5.4. Evaluación de las instalaciones de salud del MINSA y de la CSS aplicando el Índice de Seguridad Hospitalaria |
| | LA. 3.5.5. Ejercicio de las competencias de salud pública en el Sistema Nacional de Protección Civil (SINAPROC) |
| POLITICA 4. GARANTIZAR LA PROMOCIÓN DE LA SALUD MEDIANTE LA EDUCACIÓN, EL MERCADEO SOCIAL Y LA PARTICIPACIÓN SOCIAL, INCORPORANDO LOS DERECHOS HUMANOS, EL ENFOQUE DE GÉNERO E INTERCULTURALIDAD | |
| Objetivos Estratégicos | Líneas de Acción |
| OE 4.1. Impactar en los determinantes de la salud de la población, a través de la implementación del plan Nacional de Promoción de la Salud | L.A. 4.1.1. Establecimiento de alianzas estratégicas y redes intersectoriales, comunitarias, municipales, empresariales entre otras, para la divulgación del Plan Nacional de Promoción de la Salud |
| | L.A. 4.1.2. Ejecución del Plan Nacional de Promoción de la Salud como Estrategia que fomente el cambio en los estilos de vida y otras determinantes de la salud |
| | L.A. 4.1.3. Aplicación de encuestas poblacionales y uso de los resultados para el monitoreo y evaluación de las estrategias de promoción de la salud |
| | LA. 4.1.4. Desarrollo de un Programa de Educación para la Salud |
| | LA. 4.1.5. Ejecución de procesos de participación ciudadana en salud, basados en el emponderamiento de la población y la participación activa de los diferentes actores comunitarios |
| | L.A. 4.1.6. Adecuación de normas y metodologías educativas, utilizando técnicas innovadoras validadas a nivel nacional o internacional |
| | L.A. 4.1.7. Incorporación del mercadeo social en salud como herramienta para impulsar la promoción en salud |
| | L.A. 4.1.8. Divulgación sistemática de información a la población sobre las políticas, planes, programas y proyectos de salud a través de la participación intersectorial y municipal |

| POLITICA 4. GARANTIZAR LA PROMOCIÓN DE LA SALUD MEDIANTE LA EDUCACIÓN, EL MERCADEO SOCIAL Y LA PARTICIPACIÓN SOCIAL, INCORPORANDO LOS DERECHOS HUMANOS, EL ENFOQUE DE GÉNERO E INTERCULTURALIDAD | |
|--|--|
| Objetivos Estratégicos | Líneas de Acción |
| OE 4.1. Impactar en los determinantes de la salud de la población, a través de la implementación del plan Nacional de Promoción de la Salud | L.A. 4.1.9. Seguimiento y monitoreo a nivel intersectorial y municipal de las acciones realizadas en el contexto del Plan Nacional de Promoción de la Salud cambio en los estilos de vida y otras determinantes de la salud |
| | L.A. 4.1.10. Ejecución de estrategias efectivas de asesoría y apoyo técnico del nivel central al regional y local par el fortalecimiento de la planificación, seguimiento y evaluación de las acciones de promoción de la salud |
| OE 4.2. Fortalecer la participación social para el empoderamiento del individuo, la familia y la comunidad en el ejercicio de sus derechos humanos y deberes en salud | L.A. 4.2.1. Elaboración y desarrollo de programas de comunicación y educación para la salud que contemplen los derechos y deberes del individuo, la familia y la comunidad a través de la intersectorialidad |
| | L.A. 4.2.2. Fomento de las actividades para la divulgación de los derechos y deberes en salud a nivel del individuo, la familia y la comunidad |
| OE 4.3. Reorientar los Servicios de Salud Integral con énfasis en la Promoción de la Salud | L.A. 4.3.1. Aplicación del enfoque de Promoción de la Salud en las instalaciones de la red a nivel intersectorial |
| | L.A.4.3.2. Análisis de las acciones de promoción de la Salud |
| | L.A. 4.3.3. Inclusión del enfoque de promoción de la salud en el modelo de atención de salud |
| OE 4.4. Fortalecer el emponderamiento del individuo, la familia y la comunidad en la adopción de estilos de vida saludables | L.A. 4.4.1. Establecimiento de alianzas estratégicas con las autoridades políticas y tradicionales, entidades públicas y privadas, ONG's y la sociedad para mejorar los estilos de vida y las condiciones del ambiente |
| | L.A. 4.4.2. Implementación de iniciativas de estilos de vida saludables con las autoridades políticas y tradicionales, entidades públicas y privadas, ONG's y la sociedad para mejorar la calidad de vida y las condiciones del ambiente |
| | L.A. 4.4.3. Monitoreo y evaluación de los resultados de los programas que contengan iniciativas de estilos de vida saludable orientados a mejorar la calidad de vida y las condiciones del ambiente |

| POLITICA 4. GARANTIZAR LA PROMOCIÓN DE LA SALUD MEDIANTE LA EDUCACIÓN, EL MERCADEO SOCIAL Y LA PARTICIPACIÓN SOCIAL, INCORPORANDO LOS DERECHOS HUMANOS, EL ENFOQUE DE GÉNERO E INTERCULTURALIDAD | |
|--|--|
| Objetivos Estratégicos | Líneas de Acción |
| OE 4.5. Fomentar los mecanismos de rendición de cuentas a la sociedad de acuerdo a la normativa nacional existente para todos los procesos de salud pública | L.A. 4.5.1. Divulgación de los informes de rendición de cuentas basados en la normativa nacional a través de los diferentes medios de comunicación |

| POLITICA 5. VIGILAR Y CONTROLAR LOS FACTORES DETERMINANTES DE LA SALUD PARA LA REDUCCIÓN DE RIESGOS, AMENAZAS Y DAÑOS A LA SALUD PÚBLICAS. | |
|---|---|
| Objetivos Estratégicos | Líneas de Acción |
| OE 5.1. Coordinar y accionar con los actores involucrados la vigilancia y control de los factores determinantes de la salud, sus tendencias e impacto en la salud pública | L.A. 5.1.1. Establecimiento de mecanismos de coordinación eficientes y eficaces con los actores involucrados para la vigilancia y control de las amenazas, factores de riesgos y daños a la salud |
| | L.A. 5.1.2. Análisis de situación, tendencias y desigualdades de los factores determinantes de la salud priorizados, según área geográfica poblacional y por sector público y privado |
| | L.A. 5.1.3. Intercambio de información oportuna sobre las amenazas, riesgos, daños a la salud y sus determinantes según área geográfica poblacional entre el sector público y privado |
| | LA 5.1.4. Aplicación del marco regulatorio para el control y sanción de las violaciones contra lasalud pública |
| | LA 5.1.5. Identificación e interoperabilidad de los componentes del subsistema de vigilancia sanitaria a nivel nacional |
| | L.A. 5.1.6. Fortalecimiento, adecuación o creación de nuevos componentes subsistemas de vigilancia sanitaria, según las necesidades identificadas que considere la transición demográfica y tecnológica, así como la polarización |

