

2016

Perfil de Salud de la República de Panamá

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.

Dirección de Planificación Nacional
Ministerio de Salud República de Panamá



SU EXCELENCIA
MIGUEL MAYO
MINISTRO DE SALUD



SU EXCELENCIA
DR. ERIC ULLOA
VICEMINISTRO DE SALUD



HONORABLE SEÑOR
TEMÍSTOCLES DÍAZ
MINISTRO CONSEJERO



NIVEL TÉCNICO

Dra. Reina Roa

Directora de Planificación Nacional

Dra. Iritzel Santamaría

Sub-Directora de Planificación Nacional

Elaborado por equipo técnico de DASTS:

Dra. Norma Astudillo

Jefa del Departamento de Análisis de Situación y Tendencias de Salud

Dra. Cristina Gómez

Dra. Yelkys Gill

Dra. Jamileth Cortes

Licda. Indira Credidio

Licda. Rebeca Bazán

Lic. Bernardino Lozano

Equipo colaborador regional

Planificadores regionales

Fuentes Colaboradoras

Experiencia técnica del personal de:

- Dirección Nacional de Planificación
 - Departamento de Planificación de Salud Poblacional
 - Departamento de Planificación de Salud Ambiental
 - Departamento de Registros y Estadísticas de Salud
 - Departamento de Formulación y Evaluación de Presupuesto y Proyectos de Inversión
- Dirección de Recursos Humanos
- Dirección de Promoción de La Salud
- Dirección de Provisión de Servicios de Salud
- Dirección General de Salud
- Planificación Regional de las 15 Regiones

ÍNDICE

Contenido	página
Introducción.....	6
Parte 1: Contexto y Revisión del sistema de Salud.....	9
Análisis de Situación de Salud.....	9
Parte 2: Insumos y Capacidades del Sistema de Salud.....	108
Línea Estratégica 1. Ampliar el acceso equitativo a servicios de salud, integrales, de calidad, centrados en las personas y comunidades.....	108
Línea Estratégica 2: Fortalecer la Rectoría y Gobernanza.....	139
Línea Estratégica 3: Financiamiento en Salud.....	149
Línea Estratégica 4: Fortalecer la coordinación intersectorial para abordar los determinantes sociales de la salud.....	151
Parte 3: Análisis del Funcionamiento del Sistema de Salud (Encuesta).....	158
Parte 4: Análisis de las Desigualdades Sociales en salud en la República de Panamá En los años 2001 y 2010.....	239
Conclusión.....	259
Recomendaciones.....	261
Bibliografía.....	262

Introducción

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 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 incremento 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 los aspectos conceptuales y la 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 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.

Parte 1: Contexto y Revisión del sistema de Salud

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 16 Regiones Sanitarias desarrolladas y dos en vías de desarrollo (Panamá Norte y 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 Nº 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 Nº1 del 15 de enero de 1969: Por el cual se crea el Ministerio de Salud, se determina su estructura y funciones. (Gaceta Oficial Nº 16.292 de 4 de febrero de 1969).

Decreto Nº 75 del 27 de febrero de 1969: Por medio del cual se establece el Estatuto Orgánico del Ministerio de Salud (Gaceta Oficial Nº 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	Programa de VIH/SIDA
Proyecto de Saneamiento de la Bahía de Panamá	Programa Nacional de Salud
Proyecto de la mejora de la Equidad y del Desempeño en la Salud	Programa Nacional de Salud Ambiental
Proyecto de Telemedicina	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.

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 Dificil 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, técnica 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	Promoción de la Salud. Prevención de la Salud. Diagnóstico y tratamiento de problemas de salud por Medicina General y Especialistas. Servicios de apoyo al diagnóstico y tratamiento, como laboratorios, radiografías, farmacias y otros. Saneamiento básico y Ambiental.

		Ambiental y Vectores	
Centro de Salud con Camas		Médicos, Odontólogos, Enfermeras, auxiliares o Técnico de Enfermería, Farmacéutico, Laboratorista, Técnica de Saneamiento Ambiental, y/o vectores, Especialistas de Gineco-Obstetricia, Pediatría y otros según perfil epidemiológico.	Promoción de la Salud. Prevención de la Salud. Diagnóstico y tratamiento de problemas de salud. Apoyo al diagnóstico y tratamiento (laboratorio, farmacia, radiólogos y otros). Saneamiento básico y ambiental. Atención de parto normal.
Policentro de Salud		Médico general, odontólogo, Médico Interno, Gineco-Obstetricia, pediatras, psiquiatras, fisiatras, fisioterapias, laboratorio, radiología, farmacéutico y trabajo social, técnico de salud Ambiental y/o 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, alejada de la cabecera de provincia	Médicos generales, Enfermeras y/o técnica de enfermería, auxiliares de enfermería, farmacéutica, 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, técnica de enfermería y/o auxiliares de enfermería, laboratorista, farmacéutico, radiólogo, nutricionista, psicóloga, 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.

Republica 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	Policentro	Centro de Promoción	Centro Reintegra	Instituto Especializado	Centro de Salud			Sub Centro de Salud				Puesto de Salud		
	Total	MINSA	C.S.S.	Total	MINSA	C.S.S.	Patronato	Policlinica	CAPPs	ULAPS						Total	Funciona	No Funciona	Total	Funciona	No Funciona	Solo por Gira	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	
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	
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.

También las cuencas hidrográficas se vieron afectadas, debido a la contaminación progresiva de sus fuentes de agua tales como los 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

que se estima 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.

Grupos no indígenas: constituyen, para el 2014, el 94% de la población panameña. Entre los que se incluyen: Grupo Hispano indígena que constituye uno de los grupos humanos de mestizaje mayoritario. Población Afro-Colonial, son los descendientes de los esclavos africanos traídos durante la colonización española. Población Afro-Antillana, son los descendientes de los trabajadores antillanos de habla francesa o inglesa.

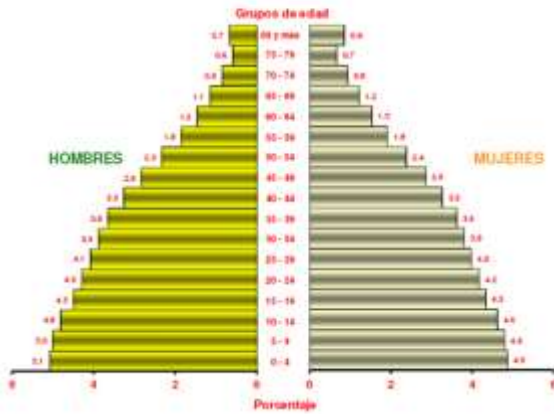
Grupos Indígenas: en el 2014, representan cerca del 6% de la población y se conforman en 5 grupos claramente definidos, Kuna, Emberá y Wounaan, Ngabe Bugle, Bri Bri y Naso. Cerca de 3 de cada 4 indígenas residentes en 3 de las comarcas pertenecían a la etnia Ngabe Bugle.

5. Dinámica poblacional

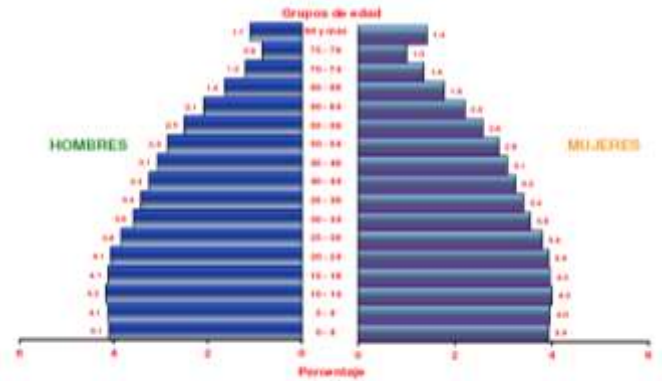
La dinámica de la población indica que la población total de la Republica pasó de 859,658 en 1950 a 3, 661,835 habitantes en el 2010, hasta alcanzar 5, 625,442 al final de la proyección para el 2050.

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 : 2010

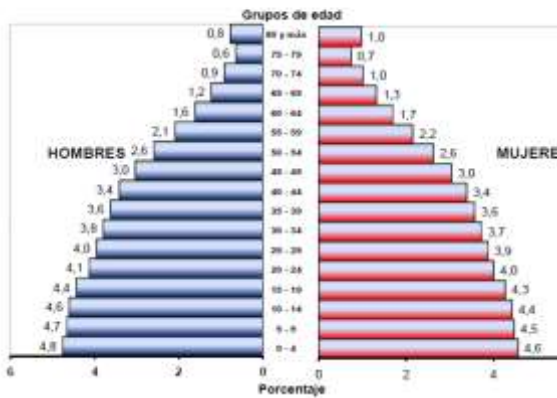


PIRÁMIDE DE POBLACIÓN DE LA REPÚBLICA,
POR SEXO Y GRUPOS DE EDAD. AÑO : 2025

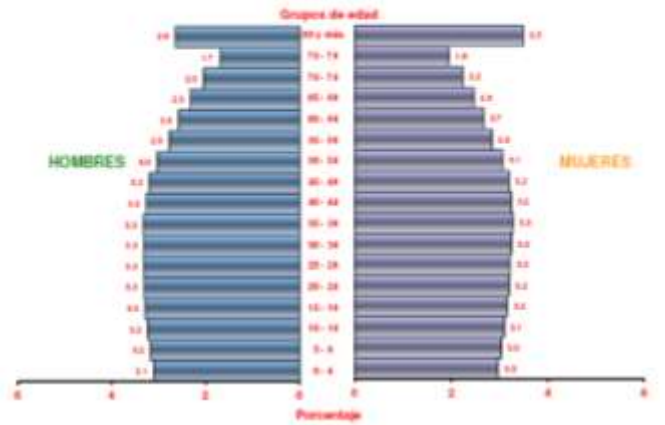


Fuente: Departamento de Registro y Estadísticas de Salud - Minsa, Censos 2010.

PIRÁMIDE DE LA POBLACIÓN DEL PAÍS,
POR SEXO Y GRUPOS DE EDAD. AÑO : 2015



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

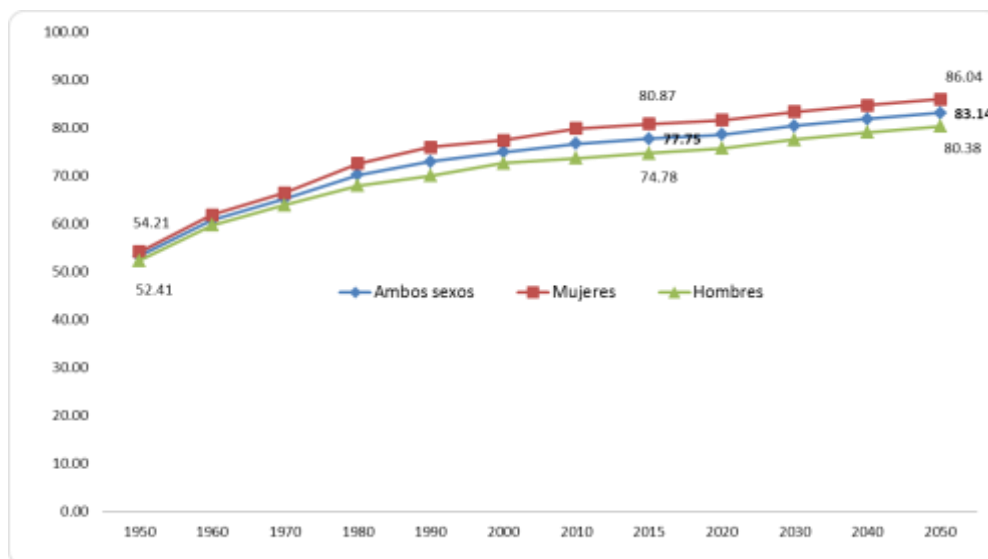


Fuente: Pirámides de Población realizadas por análisis demográficos del MINSA

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 porcentual.

En síntesis, puede decirse que la estructura poblacional se encuentra en plena transición al envejecimiento, y con el aumento de la esperanza de vida y la tendencia a inversión de la pirámide.

Gráfica. Esperanza de Vida al Nacer, por sexo en La República de Panamá. 1950-2050

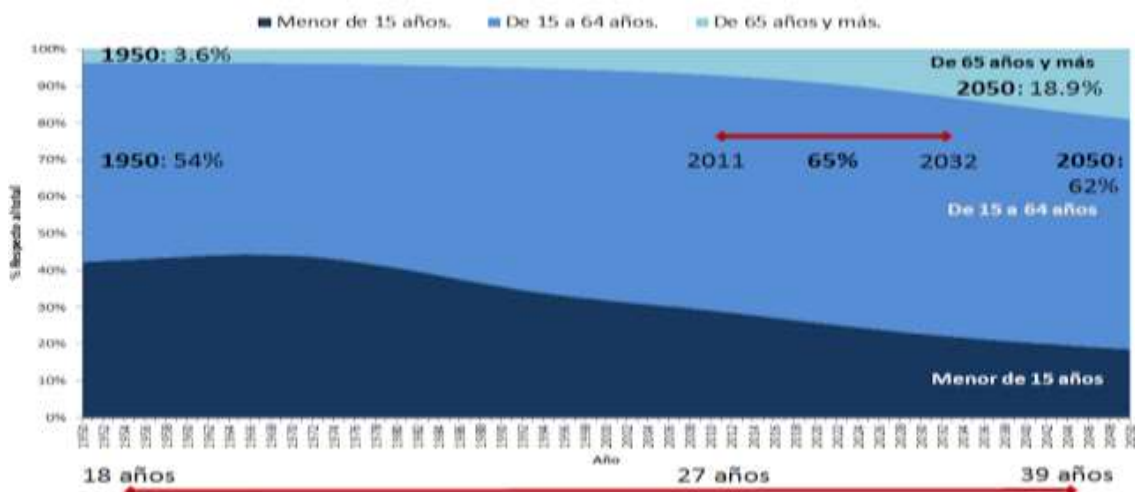


Fuente: Análisis Demográfico. Contraloría General de la República.

6. 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. 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 continua 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 pasara 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.

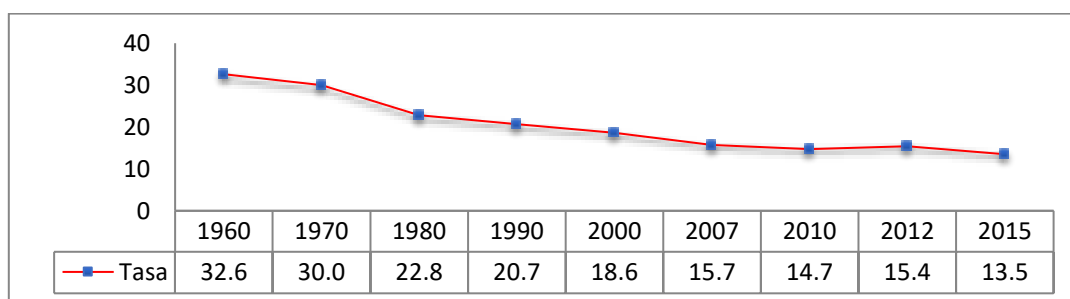
Consecuencias de este proceso de envejecimiento de la población en Panamá se darán una serie de fenómenos, entre los cuales podemos mencionar: Un impacto directo sobre la calidad de vida y salud de la población. Se acentuarán la mortalidad y morbilidad relacionada con enfermedades no transmisibles (como el cáncer, la diabetes y las enfermedades circulatorias o del corazón), que ya representan un porcentaje alto de la mortalidad del país. Incremento del número de personas en edad de retiro, y por ende la necesidad de aumentar los ahorros necesarios para que esta población (nosotros en un futuro no lejano) pueda hacer frente de forma adecuada a esta etapa de la vida. Despoblamiento de algunas áreas del país. Es un fenómeno que ya ocurre en países como España y Japón, en donde la disminución de la natalidad y los procesos de emigración campo- ciudad han ocasionado la prácticamente desaparición de poblados enteros.

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



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, 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.

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 reflejaron 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.

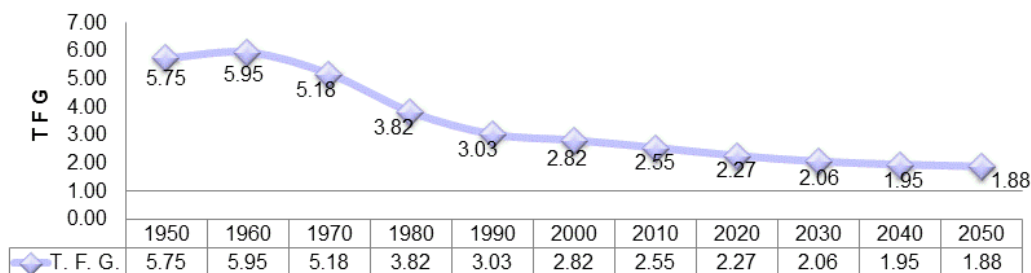
El saldo migratorio neto internacional para el quinquenio 2000-2005 fue de 8000 personas cada año, en tanto que para el quinquenio 2005-2010 fue de 4000 personas cada año. La proyección de este indicador para el período 1990 a 2015, estimó un reflejo de salida de 2,700 personas cada año. La tasa neta 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.

INDICADORES DEMOGRÁFICOS DEL PAÍS: AÑO 2015

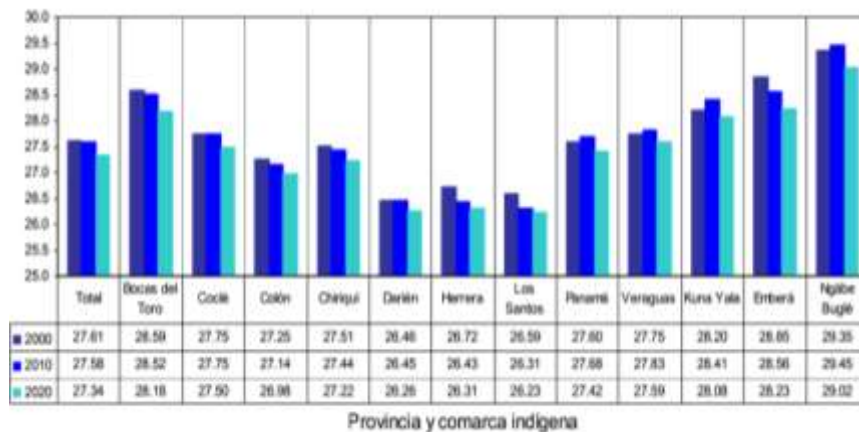
INDICADORES DEMOGRÁFICOS DEL PAÍS: AÑO 2015		
Indicador	Unidad	2015
Tasa global de fecundidad	Hijos por mujer	2.43
Nacimientos vivos registrados	número	75,338
Tasa bruta de natalidad registrada	Por 1,000 hab	18.95
Tasa bruta de mortalidad registrada	Por 1,000 hab	5.0

La Fecundidad

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



Edad media de fecundidad estimada y proyectada por provincia y comarca. República de Panamá. Año 2000- 2010-2020



Fuente: Datos del INEC. 2013

En América Latina existe un proceso continuo de descenso de la fecundidad y mortalidad. En Panamá la fecundidad este proceso tuvo un descenso marcado en las décadas del 60 al 80, en los años 90 su descenso continuo en menor proporción, para luego mantenerse estable en las siguientes décadas guardando relación directa con la edad media de fecundidad la cual varía entre provincias y comarcas de 26 a 29 años. Para el 2010, las provincias de Darién, Herrera y Los Santos presentaron como edad promedio los 26 años. En Coclé, Colón, Chiriquí, Panamá y Veraguas fue de 27 años. Bocas del Toro, Comarcas Kuna Yala y Emberá de 28 años; y con la edad media de fecundidad más alta de 29 años, la Comarca Ngäbe Buglé.

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 y la provincia de Los Santos con la tasa más baja, alcanzó en el 2000 un promedio de 2.3 hijos por mujer, muy cercana al nivel de reemplazo y para el 2030 logrará llegar a 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

La natalidad presenta valores que la sitúan dentro de la categoría de alta, en el periodo de 1970 hasta el periodo de 1980 y valores moderados desde el periodo de 1980 hasta el año 2012, la tendencia al descenso se ha mantenido en los últimos. Este descenso se hace más evidente al comparar las cifras alcanzadas durante los años 1970 a 2010, cuando alcanza una 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.

En 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 Bugle. 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 por ciento 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 por ciento 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 por ciento corresponde a menores de 5 años, de estos, un 5.5 tenían menos de 1 año. Por otro lado, un 3.3 por ciento 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 por ciento, con un promedio de 58.9 por ciento 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.

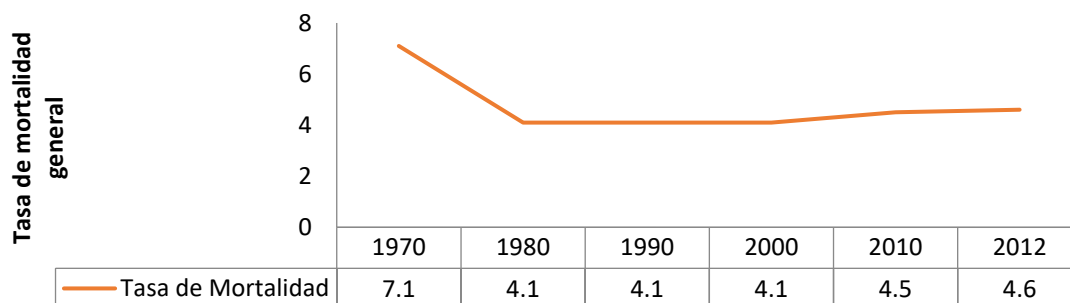
Cuadro. Principales causas de muerte por sexo. Panamá. Año: 2012

CAUSA	SEXO						razón H/M	INDICE
	TOTAL		MASCULINO		FEMENINO			APMP
	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 Isquémica 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	289	15.3	1.2	33.8
Enf. Crónicas de Vías Respiratorias Inferiores	495	13.1	252	13.2	243	12.9	1	6.5
Enfermedad por VIH	478	12.6	358	18.8	120	6.4	3	44.4
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal.	428	11.3	264	13.9	164	8.7	1.6	86.4
Todas las demás Enfermedades	5338	14.1	2912	15.3	2426	12.9	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).

Gráfica Tasa de Mortalidad Registrada en la República de Panamá por 1000 hab. Décadas de 1970-2010 y año 2012



Fuente: Departamento de Registros y Estadísticas de Salud. 2014.

La tasa de mortalidad infantil del país, muestra una tendencia a la disminución en las últimas cinco décadas de 40.5 x1000nv en 1970 a 13.4 en el 2012, Según el desarrollo urbano-rural, muestra una disminución a 16.3 gradual como se aprecia en el cuadro siguiente:

Cuadro. Tasas de Mortalidad Infantil, según área urbana o rural en la República de Panamá 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.

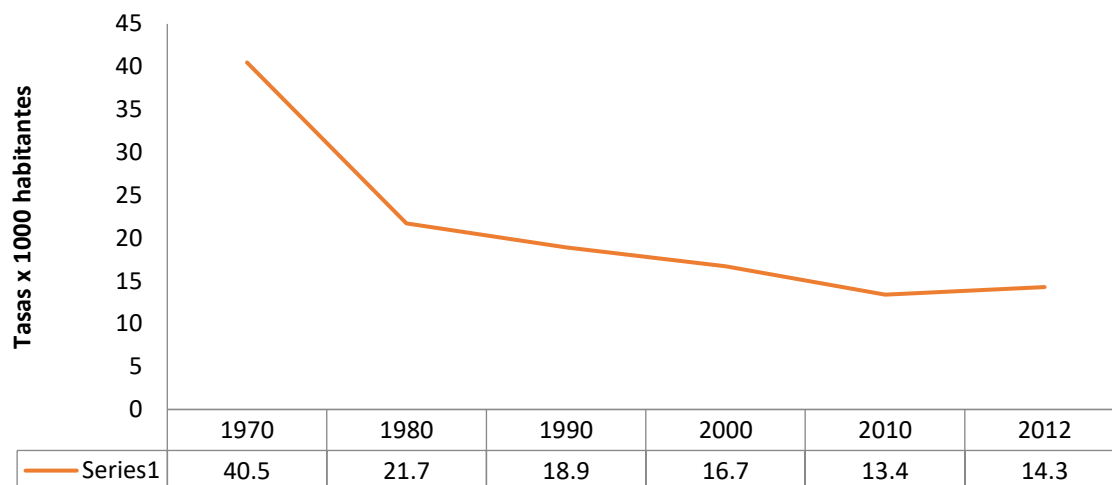
Cuadro. Mortalidad General e Infantil por Área, Según Provincia y Comarca. República De Panamá. Años: 1970-2010 y 2012

Año	Indicador														
	Total	Área		Provincias									Comarcas		
	País	Urbana	Rural	Bocas del Toro	Codé	Colón	Chiriquí	Darién	Herrera	Los Santos	Panamá	Veraguas	Kuna Yala	Emberá	Ngabe Bugle
Mortalidad General (2)															
1970	7.1	5.5	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	3.6	5.4	4	2.4	4.6	5.5	4	3.9	5.6	-	-
2010	4.5	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	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
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 fetales de cualquier período de gestación.
(2) Por cada mil nacimientos vivos.

Fuente: Departamento de Registros y Estadísticas de Salud. 2013

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



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

Cuadro. 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	
	N°	Tasa	N°	Tasa	N°	Tasa	N°	Tasa	N°	Tasa	N°	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	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	217	28.7

*Ciertas Afecciones Originadas en el periodo Perinatal, **Ciertas Afecciones Originadas en el Menor de Un Año

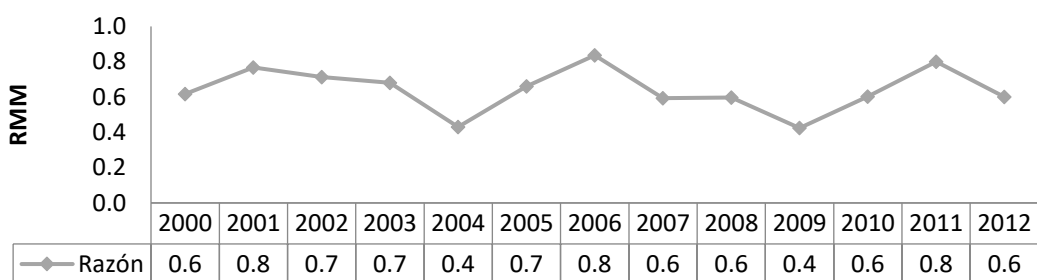
Se da cambio en la nomenclatura: Diarrea y Gastroenteritis de presunto origen infeccioso.

Fuente: Departamento de Registros y Estadísticas de Salud. 2013

La mortalidad materna en la República de Panamá, presentó 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. Razón de Mortalidad Materna. República de Panamá. Años: 2000-2012



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

Cuadro. 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	
	N°	Tasa	N°	Tasa	N°	Tasa	N°	Tasa	N°	Tasa	N°	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 ECONOMICO 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)

Año	Panamá
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

- El IDH de Panamá para 2013 es 0.765 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 por ciento o un aumento promedio anual de alrededor de 0,61por ciento.
- 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 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 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. Mientras 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

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. 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 Año 2013.

Año	Producto Interno Bruto PIB a precios de Comprador base 1996	Variación Porcentual	PIB per Capita	Tasa de Desempleo	Tasa de Inflación
1997	9,924.4		3,468.0	13.4	1.3
1998	10,653.0	7.3%	3,647.5	13.6	0.6
1999	11,070.3	3.9%	3,714.8	11.8	1.3
2000	11,370.9	2.7%	3,739.6	13.3	1.5
2001	11,436.2	0.6%	3,686.4	13.7	0.3
2002	11,691.0	2.2%	3,694.6	14.1	1.0
2003	12,182.8	4.2%	3,775.8	13.0	1.4
2004	13,099.2	7.5%	3,983.1	11.8	0.4
2005	14,041.2	7.2%	4,190.1	9.8	2.8
2006	15,238.6	8.5%	4,464.3	8.7	2.5
2007	17,084.4	12.1%	4,915.3	6.4	4.2
2008	18,812.9	10.1%	5,317.3	5.6	8.7
2009	19,538.4	3.9%	5,427.3	6.6	2.4
2010	20,994.4	7.5%	5,733.3	5.6	3.5
2011	23,272.1	10.8%	6,249.5	4.5	5.9
2012	25,755.5	10.7%	6,800.1	4.1	6.1
2013	27,919.0	8.4%	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

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. Muchos economistas estiman que no volverán a verse las tasas relativamente bajas que se registraron entre 1997 y 2006, cuando la inflación promedio anual en ese periodo fue de apenas 1.3%, sin producir una recesión.

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, en su mayoría (74.0%) 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.

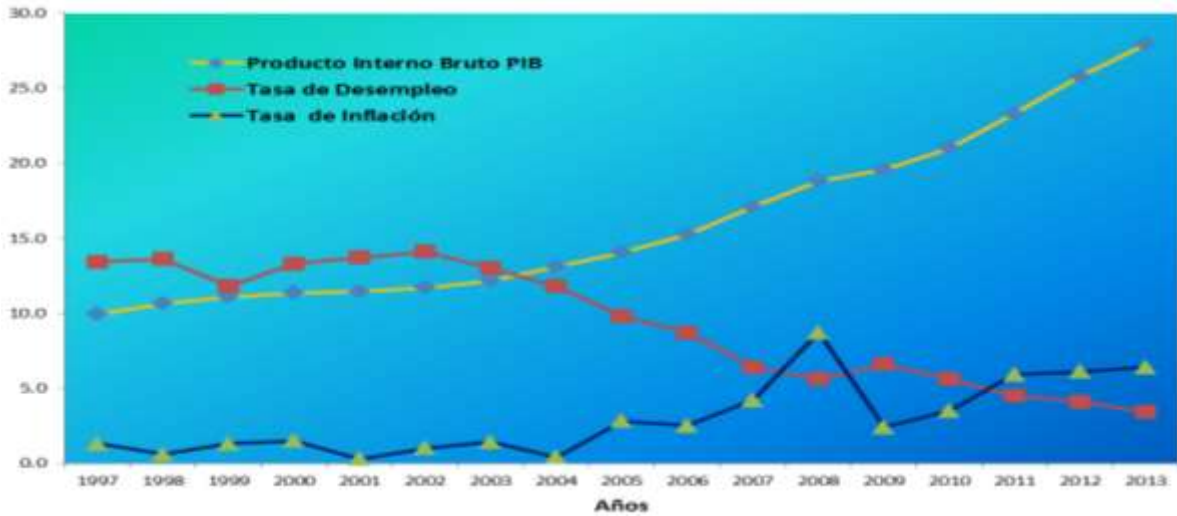
Cuadro. Tasa de desempleo total en la República, por sexo y área, según grupo de edad. Año 2013.

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	5.7	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

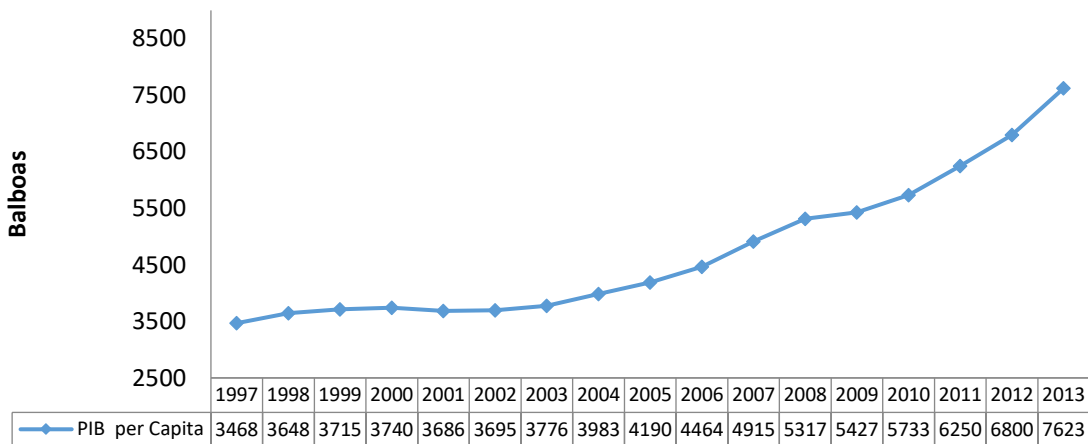
10.6 Análisis de las curvas de Inflación, Tasas de Desempleo en Comparación con el Producto Interno Bruto

Gráfica. 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. 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. A pesar, de que se considera a Panamá como uno de los países que peor distribución tiene de sus ingresos per cápita,

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

10.7 Deuda Pública en Panamá

La deuda pública panameña a marzo de 2014 asciende a \$17,014.7 millones. Al totalizar deuda incluyendo los saldos subterráneos y diferidos, las cosas se tornan mucho peor. Tomando en

consideración lo antes mencionado, 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. 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.

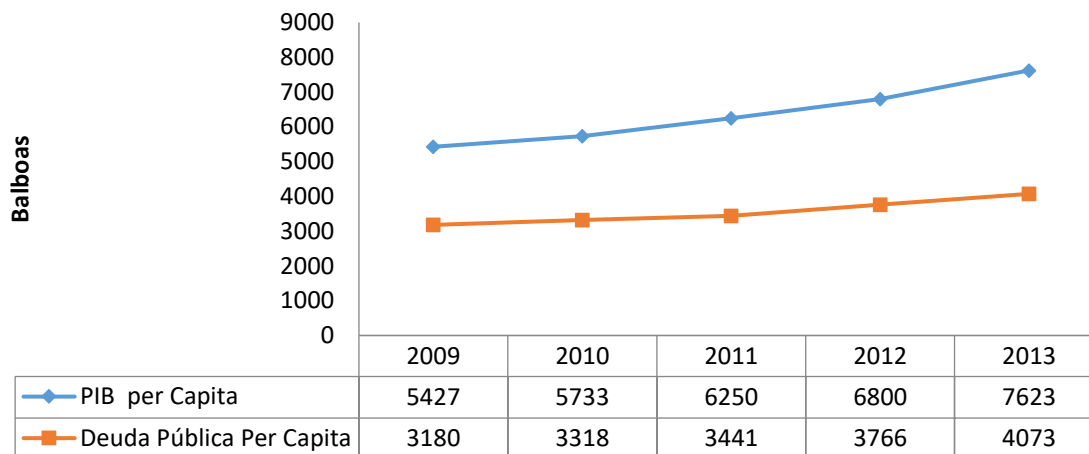
Cuadro. Evolución de la Deuda Pública Per Cápita en el periodo 2009 - 2014 en Millones de Balboa

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. 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.

10.8 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 las 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.

10.9 Gasto Nacional en Salud

El incremento del PIB para el año 2013 con respecto al año 2009 fue de 42.9%, tomado en consideración la expansión de la población 11.0% aún se observa un incremento de 28.0% en el ingreso per cápita para el mismo periodo. Esta mejoría en los ingresos se ve reflejada, con creces, en el Gasto total en Salud del País, el cual ascendió en el año 2013 a 3,676.2 millones de balboas, un incremento nominal respecto al año 2009 de 1,856.8 millones de Balboas o el 102.1%, prácticamente se duplicó.

Cuadro. Gasto Nacional en Salud del año 2009 al 2013

	2009	2010	2011	2012	2013	Evolucion 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 Capia	5,662.73	5,990.73	6,249.52	6,800.11	7,250.30	28.0%
Gasto Publico en millones de Balboas	10,136.9	11,084.2	12,454.6	16,278.9	18,141.9	79.0%
Gasto Publico como porcentaje del PIB	51.9%	52.8%	53.5%	63.2%	65.0%	25.2%
Gasto Publico Social En Millones de B/.	4,118.1	5,041.3	5,549.5	7,272.6	8,568.5	108.1%
Gasto Publico Social como porcentaje del Gasto Publico	40.6%	45.5%	44.6%	44.7%	47.2%	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 Publico 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 Publico en Salud como Porcentaje del PIB	6.8%	7.2%	7.2%	8.9%	9.7%	43.9%
Gasto Publico 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 Republica, 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.

El cuadro a continuación contiene información del Ministerio de Salud

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	Composicion Porcentual del Acumulado
TOTAL MINSA	827,991,848	927,043,723	1,083,080,538	1,115,478,426	1,222,279,180	1,524,904,722	1,749,538,974	2,000,202,300	10,450,519,711	
Incremento Porcentual Coimparado 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	263,693,339	275,009,491	330,786,497	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	82,805,000	288,050,056	9.4%
MATERIALES Y SUMINISTROS	58,047,188	62,738,713	54,201,568	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	
INVERSION	151,207,132	196,828,007	281,767,933	276,996,750	291,283,833	451,207,098	486,845,696	599,521,600	2,735,658,049	26.2%
Poblacion Esimada	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/. 268.68	B/. 309.06	B/. 299.55	B/. 322.71	B/. 396.00	B/. 447.08	B/. 503.14		

10.11 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: Primer nivel o educación básica general, Segundo nivel o educación media,

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

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

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

10.12 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.

10.13 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 por el 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.
- **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 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 (en concentran de 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 se desarrolla el programa de la beca universal educativa , que beneficia aproximadamente a 550 mil estudiantes a nivel nacional con una apoyo económico de 60 balboas por trimestres, lo que representa 180 Balboas anuales o por periodo escolar. Los únicos requisitos es el de mantener un promedio mínimos 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 arroja si tuviéramos un censo actualizado de discapacidad.

- **Bono Escolar:** Al igual que el programa de la beca universal es 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. Y se crea mediante el Decreto Ejecutivo 188 del 26 de febrero de 2010.

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.

11.2 Aguas Residuales

La cobertura de viviendas con algún tipo de servicios de disposición sanitaria de excretas en las 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, según el plan de gobierno actual. 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.

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 conceptuado 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 nueve 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 exparto 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 (El 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 Las 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 HTA: 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 En 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 boleras; 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.
- 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.
- Incremento del ISC para que los impuestos representen el 75% precio
- Expedición de Licencias según lo dispuesto en el Protocolo para la eliminación del Comercio Ilícito
- Establecimiento de un sistema de seguimiento y localización de cigarrillos.
- Coordinación y seguimiento al Acuerdo de Cooperación Técnica entre el MINSA y OPS para el Control de Tabaco en cumplimiento al artículo 22 del CMCT
- Seguimiento del cumplimiento del artículo 5.3 del CMCT en el proceso de su implementación.
- Coordinación permanente con la Autoridad Nacional de Aduanas para el Control del Comercio Ilícito de Productos de Tabaco.
- Implementación de una programa de cesación digital orientada a impactar en el consumo de tabaco en jóvenes, principalmente.

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 área 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. Porcentaje de población por provincia y de incidentes de violencia doméstica. Año 2012.

Provincia Comarca	Población (estimada)	% del total de la población	% de incidentes de violencia domestica
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	1.38	2.7
Comarca Guna Yala	40.733	1.06	-
Comarca Emberá- Wounaan	11.353	0.29	-

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 2002 a 826 en el 2012, con mayor prevalencia en las provincias de Panamá y Colón. El aumento ha sido constante desde el año 2008 que se reportaron a 383 y en el año 2012 826 denuncias.

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.

Solo en la Provincia de Panamá se reportó el 56.5 % de los incidentes, sobresaliendo los casos de Hurtos, Robo, Robo a Mano Armada, Violencia Domestica 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 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 Diagnostico 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.

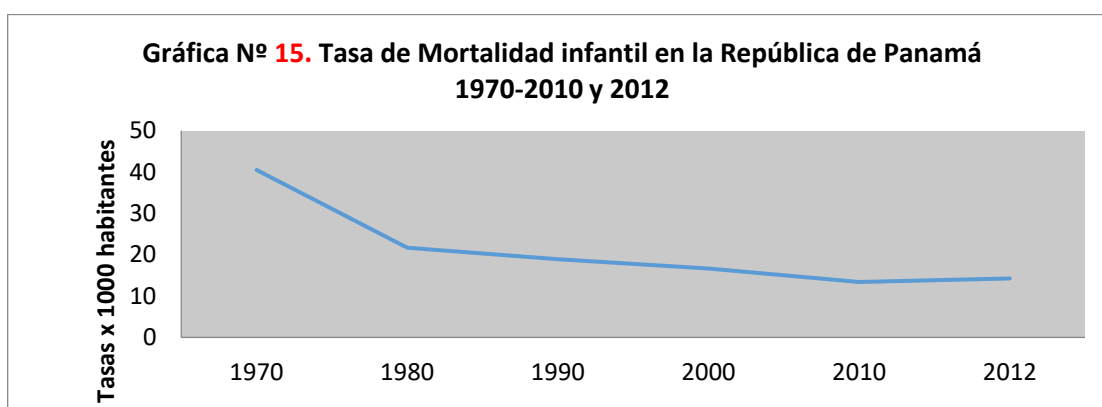
11.10.1 Monitoreo del ion flúor en el agua de consumo humano: En el periodo que abarco 2010-2012 se incrementó las intervenciones de eficacia comprobada mediante el mantenimiento y mejoramiento de los programas preventivo como el monitoreo del ion flúor según semana epidemiológica, se crea e implementa 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 43536 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 (13106 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.



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 7678 casos por 100 000 habitantes.

Grupo de 5 a 9

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 100000 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 piodermis 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 1443.9 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 las 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 especifica 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 7571.09, 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 la 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 (provincias, regiones o áreas)

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 Río 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 1000 habitantes.

Las variaciones en el perfil epidemiológico son claras cuando en los primeros años del análisis prevalecían 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.

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 1000 habitantes) son Pocrí, Guararé y Las Tablas de la Provincia de Los Santos y Río 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 1000 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:

Tasas de Mortalidad Infantil, según área urbana o rural en la República de Panamá 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.

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.

Mortalidad General e Infantil por Área, Según Provincia y Comarca. República De Panamá. Años: 1970-2010 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 Bugle
Mortalidad General (2)															
1970	7.1	5.5	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	3.6	5.4	4	2.4	4.6	5.5	4	3.9	5.6	-	-
2010	4.5	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	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
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 fetales de cualquier período de gestación.															
(2) Por cada mil nacimientos vivos.															

Fuente: Departamento de Registros y Estadísticas de Salud. 2013

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	
	N°	Tasa	N°	Tasa	N°	Tasa	N°	Tasa	N°	Tasa	N°	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	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	217	28.7

*Ciertas Afecciones Originadas en el período Perinatal, **Ciertas Afecciones Originadas en el Menor de Un Año

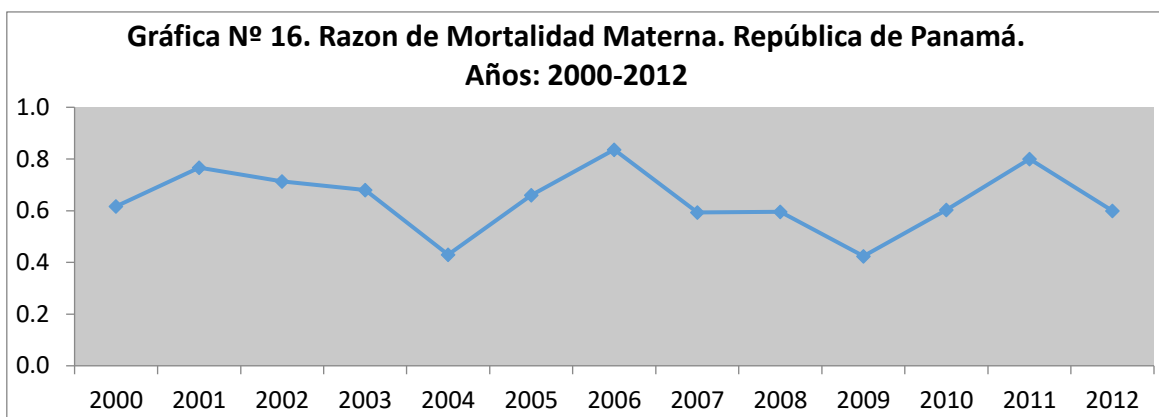
Se da cambio en la nomenclatura: Diarrea y Gastroenteritis de presunto origen infeccioso.

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

13.3 La Mortalidad Materna

La mortalidad materna en la República de Panamá, presentó 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 Nº 11. 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	Nº	Tasa	Nº	Tasa	Nº	Tasa	Nº	Tasa	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.

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 Poliomielitis 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 hab., respectivamente.

Otra de las enfermedades incluidas en el grupo de enfermedades del sistema circulatorio incluye las enfermedades Cardiocerebrovascular, las cuales difieren entre provincias, afectando más, en cuanto a enfermedad isquémica, a las provincias de Los Santos, Chiriquí y Colón. Respecto a la tasa de enfermedad hipertensiva por provincia, las provincias de Colón, Los Santos y Veraguas ocupan los tres primeros lugares.

Cuadro. Tres Principales Causas de Muerte Por Enfermedades Del Sistema Circulatorio por Provincia y Comarca. República de Panamá. Año: 2012

Provincia	Enfermedad Hipertensiva		Enfermedad Isquémica		Aterosclerosis	
	N°	Tasa	N°	Tasa	N°	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

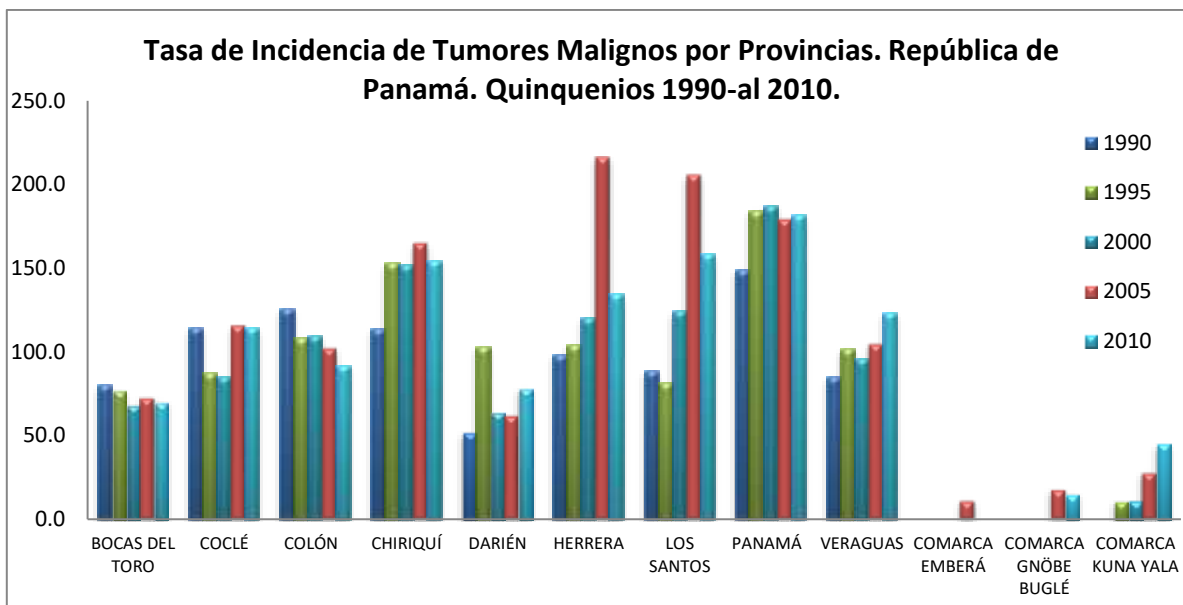
República de Panamá. Tasas por 100000 habitantes.

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.



Fuente: Departamento de Análisis de Situación y Tendencias de Salud. Ministerio de Salud.

República de Panamá. Tasas por 100000 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 canceres 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 100000 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 %, 1929 casos se dieron en el grupo de 20 a 59 años ocupando el 35% de los canceres 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 desde hace varias décadas figuran entre las principales causas de muerte, alternando con los tumores malignos y la enfermedad cerebrovascular, las primeras posiciones como causa muerte. 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.

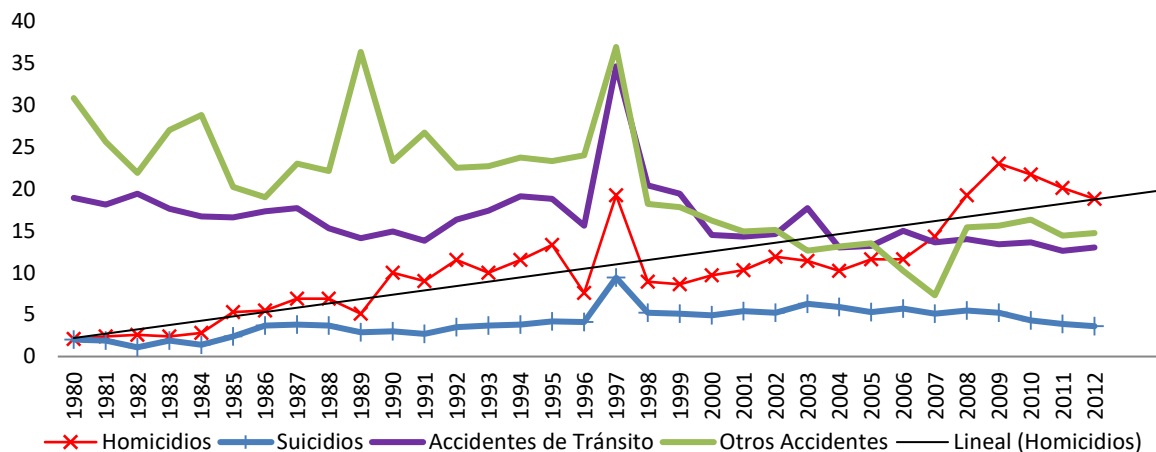
En el 2012 ocurrieron 1896 muertes debido a causas externas, con un promedio mensual de 158 defunciones. Cada día fallecen 5.2 personas por esta causa en general. Ocurren dos homicidios por día, 6 suicidios por quincena y cerca de 10 muertes por accidentes de tránsito por semana. En el periodo comprendido 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. 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%. Más 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 periodo analizado, la tasa de mortalidad especifica 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.

Aunque a simple vista este grafico de tasas por causas externas según sexo, impresiona no haber sufrido modificaciones en los últimos 22 años, recordemos que este valor lo componen: los homicidios, los suicidios y los accidentes de tránsito, y estos valores si han variado por año su proporción.

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 AVPPP, toda vez que ha alcanzado valores del 14.9% y de 33.5%.

14.1.4 Enfermedades Transmisibles

- a. Las 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 más 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 Poliomiелitis, 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, 2011 Y 2012 la tasa de Tétanos 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).

- b. 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.

A partir del 2005, la vacuna contra el Sarampión fue reemplazada por la MMR, siglas en ingles 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.

- c. Las 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 1551 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 6895 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.

d. 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 (1111.9), Metropolitana (999.4); Panamá Oeste (614.7), San Miguelito (598.6), Panamá Este (302.7), Guna Yala (293.5), Chiriquí (145.1), Coclé (134.8), Los Santos (131.8), Bocas del Toro (113.4), Herrera (112.7), Veraguas (76.9), Darién (58.6) y 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 8509 personas, siendo 5.180 del sexo masculino y 3329 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 - 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. Lo cierto es que son muchas las estrategias que han influenciado sobre este resultado, entre ellas el diagnóstico de la infección por VIH en fase latente y el inicio de la terapia antirretroviral en estadios previos a los signos y síntomas asociados a la enfermedad.

La razón hombre-mujer de SIDA por grupo de edad es similar en los grupos de 0-19 años, prácticamente se duplica la tasa en el grupo de 20-24 años y en los grupos de 25-44 años se triplica. En los grupos mayores de 45 años la razón hombre mujer va en aumento, hasta alcanzar 6 hombres por cada mujer en el grupo de mayores de 65 años. La razón hombre/mujer en el ámbito nacional ha sido de 3:1 en los últimos 10 años. El comportamiento de este indicador, desde el inicio de la epidemia a estas fechas es uno de los que más variación ha tenido, pues al inicio de la epidemia la diferencia llegó a ser más marcada; siendo que para el año de 1986, se presentó una relación casos de 17 hombres por cada mujer.

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 1031.2 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 APMP (Años perdidos por muerte prematura) 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 2254 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.

e. Enfermedades transmitidas por vectores.

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 (2244) y en 2003 con 4490 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 (7). 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. (7) 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 1500 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 hoffmanni*). 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 siendo el año con mayor número de casos el 2006 (3.774) 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 periodo 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 casos, Las Minas con un caso y Los Pozos con un caso. La provincia de Panamá y Darién han registrado casos, los cuales en la investigación epidemiológica, se ha identificado que los mismos se han infectado en las provincias centrales. Podemos considerar que el Síndrome Cardiopulmonar por Hantavirus en las Provincias de Los Santos, Herrera, Coclé y Veraguas es una enfermedad endémica.

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.

f. Salud mental

Con relación a los avances, 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 (MINSAL) y la Caja de Seguro Social (CSS) que ha permitido diagnosticar y atender más casos a tiempo.

El Ministerio de Salud de Panamá (MINSAL) 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 100,000 habitantes. Las Regiones de Herrera, Los Santos, Chiriquí, Veraguas y Coclé, presentaron las tasas más elevadas 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 resolutive 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, puérperas 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 estructuro y valido 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 profesiones realizan las capacitaciones por cuenta propia, los Colegios correspondientes no 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 6144 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 CSS como en el 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.

Parte 2: Insumos y Capacidades del Sistema de Salud

Línea Estratégica 1.

Ampliar el acceso equitativo a servicios de salud, integrales, de calidad, centrados en las personas y comunidades



Objetivo 1 Avanzar en la definición de servicios de salud centrados en las personas y comunidades, de acuerdo con las necesidades y prioridades de salud, capacidad del sistema y contexto nacional

Hemos logrado avanzar en la definición de los servicios de salud enfocados en las personas y sus necesidades prioritarias y cotejarlos con la capacidad de respuesta del sistema en el contexto nacional, encontrando brechas de equidad que evidencian dos países con grandes diferencias en su desarrollo social y económico.

En el **Análisis de Situación de Salud (ASIS)** se caracteriza en forma explícita la situación de salud de las poblaciones y específicamente aquellas en condiciones de vulnerabilidad según barreras: geográficas, socioeconómicas, culturales y funcionales, este reporte incluye un análisis explícito de los determinantes socioeconómicos de la salud con una clara perspectiva de género.

Evidencia las necesidades de salud insatisfechas, las cargas de enfermedad actual y su tendencia. Dicho análisis es un insumo fundamental para el establecimiento de los lineamientos de política de salud y del plan estratégico de salud. En este año 2015, para su elaboración se contó con la amplia participación de las instituciones vinculadas a las determinantes de la salud entre las que figura la Caja de Seguro Social, los Ministerios de Economía y Finanzas, de Educación y Desarrollo Social entre otras instituciones gubernamentales. Se generó una amplia participación de entidades no gubernamentales y representantes de grupos sociales organizados, su periodicidad es de al menos cada cinco años y su elaboración es liderada por el equipo humano de las regiones de salud y de la sede central del Ministerio de Salud, coordinado por los Planificadores Nacionales y Regionales.

En la página web del MINSa se encuentra la información detallada del ASIS de cada región de salud y para el país, que puede ser ubicada en este link. http://www.minsa.gob.pa/sites/default/files/publicaciones/asis_2015.pdf



Otro mecanismo utilizado para conocer las necesidades de las poblaciones son los Consejos Consultivos Comunitarios donde participan la comunidad organizada. Estos consejos son convocados por las autoridades de salud nacionales, regionales o municipales y su fin es el de informar y escuchar sobre las necesidades de salud de la población, sobre todo de aquellas poblaciones más vulnerables. Durante los mismos, también se incluyen propuestas explícitas de acción orientadas a la implementación de programas y/o

proyectos de salud que tienen en consideración las necesidades diferenciadas de la población. Las actas de las reuniones usualmente son de manejo del Despacho del Ministro, los Directores, Jefes y/o Coordinadores de Salud.

También se realizan, Consejos Provinciales y Consejos Municipales al primero le corresponde actuar como órgano de consulta del Gobernador de la Provincia, de las autoridades provinciales y de las autoridades nacionales en general, se requiere de informes de los funcionarios nacionales, provinciales y municipales en relación con asuntos concernientes a la Provincia. Para estos efectos, los funcionarios provinciales y municipales están obligados, cuando los Consejos Provinciales así lo soliciten, a comparecer personalmente ante éstos a rendir informes verbales. Los funcionarios nacionales pueden rendir sus informes por escrito.

En el caso de los Consejos Provinciales, los mismos pueden solicitar a las autoridades nacionales y provinciales, estudios y programas de interés provincial. Por su parte, al Consejo Municipal le corresponde prestar los servicios públicos y construir las obras públicas que determine la Ley, ordenar el desarrollo de su territorio, promover la participación ciudadana, así como el mejoramiento social y cultural de sus habitantes y cumplir las demás funciones. El Ministerio de Salud es uno de los miembros de los Consejos.... Estos Consejos son escenarios permanentes de consulta y rendición de cuentas. En ellos participan representantes de la sociedad civil organizada, de grupos étnicos, autoridades comarcales, personas con discapacidad y, organizaciones de pacientes, entre otras. La periodicidad de las reuniones pueden ser mensuales, trimestrales, semestrales, las actas de los consejos son instrumentos para la gestión del gobierno local, municipal o provincial.

Para llenar el formulario 1

Este es el formulario 1 en su parte de frontal:

SISTEMA SOCIAL DEL PAÍS

Nombre y apellido de la Institución Salud: Nombre: **ESPERANZA**

Apellidos: **RODRIGUEZ RODRIGUEZ**

Dirección Postal: **07000** Correo: **ESPERANZA@ESPERANZA.PA**

Departamento: **BOGOTÁ** Ciudad: **BOGOTÁ**

Punto de contacto del formulario: **ESPERANZA**

Nombre y apellido de las personas entrevistadas. Se debe de ser el delegado para las personas entrevistadas en las Comandancias (COPAC).

1. Nombre: **RODRIGUEZ** Apellido: **RODRIGUEZ** Cédula: **1234567890**

2. Nombre: **RODRIGUEZ** Apellido: **RODRIGUEZ** Cédula: **1234567890**

3. Nombre: **RODRIGUEZ** Apellido: **RODRIGUEZ** Cédula: **1234567890**

4. Nombre: **RODRIGUEZ** Apellido: **RODRIGUEZ** Cédula: **1234567890**

5. Nombre: **RODRIGUEZ** Apellido: **RODRIGUEZ** Cédula: **1234567890**

PERSONA/A	PERSONAS ENTREVISTADAS	TOTAL POR PERSONA/A
1. El Equipo de Salud vive a día de hoy:	1 1 1 1 1 1	6
Hace más de dos meses:		
2. El Equipo de Salud vive con tiempo al día que viene la gira?	1 1 1 1 1 1	6
No:		
3. El Equipo de Salud atiende:	Todo el día	
Solo en la mañana o en la tarde:		
4. El Equipo de Salud le explicó los resultados de la consulta médica?	1 1 1 1 1 1	6
No:		



Un ejemplo de instrumentos de participación social aplicados por el MINSA y que están debidamente documentados son las auditorías sociales, cuyos informes descansan en la Dirección de Provisión de Servicios de Salud del MINSA

No se ha generado un Plan Nacional de salud como parte del ejercicio del rol rector de conducción de la salud en el país. Debido a que el sistema de salud de nuestro país está fragmentado y segmentado, se cuenta con Planes Operativos Anuales que se presentan por institución: MINSA y CSS. Adicionalmente, existe un Plan

Estratégico Sectorial que fue desarrollado para la sostenibilidad de las Políticas de Salud.