| POLITICA 5. VIGILAR Y CONTROLAR LOS FACTORES DETERMINANTES DE LA SALUD PARA LA REDUCCIÓN DE RIESGOS, AMENAZAS Y DAÑOS A LA SALUD PÚBLICAS. | |
|--|---|
| Objetivos Estratégicos | Líneas de Acción |
| OE 5.2. Desarrollar la capacidad de los actores involucrados para la vigilancia y control de los factores determinantes de la salud | L.A. 5.2.1. Desarrollo e Implementación de un sistema integrado de vigilancia sanitaria |
| | L.A. 5.2.2. Creación del Programa de Educación Permanente en Vigilancia Sanitaria |
| | L.A. 5.2.3. Desarrollo del sistema de Información integrado para la toma de decisiones |
| | L.A. 5.2.4. Articulación de los subsistemas de información de los actores involucrados para la vigilancia sanitaria |
| | L.A. 5.2.5. Participación en las redes internacionales que fomenten el fortalecimiento del sistema de información nacional de salud pública |
| | L.A. 5.2.6. Evaluación de los procesos para el registro de datos y la determinación de los flujos según el subsistema de vigilancia sanitaria |
| | L.A. 5.2.7. Fortalecimiento de la coordinación intersectorial para abordar los determinantes de la salud |
| | L.A. 5.2.8. Establecimiento de la línea base sobre las capacidades (físicas, tecnológica, recursos humanos y financieros) de los actores involucrados en la vigilancia y control de los factores determinantes de la salud |

| POLITICA 6. FORTALECER LA FORMACIÓN, EL DESARROLLO DE CAPACIDADES Y COMPETENCIAS DEL RECURSO HUMANO EN SALUD, DE ACUERDO A LAS NECESIDADES CAMBIANTES DEL SISTEMA DE SALUD Y AL MODELO DE ATENCIÓN | |
|---|--|
| Objetivos Estratégicos | Líneas de Acción |
| OE 6.1. Planificación la formación del recurso humano según las competencias requeridas para la dotación equitativa en todo el territorio nacional | LA 6.1.1. Elaboración del diagnóstico integral de necesidades de recursos humanos |
| | L.A. 6.1.2. Formulación de Planes Quinquenales de Formación de Recurso Humanos |
| | L.A. 6.1.3. Asignación equitativa del recurso humano atendiendo a las necesidades del Modelo de Atención |
| OE 6.2. Desarrollar mecanismos de cooperación, movilidad e intercambios nacionales e internacionales de acciones educativas en salud, con enfoque intercultural, de género y de derechos humanos | LA 6.2.1. Evaluación y priorización de las necesidades de capacitación de recursos humanos que pueden ser abordadas por mecanismos de cooperación e intercambio nacional e internacional con enfoque intercultural, de género y de derechos humanos |
| OE 6.3. Desarrollar la capacidad de los actores involucrados para la vigilancia y control de los factores determinantes de la salud | L.A. 6.3.1. Establecimiento de mecanismos que garanticen el desarrollo de procesos de coordinación con las universidades y centros de formación y otras instituciones (MEDUCA y SENACYT) |
| | L.A. 6.3.2. Definición de los perfiles del personal en salud para asegurar el mantenimiento de las competencias necesarias del recurso humano del sector |
| | L.A. 6.3.3. Mantenimiento de un registro nacional actualizado de recursos humanos y registros específicos según competencias de egresados, certificados y recertificados |
| | L.A. 6.3.4. Conformación de una Red Académica de Docencia e Investigación que apoye el proceso de evaluación para la acreditación de los escenarios de práctica académica e instituciones formadoras y de salud |
| | L.A. 6.3.5. Definición de estrategias que garanticen el reclutamiento de una fuerza de trabajo de salud pública con enfoque intercultural |

| POLITICA 6. FORTALECER LA FORMACIÓN, EL DESARROLLO DE CAPACIDADES Y COMPETENCIAS DEL RECURSO HUMANO EN SALUD, DE ACUERDO A LAS NECESIDADES CAMBIANTES DEL SISTEMA DE SALUD Y AL MODELO DE ATENCIÓN | |
|--|---|
| Objetivos Estratégicos | Líneas de Acción |
| OE 6.4. Evaluar desempeño y competencias del recurso humano en relación al modelo de incentivos | L.A. 6.4.1. Diseño y aplicación de un sistema de evaluación del desempeño basado en criterios consensuados con los actores involucrados |
| OE 6.5. Establecer ambientes laborales saludables | L.A. 6.5.1. Elaboración de un plan de mejoras de condiciones organizacionales |
| | L.A. 6.5.2. Elaboración de un plan de mejoras de condiciones de infraestructura |
| | L.A. 6.5.3. Desarrollo de espacios colectivos de análisis y concertación de temas de recurso humano |
| | L.A. 6.5.4. Desarrollo de condiciones que propicien el bienestar para la atracción y retención de recursos humanos en áreas de difícil acceso y comarcas indígenas del país |
| OE 6.6. Armonizar las aspiraciones del personal de salud, la inversión en recurso humano en salud con las necesidades de salud, las exigencias del mercado trabajo y las expectativas del ciudadano | L.A. 6.6.1. Creación de nuevos puestos de contratación de recursos humanos de acuerdo a necesidades del Sistema de Salud y exigencias del mercado laboral |
| | L.A. 6.6.2. Sistema de Incentivos para la atracción y retención de recursos humanos, con presupuesto asignado |
| | L.A. 6.6.3. Aprobación de la Carrera Sanitaria con marco legal y normativo considerando los cargos, escalas salariales, incentivos, movilizaciones y concursos en base a la meritocracia |
| | L.A. 6.6.4. Correlación entre la asignación de presupuesto para la formación, concentración, movilización y fidelización de los recursos humanos al Sistema Nacional de Salud |

| POLITICA 7. FORTALECER EL SISTEMA NACIONAL DE INVESTIGACIÓN E INOVACIÓN PARA LA SALUD | |
|--|--|
| Objetivos Estratégicos | Líneas de Acción |
| OE 7.1. Establecer la Agenda Nacional de Prioridades de Investigación e Innovación para la Salud atendiendo a las necesidades y prioridades de salud | L.A. 7.1.1. Elaboración de Agenda Nacional de Prioridades de Investigación e Innovación para la Salud consensuada con metodología participativa |
| | L.A. 7.1.2. Aprobación de protocolos de investigación que cumplan con la Agenda Nacional de Prioridades de Investigación e Innovación para la Salud |
| | L.A. 7.1.3. Monitoreo del desarrollo de las investigaciones con protocolos aprobados basados en la Agenda Nacional de Prioridades de Innovación para la Salud |
| | L.A. 7.1.4. Diseño e Implementación del Sistema de seguimiento de las investigaciones en el Sistema Nacional de Investigación e Innovación para la Salud |
| OE 7.2. Evaluar e Integrar las evidencias científicas generadas por las investigaciones en el proceso de toma de decisiones para contribuir al bienestar y la salud de la población | L.A. 7.2.1. Establecimiento de las Unidades de Gestión del Conocimiento |
| | L.A. 7.2.2. Análisis de los resultados de las investigaciones y de la evidencia generada |
| | L.A. 7.2.3. Evaluación de los resultados de las investigaciones |
| | L.A. 7.2.4. Evaluación de la evidencia como aporte al proceso de toma de decisiones en políticas y su utilización apropiada |
| | L.A. 7.2.5. Fomento de la utilización de las investigaciones para la salud por los tomadores de decisiones |
| | L.A. 7.2.6. Capacitación de las personas para el uso de los resultados y evidencias de las investigaciones |
| | L.A. 7.2.7. Integración de los resultados de las investigaciones en las intervenciones sanitarias dirigidas |
| | L.A. 7.2.8. Creación de la Base de datos electrónica del Sistema Nacional de Investigación e Innovación para la Salud a la promoción de la salud, prevención y control de las enfermedades que afectan a la población y al ambiente |
| | L.A. 7.2.8. Creación de la Base de datos electrónica del Sistema Nacional de Investigación e Innovación para la Salud |
| | L.A. 7.2.9. Divulgación de resultados, evidencias y Productos científicos utilizando la tecnología disponible |
| L.A. 7.2.10. Publicación de productos científicos en revistas indexadas | |

| POLITICA 7. FORTALECER EL SISTEMA NACIONAL DE INVESTIGACIÓN E INOVACIÓN PARA LA SALUD | |
|---|---|
| Objetivos Estratégicos | Líneas de Acción |
| OE 7.3. Establecer alianzas estratégicas y redes de información entre los integrantes del Sistema Nacional de Investigación e Innovación para la Salud y con otros actores interesados a nivel internacional | L.A. 7.3.1. Realización de un inventario de los convenios, acuerdos y/o proyectos de cooperación o alianzas estratégicas nacionales e internacionales vigentes |
| | L.A. 7.3.2. Mapeo de los actores nacionales e internacionales en el país involucrados en investigación e innovación para la Salud |
| | L.A. 7.3.3. Elaboración de una hoja de ruta para investigación colaborativa en Salud con actores nacionales e internacionales |
| | L.A. 7.3.4. Difusión de los convenios, acuerdos y/o proyectos realizados con actores nacionales e internacionales en investigación para la salud e innovación |
| | L.A. 7.3.5. Coordinación y articulación entre los actores para la gestión de planes y proyectos de investigación del Sistema Nacional de Investigación e Innovación para la Salud. |
| | L.A. 7.3.6. Elaboración y ejecución de planes anuales y proyectos de investigación para la salud en Panamá según la Agenda Nacional de Prioridades de Investigaciones e Innovación para la Salud |
| OE 7.4. Desarrollar de conformidad con la legislación vigente programas de incentivos (pecuniarios y no pecuniarios) para los profesionales, grupos o instituciones vinculadas a la investigación, que integran al Sistema Nacional de Investigación para la Salud | L.A. 7.4.1. Diseño y establecimiento de un programa de incentivos para profesionales, grupos o instituciones que integran el Sistema Nacional de Investigación e Innovación para la Salud |

| POLITICA 7. FORTALECER EL SISTEMA NACIONAL DE INVESTIGACIÓN E INOVACIÓN PARA LA SALUD | |
|---|--|
| Objetivos Estratégicos | Líneas de Acción |
| OE 7.5. Desarrollar estrategias que permitan el crecimiento sostenido y significativo del capital humano para la investigación | L.A. 7.5.1. Fortalecimiento de la articulación entre las entidades nacionales e internacionales para la gestión de la oferta académica |
| | L.A. 7.5.2. Promoción de la carrera del investigador para la Salud |
| | L.A. 7.5.3. Capacitación de investigadores en metodología y bioética de la investigación |
| | L.A. 7.5.4. Desarrollo de programas de formación y actualización del recurso humano para la investigación en Salud |
| | L.A. 7.5.5. Formación e intercambio de investigadores en salud en los espacios, redes o plataforma regionales e internacionales |
| | L.A. 7.5.6. Promover la asignación de recursos de entidades académicas para el desarrollo de investigaciones de Salud alineadas con la Agenda Nacional de Prioridades de Investigación e Innovación para la Salud |
| | L.A. 7.5.7. Apoyo a programas de Extensión Universitaria para el desarrollo de investigaciones para la salud dentro del Sistema Nacional de Investigación e Innovación para la Salud |
| | L.A. 7.5.8. Fomento del intercambio de experiencias nacionales e internacionales de las entidades académicas en foros, congresos y otros eventos académicos |

| POLITICA 8. MODULAR Y VIGILAR LOS RECURSOS FINANCIEROS SECTORIALES EN SALUD HACIA LA EQUIDAD | |
|--|---|
| Objetivos Estratégicos | Líneas de Acción |
| OE 8.1. Fortalecer al Ministerio de Salud en el ejercicio de Autoridad Sanitaria Nacional para la modulación financiera sectorial | L.A. 8.1.1. Creación y funcionamiento de la Comisión de Planificación Conjunta con las entidades del sector salud y el MEF, en el marco de la modulación financiera sectorial |
| | L.A. 8.1.2. Análisis y evaluación de la distribución del gasto e inversión total, según patrones de utilización de los servicios en salud |
| | L.A. 8.1.3. Desarrollo e Institucionalización de las cuentas nacionales con un enfoque de contabilidad de costos, según las necesidades y condiciones de salud, así como de los niveles de financiamiento |
| | L.A. 8.1.4. Homologación y sistematización de los indicadores socioeconómicos y sus fuentes, para seguimiento y comparación nacional e internacional |
| | L.A. 8.1.5. Coordinación para la formulación y ejecución presupuestaria a nivel sectorial nacional |
| | L.A. 8.1.6. Coordinación y movilización de los recursos financieros del sector salud e involucrados |
| | L.A. 8.1.7. Desarrollo de mecanismos de asignación equitativa de fondos y desconcentración de recursos, de acuerdo a las prioridades de salud pública y a la capacidad resolutoria de las instalaciones de salud en el contexto de las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) |
| | L.A. 8.1.8. Aumento y mejoramiento del financiamiento, con equidad y eficiencia, avanzando hacia la eliminación del pago directo por la población en el momento de la prestación de los servicios de salud |
| OE 8.2. Evaluar el desempeño del financiamiento de las entidades el sector salud con enfoque de equidad | L.A. 8.2.1. Elaboración y validación de los instrumentos de monitoreo y evaluación del desempeño del financiamiento |
| | L.A. 8.2.2. Aplicación de los instrumentos de vigilancia sectorial para garantizar el oportuno monitoreo y evaluación del desempeño del financiamiento |

| POLITICA 8. MODULAR Y VIGILAR LOS RECURSOS FINANCIEROS SECTORIALES EN SALUD HACIA LA EQUIDAD | |
|--|--|
| Objetivos Estratégicos | Líneas de Acción |
| OE 8.3. Contar con recursos complementarios nacionales e internacionales para el financiamiento de acciones prioritarias de salud pública orientadas al logro de la equidad | L.A. 8.3.1. Elaboración de la hoja de ruta fundamentada en los procesos de planificación conjunta para la movilización de recursos complementarios nacionales e internacionales |
| | L.A. 8.3.2. Fortalecimiento de unidades técnicas especializadas a través de mecanismos establecidos para la coordinación y movilización de los recursos complementarios nacionales e internacionales |
| | L.A. 8.3.3. Desarrollo de iniciativas coordinadas y consensuadas para incorporar recursos complementarios nacionales e internacionales al financiamiento sectorial |
| OE 8.4. Financiar y asignar recursos para la investigación e innovación en salud de conformidad con la Agenda Nacional de Prioridades de Investigación e Innovación para la Salud | L.A. 8.4.1. Formulación e Implementación de estrategias que permitan el crecimiento sostenido y significativo del presupuesto nacional y otras fuentes, en investigación e innovación para la salud |
| | L.A. 8.4.2. Desarrollo del plan maestro de inversión para mantenimiento, infraestructura, tecnología y equipamiento para investigación e innovación para la salud según la Agenda Nacional de Prioridades de Investigación e Innovación para la Salud |
| | L.A. 8.4.3. Desarrollo de modelos más eficientes de administración y gestión de la investigación |
| | L.A. 8.4.4. Promoción de iniciativas sostenibles e innovadoras que permitan la articulación de recursos de investigación para salud, tales como los parques tecnológicos |
| | L.A. 8.4.5. Incremento del financiamiento para aumentar la cantidad y mejorar la calidad de las investigaciones |