Anualmente, la Dirección Nacional de Planificación y las direcciones regionales de salud elaboran anuarios estadísticos que son utilizados para la planificación y gestión de los servicios de salud. De igual forma, la CSS publica sus estadísticas nacionales. Esta información sumada a las necesidades evidenciadas en los Consejos Consultivos Comunitarios, los Consejos de Gobierno y Municipales, al igual que las auditorías sociales, sirven de insumo para la elaboración del Plan Operativo Anual (POA), que incluye actividades específicas para las poblaciones en situación de vulnerabilidad y analiza explícitamente la capacidad institucional para responder a las necesidades de la población en situación de vulnerabilidad y toma como referentes, además de lo antes mencionado las Políticas de Salud.

El recurso económico que se requiere para la implementación del plan, da lugar al anteproyecto de presupuesto anual, requisito para que el Ministerio de Economía y Finanzas asigne los respectivos presupuestos a las unidades ejecutoras.

Las unidades ejecutoras entregan sus Planes Operativos Anuales (POA's) a las Direcciones Regionales para el MINSA o Institucionales para la CSS, procurando distribuir en los objetos de gasto, que conforman el presupuesto, las cantidades de recurso financiero que se requiere para su implementación y así poder dar respuesta a las necesidades de salud de la población de responsabilidad, aunque las asignaciones no incluyen los recursos suficientes para la ejecución integral de los POA's.

Existen varias limitantes en este proceso de planificación y presupuestación entre las que podemos mencionar: la carencia de una contabilidad de costos en salud, que nos permita conocer los costos reales de los servicios que ofrecemos; la asignación presupuestaria por objeto de gasto y no por programa o resultados; la falta de capacidad del sistema para la ejecución presupuestaria fluida y oportuna, entre otros.

En forma histórica, se evidencia un mayor porcentaje de recursos financieros asignado a los hospitales, esta situación tiene varias causas siendo una de las más importantes la existencia de un modelo de atención patocéntrico que se concentra en procesos curativos y de rehabilitación (prevención terciaria) que son más costosos, situación cónsona con la complejidad de la tecnología requerida, otra causa relevante es que en la práctica los hospitales atiende una demanda excesiva de problemas que no corresponden a su nivel de atención generando una inadecuada erogación de recursos financieros y una merma en la capacidad de resolución sobre todo de la atención de urgencia por demanda que no corresponde, una tercera causa y no menos importante es la falta de capacidad resolutoria del primer nivel de atención para resolver los problemas antes que los mismos aparezcan o cuando los síntomas se empiezan a manifestar. Estas situaciones hacen muy compleja y difícil la posibilidad de re asignar los recursos financieros disponibles para fortalecer la promoción, educación en salud, el diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno (prevención primaria y secundaria). Se requiere de una asignación financiera sostenible que se asigne al primer nivel de atención mientras que se logre fortalecer la capacidad instalada que permita la implementación de acciones de prevención primaria y secundaria, en la medida del tiempo que se requiera para cerrar las brechas existentes entre la salud y la enfermedad en nuestro país. Con ello se podrá trabajar en forma paralela en una planificación presupuestaria basada en resultados y en la reorientación de la asignación financiera para lograr el balance que se requiere y el cumplimiento de la hoja de ruta y del plan de Acceso Universal a la salud y Cobertura Universal de salud que prioriza las acciones de promoción, prevención, sobre las de curación y rehabilitación.

Los Planes Operativos anuales de las Regiones del Salud y del MINSA central se digitalizan en la herramienta contenida en el Sistema de Monitoreo y Evaluación del Plan Estratégico del Sector Salud conocida como SIMEPESS a la que se puede acceder vía web mediante clave de usuario.



Para el quinquenio 2016- 2020 se realizó un debate entre el MINSA y la CSS para unificar criterios y evitar duplicidad en las inversiones que serían consideradas en el Plan Maestro de Inversiones. La Ley establece que todas las instituciones del Estado debemos presentar ante el Ministerio de Economía y Finanzas un plan quinquenal. Por primera vez para el año 2017 se gestionará un Plan Nacional de Salud.



Objetivo 2 Aumentar la capacidad resolutive del primer nivel de atención

El país cuenta con un total de 859 instalaciones de salud, de las cuales 591 corresponden a puestos de salud y sub centros de salud, instalaciones que tienen una capacidad resolutive limitada orientada al desarrollo de acciones de promoción de la salud y protección específica, por lo que técnicamente dependen de un centro de salud para lograr la atención integral, en general están ubicadas en áreas de muy difícil acceso; para atención de población privada de libertad se cuenta con 4 instalaciones.

Las 264 Instalaciones de salud restantes se categorizan entre: centros de salud 184, Poli centros de Salud 6, MINSA CAPSI 10, Policlínicas 26, ULAPS 15 y CAPPs 23; su oferta de servicios ambulatoria hace énfasis en Promoción de la Salud y Participación Social, Prevención (con enfoque de intervención en los riesgo que afectan la salud del individuo, de la familia, la comunidad y el ambiente; así como en el diagnóstico precoz y tratamiento oportuno). También ofrecen servicios de atención curativa, cirugías menores y ambulatorias y tareas básicas orientadas a la rehabilitación. En algunos casos y sobre todo en áreas de difícil acceso cuentan con servicios de atención de parto y de hospitalización para patologías de baja complejidad.

Si tomamos en cuenta la definición del primer nivel de atención, como la provisión de servicios integrados y accesibles, con personal de salud que se hace responsable por resolver la mayoría de las necesidades de salud de las personas, desarrollando una relación sostenida con la gente, y practicando en el contexto de la familia y la comunidad, podemos decir que el subsector público

en nuestro país incluye 264 instalaciones. No contamos con información de las instalaciones de primer nivel de atención del subsector privado.

Cada instalación del primer nivel de atención del subsector público, reconoce que tiene un territorio/población bajo su responsabilidad, del cual tiene amplio conocimiento en cuanto a sus necesidades específicas y preferencias en cuestiones en salud. En las comunidades donde solo existen instalaciones del Ministerio de Salud o solamente instalaciones de la Caja de Seguro Social se facilita la definición de la población de responsabilidad. Mientras que en aquellas comunidades donde están presentes las dos instituciones se dificulta establecer la población y territorio a cargo, situación que se refleja en la asignación de la misma población de responsabilidad en los POA de ambas instituciones, aunque la CSS por Ley es responsable únicamente de la atención de la población asegurada. Para efectos de la planificación se usa la población de responsabilidad, el país cuenta con más población asegurada que no asegurada pero la Caja de Seguro Social cuenta con menor cantidad de instalaciones (80) que el Ministerio de Salud (830). Esta diferencia se hace notar con mayor claridad en el primer nivel de atención donde la CSS cuenta con 23 CAPPs, 15 ULAPS y 26 Policlínicas y el MINSa con 183 CS, 6 MINSa CAPSI y 6 Poli centros. Sobre este particular, es de anotar que la CSS cuenta con más instalaciones de primer nivel con mayor complejidad que el MINSa (26 Policlínicas vs 6 Poli centros, 6 MINSa CAPSI).

En la práctica, debido a que la población no está nominalizada, la población con o sin seguro social puede acceder a instalaciones del MINSa a libre demanda, sobre todo porque son las instalaciones más ampliamente distribuida en el territorio nacional, mientras que la población que no cuenta con seguro social puede acceder a instalaciones de la CSS en el interior del país en las instalaciones amparadas bajo el Convenio de Compensación de Costos MINSa – CSS. En el caso de las Regiones Metropolitana de Salud, Panamá Norte y San Miguelito esta práctica no se da porque no están cubiertas por el precitado convenio

Esta información está disponible en el documento “Listado de instalaciones de Salud, REGES/DIPLAN,



http://www.minsa.gob.pa/sites/default/files/publicacion-general/listado_de_instalaciones_de_salud_ano_2014.pdf



Estadísticas de Salud de INEC”.

http://www.contraloria.gob.pa/inec/Publicaciones/Publicaciones.aspx?ID_SUBCATEGORIA=37&ID_PUBLICACION=694&ID_IDIOMA=1&ID_CATEGORIA=5

Existen programas específicos del MINSa y de la CSS donde la población beneficiaria es nominalizada. En el caso del MINSa se puede mencionar la Estrategia de Fortalecimiento de Cobertura con el programa de mejoramiento de la equidad y fortalecimiento de los servicios de salud con una población objetivo a nominalizar de 1.2 millones de personas. Información sobre la estrategia se encuentra en el siguiente enlace:

<http://190.34.154.88/procedimientos/ProyectoMejoramientoEquidadyFortalecimientoServiciosSalud/Informes/Progreso/Informe%20Semestral%20PMEFSS%202014.pdf>

La CSS cuenta con adscripción a programas en sus instalaciones de salud pero no se realiza de manera activa sino responde a la solicitud de ingresar a programas específicos, como ejemplos: Programa de médico de cabecera (CSS), SADI (CSS), Visitas domiciliarias (CSS).

www.css.gob.pa/medicocabecera.html

Médico de Cabecera
Instalaciones donde puedes encontrar el programa Médico de Cabecera. 1. CAPPs Pedregal. 2. CAPPs Torrijos Carter. 3. CAPPs Los Nogales. 4. CAPPs ...

www.css.gob.pa/web/24-abr-2015santalibrada.html



En Santa Librada adscriben asegurados de la III edad al programa ...

24/abril/2015. En Santa Librada adscriben asegurados de la III edad al programa Médico de Cabecera CSS REALIZA FERIA DE SALUD EN LA POLICLÍNICA ...

El 100% de las instalaciones de salud de primer nivel de atención tiene bajo su responsabilidad población en base territorial (264/264 x 100) y 100% de esos establecimientos de primer nivel de atención tienen conocimiento de las necesidades en salud de la población a cargo (264/264 x100) Desde que se crea en el año de 1969 el MINSA su visión fue “Salud igual para todos” y crea las instalaciones denominadas “Centros de Salud” solo el nombre muestra que se priorizaba la salud de la población de responsabilidad. Desde ese entonces el modelo de atención establece que el sistema debe responder a la necesidad del individuo, la familia y la comunidad. Y debe garantizar el acceso del individuo desde su nacimiento, adscribiéndole al sistema y garantizándole la cobertura con los programas de salud pública y de atención independientemente que sea en el sector público o privado. El primer nivel tiene la responsabilidad de conocer su población y verificar que tenga acceso y cobertura.

Es por ello que se considera al primer nivel de atención en el subsistema público como la puerta de entrada al sistema de salud, entendida esta como el sitio donde se llevan a cabo los controles de salud y se atienden los episodios de enfermedad menos complicados durante el curso de vida, sin embargo si el paciente no acude a sus controles, el sistema realiza la búsqueda de inasistentes, ese proceso de búsqueda de inasistentes se ha visto muy debilitando en los últimos 15 años. A partir de 2015 se inició la búsqueda activa de pacientes con enfermedades no transmisibles, a través del censo de salud preventiva, los cuales son referidos a los programas de salud correspondientes; además, se realiza la búsqueda activa de casos de riesgo epidemiológico y en los programas de mejora de la equidad en salud.

Existente un sistema de derivación de paciente orientado a garantizar la continuidad de la atención cuando el primer nivel de atención es superado por la complejidad del problema de salud que presenta el paciente, se denomina Sistema Único de Referencia y Contra referencia (SURCO), cada instalación de salud reconoce dentro de la red las instalaciones de salud que le refieren pacientes y a las que les corresponde referirlo.

En el documento Red Pública de Servicios de Salud: Reorganización y Definición por Niveles de Atención y Grados de Complejidad en la página 61 se documenta el sistema de referencia y contra referencia que es



utilizado por el Ministerio de Salud y la Caja de Seguro Social. En él se pueden ubicar:

- El instrumento utilizado para hacer la referencia y contra referencia.
- Cuáles son las causas por las cuales el paciente debe mantenerse en control con el médico especialista y cuándo debe ser devuelto a su instalación de salud del primer nivel.
- El sistema de control y evaluación del SURCO. Se instituye la conformación de una comisión conjunta MINSA- CSS en cada región de salud, que se reunirá periódicamente de acuerdo a lo establecido en los indicadores
- Cuadro de indicadores en la página 63.

A pesar que en el formulario de Registro Diario de Actividades se consigna las referencias y los diagnósticos, a nivel regional no se llevan estadísticas de las tasas de derivación por causas, que permitan tomar decisiones gerenciales.

A continuación se muestra el instrumento de referencia y contra referencia del SURCO

El formulario muestra los campos para el paciente (datos personales, identificación del paciente, motivo de referencia, exámenes físicos, resultados de exámenes y diagnósticos) y para el profesional (datos personales, número de registro, firma y sello).

El subsector privado tiene mecanismos de derivación a través de las aseguradoras.

El cuadro a continuación evidencian el porcentaje de centros de primer nivel de atención que utilizan guías de referencia y contra-referencia a nivel inter-institucional y gestión de casos y enfermedad.

Indicador
Porcentaje de centros de primer nivel de atención utilizan guías de referencia y contra-referencia a nivel inter-institucional y gestión de casos y enfermedad.

Centros de primer nivel de atención utilizan guías de referencia y contra-referencia a nivel inter-institucional y gestión de casos y enfermedad **x 100**

Centros de primer nivel de atención

REGION DE SALUD/ SERVICIO	BOCAS DEL TORO	COCLE	COLON	CHIRIQUI	DARIEN	GUINA YALA	HERRERA	LOS SANTOS	NGOBE BUGLE	PANAMA ESTE	PANAMA NORTE	PANAMA METRO	PANAMA OESTE	SAN MIGUELITO	VERAGUAS
UTILIZAN SURCO	100,0	100,0	100,0	35,0	100,0	100,0	100,0	100,0	NR	100,0	100,0	NR	100,0	100,0	100,0

Fuente: REGES Regional y del Hospital

Como patología trazadora para verificar la tasa de derivación tenemos “El porcentaje de embarazadas de alto riesgo referidas a médico obstetra”, el cuadro a continuación muestra la información obtenida a partir de base de datos de registros estadísticos (SIES),

Indicador																
Porcentaje de Embarazo de alto riesgo referida a obstetricia																
<u>Número de embarazadas de alto riesgo derivadas a consulta especializada de obstetricia</u>																
x100																
Número de embarazadas atendidos que requerirían asistencia especializada según norma																
REGION DE SALUD / SERVICIO	BOCAS DEL TORO	COCLE	COLON	CHIRIQUI	DARIEN	GUNA YALA	HERRERA	LOS SANTOS	NGOBE BUGLE	PANAMA ESTE	PANAMA NORTE	PANAMA METRO	PANAMA OESTE	SAN MIGUELITO	VERAGUAS	
% EAR referida a Médico Obstetra	43,2	1,0	37,8	27,0	70,0	73,0	1,9	4,0	NR	NR	13,2	NR	22,0	56,2	12,9	

Fuente: REGES Regional y del Hospital

Indicador																
Porcentaje de consultas a especialistas que son remitidas desde el primer nivel de atención a los establecimientos receptores dentro la red.																
<u>Número de consultas a especialista remitidas desde el primer nivel</u>																
x 100																
Número total de consultas a especialista.																
REGION DE SALUD / SERVICIO	BOCAS DEL TORO	COCLE	COLON	CHIRIQUI	DARIEN	GUNA YALA	HERRERA	LOS SANTOS	NGOBE BUGLE	PANAMA ESTE	PANAMA NORTE	PANAMA METRO	PANAMA OESTE	SAN MIGUELITO	VERAGUAS	
porcentaje de consultas a especialistas	NR	79,0	6,0	13,0	5,0	0,0	41,0	NR	NR	NR	1,6	NR	NR	20,0	42,0	

Fuente: Regiones de Salud

El cuadro siguiente muestra el porcentaje de instalaciones de primer nivel de atención por región de salud que cuentan con uno o más servicios de los mencionados.

No todos los establecimientos de primer nivel de atención cuentan con servicios básicos de laboratorio, radiología, espirometría, ECG, cirugía ambulatoria mínima, y medicina tradicional.

Indicador
Porcentaje de establecimientos de primer nivel de atención con servicios básicos de laboratorio, radiología, espirometría, ECG, cirugía ambulatoria mínima, y medicina tradicional según las prioridades del sistema.

Número de establecimientos de primer nivel de atención con servicios básicos de laboratorio, radiología, espirometría, ECG, cirugía ambulatoria mínima, y medicina tradicional según las prioridades del sistema x 100

Número de establecimientos de primer nivel de atención

REGION DE SALUD / SERVICIO	BOCAS DEL TORO	COCLE	COLON	CHIRIQUI	DARIEN	GUNA YALA	HERRERA	LOS SANTOS	NGOBE BUGLE	PANAMA ESTE	PANAMA NORTE	PANAMA METRO	PANAMA OESTE	SAN MIGUELITO	VERAGUAS
LABORATORIO	27,2	72,0	18,2		30,0	26,3	38,0			33,0	50,0	85,7		85,7	
RADIOLOGIA	9,0		9,1				19,0			8,0		9,5		14,3	
ESPIROMETRIA	18,1	33,0				10,5	6,7			25,0			42,0		
EKG		44,0	9,1			10,5	19,0					4,8	42,0		
CIRUGIA AMBULATORIA			9,1		100,0						50,0	4,8		14,3	
MEDICINA TRADICIONAL			100,0		100,0	84,2									
TODOS LOS ANTERIORES				4,7				21,0	NR						15,0

Fuente: REGES Regional y del Hospital

En el primer nivel de atención en Panamá existen diversos grados de complejidad, un alto porcentaje de instalaciones sólo cuentan con servicios de promoción de la salud y diagnóstico y tratamiento clínico de medicina general, odontología y con servicios de farmacia para tratamiento con medicamentos definidos en la lista de medicamentos establecida según grado de complejidad de la instalación pero no cuentan con servicios de diagnóstico por laboratorio, imagen u otros.

El documento Lineamientos para la Reorganización de la Red Pública de los Servicios de Salud. Propuesta conjunta MINSA- CSS Año 2002, establece los niveles de atención y los grados de complejidad que deben existir en el país y contempla el personal de salud que lo compone, en su página 21 anota: “un equipo básico de salud conformado de manera esencial por un médico general, enfermera, auxiliar de enfermería, adicionalmente nutricionista, trabajador social, psicólogo comunitario, educadora para la salud y técnicos ambientales. Deberán de tener una población de responsabilidad de un mínimo de 2500 habitantes y en áreas de mayor concentración y entre 1000 y 2000 en área de población dispersa”.

El modelo de atención individual, familiar comunitario que se implementó a mediados de los años 90 en tres Regiones de Salud en San Miguelito, Metropolitana y Coclé el cual fue abandonado, proponía este equipo básico de salud y 2500 habitantes como población de responsabilidad.



Con un rol rector débil y un sistema de prestación de servicios fragmentado no contamos con un modelo de atención único. Actualmente



el MINSA está en proceso de validar el modelo de atención basado en APS y RISS, Modelo de Atención, Individual, Familiar, Comunitario y Ambiental, en tanto la CSS tiene un modelo basado en APS pero no cuenta con todo el personal de salud necesario para su implementación integral. Las limitantes de personal se dan sobre todos en las disciplinas relacionadas con la atención comunitaria y ambiental,

Puede decirse que en la práctica en Panamá:

- El equipo básico de salud está integrado por el médico, odontólogo, enfermera, técnico de enfermería, trabajador social, nutricionista, psicólogo comunitario, educador de la salud, técnico en saneamiento ambiental, técnico en control de vectores y farmacéutico. Adicional se cuenta con recursos humanos especializados, entre ellos médicos especialistas, tecnólogos médicos, fisioterapeutas y otros.
- Que existen evidencias que se encuentran en;
- El documento del Modelo de Atención Individual, Familiar Comunitario y Ambiental en el MINSA
- En el documento, Modelo de Atención Integral basado en APS en la CSS
- En los Análisis de Situación de Salud.

Existe un protocolo o guía nacional que describe explícitamente el modelo de atención estandarizado con enfoque de salud familiar y comunitaria y/o intercultural, lingüístico y de género, pero no existe instrumento para medir la aplicación de dicho protocolo o guía nacional en las instalaciones de salud del país.

En cuanto al número y distribución del personal de salud, para el año 2014, un 87% del personal médico labora en las instituciones públicas (47% en las instalaciones de la CSS y 39% en las instalaciones del MINSA), el 14% restante en la Universidad de Panamá, Instituto Panameño de Habilitación Especial y las instalaciones de salud del sector privado.

En el año 2012 en Panamá, se registraron 15.9 médicos por 10,000 habitantes que corresponde a una densidad superior a lo recomendado por el Banco Mundial (10 por cada 10,000 habitantes) y un poco superior a lo recomendado por la OMS/OPS (12.5 por cada 10,000 habitantes), 13.6 enfermeras por 10,000 habitantes, lo que se interpreta como superior al registrado para Centroamérica y 3.3 odontólogos por 10,000 habitantes, lo cual es superior a lo registrado en el Istmo.

Estudios globales muestran que por debajo de 25 profesionales por 10.000 habitantes, muy pocos países consiguieron alcanzar metas mínimas de salud relacionadas con los Objetivos de Desarrollo del Milenio. En las regiones de salud indígenas, el personal de salud sigue siendo escaso, se mantiene por debajo de los 11 profesionales por 10,000 habitantes para el año 2012. Sin embargo, en las provincias de Los Santos y Herrera la densidad de personal de salud es superior a los 40 por cada 10,000 habitantes, situación que obedece en parte a la concentración de establecimientos hospitalarios en esas regiones de salud

El cuadro a continuación muestra el número de beneficiarios del sistema público y/o privado de salud que están cubiertos por servicios del primer nivel de atención.

Indicador

Número de beneficiarios del sistema público y/o privado de salud que están cubiertos por servicios del primer nivel de atención

REGION DE SALUD / SERVICIO	BOCAS DEL TORO	COCLE	COLON	CHIRIQUI	DARIEN	GUNA YALA	HERRERA	LOS SANTOS	NGOBE BUGLE	PANAMA ESTE	PANAMA NORTE	PANAMA METRO	PANAMA OESTE	SAN MIGUELITO	VERAGUAS
Numero de beneficiarios cubiertos por el 1er nivel de atencion	156.478	233.708	NR	358.663	61.000	31.160	117.826	95.150	NR	67.120	84.459	NR	NR	247.291	244.415

Fuente: REGES Regional

Los siguientes links muestran las evidencias con respecto al tema RRHH en Salud de Panamá 2014 y las metas regionales de RRHH en salud 2007-2015 Panamá, respectivamente.

http://minsa.gob.pa/sites/default/files/publicacion-general/informe_anual_del_recurso_humano_en_salud_rhs_panama_2014.pdf

<http://www.observatoriorh.org/panama/?q=node/28>

http://www.observatoriorh.org/centro/sites/default/files/webfiles/fulltext/metascaydormedicionpanama2007_2015.pdf



Unas de las acciones implementadas en el país, con el propósito de mejorar el acceso a los servicios de salud y aumentar las coberturas de atención de la población, ha sido la extensión de horarios de atención de los servicios de salud después de las tres de la tarde cuando se cumplen su ocho horas reglamentarias y los servicios de urgencias en algunas instalaciones de salud del primer nivel de atención. En el cuadro a continuación se muestra el porcentaje de establecimientos con extensión de horario y servicios de urgencias 7 días a la semana 24 horas al día según informan las regiones de salud.

Indicador.

Porcentaje de establecimientos de primer nivel de atención donde existan esquemas de extensión horaria para facilitar el acceso a la población.

Número de establecimientos de primer nivel de atención (privado y/o publico) donde existan esquemas de extensión horaria para facilitar el acceso a la población X 100
Número de establecimientos de primer nivel de atención.

REGION DE SALUD / SERVICIO	BOCAS DEL TORO	COCLE	COLON	CHIRIQUI	DARIEN	GUNA YALA	HERRERA	LOS SANTOS	NGOBE BUGLE	PANAMA ESTE	PANAMA NORTE	PANAMA METRO	PANAMA OESTE	SAN MIGUELITO	VERAGUAS
HORARIO EXTENDIDO	15.3	5.0	47.0	0.0	100.0	0.0	25.0	14.3	NR	16.0	75.0	9.5	7.0	42.9	50.0

Fuente: REGES Regional

Indicador

Porcentaje de la población cubierta por establecimientos de primer nivel de atención (sistema público y/o privado) con esquemas de servicios de urgencia.(24h/7 días)

Número de beneficiarios del primer nivel de atención con esquemas de servicios de urgencia X
100

Número de beneficiarios de primer nivel de atención

REGION DE SALUD / SERVICIO	BOCAS DEL TORO	COCLE	COLON	CHIRIQUI	DARIEN	GUNA YALA	HERRERA	LOS SANTOS	NGOBE BUGLE	PANAMA ESTE	PANAMA NORTE	PANAMA METRO	PANAMA OESTE	SAN MIGUELITO	VERAGUAS
Servicios de Urgencias 24/7	100,0	39,5	49,0	45,0	100,0	100,0	7,0	14,3	NR	33,0	0,0	NR	0,0	6,0	10,8

Fuente: Regiones de Salud

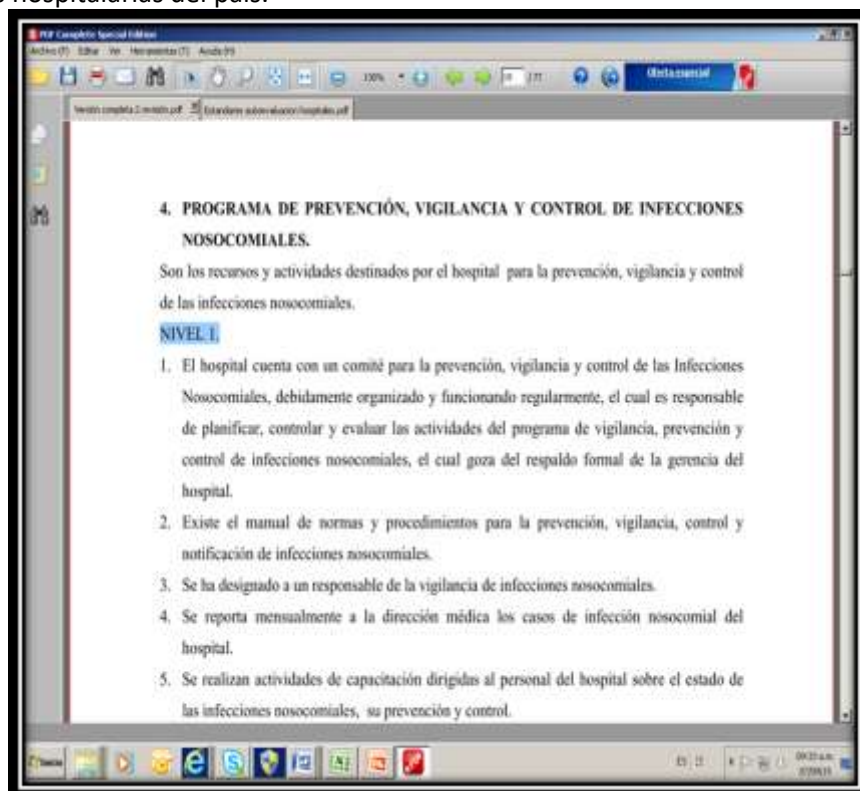
Otro de los elementos de equidad en el acceso está relacionado con la existencia de los estándares de habilitación, certificación y acreditación para instalaciones de salud, los cuales fueron elaborados para el MINSA en el año 2001 y actualmente se encuentran en proceso de actualización en el departamento de instalaciones de salud de la Dirección General de Salud.

Los mismos contemplan la existencia de protocolos para la certificación de las instalaciones de salud.

En el primer nivel de atención estos estándares son utilizados en aquellas instalaciones de salud que tienen áreas de hospitalización de corta estancia. A continuación se muestra parte de los estándares de certificación de un servicio de hospitalización para un hospital del primer nivel de atención.

ESTÁNDARES PARA LA CERTIFICACIÓN DE HOSPITALES PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN			
DESCRIPCIÓN	SI	NO	N/A OBSERVACIONES
SERVICIO DE ATENCIÓN			
HOSPITALIZACIÓN			
Se cuenta con médico responsable del área			
Se cuenta con enfermera responsable del área			
Se cuenta con personal de auxiliar de enfermería de apoyo			
Se cuenta con programación de turnos las 24 horas			
Cuenta con un sistema de admisión del paciente			
Se cuenta con personal administrativo de apoyo			
Se aplican las normas para el manejo del expediente clínico			
Se aplican las normas para la prevención de Infecciones Nosocomiales			
Se aplican las normas de Bioseguridad			
Existe protocolo para el egreso del paciente			
Se aplica el protocolo para el egreso del paciente			
Se cuenta con los protocolos clínicos de atención			
Se aplican los protocolos clínicos de atención			
Se tienen los protocolos de atención en casos de urgencias			
Se aplican los protocolos de atención en casos de urgencias			
Se realiza control de referencia al egreso de cada paciente			
Se brinda información al paciente sobre su diagnóstico y tratamiento			
Se realiza control de medicamentos			
Se tiene un stock de medicamentos para casos de urgencias			
Se cuenta con un sistema para el suministro de medicamentos al paciente			
Se aplica el protocolo clínico de atención de la paciente césarea			
Se aplica el protocolo clínico de atención de recién nacidos			
Se brinda orientación a la puérpera sobre el cuidado del recién nacido			

Como ejemplo de la existencia de estándares de acreditación, elaborados por la Unidad Técnica de Hospitales en el año 2006, que incluye la existencia de un programa de prevención, vigilancia y control de infecciones nosocomiales. Operacionalmente, este programa se apoya en una Comisión Nacional Interinstitucional y multidisciplinaria que efectúa el monitoreo de las infecciones nosocomiales y se apoya en los Comités de Infecciones Nosocomiales que se han constituido en las instalaciones hospitalarias del país.