POLITICA 9. MODERNIZAR LA RED DE SERVICIOS DE SALUD A NIVEL NACIONAL

| Objetivos Estratégicos | Líneas de Acción |
|--|--|
| <p>OE 9.1. Reorganizar la red pública de servicios de salud de acuerdo al modelo de atención, los niveles de atención y grados de complejidad a nivel nacional para el desarrollo de las Redes integradas de Servicios de Salud (RISS).</p> | <p>L.A. 9.1.1. Fortalecimiento del Consejo Técnico de Salud como ente asesor del MINSA en el proceso de habilitación y del Departamento de Instalaciones y Servicios de Salud de la Población como unidad normativa del proceso de habilitación</p> <p>L.A. 9.1.2. Institucionalización de la certificación de los procesos de atención por la Dirección General de Salud Pública (DIGESA)</p> <p>L.A. 9.1.3. Diseño y validación de los instrumentos para la certificación</p> <p>L.A. 9.1.4. Aprobación de Decreto Ejecutivo para la creación y funcionamiento del Consejo Nacional de Acreditación de Instalaciones, integrado por pares externos</p> <p>L.A. 9.1.5. Implementación de las RISS a nivel nacional para el abordaje de las necesidades de salud de la población y el fortalecimiento de los servicios de salud con enfoque de promoción, prevención, diagnóstico y tratamiento oportuno, recuperación y rehabilitación de la salud</p> |
| <p>OE 9.2. Adecuar con innovación la red pública de servicios de salud</p> | <p>L.A. 9.2.1. Establecimiento e implementación de planes y proyectos para el desarrollo de nuevas estrategias de Salud</p> <p>L.A. 9.2.2. Implementación del expediente clínico electrónico único en las instalaciones de salud a nivel nacional</p> <p>L.A. 9.2.3. Dotación a las instalaciones de salud con innovación tecnológica de acuerdo al nivel de atención y grado de complejidad</p> <p>L.A. 9.2.4. Telesalud como estrategia de extensión de cobertura y de educación a distancia</p> <p>L.A. 9.2.5. Construcción, mejoramiento y mantenimiento de infraestructuras de salud de acuerdo a las necesidades de la demanda y de los servicios de salud</p> |
| <p>OE 9.3. Aplicar el sistema único de referencia y contra referencia, estrictamente de acuerdo a la norma, en la red pública de servicios de salud</p> | <p>L.A. 9.3.1. Adecuación de los mecanismos de referencia y contrareferencia existentes, con la articulación a los sistemas de información e innovación tecnológica</p> |





GLOSARIO DE TÉRMINOS

Actores Involucrados: Participantes activos que interactúan y negocian con otros actores, los cuales pueden ser individuos, instituciones u otras entidades de carácter colectivo, que pueden representar grupos de interés y/ o grupos de presión y que a su vez participan en el proceso en mención.

Alianzas Estratégicas para la Investigación en Salud: Son acuerdos cooperativos entre dos o más organizaciones que tienen algo que intercambiar, los cuales además de tener objetivos y metas en común, cooperan para la realización de sus actividades, teniendo en cuenta que cooperar es más que trabajar en equipo.

Ambiental: Referente al ambiente. Por ambiente se entiende a aquellas condiciones y circunstancias físicas, humanas, culturales y sociales que rodearán a las personas, animales o cosas, según corresponda.

Ambiente Laboral: Involucra de alguna forma a la organización y estructura del trabajo, ya que la organización se plasma en el espacio, pero a los fines del estudio del tema, podemos diferenciar los aspectos estrictos del medio ambiente laboral y aquellos que dependen de la organización del trabajo. De esta forma el estudio del medio ambiente laboral comprende fundamentalmente problemas relacionados con lesiones corporales o factores nocivos físicos o químicos. La actividad de trabajo puede ocasionar también efectos no deseados sobre la salud de los trabajadores, ya sea por la pérdida o ausencia de trabajo o por las condiciones en que el trabajo se realiza.

Área Geográfica Poblacional: Es sinónimo de territorio, es decir, el soporte físico de todas las actividades humanas. En suma, es el lugar donde se desarrolla la vida. Comprende tanto el espacio físico como todos aquellos paisajes que han sido creados o modificados por el hombre; el concepto de espacio geográfico es utilizado por la ciencia geográfica para definir el espacio organizado por la sociedad. El concepto área es usado para denominar los lugares caracterizados como tales por sus condiciones poblacionales. Los criterios utilizados para identificar las zonas urbana y rural, varían de un país a otro.

Autoridades Tradicionales: Son aquellas autoridades que gobiernan en los pueblos y comunidades indígenas y que son elegidas periódicamente para hacerse representativas en los congresos.

Canasta Básica de Medicamentos (CABAMED): Es un grupo de 40 medicamentos que atienden las principales enfermedades de la población panameña. Está compuesta por 11 grupos farmacológicos: Anti infecciosos, Genitourinario, Salud Mental, Antiinflamatorios no esteroides, Tracto alimentario y metabólico, Cardiovasculares, Analgésicos y antipiréticos, Sistema Respiratorio, Oftalmológicos, Antiparasitario y Dermatológicos.

Capacidad Física: Capacidad se refiere a los recursos que tiene un individuo, entidad o institución, para desempeñar una determinada tarea o cometido. En el caso de capacidad física se refiere al recurso físico como un medio espacio instrumento para acceder a la salud, condicionado por el medio ambiente social y físico, a partir de la interacción de los recursos humanos, financieros y legales, y concebido mediante un proceso de desarrollo desde su formulación hasta su operación.

Capacitación del Recurso Humano: La capacitación es una herramienta fundamental para la administración de Recursos Humanos, que ofrece la posibilidad de mejorar la eficiencia del trabajo de

la empresa, permitiendo a su vez que la misma se adapte a las nuevas circunstancias que se presentan tanto dentro como fuera de la organización. Proporciona a los empleados la oportunidad de adquirir mayores aptitudes, conocimientos y habilidades que aumentan sus competencias, para desempeñarse con éxito en su puesto. De esta manera, también resulta ser una importante herramienta motivadora.

Clínica Virtual Docente (CVD): es un proyecto para las áreas indígenas y de difícil acceso en la Región de Las Américas que busca fortalecer las competencias clínicas de los equipos de salud familiar y comunitaria, a través de un modelo de gestión descentralizado y el uso de herramientas de telemedicina educativa en los países de la región de las Américas. Del mismo modo que el Campus Virtual de Salud Pública, la CVD representa una estrategia de cooperación técnica en red que facilita el intercambio de información, experiencias y recursos educacionales entre los países participantes.

Competencias: Son aquellas características personales del individuo (motivación, valores, rasgos y otros) que le permiten hacer de forma óptima las funciones de su puesto de trabajo.

Competencias Académicas: (Capacidades-Competencias-Habilidades-Destrezas son términos que se utilizan frecuentemente de forma indistinta). Capacidad para realizar diferentes tareas necesarias para hacer frente a las exigencias del estudio en la universidad.

Competencias Profesionales: (Capacidades-Competencias-Habilidades-Destrezas son términos que se utilizan frecuentemente de forma indistinta). Capacidad para dar respuesta a los requerimientos de la profesión y para realizar actuaciones profesionales específicas.

Coordinación Interinstitucional: coordinación entre instituciones tanto públicas como privadas.