Como evidencia del componente comunitario del modelo de atención implementado en nuestro país se muestra el siguiente cuadro

Indicador
Porcentaje de establecimientos de primer nivel de atención que involucran trabajadores comunitarios, como por ejemplo facilitadores de género o etnia, para garantizar la utilización de servicios de salud.

Número de establecimientos de primer nivel de atención que involucran trabajadores comunitarios X 100
Número de establecimientos de primer nivel de atención.

REGION DE SALUD / SERVICIO	BOCÁS DEL TORO	COCLE	COLON	CHIRIQUI	DARIEN	GUINA YALA	HERRERA	LOS SANTOS	NGOBE BUGLE	PANAMA ESTE	PANAMA NORTE	PANAMA METRO	PANAMA OESTE	SAN MIGUELITO	VERAGUAS
Trabajadores comunitarios	100,0	0,0	0,0	9,5	100,0	0,0	94,0	100,0	NR	0,0	50,0	NR	7,0	100,0	NR

Fuente: Regiones de Salud

Objetivo 3 Fortalecer o transformar la organización y la gestión de los servicios de salud articulada en Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS)

No existen Redes integradas de Servicios de Salud porque el sistema es fragmentado y segmentado. El MINSA y la CSS cuenta cada uno por separado con redes de servicios de salud, organizadas por regiones sanitarias o por provincia respectivamente, el ente gestor o articulador de la red es la Dirección Regional de Salud en el caso del MINSA o la Dirección Institucional en el caso de la CSS. El personal de salud conoce cuál es su instalación de referencia, y de que instalación de salud recibe pacientes referidos, pero puede darse el caso de instalaciones de referencia de segundo nivel únicas del MINSA o de la CSS, sobre todo en las provincias del interior del país. Por norma el primer nivel de atención refiere al segundo nivel y el segundo nivel al tercer nivel. En el caso de la región de Darién, Guna Yala y Metropolitana refieren del primer nivel a los hospitales de tercer nivel, ubicado en la capital del país, ya que no cuentan con hospitales de segundo nivel.

Dentro de las mismas se aplica un sistema de referencia hacia la mayor complejidad de acuerdo a la necesidad del paciente, no se garantiza la efectividad en casos de pacientes no urgentes ya que el mismo paciente es el encargado de llevar la referencia al siguiente nivel.

Ni se garantiza el retorno del paciente al primer nivel de atención, a pesar de que está establecido en la norma del SURCO, esto en parte ocurre porque SURCO no es de estricto cumplimiento, tampoco se da monitoreo y evaluación del SURCO.

Para cubrir la demanda de servicios diagnósticos de laboratorio y ante la carencia de los mismos, algunas regiones de salud del país utilizan la estrategia del correo de muestras de laboratorio consisten en que los centros de salud con laboratorio y los hospitales realizan los laboratorios de aquellos que no cuentan con el servicio sin que el paciente se tenga que desplazar, porque se le toma la muestra en la instalación donde se atiende el paciente.

Una estrategia de ampliación de cobertura que se emplea en todo el país es la teleradiología, que surge como respuesta a las carencias de médicos radiólogos y por ende a la concentración de los mismos en la ciudad capital. La gran mayoría sino todas las instalaciones de salud de primer nivel que cuentan con equipos de rayos x que no cuentan con radiólogo para la interpretación del estudio, a través de la teleradiología los radiólogos ubicados en los hospitales nacionales, regionales y en el hospital virtual realizan la interpretación de todos los estudios por imágenes que procedan de instalaciones que no cuenta con este personal

El Hospital Virtual, en su máxima capacidad consiste en la utilización de tecnologías de comunicación e información para proveer cuidados de salud, atención médica oportuna y de calidad y educación médica a distancia y sobre todo, garantizar el acceso a los servicios de salud a la población que reside en áreas rurales dispersas, pobres y excluidas, que se han caracterizado por insuficiencia de especialistas, escasez de recursos, servicios médicos limitados y dificultades de comunicación geográfica. De esta manera se ha logrado el objetivo de equidad en proveer igualdad de servicios de salud, sin importar la localización geográfica, ni poder económico; combinando tecnología y salud a favor de los más necesitados. La Red Integrada de Teleradiología es, administrada por el hospital virtual.

Actualmente cuenta con 23 nodos que incluye: imagen radiológica convencional, estudios de Fluoroscopia, ultrasonido, tomografía computada, resonancia magnética y medicina nuclear y 11

nodos de tele mamografía distribuidos en 4 instalaciones de primer nivel de atención, 8 hospitales rurales o de distrito, 7 hospitales de referencia regional y 3 hospitales de referencia nacional. La Red la acciona un gestor nacional, que garantiza la participación de un equipo de 12 médicos radiólogos. Adicional, se cuenta con carros de mamografía móviles en las jornadas de atención primera ambulatoria y del Despacho de la Primera Dama, para brindar atención a población de comunidades de difícil acceso.

Existe también la red de tele Espirometría que cuenta con 87 nodos, donde se han asignado al primer nivel de atención 76 equipos de los cuales 75 se ubican en la red fija y uno en una unidad móvil del MINSA que efectúa Jornadas de Atención Ambulatoria de Salud (JAPAS). Los neumólogos regionales apoyan con la interpretación de los estudios a distancia. Estos equipos se acompañan de electrocardiógrafos digitales para complementar el diagnóstico cardiopulmonar, en los hospitales de II y III nivel.

No existe historia clínica única por individuo, el MINSA se encuentra en proceso de implementación de la una historia clínica única inicialmente en 100 instalaciones de salud la misma se conoce como Sistema Electrónico de Información de Salud (SEIS) y la CSS también implemento la historia clínica única, Sistema de Información en Salud (SIS). Como herramientas informáticas son compatibles y en su momento podrán integrarse los sistemas, tema que ya se está conversando entre las direcciones de Informática de ambas instituciones.

En cuanto a la programación anual de las actividades de salud de la red del MINSA se evidencia que la realización de **Convenios de Gestión** hasta el año 2008, estos convenios eran firmados entre el Ministro de Salud y los Directores Regionales y entre este último con sus instalaciones de salud. El objeto contractual lo constituía la SALUD PÚBLICA, PROVISIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE SERVICIOS INTEGRALES EN SALUD, para la población y el ambiente, que por adscripción territorial están definidas por el MINSA, de conformidad con el marco jurídico vigente, partiendo de las estimaciones de población por la región en el año de vigencia del mismo. Se establecía la producción regional, las obligaciones de las partes, el monto, la metodología de formulación presupuestaria, la metodología de evaluación y los incentivos. Mediante 13 funciones relacionadas con Derechos del Paciente y de su Familia (DPF), Accesibilidad y Continuidad de la Asistencia (ACA), Evaluación del Paciente (EP), Asistencia a los Pacientes (AP), Gestión de la Mejora de la Calidad y de la Seguridad del Paciente (GMC), Control y Prevención de la Infección en Centros Sanitarios (CPI), Órganos de Gobierno, Liderazgo y Dirección (GLD), Gestión y Seguridad de las Instalaciones y del Entorno (GSI), Prevención de la Enfermedad. Formación y Cualificaciones del Personal (FCP), Gestión de la Información y de la utilización de recursos sanitarios (GIU), Promoción de la Salud (PPS), Gestión Económico Financiera y Logística (GEF-L), establecía indicadores de recursos humanos y físicos, contemplan las demandas y necesidades de los diversos grupos de la población que reciben los establecimientos del primer nivel de atención, así como los referidos a los centros especializados y oferta futura de servicios de salud promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos y los recursos financieros necesarios para implementar los servicios de salud



Objetivo 4 Reconocer la importancia particular en torno a la contribución y el valor del trabajo no remunerado de cuidados en salud

El interés por medir las actividades que realizan las personas, se ha canalizado, hacia la valoración del trabajo no remunerado, especialmente el doméstico y su contribución a la sociedad, en materia de equidad de género. Para cumplir con los compromisos internacionales adquiridos, el INEC realizó por primera vez, la Encuesta de Uso del Tiempo, que servirá como plataforma estadística, para visibilizar, medir y valorar el trabajo no remunerado (doméstico y voluntario) dentro de las cuentas nacionales y además, proporcionará información que podrán utilizar diversas instituciones para el fortalecimiento de sus políticas públicas, con equidad de género.

La Encuesta de Uso del Tiempo permite obtener datos confiables para la Medición del tiempo que utilizan las personas en sus actividades productivas de Mercado y particularmente en las de No Mercado (Trabajo Doméstico No Remunerado y de cuidado de otras personas), el tiempo dedicado a los estudios o capacitación, el tiempo libre y el tiempo que consumen en sus necesidades personales.

Es una herramienta estadística que permite la validación y medición de desigualdades sociales de género, educación, salud, recreación, trabajo (remunerado y/o no remunerado), entre otras, captadas por las diferencias del uso que hombres y mujeres hacen de su tiempo. Proporciona indicadores para la posible elaboración de Políticas Públicas que coadyuven a equilibrar estas inequidades. Es una propuesta metodológica que permite medir el valor de la producción de los servicios domésticos no remunerados y de cuidado, reflejando la contribución de estos en las Cuentas Nacionales.

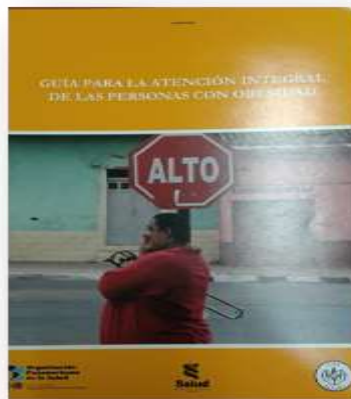
A continuación presentamos el link para acceder a la Encuesta de Uso del Tiempo para ampliar la información.

Objetivo 5 Avanzar en la definición de servicios de salud de calidad

El país no cuenta con un plan publicado en los últimos 5 años sobre la calidad de la atención sanitaria y seguridad del paciente basado en las prioridades nacionales y el contexto del sistema de salud.

El país cuenta con guías de prácticas clínicas vigentes y estandarizadas para esta condición de salud, común para los establecimientos del sector sub público. Esta guía describe de manera sistemática las instrucciones, directrices, afirmaciones y/o recomendaciones necesarias para guiar a trabajadores y/o pacientes a tomar decisiones de la salud sobre la modalidad de asistencia apropiada para esta condición clínica específica.





En los links a continuación encontrara, otros ejemplos de guías aplicadas a nivel nacional:

Esquema nacional de vacunación en el curso de vida

http://www.minsa.gob.pa/sites/default/files/programas/esquema_de_vacunacion_revisado_marzo_2013.pdf

Guías de Atención de Salud Reproductiva Infanto Juvenil.

http://www.minsa.gob.pa/sites/default/files/programas/norma_infanto_juvenil_documento_final_5_octubre_2006_2_.pdf

Guía médica de atención integral del Adulto Mayor

http://www.minsa.gob.pa/sites/default/files/programas/guia_medica_de_atencion_integra_am_digital.pdf

El Ministerio de Salud cuenta con estándares de habilitación para puestos de salud, subcentros de salud, centros de salud, hospitales rurales y hospitales urbanos. Y con estándares de certificación para que el Consejo Técnico emita permisos para el funcionamiento (habilitación) de las instalaciones de salud.

El proceso de Acreditación es un proceso voluntario y externo, sin embargo en el 2014, se hizo un diagnóstico de los hospitales nacionales y regionales del MINSA en base a los estándares de acreditación de Joint Commission adaptados a Panamá del cual está pendiente el análisis de los datos e informe por parte del Departamento de Instalaciones y Servicios de Salud a la Población de la Dirección General de Salud

También se realizan anualmente en alrededor de 19 hospitales entre rurales (Ailigandi, Isla Colon Bocas del Toro), regionales (HISMA, HNAS, HJPFS, HJDO, HLCF, HAM, HCAC, HAT, HMAG, HRH, HGNC, HRE, HSJC y H24 Dic,) y nacionales (HST , H del N y CHCSS, HEP) y en 6 Centros de Salud (CS San Mateo, CS Veranillo, CS Santa Ana, Policentro de Colon, CS San Francisco,) del MINSA y CSS una medición de la Calidad y el Desempeño de acuerdo al alcance del cumplimiento de las Normas y Guías. Este proceso se está desarrollando desde el año 2009, progresivamente se han ido añadiendo instalaciones de salud al proceso de medición del desempeño.

La información se encuentra en el Documento: Medición de optimización del desempeño con calidad. Año 2009-2015. Departamento de Instalaciones y Servicios de Salud a la Población de la Dirección General de Salud



El sistema de vigilancia cuenta con una herramienta informática denominada SISVIG, es una Plataforma Web para la Vigilancia de la Salud Pública, implementada en las 14 Regiones de Salud. Contiene los módulos:

- a. Notificación de los eventos de notificación obligatoria semanal (ENO)
- b. Notificación de la mortalidad en hospitales y morgues de Medicatura Forense (VIGMOR)
- c. Notificación individual de casos (NOTIC), actualmente en proceso de validación.
- d. Registros de Admisión y Egresos Hospitalarios (RAE).



Implementación de la Plataforma de Integración de Datos utilizando el software de "Inteligencia de Negocios (Business Intelligence en inglés)" llamado SAP Business Objects y en el cual se capacitó a personal de Epidemiología, Estadística y Planificación del nivel nacional del Ministerio de Salud, Epidemiología de la Caja del Seguro Social, Laboratorio Central de Referencia en Salud y del Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios en Salud.

A la fecha, se han realizado adaptaciones del software para análisis epidemiológico EpiVigila, a los nuevos requerimientos de SISVIG y con nuevos algoritmos matemáticos para la Alerta

Temprana basados en la herramienta de CDC de Atlanta llamada EARS.

También se han desarrollado los módulos de investigación de casos y brotes, así como la Vigilancia basada en el Laboratorio (SILAB) en el Laboratorio Central de Referencia en Salud Pública de Panamá y en los laboratorios de las Unidades Centinela de Influenza de Chiriquí y Veraguas, así como el apoyo en la capacitación a nivel nacional y regional en el uso del software EpiVigila.

Es por este medio que se da la notificación periódica de estos eventos por parte de los establecimientos de salud al MINSA central. Se da el 100% de notificación de eventos adversos.

En septiembre de 2014 el MINSA con la cooperación técnica de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), incorpora el Módulo de seguimiento del paciente con tuberculosis.

Es una herramienta informática, desarrollada en ambiente web para funcionar en tiempo real, que permitirá la generación de reportes sobre la situación epidemiológica y operacional de las acciones de control de la tuberculosis. Además, el análisis de datos a partir del registro realizado en la unidades de atención facilitará la evaluación de los logros alcanzados en relación con las metas de incidencia y mortalidad por TB; detección de casos y éxito en el tratamiento contra la TB.

http://www.minsa.gob.pa/sites/default/files/publicacion-general/formulario_de_infecciones_nosocomiales_modificado.pdf
http://www.minsa.gob.pa/sites/default/files/publicacion-general/notificacion_obligatoria-decreto_ejecutivo_268_del_17_de_ag.pdf

Se cuenta con un sistema de notificación de estos eventos por parte de los establecimientos de salud a las autoridades nacionales, aunque no es continua, así como formularios para la Farmacovigilancia en los que se reportan las sospechas de reacciones adversas, fallas farmacéuticas y terapéuticas. El Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) realiza la vigilancia de eventos adversos atribuibles a las inmunizaciones (ESAVI).

El Departamento de Tecnologías Sanitarias reporta fallas de dispositivos y efectos adversos asociados al uso de dispositivos médicos. El proceso se inicia a través de la página web del MINSA, donde se registra confidencialmente el reporte inicial de sospecha.

http://www.minsa.gob.pa/sites/default/files/publicacion-general/formulario_de_sospechas_de_reacciones_adversas_a_medicamentos_para_pacientes_y_consumidores_0.pdf
http://www.minsa.gob.pa/sites/default/files/publicacion-general/formulario_farmacovigilancia.pdf
http://www.minsa.gob.pa/sites/default/files/publicacion-general/formulario_farmacovigilancia-1.pdf

Indicador

Porcentaje de establecimientos de salud que implementan acciones y notifican eventos adversos a las autoridades en salud

Establecimientos de salud que implementan acciones y notifican eventos adversos a las autoridades en salud.

x100

Total de eventos adversos ocurridos en las instalaciones

REGION DE SALUD / SERVICIO	BOCAS DEL TORO	COCLE	COLON	CHIRIQUI	DARIEN	GUNA YALA	HERRERA	LOS SANTOS	NGOBE BUGLE	PANAMA ESTE	PANAMA NORTE	PANAMA METRO	PANAMA OESTE	SAN MIGUELITO	VERAGUAS
acciones de vigilancia y notificación de eventos adversos	100,0	100,0	NR	11,0	100,0	NR	70,0	100,0	NR	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente: Regiones de Salud

El país cuenta con mecanismos nacionales y regionales para incorporar la participación del usuario de servicios, la familia y la comunidad en la toma de decisiones sobre calidad de los cuidados y en la promoción del autocuidado. En el caso del MINSA se cuenta con un marco legal sustentado en los Decretos Ejecutivos 401 del 29 de diciembre de 1970 reglamentado por el Decreto Ejecutivo 389 del 9 de Septiembre de 1997 en cuanto a los deberes y obligaciones de los Comités de Salud y el Decreto Ejecutivo 40 del 18 de Abril de 1994 que crea las Juntas Administradoras de Acueductos Rurales, respectivamente. Adicionalmente, se realizan auditorias sociales, se participa y recibe retroalimentación en los Consejos Provinciales, Municipales y Locales. También se realizan reuniones de intercambio de opiniones con dirigentes de las comunidades, asociaciones de pacientes y familiares de pacientes que expresan sus insatisfacciones con la prestación de los servicios sobre las cuales se establecen estrategias de cambio.

También se trabaja con grupos específicos de la población tal es el caso de los Programas de escolares y adolescentes, embarazadas, adultos, tercera edad; grupos organizados de la comunidad comités de salud, JAAR y grupos religiosos por mencionar algunos.

En la CSS se están iniciando las acciones con los GOCPs (Grupos Organizados de la comunidad en promoción de salud) en CAPPs y ULAPs.

En términos generales, estos procesos se llevan a cabo en las instalaciones de salud, las escuelas, iglesias y en la comunidad.

El país cuenta con la figura de Defensor del Pueblo que en algunas ocasiones demanda explicaciones frente a quejas de la población y acciones que den respuesta a las solicitudes de la población. Otra vía que permite la participación de los ciudadanos es la línea de denuncias del Estado (311) donde se pueden expresar las quejas de la población en toda materia de salud. Las quejas captadas por esta vía se reciben centralmente y se canalizan hacia las unidades ejecutoras correspondientes, sean del nivel nacional o regional. Este último canaliza hacia el nivel local. Este sistema maneja un mecanismo de control de atención de las quejas.



A continuación el decreto ejecutivo 1839 de 5 de diciembre de 2014 que dicta el nuevo marco regulatorio de las Juntas Administradoras de Acueductos Rurales, como organismos corresponsables con el estado en la administración, mantenimiento y ampliación de los sistemas de abastecimiento de agua potable rural



El país cuenta con un sistema de datos y reportes periódicos en los últimos dos años respecto a la adherencia a tratamientos de algunas de las enfermedades crónicas y HIV, es en el Sistema de Vigilancia Epidemiológica en donde se reportan periódicamente tanto los casos como las adherencias a tratamientos de enfermedades como VIH y TBC.

RECURSOS HUMANOS

En base al análisis de la caracterización de la fuerza de trabajo de salud 2013, en el que se encontró una densidad media de 29.7 trabajadores sanitarios (enfermeras, médicos, parteros profesionales) por 10,000 habitantes, según referencia de OPS-OMS. El cual establece el criterio de que existe el personal adecuado para alcanzar una adecuada cobertura sanitaria en todo el territorio nacional.

La fuerza de trabajo se identificó según la demanda de población 2013 estableciéndose:

- 15 Médicos a nivel de país * 10, 000 habitantes y 11 Enfermeras * 10, 000 habitantes, a razón 1:1,
- 13 Otros Profesionales Sanitarios Institucionales * 10,000 habitantes.
- 19 Técnicos de la Salud Institucionales * 10,000 habitantes
- 8 Auxiliares y Asistentes Sanitarios Institucionales * 10,000 habitantes.

La existencia de desequilibrios territoriales, se evidencio al encontrar una *densidad alta*, exclusiva para la provincia de Herrera (52.9), además las provincias de Panamá, Los Santos (38.6), y Chiriquí correspondientes a una *densidad media*.

Sin embargo, esta realidad escapa de las provincias donde encontramos una *baja densidad* donde se demuestra un sustancial detrimento de la oferta de profesionales como es el caso de las provincia de Colón (16.5), Bocas del Toro (15.8) y Darién; así como de las Comarcas Guna Yala (12.0) y Ngobe Bugle (2.7). Estos hallazgos refuerzan que existen desequilibrios territoriales que no permiten intervenciones efectivas en salud.

Es importante señalar que gran parte del recurso humano en salud (80%) labora en las instalaciones de segundo y tercer nivel de complejidad y solo el 20% restante trabaja en Centros de Salud, Subcentros de Salud, Policlínicas, Policentros, ULAPS y CAPSS, Clínicas o Consultorios, otros lo que hace imposible el fortalecimiento del primer nivel de atención con personal con competencias para logra intervenciones costo efectivas y satisfacer la demanda de atención de la población que debería poder resolver sus problemas de salud a este nivel. Por demás esta indicar, que cuando se trata de profesionales cuyo enfoque formativo este orientado a la promoción de la salud las brechas son mayores.

La mayor cantidad de especialistas registrados corresponde a las denominadas especialidades básicas: Gineco-obstetricia, Pediatría, Cirugía General, Psiquiatría y Medicina Interna. Sin embargo, en el caso de las subespecialidades existe un déficit en la ofertad específicamente en las redes de tercer nivel de complejidad, el cual genera distintos desafíos.

El volumen de personal en formación y capacitación tanto en pregrado como en post grado, son insuficiente para satisfacer la demanda y lograr un relevo generacional, por lo que el número de personas con edad de jubilación es cada día mayor.

En el ámbito de la gestión de la Educación, encontramos que el 14% de la matrícula académica en la República de Panamá corresponde al nivel superior, dentro de este total se observa que el 95% al 2003 es Universitaria y 5% No Universitaria. Este comportamiento se observa en promedio hasta el año 2012. Para el caso particular de las carreras priorizadas por salud que nos permiten conformar un equipo básico de salud, pensada desde el fortalecimiento en la renovación de la Atención Primaria mediante la meta es extender la formación en áreas fuera de la capital con el fin de establecer la conformación multidisciplinaria que permita un abordaje integral del individuo, familia, comunidad y ambiente.

Los desafíos que enfrenta el sistema de salud para su fortalecimiento, persisten con marcadas inequidades sistemáticas pese a los esfuerzos en materia de provisión de servicios de salud, el cual se hace persistente por diversos puntos críticos de intervención entre los cuales se acentúan, condiciones étnicas culturales, socioeconómicas y demográficas.

Actualmente, como organización nos encontramos evaluando las Políticas Nacionales de Salud 2010-2015, que nos permitirán establecer una adecuada planificación estratégica 2016-2025 en correspondencia a las diversas situaciones sanitarias, previstas para mejorar las intervenciones de promoción, prevención, prestación y rehabilitación que circunscriben a nuestra valiosa población panameña.

UGSAF - Unidad de Gestión de Salud Administrativa y Financiera

Están gestionando para subir información a plataforma del minsa.gob.pa

Tienen Planes para:

- Distribución de RRHH
- Incentivos
- Capacitación
- Manejo Ambiental

La disponibilidad de los medicamentos y otras tecnologías.

En Panamá la **Ley General de Medicamentos es la Ley No.1 de 10 de enero de 2001**, sobre medicamentos y otros productos para la salud humana, la instancia rectora es el Ministerio de Salud a través de la Dirección Nacional de Farmacias y Drogas, Direcciones Nacionales, los Directores Regionales de las 15 Regiones de Salud y los Directores Locales de Instalaciones de Salud.

Esta ley regula el manejo general de la fabricación, importación, adquisición, distribución, comercialización, información y publicidad, el registro sanitario y control de calidad de medicamentos terminados, fitofármacos, radiofármacos, suplementos vitamínicos, dietéticos y homeopáticos, entre otros. También se encarga de la regulación de los equipos e insumos médico-quirúrgicos, odontológicos, radiológicos, productos o plaguicidas de uso doméstico y de salud pública, antisépticos y desinfectantes, productos de limpieza y cualquier otro producto relacionado con la salud.

La reglamentación de la ley está basada en los siguientes Decretos Ejecutivos:

- **Decreto ejecutivo 178** de 12 de julio de 2001, **Decreto 340** de 27 de agosto de 2007 sobre Medicamentos biológicos y biotecnológicos, Decreto 305 del 19 de diciembre de 2003 que reglamenta la presentación de estudios clínicos para obtención de registros sanitarios, **Decreto 320** de 17 de junio de 2009, sobre recetas de sustancias controladas, **Decreto 197** de 14 de abril de 2009 que reglamentan las normas para los estudios de estabilidad, **Decreto 303** de 11 de diciembre de 2003 sobre inscripción de medicamentos Huérfanos, **Decreto 147** de 26 de febrero de 2010 sobre participación de los fabricantes nacionales y extranjeros, agencias distribuidoras de medicamentos en el Sistema Nacional de Farmacovigilancia.

Mediante Resolución Nº 632 del 30 de Junio de 2009, se crea la **Política Nacional de Medicamentos**. Que tiene como objetivos: asegurar el acceso oportuno de los medicamentos a toda la población del país, garantizar la calidad, eficacia, vigilancia de la seguridad, promoción y comercialización ética de los medicamentos en el territorio nacional, fortalecer el uso racional de

medicamentos por parte de los profesionales sanitarios y consumidores y formular estrategias destinadas al estímulo de la producción, investigación y tecnología en materia de medicamentos.

En cuanto a políticas que aseguren el acceso a la Seguridad Radiológica, se cuenta con la **Resolución ministerial 389. 25 de mayo 2009.**

www.gacetaoficial.gob.pa/pdfTemp/26326_A/18888.pdf

Para la Seguridad de la Sangre, existe la **Resolución Ministerial 07, 17 de abril 2013**, reglamentada en el mismo año. www.gacetaoficial.gob.pa/pdfTemp/27303/41723.pdf

Para el tema de **Trasplantes de órganos**, el 8 de febrero del 2010, la Asamblea Nacional aprobó la **ley 3**, General de Trasplantes de Componentes Anatómicos, la cual crea la Organización Panameña de Trasplantes (OPT). El 1 de septiembre de 2011, el Ministerio de Salud juramenta a su primer Director y Sub-director. Entre las primeras acciones de la naciente organización, se cuenta la creación y puesta al día del Registro Nacional de Trasplantes, el cual lleva la actividad de los diferentes programas de trasplantes que se realizan en el país. Igualmente, la Lista de Espera Nacional, donde aparecen anotadas todas las personas que están a la espera de un trasplante de componente anatómico en Panamá. La instalación y puesta en funcionamiento del Consejo de Asesores de Pacientes, entidad que como lo señala su nombre asesora a los directores de la OPT. Actualmente se trabaja en la creación del Portal de la OPT en la página web del MINSA, para posteriormente crear la página web de la entidad.

En el año 2013, se elaboró una propuesta para la creación de La Política Nacional de Dispositivos Médicos por parte de la Dirección de Provisión de Servicios de Salud. Esta propuesta modificaría la Ley 1 (ver primer párrafo) y al Decreto 468 del 7 de Noviembre de 2007 en materia de dispositivos.

En la actualidad, la Política Nacional de Medicamentos no **exime expresamente del pago** en el punto de atención, prestación del servicio o dispensación del medicamento y/o tecnología sanitaria, más, el país dispone de mecanismos para proporcionarla gratuitamente a quienes carecen de recursos económicos.

A nivel público la población adquiere los medicamentos a precios menores, en las instalaciones de salud del MINSA con respecto a los precios de venta en el sector privado. En el MINSA existe un Cuadernillo Básico de Medicamentos por nivel de atención, cuyos renglones contemplan la cobertura de medicamentos que se brindan a la población.

Respecto al paciente asegurado, éste retira los medicamentos en las instalaciones de la Caja de Seguro Social, mientras que en el sector privado, por mando legal, se realizan descuentos del 25% a la población adulta mujeres mayores de 55 años y hombres mayores de 60 años de edad.

Además, existe normativa legal de gratuidad vigente:

- Gratuidad de la asistencia y servicio de maternidad en todas las instalaciones del MINSA, Decreto 428 del 15 de diciembre 2004.
- Gratuidad en la atención y medicamentos a los menores de 5 años en todas las instalaciones del MINSA, Decreto 546 del 21 de Noviembre de 2005.
- Gratuidad en la atención y medicamentos a las personas con discapacidad en todas las instalaciones del MINSA, Decreto Ministerial 321 del 18 de agosto 2005.

- Ley 13 de 2008, Gratuidad la atención y dispensación de medicamentos en las clínicas de cesación de tabaco.
- Las vacunas son gratuitas en todas las instalaciones públicas.

Para evaluar si el país está en condiciones de eximir del pago de los medicamentos y/o otras tecnologías sanitarias en el punto de atención para el año 2020, dependerá de los mecanismos que se establezcan de monitoreo, la evaluación de las políticas y la asignación de los recursos al sector salud.

Cuenta el país con una estrategia nacional, actualizada en los últimos 5 años, con objetivos explícitos para asegurar el acceso a medicamentos y/u otras tecnologías sanitarias de alto costo para enfermedades catastróficas

Aunque la Política de Medicamentos no hace diferencia entre enfermedades catastróficas y no catastróficas. Los lineamientos de la política Nacional de Medicamentos incluyen: realización de negociación conjunta, entre instituciones y/o entre países, para obtener medicamentos a mejores precios según las prioridades establecidas (compras regionales conjuntas a través de SECOMISCA) y utilización de mecanismos regionales de adquisición (compras a través del fondo estratégico de OPS) y compra de medicamentos vía UNFPA, estrategias que viabilizan la compra de medicamentos de alto costo.

El MINSa ha incrementado su presupuesto de 23.2 millones de balboas en el 2007 a 53.4 millones de balboas en el 2011 de medicamentos, lo cual suma un monto de 157.8 millones de balboas en la compra de medicamentos requeridos por los asegurados y no asegurados del sector público de salud para el año 2011. La CSS registro un incremento en el presupuesto de compra de medicamentos de 76 millones de balboas en el 2007, a 104.4 millones de balboas en el año 2011. A demás se realiza solicitudes de créditos extraordinarios para solventar los requerimientos de insumos sanitarios priorizados, adicional la población contribuye con pagos reducidos al recibir servicios de salud, según posibilidades de los usuarios.

En cuanto a los mecanismos de compras, se cuenta con la experiencia de compras conjuntas con los países de la Región, que pertenecen a SECOMISCA desde Guatemala hasta Panamá y República Dominicana, lo que ha permitido aprovechar economía de escala y la optimización de los recursos. Otra experiencia de contención de gasto es la existencia de un Convenio de Compra con el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) lo que ha permitido grandes ahorros sustantivos al Estado, adicional podemos mencionar las compras mediante el Fondo estratégico de la OPS/OMS, para patologías específicas y enfermedades huérfanas desatendidas.

A mediados del año 2012, se inició un proceso de desburocratización a lo interno del Ministerio de Salud, evitando la concentración y centralización en la toma de decisiones en el proceso de adquisición de insumos.

Se han realizado coordinaciones con la Dirección General de Contrataciones Públicas (DGCP), ente rector de la compra en Panamá, para revisar la modalidad de compra, subasta en reversa, que existe desde el año 2006 en la normativa legal de la DGCP, es necesario incluir en su sistema informático, algunas variables y campos no contemplados para poder desarrollar esta modalidad de compra, actualmente se encuentran a la espera de que sus proveedores, presenten sus presupuestos, para gestionar el financiamiento y poder utilizar dicha modalidad de compra en nuestro país. Adicional hemos iniciado una serie de reuniones de coordinación MINSa/DGCP para definir otras opciones de compra, a través del Convenio Marco. Este proceso agilizaría sustantivamente el proceso de compra, aumentaría la competitividad por que involucraría las

estimaciones de necesidades por tipo de insumo para todas las instituciones del Estado panameño, los costos serían más baratos, sin perder los criterios de calidad y seguridad aplicables a estos insumos.

El MINSA ha iniciado la utilización de la modalidad precio único, en búsqueda de modalidades de compra, que agilicen los procesos administrativos burocráticos, donde el acto público puede tener una vigencia de dos años prorrogables lo que facilita el proceso de compra sobre todo en el año subsiguiente al acto público.

En Panamá, existe gratuidad para la atención de algunas enfermedades que califican como catastróficas, entre ellas (VIH/SIDA, IRC, cáncer y tuberculosis). También existe, la **Ley 28** del 28 de octubre 2014. Que garantiza la disposición de medicamentos para la atención de enfermedades raras.

La Política de Medicamentos 2009 adoptada mediante la **Resolución 203 del 20 de abril 2010**, define la creación, las funciones y responsabilidades de la Comisión Nacional de Medicamentos de Panamá (CONAMEP) a nivel nacional y el fortalecimiento de los comités de Farmacoterapia y Farmacovigilancia a nivel regionales y locales.

Esta política define los mecanismos para el suministro, la prescripción, la dispensación y la promoción del uso racional de medicamentos

En la Política de Medicamentos 2009, se define entre los lineamientos de uso racional, la elaboración de normas de buenas prácticas de prescripción y dispensación basadas en las guías terapéuticas. A demás, se cuenta con un Manual de Buenas Prácticas de Almacenamiento, oficializado mediante Resolución ministerial en febrero de 2013, el documento fue distribuido a los Jefes de Almacenes de Insumos Sanitarios del país, para su divulgación e implementación.

Para cumplir con este indicador al 100% para el año 2020, se requiere definir las fuentes de financiamiento, factibilidad y viabilidad. Además de asegurar la sostenibilidad.

Reportes al PRAIS

Panamá reporta anualmente los indicadores de la plataforma PRAIS sobre la implementación de políticas, estrategias y programas relacionados al acceso, regulación, propiedad intelectual, y desarrollo de políticas en medicamentos.

Aumentar la capacidad regulatoria funcional de medicamentos y otras tecnologías sanitarias

El país ha ejecutado una evaluación externa, según los estándares e indicadores recomendados por la OPS para medicamentos, seguridad radiológica, seguridad de la sangre y trasplante de órganos.

Tecnología	Fecha de evaluación
(1) medicamentos	Realizada en el 2012
(2) Dispositivos médicos	Se está trabajando en el formulario
(3) Seguridad radiológica	Realizada en el 2010
(4) Seguridad de la sangre	Realizada en el 2009
(5) Trasplante de órganos	Realizada en el 2013

Desarrollar la capacidad regulatoria y de evaluación de medicamentos

En Panamá, existe una estrategia de Uso Racional de Medicamentos (URM) en miras de que los pacientes reciban medicamentos apropiados y oportunos que contribuyan a la restauración de la salud, en dosis que satisfagan las necesidades, la calidad de vida de los individuos, aseguren la continuidad del tratamiento a un costo más bajos para el paciente y para la comunidad.

El Componente de Uso Racional de Medicamentos incluido en el Artículo 4 de la Política Nacional de Medicamentos 2009, involucra un proceso complejo que exige la aplicación simultánea de intervenciones multifactoriales, por lo que se definen 7 lineamientos y 12 estrategias como lo son: el establecimiento de comités de farmacoterapia institucionales para la elaboración de normas, seguimiento y evaluación de resultados; el monitoreo y evaluación del cumplimiento, la aplicación de las guías y protocolos de atención, entre otros instrumentos normativos. Además, entre las estrategias se incluye la educación continua de los profesionales de la salud en materia de URM. Dentro de los procesos definidos de la estrategia de URM existen las acciones de coordinación con Farmacovigilancia y el control de uso de antibióticos.

- Entre octubre de 2012 y marzo de 2013 se lanza la Primera Campaña Nacional de Uso Racional de Medicamentos dirigida a la población, en donde se abarcan temas como la automedicación, uso adecuado de los antibióticos, hipertensión, precaución con plantas medicinales. Se distribuyó a nivel nacional material promocional que consistió de dípticos y afiches, una cuña alusiva a la recomendación indiscriminada de medicamentos y un pequeño documental.
- Distribución vía electrónica y en la página web del Ministerio de salud de alertas y notas informativas sobre la seguridad y calidad de los medicamentos.
- La creación del Departamento de Farmacoterapia de la Dirección Nacional de farmacia y Drogas, el cual contribuirá directamente con el desarrollo del uso racional de medicamentos, la selección de medicamentos basadas en evidencias científicas a través del apoyo a la Comisión Nacional de Medicamentos de Panamá y la realización de Estudios de Utilización de Medicamentos.

No existe una política de uso racional de dispositivos médicos, actualmente, existe una propuesta en proceso de abogacía. Parcialmente se cuenta con algunas regulaciones por parte de los comités técnicos interinstitucionales.

Los lineamientos y las estrategias para el uso racional de medicamentos requieren idealmente la asignación de recursos económicos y recursos humanos para cumplir con los indicadores de este objetivo.

El Ministerio de Salud por medio de la Dirección Nacional de Farmacia y Drogas, consciente de la importancia de la implementación de la Política Nacional de Medicamentos para lograr el acceso a medicamentos a toda la población panameña, crea la Comisión Nacional de Medicamentos de Panamá (**CONAMEP**) por medio de la Resolución 203 del 20 de abril 2010, la cual se instaura e inicia labores formalmente el 7 de febrero de 2011 y fue reglamentada bajo la **Resolución 1014 del 31 de octubre 2011**. La CONAMEP está conformada por un equipo multidisciplinario e interinstitucional que incluye asociaciones de Farmacéuticos, Médicos, Odontólogos, organizaciones académicas como la Universidad de Panamá y la comisión de medicamentos de CSS, entre otros. Tiene la importante función de elaborar y validar la Lista Nacional de

Medicamentos Esenciales, la coordinación del plan de Uso Racional de Medicamentos y la lista de medicamentos especializados de alto costo y difícil adquisición así como la elaboración del formulario nacional de medicamentos y la actualización periódica de estos listados. A pesar de que no cuenta con un presupuesto asignado, habitualmente realiza sus funciones. Otra función de la CONAMEP es establecer el mecanismo de incorporación de reglón de la lista medicamentos por medio de la solicitud para inclusión, exclusión y modificación. Y la actualización de la lista de medicamentos cada 2 años, según en el Capítulo II de la Resolución 1014.

Los miembros de la Comisión Nacional de Medicamentos declaran no tener de conflicto de intereses para la selección de los Medicamentos. Aún no cuenta en el país con un comité específico para evaluar o liderar los procesos de adquisición y uso de Tecnologías Sanitarias.

El Sector Salud tiene normas integradas (MINSa y CSS) referentes a prescripción de pruebas de diagnóstico por imágenes y para el uso apropiado de la sangre y sus componentes (Normas técnicas y Administrativas que regulan los Bancos de Sangre y Servicios de Medicina Transfusional) y maneja la Tele Radiología y Tele medicina en algunas instalaciones, además se han desarrollado guías de funcionamiento que facilitan a los médicos de cuartos de urgencia y Consulta Externa el uso de las tecnologías.

Desde el año 2014, el país se encuentra en un proceso de modernización de la red de servicios que incluye la creación e implementación del Sistema Electrónico de Información de Salud (**SEIS**) el cual brinda un expediente clínico para la atención de primer, segundo y tercer nivel de atención, en todos los servicios de atención, que además, de crear una base única de expedientes clínicos, integra sub sistemas de atención como lo son: laboratorio, farmacias y radiología, entre otros.

Línea Estratégica 2:

Fortalecer la Rectoría y Gobernanza

En Panamá contamos con un marco legal y regulatorio que refleja el compromiso del Estado con el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud, a través de la Ley Nacional que es la Constitución Política de la República de Panamá de 1972 reformada en 1994, en donde se garantiza el acceso y la cobertura universal de la salud a toda la población panameña.

Según la Constitución es función esencial del Estado velar por la salud de la población de la República, en donde 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. El Estado integra las funciones de prevención, curación y rehabilitación.

Se incluye en esta ley todas las garantías al acceso y la cobertura universal de la salud a toda la población panameña sin discriminación ni fueros o privilegios por razones de sexo, origen étnico/racial, orientación sexual e identidad de género. Además se contemplan los tratados de derechos humanos relevantes para el derecho a la salud.

De acuerdo a las necesidades de cada región se prestan servicios de salud integrales en donde se suministran medicamentos a toda la población y los cuales son gratuitos a quienes carecen de recursos económicos para acceder a ellos.

El país cuenta con una lista aprobada y publicada con un conjunto de prestaciones de salud ofrecidas a los diversos grupos de la población en igualdad de calidad, y con rango de garantía, en donde se especifica la priorización sanitaria del país (servicios de promoción, prevención, curación y rehabilitación). Aunque esta lista no especifica los grupos poblacionales prioritarios, existe una lista publicada de Cartera de Servicios para las instalaciones del Ministerio de Salud según tipo y nivel de atención. La Caja de Seguro Social también cuenta con una cartera de

servicios de salud según tipo y nivel de atención. Con la firma de los Convenios de Compensación de Costos entre el MINSA y la CSS se ha convenido una cartera de prestación de servicios para las instalaciones de salud del interior incluidas en estos convenios. Actualmente se encuentra en revisión el conjunto de prestaciones de servicios del sector salud, la cual está documentada en la página web del Ministerio de Salud.

En Panamá no contamos con una defensoría de la salud, más sin embargo existe en el país la Defensoría del Pueblo creada por la Ley 7 del 5 de febrero de 1997, la cual es una entidad autónoma que vela por la protección de los Derechos Humanos de los ciudadanos del país, además la Ley 68 del 20 de noviembre del 2003, que regula los derechos y deberes de los pacientes en materia de información y decisión libre e informada.

En cuanto a estudios de seguimiento y análisis de las decisiones judiciales relacionadas con el acceso universal a la salud y cobertura universal de salud, no contamos con estudios de este tipo, pero si se realizan análisis como parte del proceso de seguimiento de procesos legales en que la institución esté involucrada y en los casos que son denunciados en la Defensoría del Pueblo.

El Ministerio de Salud ha sido demandado en 5 ocasiones por la industria tabacalera por aprobar legislaciones orientadas a proteger el derecho a la salud y promover acciones de control de tabaco, comprobado factor de riesgo y determinante de condiciones de salud que afectan a sus usuarios, como a aquellos que se exponen a su humo tóxico.

Panamá contempla como parte de su legislación la participación social y la coordinación intersectorial en el Sistema de Salud la cual establece que las comunidades tienen el derecho de participar en la planificación, ejecución y evaluación de los distintos programas de salud, evidenciado en el Decreto de Gabinete No. 1 del 15 de enero de 1969 que define al MINSA como ente rector del sector salud, proveedor y financiador de servicios de salud.

Actualmente se está trabajando en una propuesta de anteproyecto Ley para la transformación del Sistema Público de los servicios de salud en Panamá.

Como país, Panamá ha establecido dos instancias como mecanismos de participación para abordar temas nacionales dentro del ámbito de las políticas públicas. La Mesa de Concertación Nacional para el Desarrollo cuyo propósito es analizar la realidad socioeconómica del Estado y concertar acuerdos orientados al desarrollo nacional y la Mesa del Diálogo para abordar la situación del sistema de salud y proponer una transformación que sea producto del consenso entre los actores participantes.

Estos mecanismos de participación funcionan bajo el financiamiento del gobierno central puesto que son cubiertos por el presupuesto de las entidades rectoras del proceso. Los grupos de la población que están representados en la Concertación para el Desarrollo Nacional son los obreros, empresarios, organizaciones no gubernamentales, grupos étnicos, académicos, iglesias, partidos políticos constituidos y representantes de los poderes del Estado. En la Mesa del Diálogo participan usuarios del sistema de salud, personal de salud, representantes de agrupaciones que defienden los derechos de los pacientes, gremios de salud de los ámbitos técnicos y administrativos. La Mesa de Concertación se reúne mensualmente y la Mesa del Diálogo 4 días a la semana.

En recientes consultas para la evaluación de las Políticas de Salud del Período 2010-2015 los representantes de las organizaciones en la Mesa del Diálogo participaron con sus opiniones las

cuales están plasmadas en los resultados del proceso de evaluación. De igual forma, existe el compromiso de ser incorporados en el proceso de formulación para las Políticas del decenio 2016-2025 que conduce el Ministerio de Salud de Panamá.

Dentro del MINSa existe la Dirección de Promoción de la Salud que tiene entre sus funciones desarrollar mecanismos de coordinación y participación social eficientes, a nivel público y privado que contribuyan a promover la salud integral de la población y del ambiente, así como impulsar y fortalecer la participación social y comunitaria en los nuevos modelos de atención y de gestión desarrollados en salud. Esta dirección coordina a nivel nacional el desarrollo de acciones tales como Municipios y Corregimientos Saludables, las iniciativas de Escuelas Promotoras de la Salud, Centros de Promoción de la Salud, Defensoría Sanitaria y Ambientes Laborales Saludables, entre otros, en el contexto de la promoción de la salud e impulsar en los niveles regionales los procesos normativos y de formulación de lineamientos en los campos de la educación, comunicación, mercadeo social y participación social en salud.

Panamá cuenta con sistemas que promueven la participación periódica y de la comunidad y grupos de la sociedad civil mediante los diferentes organismos de gobierno local entre los que destacan los Consejos Provinciales, Consejos Municipales, Cabildos convocados por los Alcaldes, las Juntas Locales (gobiernos comunales de carácter civil) y Juntas Comunales, los Comités de Salud (estructuras comunales para afrontar los temas de salud), Juntas Administradoras de los Acueductos Rurales, clubes de padres de familia, redes territoriales de familias, entre otras, quienes actúan como interlocutores ante las autoridades. También existen disposiciones que obligan a las empresas públicas y privadas que pretendan realizar actividades que pueden generar riesgos ambientales y que afectan a la salud colectiva a realizar consultas ciudadanas y estudios de impacto ambiental.

Estos espacios de participación con excepción de los Consejos Provinciales y Municipales en los que los representantes y ciudadanos pueden participar mediante solicitud formal para abordar temas que le interesan a la comunidad, entre ellos los relacionados con la salud, carecen de presupuesto oficial por lo que su funcionamiento depende de autogestión comunitaria.

Los comités de carácter comunal promueven la inclusión social y étnica manteniendo el derecho a participar, según las leyes que las regulan. Están organizadas en todo el territorio nacional, también en las áreas con poblaciones vulnerables. Sus reuniones influyen en la formulación de los planes del sector social a nivel local.

En el caso de los pueblos originarios existen las Autoridades Tradicionales Comarcales que efectúan sus sesiones de discusión y donde el personal de salud es convocado según requerimiento o solicita cortesía de sala para presentar proyectos de interés comunitario que no tendría viabilidad sin la aprobación de las Autoridades Tradicionales Comarcales, las cuales pueden ser por los Congreso a nivel local, regional o general.

El Ministerio de Salud de Panamá publica el presupuesto anual en salud de manera oportuna y accesible a la población. Debido a que su aprobación es un acto legislativo su publicación es de obligatorio cumplimiento mediante la Gaceta Oficial, medio Estatal encargado para tales propósitos y los medios electrónicos de difusión en red de la institución. La estructura del Presupuesto permite presentarlo de manera desagregada por temas de interés en el ámbito de los recursos dedicados a las inversiones y al funcionamiento según una estructura de objetos de gastos y programa de Provisión de Servicios o de Salud Pública.

El desempeño anual del sistema regentado por el MINSa se publica mediante reportes periódicos que contienen el avance de obras de los proyectos más relevantes en materia de inversiones

públicas. También se emiten reportes anuales de la gestión realizada contenidos en las Memorias de la Institución.

En relación al objetivo de fortalecer los sistemas nacionales de información a fin de hacer el monitoreo y evaluar el progreso hacia el acceso y la cobertura universales de salud; en Panamá se han logrado grandes avances y dentro de estos avances podemos mencionar las encuestas nacionales de salud y/o los registros administrativos de salud, que incluyen variables que permitan identificar desigualdades y barreras de acceso en salud, incluyendo sexo, edad, origen étnico/racial, lugar de residencia, ocupación, ingresos. Por otro lado, se avanza en el establecimiento del expediente electrónico y en las mejoras de los sistemas electrónicos de vigilancia epidemiológica y el Registro Nacional del Cáncer.

En el país, con asistencia técnica del Banco Mundial, se levantó en 1997 la Primera Encuesta de Niveles de Vida (ENV 1997), cuya muestra incluyó a todo el país a nivel geográfico y a los grupos indígenas. Su levantamiento se realizó durante cuatro meses en 5,591 viviendas, bajo la responsabilidad de la Dirección de Políticas Sociales del Ministerio de Planificación y Política Económica, hoy Ministerio de Economía y Finanzas (MEF).

En el año 2003 se realizó la Segunda Encuesta de Niveles de Vida (ENV 2003) durante cuatro meses se aplicó en 8,000 viviendas, en las áreas urbanas, rurales e indígenas del país. La Tercera Encuesta de Niveles de Vida (ENV 2008) se realizó en 8,000 viviendas, durante los meses de mayo a agosto, en las áreas urbanas, rurales e indígenas.

Los resultados de estas encuestas han sido ampliamente analizados y han servido al sector gubernamental para orientar la elaboración de políticas, estrategias y programas de reducción de la pobreza y mejoras a la salud de la población panameña, así como al sector privado, a las organizaciones de la sociedad civil, a los organismos internacionales, y a la academia, entre otros.

Estas encuestas han propiciado la profundización del debate nacional en torno a los altos niveles de pobreza y desigualdad prevalentes en el país, aún a pesar de su nivel de desarrollo relativo, a la par de la inclusión visible de estos temas en la agenda del Estado Panameño.

Se cuenta además con la Primera Encuesta Nacional de Salud y Calidad de Vida en Panamá (ENSCAVI 2007) para esta encuesta se elaboró un Atlas que permitió analizar las relaciones del proceso salud – enfermedad y desarrollo humano de la población en el espacio geográfico en el cual habita. El Atlas de la Encuesta Nacional de Salud y Calidad de Vida ayudó a comprender las desigualdades sanitarias dentro del territorio nacional y facilitó el análisis de las relaciones de la población con su ambiente físico, químico, biológico, socioeconómico, político y cultural.

La Encuesta Nacional de Salud y Calidad de Vida del 2007 fue aplicada a 25,748 personas con 18 años y más, permitió estimar una prevalencia actual de consumo de tabaco 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.

Esta representación espacial de la percepción ciudadana de 25,748 personas en todo el territorio nacional sobre su salud y calidad de vida constituyó una línea base para reformular estrategias, programas y encarar los retos de la salud integral de la población y del ambiente.

Otra fuente de información importante es el estudio de prevalencia de factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares efectuada en el 2010. **Este estudio se realizó con todos los criterios metodológicos para encuestas poblacionales y se ejecutó en las provincias de Panamá y Colón (Regiones de Salud de Colón, Panamá Este, Panamá Oeste, Metropolitana y San Miguelito, Las Cumbres y Chilibre), áreas geográficas con población urbana, rural e**

indígena (esta última en Panamá Este), que concentraba aproximadamente 57.4% de los habitantes del país según el censo del año 2010 y en donde se presentaron una variabilidad de factores de riesgo que se comprobó inciden de manera directa en el desarrollo de enfermedades crónicas.

Se cuenta además con las encuestas de base escolar en jóvenes de 13 a 15 años: Encuesta Mundial de Tabaco en Jóvenes (EMTJ). En julio del año 2002, el Ministerio de Salud de Panamá, realizó la primera Encuesta Mundial de Tabaco en Jóvenes, la cual fue concebida debido a las preocupaciones que genera el aumento del consumo de tabaco entre nuestros niños y adolescentes.

En el 2008, se repitió el estudio aplicando la misma metodología por lo cual sus resultados son comparables. En relación a La encuesta mundial de tabaco en estudiantes de profesiones de la salud (Global Health Professional Students – GHPSS) Panamá, 2008. Se trata de un estudio multicéntrico, descriptivo que se aplicó a un total de 735 estudiantes de los terceros años de las carreras de medicina, odontología, enfermería y farmacia, incluidas las cuatro universidades nacionales, según criterios establecidos en su protocolo.

Proporciona datos sobre la prevalencia de vida y de consumo de cigarrillo y de otros productos del tabaco, así como de la exposición al humo del tabaco de segunda mano (EHTSM); de los conocimientos y entrenamiento de los estudiantes sobre los efectos del uso de productos de tabaco para la salud, de sus actitudes en relación al tabaco y de la cesación del hábito de fumar cigarrillos. Aporta algunos elementos con respecto a la publicidad, la promoción y patrocinio del tabaco, elementos claves para el control de la epidemia de tabaquismo en cualquier grupo poblacional.

Sus principales objetivos son generar conocimientos sobre la situación del tabaquismo y comparar el comportamiento de la epidemia de tabaquismo en estudiantes de profesiones de la salud en Panamá, con los resultados obtenidos en otros países del mundo. La información obtenida contribuyó al perfeccionamiento de las políticas de salud y al seguimiento de lo dispuesto en el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco, habiéndose aplicado en una sola ocasión en el país.

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

En Panamá, el trabajo de campo de GYTS fue realizado en octubre de 2012 por el Ministerio de Salud con la colaboración del Ministerio de Educación. Un total de 5,698 estudiantes del 7^{mo} a 9^{no} grado de escuela secundaria completaron la encuesta, de los cuales 4,077 tenían entre 13 y 15 años. La tasa de respuestas total fue de 83.3%.

En relación a la Encuesta Mundial de Tabaquismo en Adultos (GATS) es el estándar mundial para monitorear en forma sistemática el consumo de tabaco en adultos (tabaco con humo y tabaco sin humo), así como los principales indicadores de control del tabaco. GATS es una encuesta representativa a nivel nacional y regional que utiliza un protocolo estándar para los distintos países incluyendo Panamá. La última encuesta aplicada en el país que 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).

Otra fuente de información es la Encuesta de Indicadores Múltiples por Conglomerados conocidas por sus siglas en inglés MICS (Múltiple Indicador Clusters Sampling), se realizó en abril del 2013 en todo el país. Esta encuesta contiene información desagregada a nivel total y provincial así como, de áreas urbanas y rurales y dentro de los parámetros de la confiabilidad y calidad. Se realizó por primera vez, con el propósito de dar seguimiento a las tendencias que registran diversos indicadores que permitan visualizar mejor la situación de niños y mujeres, especialmente el de la población excluida que en el caso de Panamá, se refiere a los indígenas y afrodescendientes. Tiene como fundamento primordial además, investigar variables que complementen información sobre el desarrollo humano en general, lo cual permite medir el avance de los Objetivos de Desarrollo del Milenio y una comparación a nivel internacional.

PENDIS 2005-2006 (Es la Primera Encuesta Nacional de Discapacidad en Panamá), presenta la prevalencia de la discapacidad real en Panamá que alcanza el 11.3% de la población total, es decir 370,053 panameños y panameñas con discapacidad. Además a través de sus resultados podemos saber cuáles son sus principales características socioeconómicas, demográficas, educativas, laborales, epidemiológicas y sociales. PENDIS 2005-2006 nos dice a viva voz que es inminente que la Política de Inclusión Social, pase de ser una Política de Gobierno a ser una Política de Estado, pues con los resultados del presente estudio se sustenta la ejecución con prioridad a nivel nacional de planes y programas integrales que satisfagan las necesidades sentidas de las personas con discapacidad y sus familias.

Estas encuestas contemplan variables de lugar de residencia (rural/urbano), ocupación, ingresos, religión, educación, estado socioeconómico, capital social o recursos, estado migratorio, así como otras variables. En el caso de las encuestas de niveles de vida son publicadas cada 5 años por la Contraloría General de la República de Panamá, siendo su objetivo: obtener información de la condición de vida, pobreza y desigualdad, consumo e ingreso de los hogares, salud y nutrición en salud.

ENASSER, 2009 (Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva) esta encuesta poblacional se efectuó para proporcionar información demográfica y de salud sexual y reproductiva de la población de 15-49 años tomado como base el Censo de Población y Vivienda del año 2000 e incluyó a la población de todas las provincias y comarcas (excepto Kuna Yala) considerando los dominios urbano, rural, indígena con una muestra de 8,644 personas. Se utilizó la metodología de hogares y se aplicaron 3 cuestionarios el del hogar, el de hombres y el de mujeres, durante los cuales se exploraban temas relacionados con el tipo de hogar, la fecundidad, la planificación familiar, la salud materna, la lactancia, el VIH/SIDA, el empoderamiento mujer y la violencia doméstica. Sus resultados han sido muy importantes para reenfocar las políticas y orientar la toma de decisiones en materia de salud sexual y reproductiva. Actualmente, está en ejecución la segunda encuesta nacional sobre el tema.

Encuesta Nacional de Salud Bucal

En Panamá el Ministerio de Salud, quien es el Ente Rector de la salud, elabora cada 3 años un Análisis Nacional de la Situación de Salud de Panamá (ASIS). Siendo un instrumento fundamental para, la elaboración de las Políticas, Planes, Proyectos y Programas de intervención; contribuye a la

gestión de los servicios de salud, para la priorización de los principales problemas, así como para la definición de estrategias interinstitucionales para el dialogo social. Adicionalmente, aporta elementos claves para la definición de la Agenda Nacional de Investigación en Salud. Se cuenta además con los análisis de situación de salud que se realizan en cada una de las regiones de salud del MINSA y los mismos son actualizados cada año. Estos análisis son participativos e inclusivos con los actores sociales.

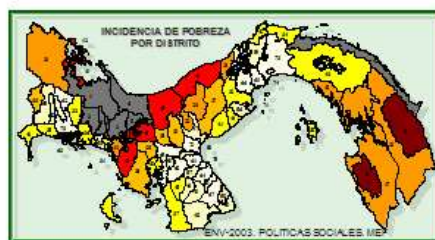
Este reporte incluye un análisis explícito de los determinantes socioeconómicos de la salud y se identifica claramente cuáles son las necesidades de salud insatisfechas, las cargas de enfermedad actuales y esperadas, así como el análisis de la capacidad del sistema de salud para responder a las necesidades de salud actual y esperada. Actualmente el Análisis de Situación de Salud 2015, se encuentra publicado en la página web del MINSA; así como los ASIS Regionales tanto en versión Word como en PowerPoint.