Coordinación Sectorial: Coordinación entre instituciones que pertenecen al sector salud (IDAAN, AUPSA, AAUD, CSS, ICGES y MINSa).

Coordinación Intersectorial: coordinación de cualquier entidad del sector salud con otras entidades tanto pública como privada.

Cuentas Nacionales de Salud (CNS): Son un método internacionalmente establecido describen los flujos de gasto tanto privado como público dentro del sector salud. Describen las fuentes, los usos y los canales para todos los fondos utilizados en el sector salud y son un requisito básico para una gestión óptima en la asignación y movilización de recursos del sector salud:

- Proporciona una descripción clara del funcionamiento financiero del sistema de salud Identifica a sus agentes principales (fuentes, intermediarios de financiamiento, y proveedores).
- Señala flujos financieros, de dónde provienen y a dónde van los fondos, y cómo transitan.
- Desglosa el gasto en salud en renglones totales y componentes principales.
- Detecta el comportamiento de los proveedores y consumidores.
- Muestra la asignación de recursos. Cuando se conducen con regularidad, las CNS pueden ser usadas en un país.

Cultura de Ejercer el Liderazgo: Cultura de ejercer el liderazgo sectorial por parte del MINSa: todos los funcionarios de la institución deben recibir una serie de estímulos comunes (lenguaje, medios de comunicación, sistema educativo y político para lograr desarrollar un conjunto de habilidades

gerenciales o directivas enfocadas en trabajo en equipo que lo empodere en el cumplimiento de las funciones esenciales de la salud pública.

Densidad de Recursos Humanos: Relación entre la cantidad de la población de un País y el número de recursos humanos en salud, con el fin de identificar los posibles déficits o excedente de estos recursos.

Determinantes de la Salud: Conjunto de factores tanto personales como sociales, económicos y ambientales que determinan el estado de salud de los individuos o de las poblaciones.

Enfoque de Derechos Humanos en Salud: El enfoque basado en los derechos humanos se centra en los grupos de población que son objeto de una mayor marginación, exclusión y discriminación. Este enfoque a menudo requiere un análisis de las normas de género, de las diferentes formas de discriminación y de los desequilibrios de poder a fin de garantizar que las intervenciones lleguen a los segmentos más marginados de la población. Es un marco conceptual para el proceso de desarrollo humano, su propósito es analizar las desigualdades que generan los problemas de desarrollo, corregir prácticas que discriminan y resolver el reparto injusto de poder que obstaculiza el progreso en materia de desarrollo.

Enfoque Intercultural: Conjunto de acciones y políticas que tienden a conocer e incorporar la cultura del usuario en el proceso de atención de salud.

Equidad en la Atención de la Salud: Se define como:

- a). La forma en que son asignados los recursos para el cuidado de la salud.
- b). La forma en que los servicios son recibidos por la población.
- c). La forma en que los servicios de salud son pagados.

Equidad en Salud: Significa que las necesidades de las personas guían la distribución de las oportunidades para el bienestar. Esto conlleva que todas las personas disfruten de igualdad de oportunidades para desarrollar y mantener su salud, a través de un acceso justo a los recursos sanitarios. La falta de equidad tiene lugar como consecuencia de las diferencias de oportunidades derivadas, por ejemplo, del acceso desigual a los servicios de salud, a una alimentación correcta, a una vivienda adecuada, etc.

Estilos de Vida Saludable: Es el conjunto de actividades que una persona, pueblo, grupo social y familia realizan diariamente o con determinada frecuencia; que involucra actividades que no causan efectos negativos sobre la salud entre los cuales se encuentra la alimentación correcta, practica de actividad física y el manejo adecuado del estrés.

Evaluación del Desempeño: Revisión periódica y formal de los resultados de trabajo que se efectúa de manera conjunta entre jefe y colaborador. Es un proceso completo que abarca desde la determinación de las principales responsabilidades del puesto y los principales compromisos especiales, al inicio del periodo de evaluación, el seguimiento continuo de su cumplimiento, hasta la evaluación formal de los mismos que se realiza una vez al año.

Evidencia: La opinión de expertos representa mucho más que una simple evidencia. Es la combinación de hechos, la interpretación de esos hechos y las conclusiones. La evidencia siempre

informa la opinión de expertos. La evidencia por sí sola no toma de decisiones, puede utilizarse para respaldar una conclusión, pero no es lo mismo que una conclusión y no toda evidencia es igualmente convincente y depende del contexto. Debe considerarse su calidad.

Fidelización del Recurso Humano: Cuando las organizaciones buscan conservar o retener su recurso humano, a fin de asegurarle estabilidad y generar escenarios de desarrollo mutuo.

Formación del Recurso Humano: Es el proceso educativo, aplicado de manera sistemática y organizada, a través del cual las personas aprenden conocimientos, actitudes y habilidades en función de unos objetivos definitivos. La formación abarca el proceso de capacitación, desarrollo de carreras, actualización y reciclaje de todos los miembros, en correspondencia con las necesidades surgidas a partir de los objetivos estratégicos, la proyección y renovación de los directivos, de la determinación de deficiencias e insuficiencias en el desempeño y los intereses colectivos e individuales.

Grado de Vulnerabilidad: De las personas y el alcance de su capacidad para resistir y hacer frente a los peligros laborales dependen de factores físicos, económicos, sociales y políticos.

Habitantes: Persona que vive en un lugar determinado y forma parte de la población de un barrio, ciudad, provincia o nación.

Higiene en el Trabajo: Se refiere al “conjunto de normas y procedimientos que busca proteger la integridad física y mental del trabajador, preservándolo de los riesgos de salud inherentes a las tareas del cargo y al ambiente físico en que ejecuta las labores.” (Chiavenato, 2003:391).

Higiene y Seguridad: Condiciones y factores del lugar de trabajo que inciden en el bienestar de los trabajadores permanentes y temporales, personal de contratistas, clientes, visitantes y cualquier otra persona.

Innovación Tecnológica: Es la introducción de nuevas tecnologías, productos, servicios, nuevos procesos, nuevas fuentes de abastecimiento y cambios en la organización de una institución de manera continua, y orientados al usuario, que busca desarrollar un nuevo modelo de instalación incorporando recursos humanos capacitado en tecnología de información y comunicación (TICs) que facilite a la población una atención integral.

Interoperabilidad: Capacidad que tienen las organizaciones dispares y diversas para intercambiar, transferir y utilizar, de manera uniforme y eficiente datos, información y documentos por medios electrónicos, entre sus sistemas de información.

Institucionalidades: El conjunto de creencias, ideas, valores, principios, representaciones colectivas, estructuras y relaciones que condicionan las conductas de los integrantes de una sociedad, caracterizándola y estructurándola.

Investigación, Desarrollo e Innovación: (Habitualmente indicado por la expresión I+D+i o I+D+I) es un concepto de reciente aparición, en el contexto de los estudios de ciencia, tecnología y sociedad; como superación del anterior concepto de investigación y desarrollo (I+D). Es el corazón de las tecnologías, de la información y comunicación. Mientras que el de desarrollo es un término proveniente del mundo de la economía, los de investigación e innovación provienen respectivamente del mundo de

la ciencia y la tecnología, y su dinámica relación se encuentra en el contexto de la diferenciación entre ciencia pura y ciencia aplicada; cualquiera de ellos es de compleja definición. El nivel de actividad de I+D+i en un país se puede calcular mediante la proporción entre el gasto en I+D+i y el producto interior bruto (PIB), desglosando el gasto en gasto público y gasto privado (Deducciones fiscales I+D+i).