El Instituto Nacional de Estadísticas y Censo (INEC) publica cada año datos de estadísticas vitales, siendo la fuente oficial de esta información y anualmente se publica en la página web del MINSA información de indicadores del país y de las provincias, boletines y anuarios estadísticos en donde está disponible información de indicadores de morbimortalidad, socioeconómicos, indicadores de gestión e indicadores de cobertura del sistema de salud identificando la producción de los servicios ofrecidos a través de sus carteras ofrecidas, entre otros datos relevantes. Con esta información el país genera reportes sobre el desempeño del sistema de información de salud.

Cabe destacar que este reporte no incluye un análisis de desigualdades en salud de los diversos grupos de la población, por lo tanto el país estaría en condiciones de cumplir con este indicador para el año 2020. En enero de 2006, el MINSA publicó un Cuaderno Técnico sobre Desigualdades en Salud con el que se reafirmaba que uno de los grandes desafíos del Sistema Nacional de Salud del país, es el logro de una atención integral de la salud de las personas con equidad, eficiencia, eficacia, efectividad y calidad. También ubicaba la medición de desigualdades como una de las mejores herramientas para medir el desempeño de las funciones esenciales de salud pública, de la gestión y prestación de servicios de atención, para la integración de la población a los procesos de planificación, ejecución y evaluación de acciones de salud. Esta primera aproximación para la caracterización de las desigualdades en salud en Panamá se vio limitada por la carencia de sistemas de información en salud y las estadísticas vitales debidamente organizadas para facilitar los datos requeridos para profundizar las estimaciones hasta los niveles de corregimiento, e incluso de lugares poblados, sin embargo ofreció información de mucha utilidad para la toma de decisiones en materia de salud y en otros campos de la acción tanto social como económica, que inciden en las condiciones de salud de la población residente en Panamá, pues se logró la identificación de las áreas geográfico poblacionales que según su nivel de pobreza, presentan mayor riesgo de enfermar y morir tales como el VIH/SIDA, TBC, atención profesional del parto, mortalidad infantil, dengue y embarazo en adolescentes. También permitió identificar a los distritos de Chitré, San Miguelito y Panamá como aquellos menos impactados por las desigualdades en salud.



DESIGUALDADES DE SALUD EN PANAMA



Ministerio de Salud. Dirección Nacional de Políticas del Sector Salud. Documento Borrador.

Enero de 2006

Actualmente el MINSA, ha realizado avances al convocar a los planificadores del nivel nacional y regional al Taller sobre Análisis de Desigualdades, en donde se explicó la metodología para el cálculo de brechas de desigualdades. Este taller se realizó en el mes de julio de este año, en colaboración con expertos de OPS. En este mes de octubre, el equipo ha efectuado un ejercicio de estimación de desigualdades que se presenta más adelante en este documento.

La Oficina de Organización y Desarrollo Institucional del MINSA (ODI), es quien realiza las encuestas de satisfacción del paciente. Estas encuestas incluyen variables que permiten determinar: los establecimientos debidamente equipados, tiempos de transporte y de espera, seguimiento de protocolos, horarios de atención, atención intercultural, sensibilidad al género.

En relación a la utilización de los servicios de salud para obtener información sobre la calidad de los servicios de salud se cuenta con las auditorías realizadas por auditores anualmente en los establecimientos de salud a los expedientes clínicos.

La dirección de Provisión del MINSA realizó en el 2012-2013 la medición de la calidad de atención a las personas mediante la evaluación de los registros en la historia clínica. La auditoría de historias clínicas se realizó en las 14 Regiones de Salud, en dos Hospitales de III nivel y siete Hospitales Regionales de Segundo nivel. Fueron un total de 123,441 expedientes auditados en 155 instalaciones de la red primaria y 8,704 en los ocho hospitales para un gran total auditado de 132,145 expedientes.

El documento presenta los resultados de la evaluación de la calidad de la atención que se brinda a las personas, con el propósito fundamental de valorar científicamente, si los esfuerzos que se hacen en materia de salud, están llegando de manera eficiente a los diferentes grupos poblacionales, mediante el monitoreo de los expedientes clínicos de los diferentes programas manejados por los centros de salud y hospitales, compilar dicha información y de esta manera, obtener el índice de la calidad en la atención que se está brindando.

En Panamá existen requerimientos legales para el sistema de notificación obligatoria en el sistema de salud y es el DECRETO EJECUTIVO N° 268 (DE 17 DE AGOSTO DE 2001). “Que determina los problemas de salud de notificación obligatoria, señala los procedimientos para la notificación y establece sanciones”.

El tipo de información que se establece como problemas de salud de notificación obligatoria en la República, son los siguientes: (Amebiasis, anquilostomiasis, botulismo, bronconeumonía, brucelosis, carbunco cutáneo, chancro blanco, cisticercosis, conjuntivitis hemorrágica, cólera, enfermedad diarreica y gastroenteritis de origen infeccioso, difteria, efectos tóxicos (envenenamientos), encefalitis viral, enfermedades causadas por el Hantavirus, infección por VIH, incluso el sida, enfermedad de Chagas (Tripanosomiasis americana), enfermedad pélvica inflamatoria femenina, fiebre reumática, enteritis debida a Salmonella (salmonelosis), equinococosis, escarlatina, fiebre amarilla selvática, fiebre amarilla urbana, dengue clásico, dengue hemorrágico, síndrome de choque de dengue, fiebre equina venezolana, fiebre recurrente transmitida por piojos, fiebre tifoidea, fiebre paratifoidea, fiebre viral transmitida por artrópodos, frambesia, granuloma inguinal, hepatitis A, B, C, D, E y otras infecciosas no especificadas, infección gonocócica, infecciones nosocomiales, infección por virus de herpes simple, infección meningocócica, influenza, intoxicación alimentaria, leishmaniasis, lepra, leptospirosis,

linfogramuloma (venéreo) por clamidias, meningitis según etiología y las no especificadas, mordedura de murciélago, mordedura de ofidio, mordedura de perro, muertes maternas y perinatales, neumonías según etiología y las no especificadas, paludismo (malaria), papiloma virus como causa de enfermedades, parotiditis, peste, picadura de alacrán, poliomieltis, rabia en humanos, reacciones adversas a vacunas y a medicamentos, rubéola y síndrome de rubéola congénita, sarampión, Shigellosis, sífilis (todas sus formas), síndrome de Guillan-Barré, síndrome nefrítico agudo, síndrome paralítico, no especificado (parálisis flácida aguda), tétanos incluso el tétanos neonatal, tifus, tos ferina, toxoplasmosis, tracoma, tuberculosis, tularemia, uretritis no especificada, varicela, verrugas venéreas (anogenitales), viruela, violencia intrafamiliar, todo caso o brote de enfermedad o problema sanitario emergente.

De estos 79 problemas de salud, hay 30 que son considerados como problemas de salud de notificación obligatoria e inmediata y son los siguientes: Botulismo, cólera, difteria, encefalitis viral, enfermedades causadas por el hantavirus, enfermedad de Chagas (tripanosomiasis americana), fiebre amarilla selvática, fiebre amarilla urbana, dengue hemorrágico, síndrome de choque de dengue, fiebre equina venezolana, fiebre recurrente transmitida por piojos, fiebre tifoidea, fiebre paratifoidea, infección meningocócica, leptospirosis, meningitis por Haemophilus Influenzae tipo B, peste, poliomieltis, rabia en humanos, reacciones adversas por vacunas y a medicamentos, rubéola, sarampión, síndrome Guillan-Barré, síndrome paralítico, no especificado (Parálisis flácida aguda), tifus, tos ferina, viruela, violencia Intrafamiliar, todo caso o brote de enfermedad o problema sanitario emergente.

Los proveedores públicos y privados están obligados a notificar esta información y en el caso de la notificación inmediata debe ser hecha por teléfono, fax, correo electrónico o personalmente. Además, el encargado de la entidad de salud o quien él designe, deberá enviar posteriormente una nota dirigida al Coordinador de Epidemiología de su área, como constancia escrita. Los proveedores están obligados a notificar los problemas de salud de notificación obligatoria a la autoridad de salud más próxima o, en su defecto, a cualquier autoridad administrativa:

1. El médico que asista al paciente que sufra una enfermedad, riesgo o problema de salud de notificación obligatoria.
2. El dueño o encargado del predio en donde se presente uno de estos casos o sospecha de caso.
3. La persona responsable del enfermo o de la situación de riesgo o problema sanitario.
4. El laboratorio que establezca el diagnóstico.
5. Los veterinarios, en caso de zoonosis transmisibles al hombre.
6. Cualquier persona que tuviera conocimiento o sospecha de la existencia de uno de estos casos.

Los médicos y demás obligados a notificar comunican los casos o sospecha de casos de problemas de salud de notificación obligatoria inmediata al director de la entidad en donde laboran, tan

pronto tengan conocimiento del caso. Cuando la denuncia se hace ante otra autoridad administrativa, ésta la transmite inmediatamente a la autoridad de salud correspondiente.

Todas las instalaciones públicas y privadas que brindan servicios de salud humana o veterinaria, están obligadas a comunicar los problemas de salud de notificación obligatoria al director regional de salud o al coordinador de Epidemiología de su región de salud. Los Coordinadores Regionales de Epidemiología notifican, de acuerdo a las normas programáticas vigentes, al departamento encargado de vigilancia epidemiológica, a nivel central.

La Dirección General de Salud Pública, una vez informada de un caso o sospechosa de caso de problema de salud de notificación obligatoria, ordena las medidas sanitarias pertinentes para el control de la enfermedad, riesgo o problema de que se trate, conforme a las disposiciones del Código Sanitario.

Las entidades, públicas o privadas, y los funcionarios o profesionales implicados, que infrinjan el presente decreto, son sancionados por la Dirección General de Salud Pública, de acuerdo a la falta cometida:

- Faltas leves: Con amonestación escrita, la primera vez, y cada reincidencia será sancionada con una multa de cien balboas (B/100.00).
- Faltas moderadas: Con multas desde cien balboas (B/100.00) hasta quinientos balboas (B/500.00) y cada uno reincidencia se sancionará con el doble de la multa impuesta.
- Faltas graves: Con multa desde quinientos un balboa (B/501.00) hasta mil balboas (B/1000.00) y cada reincidencia será sancionada con el doble de la multa impuesta.

En relación al objetivo de Garantizar la calidad e integralidad de los datos, en el país la calidad de las estadísticas vitales es considerada buena, se realiza una revisión manual de todos los formularios de nacimientos vivos y defunciones, se valida la base de datos de ambos hechos vitales con la información proveniente de diversas fuentes de información, como Registro Civil, base de datos de SIEC, IML, etc. En esta fase, se asegura la cobertura y calidad de las principales variables como lo es la fecha de nacimiento, causas de muerte y la no duplicación de estos hechos vitales.

Hay una cobertura adecuada de las estadísticas vitales (nacimientos y defunciones) y esta información está disponible en la página web de INEC y puede ser consultada como instrumento para la gerencia, investigación y docencia.

El país cuenta con una estrategia sobre capacitación en estadísticas de mortalidad y se realizan estos en dos modalidades: (cursos presenciales o virtuales), están certificados por un Centro Nacional de Referencia de la Red Latinoamericana de la Familia de Clasificaciones Internacionales de la OMS (Centro Colaborador de la OMS), a través de RELACSIS que es quién se encarga de coordinar y moderar estos cursos y es parte de OPS.

Los mismos fueron impartidos en el país en el 2014, se dictaron tres cursos dos de forma presencial con participación de personal de Registros Médicos del Hospital Punta Pacífica y personal de SENADIS (médicos, psicólogos, terapeutas, etc.) y uno virtual para funcionarios de REGES del Ministerio de Salud.

Según información proporcionada por INEC no se tiene un porcentaje de codificadores certificados en la CIE-10 cada año y tampoco se tiene un control del personal capacitado en estos cursos, tampoco se tiene información si estas personas se mantienen en sus labores, ya que por lo general no son funcionarios de INEC.

Línea Estratégica 3

Financiamiento en Salud

El debate sobre el tema de Financiamiento en Salud, fue abordado por profesionales de diferentes disciplinas tales como; médicos patólogos, médicos salubristas, economistas de la salud, contables y economistas, entre otros los cuales representan al sector público y a organizaciones gremiales. Lo primero que causó una polémica interna en el grupo fue la definición del concepto de “políticas y/o estrategias” ya que el lenguaje utilizado en el formulario en algunos aspectos era muy ambiguo, algunas de los cuestionamientos eran interpretadas de una manera por algunos integrantes y de otra por otros, lo que generó un proceso inicial de consenso antes de entrar en el análisis de este polémico e interesante tema.

Lo referente a políticas o estrategias publicadas en los últimos años consensuamos lo que en el Observatorio del Estado de la Nación 2012 de la Universidad de Panamá, Vicerrectoría de Investigación y Postgrado fue una evaluación de las Políticas existentes del país. La Dra. Márquez de la Naciones Unidas planteó una propuesta que habla del *ciclo de las políticas públicas y la participación social*, dicho esto en salud se consensó que cualquier cosa que condiciona la conducta institucional y que teóricamente debe responder a una necesidad social. También citamos la definición de política pública planteada en el Análisis de Situación de los Sistemas de Servicios de Emergencias Médicas en la Región de América Latina y el Caribe de 2009 – 2011 de la Organización Panamericana de la Salud.

El consenso llevó a concluir que cada Lineamiento Político, Ley, Decreto, Resolución o Norma serán consideradas para esta evaluación como una política y con este enfoque se ha desarrollado el contenido de esta línea estratégica. Dicho esto también se consideró la existencia de políticas o lineamientos que aunque no fueran elaborados durante los últimos 5 años, están vigentes

En este sentido, se incluyen normas que como el Código Sanitario datan es del año 1947, todavía pertinentes y vigentes. Así mismo existen decretos como son los de gratuidad que tiene más de 5 años, pero que aún están vigentes. A manera de que se pueda tener una mejor referencia del debate aportamos un pequeño anexo que recoge un conjunto de definiciones aplicadas durante este proceso.

Aunque no existen políticas de estado para incrementar las recaudaciones de fondos públicos para Salud si existe Ley 13 de Enero de 2008 conocida como la Ley de Tabaco que destina parte de lo recaudado en concepto de impuestos selectivo al consumo de productos de tabaco a la atención oncológica y se asigna el 20% al Instituto Oncológico Nacional, otro 20% se asigna al MINSA para combatir promover el control de tabaco y la adicción al uso de productos de tabaco. Adicionalmente, aporta un 10% a la Autoridad Nacional de Aduanas con la finalidad de combatir el comercio ilícito de tabaco, pues merma las políticas de salud orientadas a proteger a la población por que hace el producto más asequible.

En Panamá el ente oficial para el suministro de datos es la Contraloría General de la República, la cual actualmente no elabora estadísticas precisas en lo referente a Cuentas Nacionales en Salud.

En la página web de la Organización Mundial de la Salud, en lo referente al gasto público como porcentaje del PIB en Panamá es de 4,9%. Sin embargo el Ministerio de Salud, considera que es de 9,7%, ya que incluyen otros componentes, como el agua potable, el saneamiento ambiental, la

disposición de excretas que son determinantes de la salud de una población y se aplican al presupuesto del MINSa, toda vez que el Sector Salud en Panamá considera otras instituciones tales como el Instituto de Acueductos y alcantarillados Nacional (IDAAN), Autoridad Panameña de Seguridad de Alimentos (AUPSA, Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios en Salud (ICGES), Autoridad de Aseo Urbano y Domiciliario (AAUD) , además de la MINSa y la CSS

En referencia al gasto del sector primario, oficialmente no se calcula, sin embargo consideramos factible que sea calculado luego de establecer los componentes, en vías de su comparabilidad con otros países.

En el sector público, sea el Ministerio de Salud o Caja del Seguro Social, establece el pago de todos los profesionales de la salud con base en una remuneración histórica, basadas en escalas salariales o escalafones incluso cuando inician su actividad productiva en el sector mediante la modalidad de contratos).

Todos los hospitales tienen financiamiento por presupuesto histórico basado en objetos del gasto y centros de producción debido a que esa es la norma de formulación presupuestaria del Estado Panameño. A pesar de ello el MINSa formula su anteproyecto basado en un sistema de Producción y Resultados, aunque su posterior asignación se da por procesos históricos con incrementos en algunos rubros siempre que la recaudación de impuestos así lo permita. De acuerdo a las estimaciones o del crecimiento del PIB del periodo como el porcentaje del déficit aceptado.

Para poder romper con esta manera de formular y adjudicar los fondos presupuestarios se requiere una reforma financiera que incluya una descentralización de los presupuestos hacia las unidades ejecutoras (toda instalación de salud deberá contar con un código presupuestario que lo identifique para poder asignar, agrupar y consolidar su presupuesto) De igual forma, es necesaria la implementación de un Sistema Nacional de Contabilidad Analítica no basado en los tradicionales objetos del gasto, y que los anteproyectos de presupuesto se evalúen realmente basados en las propuestas y planes operativos de cada instalación.

Actualmente, no tenemos redes integradas de servicios de salud, cada institución del sector salud cuenta con sus recursos propios los cuales si tienen un techo presupuestario, según se fija en el presupuesto Ley aprobado por la Asamblea Nacional de Diputados.

El sistema de salud de Panamá se caracteriza por ser un sistema fragmentado, en el que persiste la ineficiencia e ineficacia, con una deficiente utilización y prestación de los servicios, lo que se profundiza por la falta de un proceso continuo de evaluación del gasto o inversión, que retroalimiente la ejecución del presupuesto.

Reiteramos que se requiere de una reforma financiera que incluya contabilidad analítica o de costos de salud que permita desagregar la inversión en salud y correlacionar el gasto frente a los resultados e impacto alcanzado en materia de salud en Panamá. Es básico, que las transformaciones del sistema de financiamiento tengan un enfoque orientado a disminuir las brechas financieras y por ende las brechas en salud que afectan a la población más vulnerable del país.

El Sistema Integrado de Administración Financiera de Panamá (SIAFPA) debe modificarse e incluir todas las instalaciones del sistema de salud y no seguir agrupado por distritos. Es imprescindible que el concepto de formulación presupuestaria se reoriente hacia una formulación de

presupuesto por resultados, con objetivos, metas y acciones bien definidas y cuantificadas financieramente.

Línea Estratégica 4.

Fortalecer la coordinación intersectorial para abordar los determinantes sociales de la salud

Para ejercer el liderazgo en la definición de las políticas de acción intersectorial en Panamá el Minsa cuenta con un plan de acción nacional con el nombre de Política Nacional de Salud y Lineamientos Estratégicos 2010-2015, publicado en su primera edición en Agosto de 2011. Este documento contempla un resumen del análisis de la situación de salud, que destaca los principales desafíos sectoriales e institucionales identificados y finalmente, se definen 9 Políticas de Salud organizadas en el marco de 3 ejes estratégicos, 39 Objetivos Estratégicos, y 125 Líneas de Acción para el período 2010-2015. Para la confección de las nuevas Políticas 2016 -2025 el país ha realizado y realiza una serie de procesos como son: La Evaluación de las FESP, el ASIS Macro (nacional) y los 15 Regionales, la Evaluación de las Políticas de Salud y este documento que recoge el Perfil del Sistema de Salud.

Existen otros documentos que avalan la función de conducción sectorial, entre ellos la Constitución de la República de Panamá que en sus artículos 115 y 112 explicita que **“Es deber del Estado establecer una política de población que responda a las necesidades del desarrollo social y económico del país”**. También se cuenta con las disposiciones del Decreto de Gabinete 1 del 15 de enero de 1969 mediante el cual se crea el Ministerio de Salud, en él se determinan su Estructura y Funciones; se establecen las normas de integración y la coordinación de las instituciones del Sector Salud. Otorga un mandato específico para que el sector salud se involucre con otros sectores en la formulación e implementación de políticas de desarrollo social.

Para la definición de las políticas de acción intersectorial en la República de Panamá existen varios mecanismos de consulta institucionalizados con comunidades y grupos de la sociedad civil como son: la Mesa del Diálogo, las Juntas Administradoras de Agua, los Comité de Salud, los Centro de Atención al Usuario, la Línea de Atención Ciudadana, la Auditoría Social, los Acuerdos de Concertación Nacional para el Desarrollo, espacios de convergencia en los que se encuentran representados usuarios de Sistemas de Salud, líderes políticos, personal de salud, asociaciones y gremios de salud tanto técnicos como administrativos, grupos en estado de vulnerabilidad, personas que prestan servicios de salud tradicionales, organizaciones no gubernamentales (ONG's), miembros de los Consejos Provinciales y representantes de la Asamblea Nacional de Diputados. El fundamento de toda esta participación se fundamenta en el artículo 116 de la Constitución de la República de Panamá que a la letra dice **“Las comunidades tienen el deber y el derecho de participar en la planificación, ejecución y evaluación de los distintos programas de salud.”**

Ninguno de los mecanismos de consulta antes mencionados cuenta con presupuesto asignado, se reúnen según organización formal con la frecuencia establecida o por necesidades coyunturales que deben ser abordadas de manera integral y colectiva. Brindan aportes para la formulación de políticas y planes participando de forma activa en la evaluación de las mismas.

Hay que indicar que las políticas vigentes hasta el 2015 a pesar de contar con una herramienta para su monitoreo, no fueron monitoreadas a través del tiempo de su vigencia, pero fueron evaluadas con una amplia participación de los actores antes enunciados. Adicionalmente, las

instancias antes mencionadas participan en la elaboración de los Análisis de Situación de Salud 2015, realizados en las quince (15) Regiones de Salud del país, cuyos informes se encuentran publicados en la página WEB del Ministerio de Salud de Panamá. Igual puede mencionarse, que los actores precitados participaron activamente en la reciente evaluación de las FESP y en el ejercicio que se realiza en estos momentos para la formulación de las próximas políticas. Se espera que de aquí al 2020 exista evidencia publicada sobre el proceso de monitoreo y evaluación de políticas y planes a través de estos sistemas de participación.

Algunos programas de Salud Pública han sido reorientados y/o rediseñados en los últimos 5 años para reducir las desigualdades en salud basados en decretos de gratuidad para la atención dirigidos a población de 0 a 5 años, mujeres embarazadas, población indígena y con capacidades especiales. La evaluación de desigualdades en acceso a estos programas de Salud Pública se realizó mediante los mapas de pobreza, donde se logró focalizar hasta nivel de corregimientos. El mecanismo utilizado fue mediante la identificación de los hogares con la ayuda de técnicos del Ministerio de Economía y Finanzas, Banco Mundial y Banco Interamericano de Desarrollo, mediante el desarrollo de un modelo para realizar la evaluación, de acuerdo a diferentes variables socioeconómicas obtenidas a través del Censo de Vulnerabilidad Social, determinando la probabilidad de los hogares de ser pobres y pobres extremos. Se espera que para el 2020 se pueda realizar con la metodología que permita una mejor focalización de las determinantes sociales de la salud.

El MINSA a través de la Dirección Nacional de Planificación (DIPLAN) y con apoyo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), ha iniciado un proceso de capacitación sobre medición de desigualdades lo que ha permitido tener una aproximación a las desigualdades en salud que se presentan más adelante en este Perfil del Sistema de Salud de Panamá. Durante el proceso de estimación se han identificado algunas dificultades debido a las características de las bases de datos disponibles, por lo que se proyecta mejorar las bases de datos a fin de perfeccionar en el futuro la medición de las desigualdades en salud en Panamá.

Para afrontar las desigualdades, se han gestionado préstamos ante el BID y/o Banco Mundial que tienen la finalidad de acercar los servicios de salud a las poblaciones más vulnerables, utilizando estrategias de atención itinerantes y mejorando las capacidades de la red fija de servicios de atención del MINSA, en las áreas priorizadas. Las mejoras a la calidad de los servicios y la humanización de la atención son estrategias transversales en estos procesos de atención.

También se ha contado con fondos provenientes de donantes externos que son utilizados en programas nacionales, que actúan sobre los determinantes sociales de la salud, principalmente como la Iniciativa Salud Mesoamérica 2015 (SM2015) Programa de Mejoramiento de la Equidad y Fortalecimiento de los Servicios de Salud, cuyo objetivo es mejorar la salud reproductiva, la salud materna, neonatal e infantil para reducir la mortalidad materna e infantil, que hace énfasis en el mejoramiento de la oferta de servicios, promueve la demanda de los mismos, la implementación de un esquema de financiación basados en resultados, y la adopción de intervenciones basadas en la evidencia y costo efectivas con el fin de mejorar el estado de salud del 20% más pobre de la población y reducir las desigualdades en salud. En estas aportaciones hubo un incremento de 50.7%.

Por parte del sistema de monitoreo y evaluación del Ministerio de Salud y otras entidades relacionadas, se cuenta con reportes referente al tema de los determinantes sociales de la salud y las desigualdades de salud publicado en el documento de Análisis de la Situación de Salud,

Perfil de sistema de Salud Panamá 2007, Informe de País de Derechos Humanos. Informe de Desarrollo Humano, Rio +20, Siglo 21, Atlas de Desarrollo Humano Local, Panamá 2015, Situación de Salud de los Grupos Indígenas.

Para el establecimiento y fortalecimiento de los mecanismos de coordinación intersectorial, en el país existe el Gabinete Social como estructura nacional funcional con rectoría del gobierno que fue reorganizada mediante el Decreto Ejecutivo 335 del 30 de octubre de 2014. Está integrado por el Presidente de la República, Ministerio de Salud, Ministerio de Educación, Ministerio de Vivienda y Ordenamiento Territorial, Ministerio de Trabajo y Desarrollo Laboral, Ministerio de Economía y Finanzas (MEF), Ministerio de Ambiente y Secretaría de Asuntos Sociales de la Presidencia. Entre sus funciones señaladas en el artículo 2 del precitado Decreto se estipula: “actuar como interlocutor del gobierno nacional ante los organismos y organizaciones internacionales y nacionales, gubernamentales y no gubernamentales, en materia de desarrollo social multisectorial.”

Además de esta estructura existen en el país los comités conformados por diferentes sectores del gobierno como lo son: la Junta Directiva de la CSS, Patronatos de los Hospitales, Comisión de Salud de la Asamblea Nacional, SENADIS, Junta Directiva del IDAAN y Junta Directiva del ICGES. Ninguna de estas estructuras cuenta con recursos económicos asignados y todos cuentan con sus respectivos reglamentos operativos. El Instituto Nacional de Estadística y Censo cuenta con el Comité Nacional de Estadística y varias subcomisiones cuya finalidad es el análisis de los datos estadísticos e identificación de necesidades de información para contar con datos que permitan una mejor valoración de temas priorizados, entre ellos los relativos a la salud, ambiente, economía y estadísticas sociales, por mencionar algunos

La República de Panamá cuenta actualmente con grupos de trabajo y grupos de interés multisectoriales que se encargan de evaluar las repercusiones de las políticas gubernamentales sobre la salud y la equidad en salud de los diversos grupos de la población, pero dichos grupos actúan de forma individual y no como redes.

En la actualidad se cuenta con varios programas de capacitación sobre acción intersectorial para las autoridades nacionales y regionales de salud, mediante los cuales se han impartido varios cursos con orientación preventiva y 7o de educación en servicio sobre temas como: Dengue, VIH, SIDA, Ébola, Chikungunya, Cáncer de Mama, Cáncer de Próstata, cursos virtuales mediante los que se logró capacitar durante el año 2014 la cantidad de 384 funcionarios.



Tenemos un grupo de instituciones reconocidas como: Universidad de Panamá, Universidad Latina, Universidad de Las Américas, **Instituto** Conmemorativo **Gorgas de** Estudios de la Salud (ICGES), Instituto Técnico Superior, OPS -MINSAs y CSS; , que ofrecen cursos de capacitación en la

aplicación y el seguimiento del enfoque de la salud en todas las políticas y conceptos relacionados. Se tiene conocimiento que anualmente se realiza un número considerable, pero no se dispone de la cifra exacta. Adicionalmente se cuenta con el Nodo Virtual de Salud Pública articulado entre el MINSA y la OPS.

El Ministerio de Salud cuenta con unidades (u oficinas) que establecen y fortalecen su capacidad de implementar con éxito sus políticas públicas para la atención de poblaciones en situación de vulnerabilidad, entre estas cabe mencionar: La Dirección de Asuntos Sanitarios Indígenas, Oficina de Salud Integral para la Población con Discapacidad, SADI-CSS, Programa de Niñez y Adolescencia, Programas de Salud de Adulto y Adulto Mayor, Salud Penitenciaria y la Sección de Mujer, Género, Salud y Desarrollo. Estas dependencias cuentan con un presupuesto limitado y algunas dependen presupuestariamente de la dirección a la cual pertenecen o bien del presupuesto asignado al Despacho del Ministro de Salud, esto por disposiciones en el proceso de formulación presupuestaria definido por el MEF. Algunos fundamentos legales con respecto a este tema son: la [Resolución 322 de 18 de agosto de 2005](#), por medio de la cual se instruye a las instalaciones comarcales de salud del país, las administradas por el Ministerio de Salud, a brindar los servicios de salud a la población indígena de forma gratuita y la [Ley 29 de 13 de junio de 2002](#), por medio de la cual se garantiza la Salud y Educación de la Adolescente Embarazada

En la [Política Nacional de Salud y Lineamientos Estratégicos](#) se instituyen lineamientos para el desarrollo de la salud de los grupos vulnerables, otros documentos relacionados con este tema son: la [Política Pública Nacional sobre el VIH y SIDA](#), [Proyecto Participación e inclusión política de grupos vulnerables en Panamá](#), y el [Plan de Gobierno de la alianza “Mi Pueblo Primero”](#)
Indicador 3

Panamá cuenta con una serie de [programas y/o políticas de desarrollo social](#) eficaces en reducir las inequidades y brechas en salud por parte de los grupos en situación de vulnerabilidad y que han requerido de la acción conjunta del sector salud con otros sectores, mediante la conformación de redes nacionales, regionales y locales.