MSalud (Salud por Dispositivos Móviles): Es un término empleado para designar el ejercicio de la medicina y la salud pública con apoyo de los dispositivos móviles, como teléfonos móviles, dispositivos de monitoreo de pacientes y otros dispositivos inalámbricos.

Marco Regulatorio: Proporciona las bases sobre las cuales las instituciones construyen y determinan el alcance y naturaleza de la participación política. En este marco regularmente se encuentran en un buen número de provisiones regulatorias y leyes interrelacionadas entre sí.

Mercadeo en Salud: Es una especialización de la administración en salud y enfoque de la salud pública que aplica principios y teorías de la mercadotecnia tradicional junto a las estrategias basadas en la ciencia de la prevención, promoción de la salud y la protección de la salud.

Meritocracia: Forma por la cual los funcionarios estatales son seleccionados para sus puestos de acuerdo con su capacidad (a través de concurso, por ejemplo). Posiciones conseguidas por mérito personal.

Modelo de Atención: Tipo de servicios de salud, en cantidad y calidad, que la sociedad aspira recibir y decide sostener. Se refiere al “que”.

Modelo de Atención Integral de Salud: Es un conjunto de políticas, estrategias, lineamientos y herramientas enfocadas en la salud Familiar, Comunitaria e Intercultural que complementándose, organiza y descongestiona el Sistema Nacional de Salud, permitiendo la integralidad de los tres niveles de atención en la red de salud. En resumen, sustenta e incorpora la estrategia de la APS (Atención Primaria en Salud) renovada que en la práctica, garantiza la atención para satisfacer las necesidades de salud.

Modelo de Gestión: Modelo de gestión es la forma como se organizan y combinan los recursos con el propósito de cumplir las políticas, objetivos y regulaciones. Un modelo de gestión depende de la definición que se dé a las prioridades del sistema. Entonces, para el modelo de gestión del sistema, es importante detectar en cada país cuáles son los principios y valores que guían el sistema, cuáles son las principales decisiones relacionadas con la conducción del sistema, quién las toma y cómo se toman.

Modulación Financiera: No existe una definición específica para este término sin embargo en este caso está relacionada con el hecho y las consecuencias de modular (Modificar los factores que intervienen en un proceso para obtener distintos resultados) este verbo puede ser utilizado como sinónimo, de modificar o utilizar mejor los factores que inciden en un procedimiento para lograr diferentes resultados, en este caso, en los aspectos económicos que intervienen en el financiamiento sector salud.

Movilidad Académica: Es el desplazamiento de estudiantes, docentes, investigadores o administrativos de instituciones de educación superior, científicas, culturales y artísticas, de carácter nacional o internacional, hacia otra institución. Ya sea que los estudiantes viajen para estudiar por un periodo o para tomar un programa completo de grado en otra Universidad, o que los miembros de la academia realicen visitas al profesorado en cualquier parte o un intercambio interuniversitario de

estudiantes dentro de un acuerdo de cooperación más amplio, la movilidad académica toma hoy una infinita variedad de formas y es un aspecto de la superación que ningún estudio puede ignorar. El concepto de movilidad académica no es nuevo, se remonta a la aparición de las primeras universidades europeas, cuando estudiantes y maestros se trasladaban libremente de un país a otro. Desde entonces, la organización de la instrucción en las universidades ha tenido un carácter global o transnacional.

Planificación: Es un proceso de toma de decisiones para alcanzar un futuro deseado, teniendo en cuenta la situación actual y los factores internos y externos que pueden influir en el logro de los objetivos". Va de lo más simple a lo complejo, dependiendo el medio a aplicarse. La acción de planear en la gestión se refiere a planes y proyectos en sus diferentes ámbitos, niveles y actitudes.

Perfil de Egreso: Desempeño esperado de un egresado, certificado por la institución en términos de las habilitaciones logradas en el proceso formativo, representando el compromiso social de la institución en el logro de las competencias adquiridas en el curso de un itinerario formativo o plan de formación.

Proceso de Enseñanza: Conjunto de acciones que, siguiendo determinados principios y métodos, están desarrolladas por un facilitador (docente, otra persona o un recurso) para conseguir un resultado en un tercero (discente, grupo-clase), explicitado en forma de objetivos o metas de aprendizaje.

Recurso Humano Competente: Por competencia es un "conjunto de comportamientos observables que están causalmente relacionados con un desempeño bueno o excelente en un trabajo concreto y en una organización concreta". La norma ISO 9001-2008 considera que el recurso humano o una persona es competente cuando cumple los requisitos de educación, formación, habilidades y experiencia que la organización determina para cada puesto de trabajo.

- La educación son los estudios mínimos que una persona debe tener para un determinado puesto.
- La formación específica para dicho puesto son todos aquellos conocimientos adicionales que son necesarios para desempeñar las actividades de un puesto. Puede ser, por ejemplo, especialización en determinadas herramientas informáticas, o un carnet de manipulación de alimentos, o cursos de técnicas analíticas concretas, o cursos sobre el manejo de ciertas herramientas o maquinaria especial.
- La experiencia mínima que el trabajador debe tener en el puesto o en puestos similares y que incluye un período de prácticas mínimo en la empresa.

Estas competencias son de tipo umbral, es decir, las mínimas que debe tener una persona para realizar su trabajo con éxito, pero no van a diferenciar a los trabajadores con desempeño excelente de los que tienen un desempeño normal.

Recurso Humano en Salud: Inventario de personal operativo vinculado al sector salud, se clasifica en profesionales, técnicos, auxiliares, administrativos y otros.

Redes Integradas de los Servicios de Salud (RISS): Es una red de organizaciones que presta, o hace los arreglos para prestar servicios de salud equitativos e integrales a una población definida, y que está dispuesta a rendir cuentas por sus resultados clínicos y económicos y por el estado de salud de la población a la que sirve.

Registro Médico Electrónico o Expediente Clínico Electrónico: Es el registro en formato electrónico

de información sobre la salud de cada paciente que puede ayudar a los profesionales de salud en la toma de decisiones y el tratamiento, un elemento valioso e importante es la trazabilidad.

Salud Laboral: Tiene la finalidad de fomentar y mantener el más alto nivel de bienestar físico, mental y social de los trabajadores de todas las profesiones, prevenir todo daño a la salud de éstos por las condiciones de trabajo, protegerles en su empleo contra los riesgos para la salud y colocar y mantener al trabajador en un empleo que convenga a sus aptitudes psicológicas y fisiológicas. En suma, adaptar el trabajo al hombre y cada hombre a su trabajo.

Salud Ocupacional: Es la disciplina que busca el bienestar físico, mental y social de los empleados en sus sitios de trabajo. El cual se logra mediante la implantación de programas de salud ocupacional que consiste en la planeación, organización, ejecución, control y evaluación de todas aquellas actividades tendientes a preservar, mantener y mejorar la salud individual y colectiva de los trabajadores con el fin de evitar accidentes de trabajo y enfermedades profesionales.

Simulación: Configuración de situaciones similares a las que se producen en un contexto real, con la finalidad de utilizarlas como experiencia de aprendizaje o como procedimiento para la evaluación.

Sistema Nacional de Investigación en Salud - Definición Internacional:(fuente OPS)- Se define un sistema nacional de investigación para la salud (SNIS) como "las personas, instituciones y actividades que generan investigación o que utilizan resultados de la investigación en salud para promover, restaurar y mantener el estado de salud y desarrollo de la población, así como del ambiente y las actividades que faciliten dicho proceso".