Algunos de los sustentos legales de estos programas y/o políticas son: [Decreto Ejecutivo 428 de 15 de diciembre de 2004](#), por el cual se ordena la gratuidad de la prestación del servicio y asistencia de la maternidad en todos los establecimientos de salud del Ministerio de Salud. El [Decreto Ejecutivo 7 de 24 de febrero de 2005](#), por medio del cual se crea la Oficina Nacional de Salud Integral para la Población Discapacitada del Ministerio de Salud y se dictan otras disposiciones. El [Decreto Ejecutivo 546 de 21 de noviembre de 2005](#), por medio del cual se ordena la gratuidad de la atención de salud de los niños menores de cinco (5) años en todos los establecimientos de salud, del Ministerio de Salud. El [Decreto Ejecutivo 5 de 6 de marzo de 2006](#), por el cual se modifica el artículo primero del [Decreto Ejecutivo 428 de 15 de diciembre de 2004](#), que ordena la gratuidad de la prestación del servicio y asistencia de la maternidad en todos los establecimientos de salud, del Ministerio de Salud.

La [Resolución 321 de 18 de agosto de 2005](#), por medio de la cual se brindarán servicios de salud a las personas con discapacidad en todas las instalaciones de salud administradas por el Ministerio de Salud.



Algunos de los programas de asistencia social con los que contamos son: la Beca Universal, el Programa 120 a los 65, Ángel Guardián, Red de Oportunidades, Becas de excelencia, Barrio Seguro, Techos de Esperanzas, 0 Letrinas 100% Agua, que buscan disminuir el riesgo social en las familias panameñas.



Mediante la coordinación entre el sector salud y servicios de asistencia social se implementan campañas de promoción de la salud y prevención de enfermedades como la Cinta Rosada y Celeste, lavado de manos, campañas contra la diabetes, contra el consumo de Tabaco o exposición al humo tóxico de los productos de tabaco, VIH y SIDA, Hantavirus, Dengue y Chikungunya entre otras y dirigidas a grupos de la población en situación de vulnerabilidad social.



El Ministerio de Salud conjuntamente con otras autoridades nacionales como el MIDES, IDAAN, y CSS implementan de forma permanente campañas de información a nivel nacional y sub-nacional para informar los grupos en situación de vulnerabilidad acerca de los servicios de salud a los que tienen derecho, y cómo y cuándo utilizar estos servicios en caso de ser requeridos. Se conoce que se han efectuado un sin número de campañas pero no se cuenta con la cifra exacta de las mismas.



Instituciones gubernamentales como El MIDES, SENADIS, SENIAF, INAMU, Viceministerio de Asuntos Indígenas, son las encargadas a nivel nacional y/o regionales de incluir los grupos en situación de vulnerabilidad en los debates sobre políticas a nivel local, regional y nacional, cada una de ellas cuenta con su presupuesto y establecen sus propios cronogramas de reuniones en las que se presentan las situaciones y brindan elementos para la toma de decisiones y formulación de leyes y otros.

En el avance en la prevención y respuesta a la violencia en Panamá cuenta con políticas, normas y estrategias para el abordaje de la violencia como: la [Ley 38 de 10 de julio de 2001](#), por la cual se reforma y adiciona artículos al Código Penal y Judicial sobre violencia doméstica y maltrato al niño, niña y adolescente, el Plan Nacional de Prevención, Atención y Rehabilitación de la Violencia Doméstica, la [Estrategia Nacional de Seguridad Pública de Panamá](#) (pág. 58. líneas estratégicas) donde se definen los diferentes sectores del gobierno que tiene que abordar este tema incluyendo el Ministerio de Salud. También existes planes de abordaje del tema de violencia según institución integrando cada uno de los actores involucrados.

Cabe destacar que las diferentes instituciones tienen limitaciones de recursos humanos y financieros, porque no cuentan alguna de ellas con presupuestos específicos para estos fines. De allí que se hace imperativo la abogacía para fortalecer las acciones que están realizando los diferentes sectores del gobierno para robustecer el control de la violencia.

El monitoreo y evaluación de la situación se realiza mediante el [Informe de Sistema Integral de Estadísticas Criminales \(SIEC\)](#).

Existe en el país, de forma general una serie de políticas, normas (manual de normas y procedimientos para la atención integral de la violencia doméstica y la promoción de formas de convivencia solidarias en el sistema nacional de salud 3ra edición 2005), procedimientos, planes, comisiones (Comité Especializado en Violencia contra la Mujer y observatorios, Observatorio de la Violencia de género con su Plan de trabajo del observatorio panameño contra la violencia de género 2010 -2012.) dirigidos al fortalecimiento, vigilancia y atención a la población en el tema de violencia. Estos organismos están integrados por entes gubernamentales y no gubernamentales relacionados al tema de la violencia en el país. Su periodicidad es variable según el cumplimiento.

La [Ley 41 General del Ambiente](#), en su capítulo V, los artículo 77 ,78 y 79 aborda el tema de la calidad del aire, en la actualidad no existe un programas de vigilancia que incluyan consejos de salud para monitorear los diferentes niveles de contaminación del aire, lo que se realiza es la

medición de partículas contaminantes mediante aparatos especializados comprados con los fondos de los impuestos que maneja tabaco. A estos aparatos se les brinda mantenimiento y calibración periódica. Sin embargo se está trabajando en ello, por lo que al 2020 se espera que se pueda cumplir con estos aspectos.

El país no cuenta con un Sistema de Vigilancia de Salud Ambiental con sus respectivos indicadores de clima, pero se está trabajando en ello. Cuenta con estrategias nacionales que tienen algunas publicaciones como: [Programa Conjunto de incorporación de medidas de adaptación y mitigación del cambio climático en el manejo de los recursos naturales en dos cuencas prioritarias en Panamá](#), [Programa Conjunto Cambio Climático-Sector Salud](#), [Estrategias de Gestión Integrada de las cuencas de los ríos Chucunaque y Tabasará para la reducción de la vulnerabilidad y la adaptación y mitigación al Cambio Climático](#).

Se envían comunicaciones sobre asuntos relativos a la salud a la Convención Marco sobre el Cambio Climático. Remitirse a [“PANAMÁ: Segunda Comunicación Nacional ante la Convención Marco de las Naciones Unidas sobre el Cambio Climático”](#).

Con respecto al cambio climático existen además varias publicaciones por parte del [Ministerio de Ambiente](#) y otras entidades internacionales; según la Organización Mundial de la Salud (OMS), muchas enfermedades transmitidas por vectores, como la malaria, el dengue, hantavirus y posiblemente encefalitis son muy sensibles a la variabilidad climática y es de prever que se agravarán con el cambio climático. En el [“Estudio del cambio climático y su influencia en las enfermedades transmitidas por vectores”](#), realizado por el Instituto Conmemorativo Gorgas y SENACYT desde 2010, se señala que los factores ambientales, así como la variabilidad climática y los comportamientos poblacionales, han ocasionado cambios en los perfiles epidemiológicos de la población; en el informe de la CEPAL [“La economía del cambio climático en América Latina y el Caribe. 2010”](#), se establece que en los países de la región el cambio climático supondría una pérdida del 1% del PIB anual entre los años 2010 y 2100.

En La Cumbre de las Naciones Unidas sobre Cambio Climático, celebrada en Durban, Sudáfrica, a finales de 2011, se acordó en el Anexo I que países en desarrollo, como Panamá, tendrán que entregar a finales del 2014 el primer Informe Bienal con las acciones implementadas que contribuyan a dirigir el desarrollo hacia economías bajas en carbono.

El estudio [“Natural Disaster Hotspots”](#), del Banco Mundial -que mide el porcentaje de su superficie terrestre, población y PIB en riesgo ante eventos naturales adversos- Panamá ocupa el puesto 14 entre los países con mayor exposición a amenazas naturales múltiples y es una de las naciones más afectadas por fenómenos climáticos extremos. El mismo estudio señala que nuestro país se ubica en el puesto 35 entre los que tienen riesgo relativamente alto de mortalidad por amenazas múltiples sobre su población. Los daños anuales se estiman en millones de dólares en pérdidas causadas por desastres asociados con inundaciones, deslizamientos, sequía y otros, que suponen una amenaza permanente para el Canal de Panamá y otras importantes fuentes de ingresos del país.

El Ministerio de Ambiente realiza una evaluación acerca del cambio climático, la vulnerabilidad de la salud y las adaptaciones aunque no se ha terminado por falta de recurso técnico.

En la Asamblea Mundial de la Salud 2015, se aprobó la Resolución WHA 68.8 sobre Salud y medio ambiente: impacto sanitario de la contaminación del aire, por lo que el MINSA deberá iniciar las gestiones para su implementación en conjunto con otros actores sectoriales o externos al sector y con la concurrencia de los actores sociales interesados en esta materia.

Panamá no cuenta con un Plan Nacional de Seguridad Química que incluya al sector salud. Se han adoptado las normas de los convenios internacionales, como el [Convenio de Estocolmo sobre Contaminantes Orgánicos Persistentes](#), el [Convenio de Rotterdam sobre el Comercio Internacional de Productos Químicos Peligrosos](#) y el [Convenio de Minamata sobre el Mercurio](#).



Parte 3: Análisis del Funcionamiento del Sistema de Salud

Línea Estratégica 1.

Ampliar el acceso equitativo a servicios de salud, integrales, de calidad, centrados en las personas y comunidades

Objetivo	Avanzar en la definición de servicios de salud centrados en las personas y comunidades, de acuerdo con las necesidades y prioridades de salud, capacidad del sistema y contexto nacional	
Cuestionario		
Indicador 1.		
a. ¿Genera el país un reporte de la situación de salud, al menos cada tres años, por parte del Ministerio de Salud o de las Universidades?		Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
b. ¿Este reporte incluye un análisis explícito de los determinantes socioeconómicos de la salud?		Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
c. ¿Este informe tiene explícitamente una perspectiva de género?		Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
d. ¿El informe identifica claramente cuáles son las necesidades de salud insatisfechas, las cargas de enfermedad actuales y esperadas?		Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
<p><i>En caso afirmativo para cualquier pregunta indicar medio de verificación (enlace, cita, foto, etc., y adjuntar si es posible). indique el nombre del reporte, frecuencia de publicación y año de publicación del reporte más reciente</i></p> <p><i>El MINSA central realiza un ASIS cada 5 años (ver página web del MINSA)</i></p> <p>http://www.minsa.gob.pa/sites/default/files/publicaciones/asis_2015.pdf</p> <p><i>Las Regiones de Salud realizan un diagnóstico de salud cada año como parte del Plan Operativo</i></p>		

<i>Anual cuyo costo es el anteproyecto de presupuesto anual.</i>	
<i>¿En caso contrario, el país estaría en condiciones de cumplir con este indicador para el año 2020?</i>	Sí X No <input type="checkbox"/>
<i>Observaciones – si desea incluya aquí cualquier aclaración o comentario sobre este apartado del cuestionario (limite 100 palabras)</i>	
<i>Definir conceptualmente perspectiva de genero</i>	
<i>Incluir una pregunta sobre utilización de los reportes para toma de decisiones en salud</i>	
Indicador 2.	Sí X No
a. Existen consejos u otros sistemas de participación organizados por las autoridades de salud organizados para informar y escuchar sobre las necesidades de salud de la población?	<input type="checkbox"/>
b. En donde se llevan a cabo estos consejos, a nivel nacional y/o sub-nacional?	
b. Que grupos de la población participan? Asisten representantes de los grupos en estado de vulnerabilidad?	
c. Con que frecuencia se reúnen estos consejos?	
d. Se ha generado un reporte a partir de estas reuniones sobre las necesidades de salud de la población?	Sí X No <input type="checkbox"/>
e. Este reporte enfatiza o analiza explícitamente las poblaciones específicas en situación de vulnerabilidad?	Sí X No <input type="checkbox"/>
f. Este reporte incluye propuestas explícitas de acción para implementar programas de salud que tengan en consideración las necesidades diferenciadas de la población?	Sí X No <input type="checkbox"/>
<i>Observaciones – Año de publicación y objetivos del reporte y capacidad para cumplir con las metas (limite 100 palabras)</i>	
<i>No se realizan publicaciones.</i>	
e. Con respecto al reporte, es la información incluida en algún plan nacional de acción en salud?	Sí X No <input type="checkbox"/>
<i>En caso afirmativo indicar medio de verificación (enlace, cita, foto, etc., y adjuntar si es posible).</i>	

<p>¿De lo contrario el país estaría en condiciones de cumplir con este indicador para el año 2020?</p>		<p>Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p>
<p><i>Observaciones – si desea incluya aquí cualquier aclaración o comentario sobre este apartado del cuestionario</i></p> <p><i>Si existen Consejos Locales, Municipales, Provinciales y Nacionales, pero no son organizados por salud, sino donde salud es un integrante del consejo, los cuales son escenarios permanentes donde se plantean las necesidades de salud de la población, a las autoridades políticas y sociedad civil y se llevan a cabo a nivel de la localidad, municipalidad o de la provincia.</i></p> <p><i>Participan representantes de la sociedad civil organizada, de grupos étnicos, autoridades comarcales, personas con discapacidad, organizaciones de pacientes.</i></p> <p><i>La periodicidad de las reuniones es variable pueden ser mensuales, trimestrales, semestrales.</i></p> <p><i>Existen las actas de los consejos como instrumentos de gestión del gobierno local, municipal o provincial.</i></p> <p><i>La autoridad de salud que participa en estos consejos debe generar una respuesta del pleno a la necesidad de salud de la población planteada a sus miembros o generar una respuesta a la necesidad de salud planteada por los miembros del consejo. Las reuniones de las autoridades generan actas que no se consolidan en documentos ni en boletines de salud.</i></p> <p><i>Cuando se realizan reuniones donde el MINSA convoca a la comunidad estas actas usualmente son de manejo interno de directores, jefes y coordinadores.</i></p> <p><i>Como ejemplos de instrumentos de participación social aplicados por el MINSA que están debidamente documentadas tenemos las auditorias sociales, cuyos informes descansan en la Dirección de Provisión de Servicios del MINSA</i></p> <p><i>El reporte que enfatiza o analiza explícitamente las poblaciones específicas en situación de vulnerabilidad según barreras geográficas, socioeconómicas, culturales y funcionales, es el ASIS, el cual es un insumo para el establecimiento de los lineamientos de política de salud y del plan estratégico de salud</i></p>		
<p>Indicador 3. a. ¿Genera el país un plan de acción nacional del ministerio de salud publicado anual o bianualmente, sobre la necesidades en salud insatisfechas y desafíos en salud de los</p>		<p>Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p>

diversos grupos de la población?	
b. ¿Este plan de acción incluye actividades específicas para las poblaciones en situación de vulnerabilidad?	Sí X No <input type="checkbox"/>
c. ¿Este plan analiza explícitamente la capacidad del sistema de salud para responder a las necesidades de la población en situación de vulnerabilidad?	Sí X No <input type="checkbox"/>
d. Este plan de acción considera los reportes comentados en los indicadores número 1 y 2?	Sí X No <input type="checkbox"/>

En caso afirmativo indicar medio de verificación (enlace, cita, foto, etc., y adjuntar si es posible). Incluya año de publicación y objetivos del reporte (limite 100 palabras)



Los Planes Operativos anuales de las Regiones del Salud se digitalizan en la herramienta contenida en el Sistema de Monitoreo y Evaluación del Plan Estratégico del Sector Salud SIMEPESS

¿De lo contrario el país estaría en condiciones de cumplir con este indicador para el año 2020?	Sí X No <input type="checkbox"/>
---	--

Observaciones – si desea incluya aquí cualquier aclaración o comentario sobre este apartado del cuestionario

Los Planes Operativos Anuales son el instrumento de planificación cuyos costos da lugar al anteproyecto de presupuesto el cual se realiza anualmente, los mismos son solicitados y entregados a la Dirección de Planificación anualmente como parte de los requisitos del MEF para la debida asignación presupuestaria.

Debido a que el sistema está fragmentado y segmentado los Planes Operativos Anuales se presentan por institución: MINSA y CSS.

Para el quinquenio 2016- 2020 se realizó un Plan Maestro de Inversiones conjunto

Por primera vez para el año 2017 se gestionará un Plan de acción de salud nacional

Indicador 4. ¿Genera y/o revisa el país los planes de presupuesto en salud al menos cada 3 años para alinear gastos con necesidades de salud?	Sí X No <input type="checkbox"/>
--	--

En caso afirmativo indicar medio de verificación (enlace, cita, foto, etc., y adjuntar si es posible) Macro nacional SIMEPESS.

Observaciones – Año de publicación y objetivos del reporte (limite 100 palabras) Macro Nacional y SIMEPESS se publica Anual y su objetivo es justificar el presupuesto

¿De lo contrario el país estaría en condiciones de cumplir con este indicador para el año 2020?	Sí X No <input type="checkbox"/>
---	--

Observaciones – si desea incluya aquí cualquier aclaración o comentario sobre este apartado del cuestionario.

Para lograr la asignación presupuestaria por parte del Ministerio de Economía y Finanzas el Ministerio de Salud debe presentar el Plan Operativo Anual que contiene el anteproyecto de Presupuesto nacional, para lograr este anteproyecto de presupuesto, las unidades ejecutoras locales envían sus POA's (planes operativos anuales) a las direcciones regionales, procurando distribuir en los objetos de gasto, que conforman el presupuesto, lo que se requiere para el financiamiento y poder dar respuesta a las necesidades de salud de la población de responsabilidad.

Existen varias limitantes en este proceso de planificación y presupuestación entre ellas: la carencia de una contabilidad de salud que nos permita conocer los costos reales de los servicios que ofrecemos; la asignación presupuestaria por objeto de gasto y no por programa; la falta de capacidad del sistema para la ejecución presupuestaria fluida y oportuna entre otros.

Actualmente se asigna mayor porcentaje de recursos financieros a los hospitales debido a que los procesos curativos y de rehabilitación (prevención terciaria) a resolver son más costosos, situación cónsona con la complejidad de su tecnología, sin embargo en la práctica los hospitales son sobre demandados con problemas que no corresponden a su nivel de atención generando una inadecuada erogación, que afecta la posibilidad de fortalecer la financiación para la educación en salud, al diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno (prevención primaria y secundaria).

Se requiere de una asignación financiera que fortalezca las acciones de prevención primaria y secundaria, el cumplimiento del plan de Acceso y cobertura Universal de salud para lograr que se prioricen las acciones de promoción, prevención, sobre las de curación y rehabilitación, en la medida del tiempo que se requiera, para cerrar las brechas existentes entre la salud y la enfermedad en nuestro país. Esta reorientación de la asignación financiera logrará el balance que se requiere.

Objetivo	Aumentar la capacidad resolutiva del primer nivel de atención		
Cuestionario			
Indicador 1. porcentaje de establecimientos de primer nivel de atención en cada subsistema de salud (público, privado) con asignación clara de la población y territorio a cargo con base territorial y con amplio conocimiento de sus necesidades específicas y preferencias en cuestiones en salud.			
a. Número total de establecimientos del primer nivel de atención* (ANTES DE CAMBIAR ESTA CIFRA LEER LA DEFINICION Y VER OBSERVACIONES)	Esquema Publico 264	Esquema Privado No definido	Total
* Primer Nivel de Atención: En este documento se ha preferido usar el término primer nivel de atención en sustitución del término "atención primaria" de modo de evitar confusiones con respecto al concepto de Atención Primaria de Salud (APS), el cual para OPS representa un enfoque amplio para la organización y operación del sistema de salud como un todo, y no solamente la provisión de servicios de salud del primer nivel de atención. En todo caso, el término atención primaria, como primer nivel de atención, se define aquí como la provisión de servicios integrados y accesibles por personal de salud que se hace responsable por resolver la mayoría de las necesidades de salud de las personas, desarrollando una relación sostenida con la gente, y practicando en el contexto de la familia y la comunidad. Para el cálculo de este indicador se propone que aquellos centros de atención que cuenten con camas pero no especialistas o centros que tiene especialistas pero no camas sean contados como centros de primer nivel de atención.			
En caso de contar con la información incluir aquí la fuente de información (cita y/o enlace)			
Listado de instalaciones de Salud, REGES/DIPLAN, Estadísticas de Salud de INEC http://www.minsa.gob.pa/sites/default/files/publicacion-general/listado_de_instalaciones_de_salud_ano_2014.pdf			

b.Cuál es el criterio de asignación/inscripción de la población a cada establecimiento del primer nivel?	Base territorial X Otro
c. Si la asignación es en base territorial, existe una relación permanente o a largo plazo entre el usuario y el establecimiento del primer nivel?	Sí X No <input type="checkbox"/>

En caso afirmativo indicar medio de verificación (enlace, cita, foto, etc., y adjuntar si es posible)

Cada instalación del primer nivel de atención reconoce que tiene un territorio/ población bajo su responsabilidad, en las comunidades donde solo existe instalaciones de MINSA o solo de CSS es más fácil definir quién es el responsable. En aquellas donde existe dualidad de instituciones es más difícil esta definición.

Para efectos de la planificación se usa la población de responsabilidad, pero no se lleva a cabo el proceso de nominalización y/o adscripción de la misma.

http://www.minsa.gob.pa/sites/default/files/publicacion-general/listado_de_instalaciones_de_salud_ano_2014.pdf




**MINISTERIO DE SALUD
DIRECCION DE PLANIFICACION
DEPARTAMENTO DE REGISTROS Y ESTADISTICAS DE SALUD**



LISTADO DE INSTALACIONES DE SALUD AÑO 2014

*Existen ciertos programas que incluyen la nominalización entre los que podemos mencionar Estrategia de Fortalecimiento de Cobertura con el programa de mejoramiento de la equidad y fortalecimiento de los servicios de salud con una población objetivo a nominalizar de 1.2 millones La CSS cuenta con adscripción a programas en sus instalaciones de salud pero no se realiza de manera activa sino responde a la solicitud de ingresar al programa ejemplos:
Programa de médico de cabecera (CSS) , SADI (CSS),*

Vigilancia Epidemiológica MINSA y CSS, Visitas domiciliarias (CSS), PAI (MINSA)

<p>d. Para que centros del primer nivel de atención se aplica este criterio de asignación en base territorial?</p>	<p>Publico X Privado <input type="checkbox"/> Todos <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> Especifique:</p>
<p>d. Se conduce evaluaciones de diagnóstico/análisis periódicos de la situación de salud y ambiental en las diferentes zonas geográficas de la población a cargo?</p>	<p>Sí X No <input type="checkbox"/></p>
<p><i>En caso afirmativo indicar medio de verificación (enlace, cita, foto, etc., y adjuntar si es posible)</i> Pagina Web del MINSA</p> <p>(ASIS, Evaluaciones semestrales)</p> <p>http://www.minsa.gob.pa/informacion-salud/analisis-de-situacion-de-salud-asis</p> 	
<p>e. Estas evaluaciones incluyen evaluaciones de las preferencias de la población a través de instancias de participación de la población a cargo?</p>	<p>Sí X No <input type="checkbox"/></p>
<p><i>En caso afirmativo indicar la frecuencia de estas evaluaciones de diagnóstico/análisis de la situación en salud:</i></p> <p>ASIS quinquenal (interinstitucionales, intersectoriales, grupos organizados de la comunidad a niveles regionales, distritales y por corregimientos) Semestrales: En esta evaluación participan los comités de salud y las juntas administradoras de acueductos rurales</p>	
<p><i>Observaciones – si desea incluya aquí cualquier aclaración o comentario sobre este apartado del cuestionario</i> En cuanto al número de instalaciones existe en el primer nivel de atención instalaciones del MINSA</p>	

como de la CSS con diferente grado de complejidad.
 No disponemos de información oficial de instalaciones del primer nivel de atención en el subsistema privado.

El país cuenta con un total de **850** instalaciones:
591 corresponden a puestos y sub centros instalaciones con una capacidad resolutive limitada ya que técnicamente dependen de un centro de salud para lograr la atención integral.

Desagregadas tenemos:
 4 instalaciones para atención de población privada de libertad.
264 instalaciones (centros de salud 184, Policentros 6, MINSA CAPSI 10, Policlínica 26, ULAPS 15, CAPPs 23) que enfatiza aspectos de:
 Promoción de la salud y participación social
 Prevención (con enfoque de riesgo que afectan la salud del individuo la familia y el ambiente, diagnostico precoz y tratamiento oportuno)
 Atención curativa
 Cirugías menores y ambulatorias
 Tareas básicas orientadas a la rehabilitación

Los comités de salud y las juntas administradoras de acueductos rurales. Estos grupos realizan proceso de elecciones democráticas.

Basado en las respuestas anteriores determine:

A

264 establecimientos de primer nivel de atención con población a cargo en base territorial /264 x 100= 100%

B

264 de establecimientos de primer nivel de atención con conocimiento de las necesidades en salud de la población a cargo/264 x100= 100%

C

$$\frac{100 + 100}{2} = 100$$

En caso de contar con la información incluir aquí la fuente de información (cita y/o enlace)

Indicador 2.	
a. Es el primer nivel de atención en cada subsistema de salud (público, privado) la puerta de entrada al sistema de salud?	Sí X No
b. En caso afirmativo existe un mecanismo de derivación (formulario de derivación, hoja de interconsulta o de referencia)?	Sí X No <input type="checkbox"/>

En caso afirmativo indicar medio de verificación (enlace, cita, foto, etc., y adjuntar si es posible) SURCO (Sistema Único de Referencia y Contra referencia) en el sector público. Poner foto del documento de 2003.

<p>c. Que centros del primer nivel de atención deberían aplicar este mecanismo de derivación?</p>	<p>Publico X Privado <input type="checkbox"/> Todos <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> Especifique:</p>
---	--

Observaciones –
 En la pregunta a. del Indicador 2 la respuesta es tomando en consideración solamente el subsistema público.
 En la pregunta b y c. el subsector privado tiene mecanismos de derivación a través de las aseguradoras.
 El sistema debe responder a la necesidad del individuo, la familia y la comunidad.
 Y debe garantizar el acceso del individuo desde su nacimiento, adscribiéndole al sistema y la cobertura individual familiar y comunitaria con los programas de salud pública y de atención independientemente que sea en el sector público y privado. El primer nivel tiene la responsabilidad de conocer su población y verificar que tenga acceso y cobertura.

Indicador 3. Porcentaje de establecimientos de primer nivel de atención con servicios básicos de laboratorio, radiología, espirometría, ECG, cirugía ambulatoria mínima, y medicina tradicional según las prioridades del sistema.

Número de establecimientos de primer nivel de atención con servicios básicos de laboratorio, radiología, espirometría, ECG, cirugía ambulatoria mínima, y medicina tradicional según las prioridades del sistema X 100

Número de establecimientos de primer nivel de atención

REGION DE SALUD / SERVICIO	BOCAS DEL TORO	COCLE	COLON	CHIRIQUI	DARIEN	GUNA YALA	HERRERA	LOS SANTOS	NGOBE BUGLE	PANAMA ESTE	PANAMA NORTE	PANAMA METRO	PANAMA OESTE	SAN MIGUELITO	VERAGUAS
LABORATORIO	27,2	72,0	18,2		30,0	26,3	38,0			33,0	50,0	85,7		85,7	
RADIOLOGIA	9,0		9,1				19,0			8,0		9,5		14,3	
ESPIROMETRIA	18,1	33,0				10,5	6,7			25,0			42,0		
EKG		44,0	9,1			10,5	19,0					4,8	42,0		
CIRUGIA AMBULATORIA			9,1		100,0						50,0	4,8		14,3	
MEDICINA TRADICIONAL			100,0		100,0	84,2									
TODOS LOS ANTERIORES				4,7				21,0	NR						15,0

En caso de contar con la información sobre el equipamiento con que cuentan los establecimientos del primer nivel de atención incluir aquí la fuente de información (cita y/o enlace)

Este indicador debe ser reformulado (numerador / denominador) según la definición de la red de servicio y cartera de servicios por nivel de atención correspondiente a cada país.

En el primer nivel de atención en Panamá existen diversos grados de complejidad, en los cuales sólo tenemos servicios de promoción de la salud y prevención de enfermedades.

Las 264 instalaciones de salud de primer nivel de atención citadas en el objetivo 2 realizan actividades de promoción y prevención.

Indicador 4.

porcentaje de centros de primer nivel de atención utilizan guías de referencia y contra-referencia a nivel inter-institucional y gestión de casos y enfermedad.

REGION DE SALUD / SERVICIO	BOCAS DEL TORO	COCLE	COLON	CHIRIQUI	DARIEN	GUNA YALA	HERRERA	LOS SANTOS	NGOBE BUGLE	PANAMA ESTE	PANAMA NORTE	PANAMA METRO	PANAMA OESTE	SAN MIGUELITO	VERAGUAS
UTILIZAN SURCO	100,0	100,0	100,0	35,0	100,0	100,0	100,0	100,0	NR	100,0	100,0	NR	100,0	100,0	100,0

a. Existen guías de referencia y contra-referencia para los establecimientos del primer nivel de atención ?