Sistema Nacional de Investigación en Salud - Definición Nacional: (Fuente ICGES: Lineamientos de Política de Investigación en Salud en Panamá, Diciembre 2000)- Se define un Sistema Nacional de Investigación en Salud (SNIS) como el "Conjunto de recursos humanos, tecnológicos, financieros y de información, que se articulan en procesos de formulación, ejecución, evaluación, retroalimentación, de construcción de consenso y coordinación de investigación, tanto de los sectores públicos como privados, que participan de distintas maneras en el desarrollo del conocimiento de la salud en Panamá. A su vez, la orientación debe responder a problemas prioritarios que surgen del diagnóstico de la situación de salud, con el objetivo de mejorar la calidad de vida de la población y del ambiente".

Socialización: como el proceso mediante el cual se inculca la cultura a los miembros de la sociedad. Transmitiendo a los individuos conocimientos específicos según sean las competencias.

Sostenibilidad:

- Es la existencia de condiciones económicas, ecológicas, sociales y políticas que determinen su funcionamiento de forma armónica a lo largo del tiempo y del espacio.
- Es un término ligado a la acción del hombre en relación a su entorno, se refiere al equilibrio que existe en una especie basándose en su entorno y todos los factores o recursos que tiene para hacer posible el funcionamiento de todas sus partes, sin necesidad de dañar o sacrificar las capacidades de otro entorno.
- Por otra parte, sostenibilidad en términos de objetivos, significa satisfacer las necesidades de las generaciones actuales, pero sin afectar la capacidad de las futuras, y en términos operacionales, promover el progreso económico y social respetando los ecosistemas naturales y la calidad del medio ambiente.

Tecnologías de la Información y la Comunicación (TICs): Son un conjunto de servicios, redes, software y dispositivos desarrollados para gestionar información y enviarla de un lugar a otro. Abarcan una amplitud de soluciones. Incluyen las tecnologías para almacenar información y recuperarla después, enviar y recibir información de un sitio a otro, o procesar información para calcular resultados y elaborar informes, que tienen como fin la mejora de la calidad de vida de las personas dentro de un entorno, y que se integran a un sistema de información interconectado y complementario.

Telesalud (incluida la Telemedicina): Consiste en la prestación de servicios de salud utilizando las tecnologías de la información y la comunicación, especialmente donde la distancia es una barrera para recibir atención de salud, ante la escasez de médicos especialistas.

Toma de Decisiones en Políticas Informada por la Evidencia: Es un enfoque de las decisiones en políticas cuyo objetivo es garantizar que la toma de decisiones esté bien informada por la mejor evidencia de la investigación disponible. Requiere aplicar procesos más sistemáticos y transparentes para acceder y evaluar la evidencia de la investigación. Los procesos sistemáticos se utilizan para garantizar que la investigación relevante sea identificada, evaluada y utilizada apropiadamente.

Trabajo Decente: Es un concepto propuesto por la Organización Internacional del Trabajo que establece las condiciones que debe reunir una relación laboral para cumplir los estándares laborales internacionales, de manera que el trabajo se realice en forma libre, igualitaria, segura y humanamente digna. Por debajo de tales estándares, deben considerarse violados los derechos humanos del trabajador afectado y que no existe trabajo libre, propiamente dicho.

Vigilancia en Salud Pública:

- La vigilancia en salud pública puede entenderse como el proceso de recopilación sistemática, la consolidación ordenada y la evaluación de datos pertenecientes a la salud (tanto en individuos como en grupos), con una comunicación rápida de los resultados a aquellos que precisen conocerla y en particular a aquellos que están en condiciones de emprender acciones (OMS, 1968).
- La vigilancia en salud pública es la recopilación sistemática continua, el análisis y la interpretación de datos específicos de resultados, muy integrada a la comunicación oportuna de esta información a los responsables de prevenir y controlar la enfermedad o lesión” (Thacker y Berkelman, 1988).

Vigilancia Sanitaria: La vigilancia sanitaria designa la acción por la cual un organismo vigila la salud de la población de un país o de una zona determinada. Se trata, fundamentalmente, de advertirle en caso de que haya una amenaza que afecte a la salud pública.

Vulnerabilidad: Puede definirse como la capacidad disminuida de una persona o un grupo de personas para anticiparse, hacer frente y resistir a los efectos de un peligro natural o causado por la actividad humana, y para recuperarse de los mismos. La exposición de las personas a riesgos varía en función de su ambiente laboral, educación, preparación, sexo, edad y otros factores.





Fuentes Consultadas

1. Agencia Internacional de Desarrollo de los Estados Unidos de América-USAID/ Organización Panamericana de la Salud-OPS (2005). Desempeño y Fortalecimiento de la Función Rectora de la Autoridad Sanitaria Nacional. Taller de Capacitación Sub-Regional. República de El Salvador.
2. Aparicio, Ricardo (2010). Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. La Medición de la Pobreza y los Programas de Desarrollo Social. México, D.F. Disponible en: www.coneval.gob.mx
3. Asamblea Nacional de Diputados. Constitución Política de la República de Panamá Reformada por los actos reformativos de 1978, por el acto constitucional de 1983 y los actos legislativos 1 de 1983 y 2 de 1994. República de Panamá. Disponible en: <http://www.legalinfo-panama.com/legislacion/Constitucion/Constitucion.pdf>
4. Comisión Económica para América Latina y el Caribe-CEPAL (2014). Anuario Estadístico de América Latina y el Caribe de 2014. Disponible en: <http://www.cepal.org/es/publicaciones/37647-anuario-estadistico-de-america-latina-y-el-caribe-2014-statistical-yearbook>
5. Contraloría General de la República-CGR, Instituto Nacional de Estadística y Censo-INEC (2010). Censos Nacionales 2010. XI de Población y VII de Vivienda. República de Panamá. Disponible en: <http://www.censos2010.gob.pa/Resultados/cuadros.aspx>
6. Contraloría General de la República-CGR, Instituto Nacional de Estadística y Censo-INEC (2015a). Producto Interno Bruto a Precios de Comprador de 1996, Total y Per Cápita en la República y sus Variaciones Porcentuales Anuales: Años 1996-2009 Disponible en: <https://www.contraloria.gob.pa/inec/Archivos/P811Cuadro3.pdf>
7. Contraloría General de la República-CGR, Instituto Nacional de Estadística y Censo-INEC (2015b). Panamá en cifras 2005-2009. Disponible en: https://www.contraloria.gob.pa/INEC/Publicaciones/Publicaciones.aspx?ID_SUBCATEGORIA=45&ID_PUBLICACION=622&ID_IDIOMA=1&ID_CATEGORIA=17
8. Contraloría General de la República-CGR, Instituto Nacional de Estadística y Censo-INEC (2015c). Instalaciones de Salud en la República: Años 2008-11 y 2012, según ciudades de Panamá y Colón, provincia y comarca indígena. República de Panamá. Disponible en: <https://www.contraloria.gob.pa/inec/archivos/P5471431-01.pdf>
9. Contraloría General de la República-CGR, Instituto Nacional de Estadística y Censo-INEC (2013). Boletín No. 15. Situación demográfica. Estimaciones y proyecciones de la población en la República de Panamá, por provincia, Comarca Indígena, distrito y corregimiento, según sexo. Años 2010-2020. Disponible en: https://www.contraloria.gob.pa/inec/Publicaciones/Publicaciones.aspx?ID_SUBCATEGORIA=10&ID_PUBLICACION=499&ID_IDIOMA=1&ID_CATEGORIA=3
10. Contraloría General de la República-CGR, Instituto Nacional de Estadística y Censo-INEC/Ministerio de Economía y Finanzas (2009). Estado nutricional de niños y niñas menores de cinco años.

Panamá. Encuesta de Niveles de Vida, 2008. República de Panamá. Disponible en: http://www.unicef.org/panama/spanish/Encuesta_Niveles_de_Vida_WEB.pdf

11. Cortés, Fernando (2010). Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. Metodología de Medición Multidimensional de la Pobreza en México. México, D.F. Disponible en: www.coneval.gob.mx

12. Gobierno Nacional (2014a). Panamá Plan de Gobierno de la Alianza El Pueblo Primero 2014-2019. República de Panamá. Disponible en: <http://partidopopularpanama.com/assets/Plan-de-Gobierno-Pueblo-Primero-Final.pdf>

13. Gobierno Nacional (2010b). Panamá Plan Estratégico de Gobierno. 2015–2019 Un solo País. República de Panamá. Disponible en: <http://www.mef.gob.pa/es/Documents/PEG%20PLAN%20ESTRATEGICO%20DE%20GOBIERNO%202015-2019.pdf>

14. Gobierno Nacional (2014). IV Informe de Panamá sobre avances de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. República de Panamá. Disponible en: <http://www.onu.org.pa/media/documentos/odm-cuarto-informe-2014.pdf>

15. Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud –ICGES (2009). Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. ENASSER 2009. MINSA/CGR/MEF. República de Panamá. Disponible en: <http://www.contraloria.gob.pa/inec/Aplicaciones/ENASER/EnasserInformeFinal.pdf>

16. Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud -ICGES (2007). Encuesta Nacional de Salud y Calidad de Vida. ENSCAVI 2007. MINSA/CGR/MEF. República de Panamá. Disponible en: <http://www.gorgas.gob.pa/>

17. Ministerio de Economía y Finanzas- MEF/Contraloría General de la República-CGR/Instituto Nacional de Estadística y Censo-INEC/Banco Mundial-BM (2009) Principales resultados de la Encuesta de Niveles de Vida ENV 2008. República de Panamá. Disponible en: <https://www.mef.gob.pa/Portal/index.html>

18. Ministerio de Salud de Panamá (2015a). Análisis de Situación de Salud (ASIS). República de Panamá 2015. Disponible en: <http://www.minsa.gob.pa/informacion-salud/analisis-de-situacion-de-salud-asis>

19. Ministerio de Salud- MINSA (2015b). Boletines Estadísticos de Salud 2013 y 2014. Departamento de Registros y Estadísticas de Salud. República de Panamá. Disponible en: <http://www.minsa.gob.pa/informacion-salud/anuarios-estadisticos>

20. Ministerio de Salud-MINSA (2011a). Política Nacional de Salud y Lineamientos Estratégicos 2010-2015. República de Panamá. Disponible en www.minsa.gob.pa

21. Ministerio de Salud-MINSA (2011b). Decreto Ejecutivo N°1302 Que Desarrolla las Políticas Nacionales de Salud y sus Lineamientos Estratégicos y Dicta Otras Disposiciones. República de Panamá. Disponible en: https://www.gacetaoficial.gob.pa/pdfTemp/26919_A/Gaceta-No_26919a_20111124.pdf

22. Ministerio de Salud- MINSA (2007). Dirección General de Salud. Programa Nacional de Salud de Niñez y Adolescencia. Plan Nacional de Salud de Niñez y Adolescencia 2008-2012. República de Panamá.

23. Ministerio de Salud- MINSA (2006). Políticas y Estrategias de Salud 2005-2009. República de Panamá.

24. Ministerio de Salud- MINSA (2004a). Marco Teórico Conceptual para una Política de Salud. República de Panamá.

25. Ministerio de Salud- MINSA (2004b). Lineamientos del Plan Nacional de Salud de Panamá. Documento Marco. República de Panamá.

26. Ministerio de Salud- MINSA (2001). Políticas y Estrategias de Salud 2000-2004. República de Panamá.

27. Ministerio de Salud- MINSA (1996). Políticas y Estrategias de Salud 1995-1999. República de Panamá.

28. Ministerio de Salud- MINSA (1991). Políticas y Estrategias de Salud 1990-1994. República de Panamá.

29. Ministerio de Salud-MINSA (1969). Decreto de Gabinete 1 de 15 de enero de 1969. “Por el cual se crea el Ministerio de Salud, se determina su Estructura y Funciones y se establecen las Normas de Integración y Coordinación de las Instituciones del Sector Salud”. (G.O. 16292 de 4 de febrero de 1969). República de Panamá http://www.organismojudicial.gob.pa/cendoj/wp-content/blogs.dir/cendoj ADMINISTRATIVO/decreto_de_gabinete_1_de_1969_salud.pdf

30. Ministerio de Salud de Panamá- MINSA/Organización Panamericana de la Salud-OPS/Organización Mundial de la Salud-OMS (2015). Hoja de Ruta y Plan de Acción para la Implementación de la Estrategia para el Acceso Universal a la Salud y la Cobertura Universal de Salud 2015. República de Panamá.

31. Ministerio de Salud de Panamá- MINSA/Organización Panamericana de la Salud-OPS/Organización Mundial de la Salud-OMS (2014). Evaluación de las Funciones Esenciales de Salud Pública 2015. República de Panamá.

32. Organización Panamericana de la Salud-OPS/ Organización Mundial de la Salud-OMS (2014). Estrategia para el Acceso Universal a la Salud y la Cobertura Universal de Salud. Disponible en: <https://www.google.com/#q=Estrategia+de+Acceso+Universal+a+la+Salud+y+Cobertura+Universal+de+Salud>

33. Organización Panamericana de la Salud-OPS/ Organización Mundial de la Salud-OMS (2007). 27a. Conferencia Sanitaria Panamericana. 59a. Sesión del Comité Regional. Metas Regionales en Materia de Recursos Humanos para la Salud 2007-2015. Washington, D.C., EUA. Disponible en: www.paho.org/spanish/gov/csp/csp27-10-s.pdf

34. Programa de las Naciones Unidas -PNUD (2010). Informe Regional sobre Desarrollo Humano para América Latina y el Caribe 2010. Disponible en: <http://www.idhalc-actuarsobreelfuturo.org/site/index.php>

35. Programa de las Naciones Unidas –PNUD (2007). Acuerdos de la Concertación Nacional para el Desarrollo. República de Panamá. Disponible en: <http://www.concertación.org.pa>

36. Sanahuja, Haris (2004). Banco de Desarrollo de América Latina (CAF). Diagnóstico Marco Sectorial Gestión de Riesgos de Desastres (GRD) en el Sector Agua Potable y Saneamiento.

37. Secretaría Ejecutiva del Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica y República Dominicana-SE COMISCA (2015). Política Regional de Salud del Sistema de Integración Centroamericana. Disponible en: ww.sica.int/comisca/

38. Secretaría Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación – SENACYT (2014). Plan Estratégico Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación – PENCYT 2015-2019. República de Panamá. Disponible en: <https://prezi.com/.../plan-estrategico-nacional-de-ciencia-tecnologia-e-inn>.

**Ministerio de Salud
Políticas de Salud
Objetivos y Lineamientos Estratégicos 2016 - 2025**

www.minsa.gob.pa