Sí
No

b. En caso afirmativo seleccionar una patología como trazador (Ginecología) y determinar la tasa de derivación para esta patología según hoja de derivación*:

$$\frac{\text{Numero de usuarias derivados a centro de atención especializada de ginecología}}{\text{Numero de usuarias atendidos que requerirían asistencia especializada}} \times 100$$

* dependiendo de la disponibilidad de datos esta información podrá ser recolectada a nivel nacional, jurisdicción geográfica determinada o un establecimiento del primer nivel de elección

En caso de contar con la información incluir aquí la fuente de información (cita y/o enlace)
Se puede obtener información sobre tasa de derivación a partir de base de datos de registros estadísticos (SIES)

$$\frac{\text{Numero de embarazadas de alto riesgo derivadas a consulta especializada de obstetricia}}{\text{Numero de embarazadas atendidos que requerirían asistencia especializada según norma}} \times 100$$

Porcentaje de Embarazo de alto riesgo referida a obstetricia:

REGION DE SALUD / SERVICIO	BOCAS DEL TORO	COCLE	COLON	CHIRIQUI	DARIEN	GUNA YALA	HERRERA	LOS SANTOS	NGOBE BUGLE	PANAMA ESTE	PANAMA NORTE	PANAMA METRO	PANAMA OESTE	SAN MIGUELITO	VERAGUAS
% EAR referida a Medico Obstetra	43,2	1,0	37,8	27,0	70,0	73,0	1,9	4,0	NR	NR	13,2	NR	22,0	56,2	12,9

Fuente: REGES Regional y del Hospital

Reformular el indicador como aparece en el ejemplo.

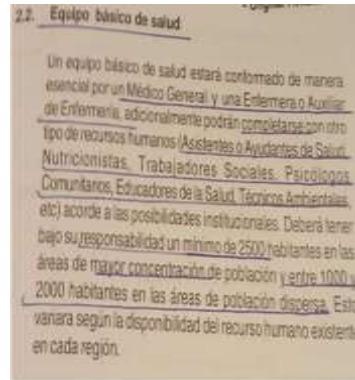
En el documento Red Pública de Servicios de Salud Reorganización y Definición por niveles de Atención y Grados de Complejidad en la página 61 se documenta el sistema de control y evaluación del SURCO. En él se establece que se debe conformar una comisión conjunta MINSa CSS en cada región de salud la cual se reunirá periódicamente de acuerdo a lo establecido en los indicadores que se encuentran en el cuadro de indicadores en la página 63 Sin embargo a nivel regional no se llevan estadísticas de las tasas de derivación que permitan tomar decisiones.



Indicador 5. porcentaje de los diversos grupos de la población que está cubierta por equipos de primer nivel de atención multidisciplinarios en cada subsistema de salud (público, privado).

a. Los centros del primer nivel de atención cuentan con equipos multidisciplinarios de profesionales: equipo básico de salud constituido por médico, enfermera, matrona, más el personal técnico, mas equipos que además consideran nutricionista, psicólogo, asistente social, kinesiólogo entre otros profesionales, que trabajan de acuerdo con el modelo de salud familiar y comunitaria?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
b. Qué establecimientos del primer nivel de atención cuentan con estos equipos multidisciplinarios?	Publico <input type="checkbox"/> Privado <input type="checkbox"/> Todos <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> Especifique:
c. Basado en lo anterior, qué porcentaje de establecimientos del primer nivel de atención cuentan con estos equipos multidisciplinarios?	0%
d. Número de beneficiarios del sistema público y/o privado de salud que están cubiertos por	

servicios del primer nivel de atención																POR DEFINIR
REGION DE SALUD / SERVICIO	BOCAS DEL TORO	COCLE	COLON	CHIRIQUI	DARIEN	GUNA YALA	HERRERA	LOS SANTOS	NGOBE BUGLE	PANAMA ESTE	PANAMA NORTE	PANAMA METRO	PANAMA OESTE	SAN MIGUELITO	VERAGUAS	
Numero de beneficiarios cubiertos por el 1er nivel de atención	156.478	233.708	NR	358.663	61.000	31.160	117.826	95.150	NR	67.120	84.459	NR	NR	247.291	244.415	
e. Basado en lo anterior determine el número de beneficiarios del sistema público y/o privado de salud que están cubiertos por servicios del primer nivel de atención que cuentan con estos equipos multidisciplinarios																
<p><i>Observaciones – si desea incluya aquí cualquier aclaración o comentario sobre este apartado del cuestionario</i></p> <p><i>En el documento para la Reorganización de la red pública de los Servicios de Salud. Propuesta conjunta MINSA CSS. Año 2002. Establece en su página 21 un equipo básico de salud conformado de manera esencial por un médico general, enfermera, auxiliar de enfermería, adicionalmente nutricionista trabajador social, psicólogo comunitario educadora para la salud y técnicos ambientales. Deberán de tener una población de responsabilidad un mínimo de 2500 hab. en áreas de mayor concentración y entre 1000 y 2000 en área de población dispersa.</i></p> <p><i>El modelo de atención individual, familiar comunitario en San Miguelito, Metropolitana y Coclé el cual fue abandonado, proponía el equipo básico de salud y 2500 hab. como población de responsabilidad.</i></p> <p><i>Como el sistema está fragmentado no contamos con un modelo de atención único. Actualmente estamos en proceso de implementar el modelo de atención basado en APS y RISS en el MINSA, la CSS tiene el modelo basado en APS pero no tiene todos los recursos humanos disponibles sobre todos los de atención comunitaria y ambiental.</i></p> <p><i>No disponemos de datos de la población beneficiaria del subsistema privada</i></p> <p><i>Actualmente podríamos de decir que en la práctica, en Panamá el equipo de salud del MINSA está integrado por el médico, odontólogo, la enfermera, técnico de enfermería, trabajador social, nutricionista, psicólogo comunitario, educador de la salud, técnico en saneamiento ambiental, técnico en control de vectores, farmacéutico.</i></p> <p><i>En caso de contar con la información incluir aquí la fuente de información (cita y/o enlace)</i></p>																



Modelo de atención individual familiar comunitario y ambiental en el MINSA

Modelo de atención integral basado en APS en la CSS

Análisis de Situación de Salud

http://www.observatoriorh.org/centro/sites/default/files/webfiles/fulltext/iienc_ca&dor_jun2011/dia2_10_pan.pdf

METAS REGIONALES DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD 2007-2015

http://www.observatoriorh.org/centro/sites/default/files/webfiles/fulltext/metasp_caydor_medicion_panama_2007_2015.pdf



Indicador 6. porcentaje de establecimientos de primer nivel de atención donde existan esquemas de extensión horaria para facilitar el acceso a la población.

Número de establecimientos de primer nivel de atención (privado y/o público) donde existan esquemas de extensión

horaria para facilitar el acceso a la población X 100
Número de establecimientos de primer nivel de atención.

REGION DE SALUD / SERVICIO	BOCAS DEL TORO	COCLE	COLON	CHIRIQUI	DARIEN	GUNA YALA	HERRERA	LOS SANTOS	NGOBE BUGLE	PANAMA ESTE	PANAMA NORTE	PANAMA METRO	PANAMA OESTE	SAN MIGUELITO	VERAGUAS
HORARIO EXTENDIDO	15.3	5.0	47.0	0.0	100.0	0.0	25.0	14.3	NR	16.0	75.0	9.5	7.0	42.9	50.0

Observaciones – si desea incluya aquí cualquier aclaración o comentario sobre este apartado del cuestionario

En caso de contar con la información incluir aquí la fuente de información (cita y/o enlace)

Regiones de Salud

Indicador 7. Porcentaje de la población cubierta por establecimientos de primer nivel de atención (sistema público y/o privado) con esquemas de servicios de urgencia.(24 hrs/ 7 días)

Número de beneficiarios del primer nivel de atención con esquemas de servicios de urgencia X 100
Número de beneficiarios de primer nivel de atención

REGION DE SALUD / SERVICIO	BOCAS DEL TORO	COCLE	COLON	CHIRIQUI	DARIEN	GUNA YALA	HERRERA	LOS SANTOS	NGOBE BUGLE	PANAMA ESTE	PANAMA NORTE	PANAMA METRO	PANAMA OESTE	SAN MIGUELITO	VERAGUAS
Servicios de Urgencias 24/7	100,0	39,5	49,0	45,0	100,0	100,0	7,0	14,3	NR	33,0	0,0	NR	0,0	6,0	10,8

Observaciones – si desea incluya aquí cualquier aclaración o comentario sobre este apartado del cuestionario, incluyendo la existencia y alcance de iniciativas para incluir esquemas de servicios de urgencia en el primer nivel de atención.

En caso de contar con la información incluir aquí la fuente de información (cita y/o enlace)

Regiones de Salud

Indicador 8. Porcentaje de establecimientos de primer nivel de atención que usan protocolos o guías nacionales sobre un modelo estandarizado de atención con enfoque de salud familiar y comunitaria y/o intercultural, lingüístico y de género.

Existe un protocolo o guía nacional que describa explícitamente un modelo de atención estandarizado con enfoque de salud familiar y comunitaria y/o intercultural, lingüístico y de género? Sí No

En caso afirmativo indicar medio de verificación (enlace, cita, foto, etc., y adjuntar si es posible)



Panamá, 2012

Observaciones – si desea incluya aquí cualquier aclaración o comentario sobre este apartado del cuestionario

Existe algún instrumento para medir la aplicación de dicho protocolo o guía nacional? Sí No

En caso afirmativo cual fue el resultado de dicha medición?
Número de establecimientos de primer nivel de atención que usan protocolos o guías nacionales sobre un modelo estandarizado de atención X 100

Número de establecimientos de primer nivel de atención.

En caso de contar con la información incluir aquí la fuente de información (cita y/o enlace)

La existencia de este protocolo es un requisito de acreditación de los establecimientos del primer nivel? Sí
No X

En caso afirmativo que porcentaje de establecimientos del primer nivel de atención están acreditados?

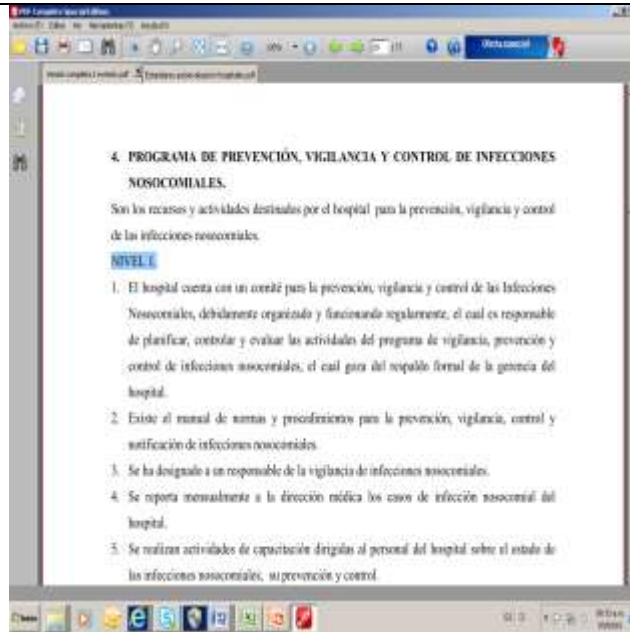
En caso de contar con la información incluir aquí la fuente de información (cita y/o enlace)

Los estándares de certificación para instalaciones de salud, elaborados en 2001, contemplan la existencia de protocolos para la certificación de las instalaciones de salud.

En el primer nivel de atención estos estándares son utilizados en aquellas instalaciones de salud que tienen áreas de hospitalización de corta estancia.

ESTÁNDARES PARA LA CERTIFICACIÓN DE HOSPITALES PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN				
DESCRIPCIÓN	SI	NO	N/A	OBSERVACIONES
SERVICIO DE ATENCIÓN				
HOSPITALIZACIÓN				
Se cuenta con médico responsable del área				
Se cuenta con enfermera responsable del área				
Se cuenta con personal de auxiliar de enfermería de apoyo				
Se cuenta con programación de turnos las 24 horas				
Cuenta con un sistema de admisión del paciente				
Se cuenta con personal administrativo de apoyo				
Se aplican las normas para el manejo del expediente clínico				
Se aplican las normas para la prevención de Infecciones Nosocomiales				
Se aplican las normas de Bioseguridad				
Existe protocolo para el egreso del paciente				
Se aplica el protocolo para el egreso del paciente				
Se cuenta con los protocolos clínicos de atención				
Se aplican los protocolos clínicos de atención				
Se tienen los protocolos de atención en casos de urgencia				
Se aplican los protocolos de atención en casos de urgencia				
Se realiza contra referencia al egreso de cada paciente				
Se brinda información al paciente sobre su diagnóstico y tratamiento				
Se realiza control de medicamentos				
Se tiene un stock de medicamentos para casos de urgencias				
Se cuenta con un sistema para el suministro de medicamentos al paciente				
Se aplica el protocolo clínico de atención de la paciente obstetra				
Se aplica el protocolo clínico de atención de recién nacidos				
Se brinda orientación a la puérpera sobre el cuidado del recién nacido				

Como ejemplo de la existencia de estándares de acreditación, elaborados por la Unidad Técnica de Hospitales en el año 2006, que incluye la existencia de un programa de prevención y vigilancia y control de infecciones nosocomiales.



Indicador 9. porcentaje de establecimientos de primer nivel de atención que involucran trabajadores comunitarios, como por ejemplo facilitadores de género o etnia, para garantizar la utilización de servicios de salud.

$$\frac{\text{Número de establecimientos de primer nivel de atención que involucran trabajadores comunitarios} \times 100}{\text{Número de establecimientos de primer nivel de atención.}}$$

REGION DE SALUD / SERVICIO	BOCAS DEL TORO	COCLE	COLON	CHIRIQUI	DARIEN	GUNA YALA	HERRERA	LOS SANTOS	NGOBE BUGLE	PANAMA ESTE	PANAMA NORTE	PANAMA METRO	PANAMA OESTE	SAN MIGUELITO	VERAGUAS
Trabajadores comunitarios	100,0	0,0	0,0	9,5	100,0	0,0	94,0	100,0	NR	0,0	50,0	NR	7,0	100,0	NR

En caso de contar con la información incluir aquí la fuente de información (cita y/o enlace)



Regiones de Salud

Nota En preparación con países piloto. De ser posible la información deberá ser desagregada por subsistema de salud (público y privado) y deberá especificarse respectivamente.

Objetivo	Fortalecer o transformar la organización y la gestión de los servicios de salud articulada en Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS)		
Cuestionario			
Indicador 1.			Sí <input type="checkbox"/>
a. ¿El país cuenta con Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS)?			No <input checked="" type="checkbox"/>
b. ¿El país cuenta con un plan o estrategia nacional para organizar la provisión de servicios de salud en RISS?			Sí <input checked="" type="checkbox"/>
			No <input type="checkbox"/>
b. En caso afirmativo cual es el número total de RISS existentes en el país?	Esquema publico	Esquema privado	Total
Número total			
c. ¿ Los establecimientos del primer nivel de atención que hacen parte de cada RISS están a cargo de una población asignada o inscrita en un mismo territorio geográfico?			Sí <input type="checkbox"/>
			No <input checked="" type="checkbox"/>
d. ¿Estos establecimientos del primer nivel de atención cuentan con una amplia gama de establecimientos de salud que le brindan soporte?			Sí <input type="checkbox"/>
			No <input checked="" type="checkbox"/>
e. Qué tipo de establecimientos brindan soporte? centros de enfermería <input type="checkbox"/> hospicios <input type="checkbox"/> cuidados en el hogar <input type="checkbox"/> centros ambulatorios especializados <input type="checkbox"/> centros de rehabilitación <input type="checkbox"/> centros hospitalarios <input type="checkbox"/> centros de medicina tradicional <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> Cual (es)? Si hay establecimientos que brindan soporte a la red de servicios pero no como RISS			
g. ¿Existe un ente articulador o gestor de redes con funciones y roles definidos para cada una de las RISS?			Sí <input type="checkbox"/>
			No <input checked="" type="checkbox"/>
h. En caso afirmativo cuales son las funciones?			
i. Cuál es el número total de la población que está inscrita a las RISS?	Esquema publico	Esquema privado	Total
Número total			
j. ¿Basado en los datos anteriores, qué porcentaje de la población está cubierta por estas RISS?			
<u>Número de habitantes cubiertos por redes de servicios de salud X100</u> Numero de total de habitantes			
<i>En caso afirmativo para cualquiera de las preguntas anteriores indicar medio de verificación (enlace, fuente de datos, cita, foto, etc., y adjuntar si es posible)</i>			
¿De lo contrario el país estaría en condiciones de cumplir con este indicador para el año 2020?			Sí <input checked="" type="checkbox"/>
			No <input type="checkbox"/>
<i>Observaciones – incluya aquí observaciones si desea ampliar su respuesta o realizar una aclaración o comentario sobre este apartado del cuestionario</i> <i>El MINSA y la CSS cuenta con redes de servicios de salud fragmentadas y segmentadas, organizadas por provincia o regiones sanitarias, el ente gestor o articulador de la red es la Dirección Regional de salud en el caso del MINSA o la Dirección Institucional en el caso de la CSS. Dentro de las mismas se aplica un sistema de referencia hacia la mayor complejidad de acuerdo a la necesidad del paciente, no se garantiza la efectividad en casos de pacientes no urgentes ya que</i>			

<i>el mismo paciente es el encargado de llevar la referencia al siguiente nivel. Ni se garantiza el retorno del paciente al primer nivel de atención, aunque está establecido en la norma del SURCO, no es de estricto cumplimiento, tampoco se da monitoreo y evaluación.</i>	
Indicador 2.	
a. ¿El país cuenta con un protocolo de atención para las RISS que determine explícitamente como el personal en contacto con los usuarios del sistema se asegure de que estos sean de parte de un sistema de cuidado a largo a plazo? Ejemplo, que el usuario esté inscrito a un establecimiento del primer nivel o este asegurado?	Sí <input type="checkbox"/> No X
b. ¿Este protocolo es usado en todas las RISS?	Sí <input type="checkbox"/> No X
c. ¿En caso de responder no, que número de establecimientos funcionando en red que implementan este protocolo?	
d. ¿Basado en las respuestas anteriores, que porcentaje de establecimientos implementan este protocolo?	
<u>Número de establecimientos de funcionando en red que implementan protocolo X 100</u> Número de establecimientos funcionando en red	
<i>En caso afirmativo para cualquiera de las preguntas anteriores indicar medio de verificación (enlace, fuente de datos, cita, foto, etc., y adjuntar si es posible)</i>	
¿De lo contrario el país estaría en condiciones de cumplir con este indicador para el año 2020?	Sí X No <input type="checkbox"/>
<i>Observaciones – incluya aquí observaciones si desea ampliar su respuesta o realizar una aclaración o comentario sobre este apartado del cuestionario</i>	
Indicador 3.	
a. Existe un contrato o arreglo institucional conjunto para que las RISS compartan sistemas de apoyo clínico al interior de la red como:	Sí <input type="checkbox"/> No X
laboratorio clínico <input type="checkbox"/> radiología <input type="checkbox"/> banco de sangre <input type="checkbox"/> compra de equipos e insumos <input type="checkbox"/> transporte hospitalario <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Cual (es)?	
b. ¿Qué porcentaje de las RISS tienen este tipo de contrato o arreglo institucional conjunto?	_____
<u>Número de redes de servicios de salud con un contrato o arreglo institucional para compartir sistemas de apoyo clínico</u> <u>X100</u> Numero de redes de servicios de salud	
<i>En caso afirmativo para cualquiera de las preguntas anteriores indicar medio de verificación (enlace, fuente de datos, cita, foto, etc., y adjuntar si es posible)</i>	
¿De lo contrario el país estaría en condiciones de cumplir con este indicador para el año 2020?	Sí X No <input type="checkbox"/>
<i>Observaciones – incluya aquí observaciones si desea ampliar su respuesta o realizar una aclaración o comentario sobre este apartado del cuestionario</i>	
<i>Existen en algunas regiones de salud el correo de muestras de laboratorio consisten en que los</i>	

<p>centros de salud con laboratorio y los hospitales realizan los laboratorios de aquellos que no cuentan con el servicio sin que el paciente se tenga que desplazar, porque se le toma la muestra en la instalación de primer nivel que le corresponde.</p> <p>También existen instalaciones de salud de primer nivel con equipos de rayos x que no cuentan con radiólogo y a través de la telemedicina los radiólogos ubicados en los hospitales regionales realizan la interpretación de los estudios.</p> <p>Existe también la red de tele Espirometría donde se han asignado al primer nivel de atención equipos y los neumólogos regionales apoyan el en diagnostico a distancia.</p>			
Indicador 4.			Sí <input type="checkbox"/>
a. ¿El país cuenta con un plan común que establezca mecanismos de coordinación asistencial con roles definidos para las RISS?			No X
b. ¿En caso afirmativo que numero de las redes de servicios existentes implementan un plan unificado de atención a los pacientes?	Esquema publico	Esquema privado	Total
Número total			
c. ¿Este plan determina claramente los roles de cada profesional de la salud de los distintos niveles de atención?			Sí <input type="checkbox"/>
			No X
d. ¿Este plan determina claramente los roles secuenciales de cada profesional de la salud en las transiciones entre un nivel asistencial a otro?			Sí <input type="checkbox"/>
			No X
e. ¿ Este plan determina claramente los roles recíprocos en la atención conjunta de los usuarios por parte de grupos de trabajo interdisciplinarios?			Sí <input type="checkbox"/>
			No X
f. ¿El plan contiene criterios de derivación entre niveles de atención, y el nivel de atención en el que la actividad es más eficiente?			Sí <input type="checkbox"/>
			No X
g. ¿Este plan determina los criterios para la trasferencia de información entre los nivele de atención a lo largo del continuo asistencial?			Sí <input type="checkbox"/>
			No X
h. Basado en lo anterior que porcentaje de las RISS establecen mecanismos de coordinación asistencial con roles definidos?			
<p><u>Número de redes de servicios de salud que establecen mecanismos de coordinación asistencial con roles definidos X100</u></p> <p>Numero de redes de servicios de salud</p>			
<p><i>En caso afirmativo para cualquiera de las preguntas anteriores indicar medio de verificación (enlace, fuente de datos, cita, foto, etc., y adjuntar si es posible)</i></p>			
¿De lo contrario el país estaría en condiciones de cumplir con este indicador para el año 2020?			Sí X
			No <input type="checkbox"/>
<p><i>Observaciones – incluya aquí observaciones si desea ampliar su respuesta o realizar una aclaración o comentario sobre este apartado del cuestionario</i></p>			
Indicador 5.			
a. porcentaje de las redes de servicios de salud (RISS) que utilizan una historia clínica única			
<p><u>Número de redes de servicios de salud que utilizan una historia clínica única X100</u></p> <p>Numero de redes de servicios de salud</p>			
<p><i>En caso afirmativo indicar medio de verificación (enlace, fuente de datos, cita, foto, etc., y adjuntar si es posible)</i></p>			
¿De lo contrario el país estaría en condiciones de cumplir con este indicador para el año 2020?			Sí X
			No <input type="checkbox"/>

Observaciones – incluya aquí observaciones si desea ampliar su respuesta o realizar una aclaración o comentario sobre este apartado del cuestionario

No hay Redes integradas de servicios de salud.

Cada instalación de salud dentro de la región reconoce cuál es su instalación de referencia. El primer nivel refiere al segundo nivel y el segundo nivel al tercer nivel.

En el caso de la región de Darién, Guna Yala y Metropolitana refieren del primer nivel a los hospitales de tercer nivel, ubicado en la capital del país, ya que no cuentan con hospitales de segundo nivel

No existe historia clínica única por individuo

Indicador 6.			
a. ¿El país cuenta con una estrategia o plan para la programación anual de las actividades de salud en las RISS?			Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
b. En caso afirmativo cual es el número de RISS que generan un plan anual de programación de las actividades de salud en la red?	Esquema publico	Esquema privado	Total
Número total			
c. ¿Estos planes son utilizados para la planificación actual y futura de los servicios de salud?			Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
d. ¿Estos planes son utilizados para la elaboración de proyecciones sobre las necesidades financieras y de recursos humanos y físicos, demandas y oferta futura de servicios de salud?			Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
e. ¿Estos planes incluyen servicios de salud de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos?			Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
f. ¿Estos planes contemplan las demandas y necesidades de los diversos grupos de la población que reciben los establecimientos del primer nivel de atención, así como los referidos a los centros especializados?			Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
<i>En caso afirmativo indicar medio de verificación (enlace, fuente de datos, cita, foto, etc., y adjuntar si es posible)</i>			
¿De lo contrario el país estaría en condiciones de cumplir con este indicador para el año 2020?			Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

Observaciones – incluya aquí observaciones si desea ampliar su respuesta o realizar una aclaración o comentario sobre este apartado del cuestionario

Los Planes operativos anuales Regionales proyectan las necesidades financieras, de recursos humanos y físicos, demandas y oferta futura de servicios de salud incluyen servicios de salud de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación contemplan las demandas y necesidades de los diversos grupos de la población de responsabilidad de los establecimientos del primer nivel de atención, así como los hospitales regionales.

Indicador 7.
a. porcentaje de consultas a especialistas que son remitidas desde el primer nivel de atención a los establecimientos receptores dentro la red.

Número de consultas a especialista remitidas desde el primer nivel x 100.
Número total de consultas a especialista.

REGION DE SALUD/ SERVICIO	BOCAS DEL TORO	COCLE	COLON	CHIRIQUI	DARIEN	GUNA YALA	HERRERA	LOS SANTOS	NGOBE BUGLE	PANAMA ESTE	PANAMA NORTE	PANAMA METRO	PANAMA OESTE	SAN MIGUELITO	VERAGUAS
porcentaje de consultas a especialistas	NR	79,0	6,0	13,0	5,0	0,0	41,0	NR	NR	NR	1,6	NR	NR	20,0	42,0

Nota	Idealmente la información de cada indicador deberá ser desagregada por subsistema de salud (público y privado), y especificar en los resultados para cuál de estos corresponde.
-------------	---

Objetivo	Reconocer la importancia particular en torno a la contribución y el valor del trabajo no remunerado de cuidados en salud
-----------------	---

Cuestionario

Indicador 1. ¿Las oficinas nacionales de estadística de su país cuentan con encuestas de uso del tiempo para medir el trabajo no remunerado?	Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
---	---

En caso afirmativo indique el nombre de la encuesta, frecuencia de medición y año de realización de la encuesta más reciente

En caso afirmativo indicar medio de verificación (enlace, cita, foto, etc., y adjuntar si es posible)

¿de lo contrario, el país estaría en condiciones de cumplir con este indicador para el año 2020?	Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
--	---

Observaciones – si desea incluya aquí cualquier aclaración o comentario sobre este apartado del cuestionario

Indicador 2. ¿Las oficinas nacionales de estadística utilizan métodos de valoración económica del trabajo no remunerado para identificar los precios del trabajo doméstico y de cuidados no remunerado y su valor económico en comparación porcentual con el PIB?.	Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
---	---

En caso afirmativo indicar medio de verificación (enlace, cita, foto, etc., y adjuntar si es posible)

¿de lo contrario, el país estaría en condiciones de cumplir con este indicador para el año 2020?	Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
--	---

Observaciones – si desea incluya aquí cualquier aclaración o comentario sobre este apartado del cuestionario

Indicador 3. ¿Las oficinas nacionales de estadística incluyen la economía del cuidado en las cuentas nacionales y/o existen cuentas satélites del trabajo no remunerado en el país?.	Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
---	---


En caso afirmativo indicar medio de verificación (enlace, cita, foto, etc., y adjuntar si es posible)

¿de lo contrario, el país estaría en condiciones de cumplir con este indicador para el año 2020?	Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
--	---

Observaciones – si desea incluya aquí cualquier aclaración o comentario sobre este apartado del cuestionario


Actualmente no existe la posibilidad de hacer cuentas nacionales en salud porque el esquema que utiliza el estado está basado en contabilidad gubernamental y lo que se requiere es el de costear los servicios de salud.

Indicador 4. ¿Existen programas, planes y/o estrategias nacionales o políticas públicas en salud, incluidas las de carácter legislativo, adoptadas para reconocer el valor social y	Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
--	---

económico del trabajo no remunerado en salud, en el diseño y evaluación de políticas relacionadas con la salud?	
<i>En caso afirmativo indicar medio de verificación (enlace, cita, foto, etc., y adjuntar si es posible)</i>	
	
http://www.mef.gob.pa/es/direcciones/oficinaInstitucionalRecursosHumanos/Encuesta%20Uso%20de%20Tiempo/Sintesis%20metodologica_EUT2.pdf	
<i>Observaciones – si desea incluya aquí cualquier aclaración o comentario sobre este apartado del cuestionario</i>	
¿El país estaría en condiciones de cumplir con este indicador para el año 2020?	Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<i>Observaciones – si desea incluya aquí cualquier aclaración o comentario sobre este apartado del cuestionario</i>	
Nota	<p>Indicador 2: Determinar si estas encuestas usan métodos de valoración económica del trabajo no remunerado, como el método de costo. Esta metodología consiste en seleccionar el ingreso promedio por hora de trabajo de las personas que realizan actividades similares en el mercado de trabajo, bajo el supuesto de que ése es el costo que los hogares enfrentarían si quisieran encontrar sustitutos de mercado para reemplazar su trabajo doméstico y de cuidados no remunerado.</p> <p>Indicador 4: Verificar la existencia de políticas y programas publicados que han sido diseñados para crear las condiciones para que la carga y las gratificaciones asociadas con el trabajo de cuidado se distribuyan justa y óptimamente entre mujeres y hombres, y entre las familias, el mercado y el Estado. Ejemplos incluyen programas diseñados para:</p> <ul style="list-style-type: none"> - posibilitar la <i>elección</i> personal por parte de <i>mujeres y hombres</i> respecto a cómo conciliar responsabilidades en las esferas del empleo y del hogar (i.e., tiempo para cuidar, dinero para cuidar, servicios de cuidado para niños y viejos, flexibilidad horaria);

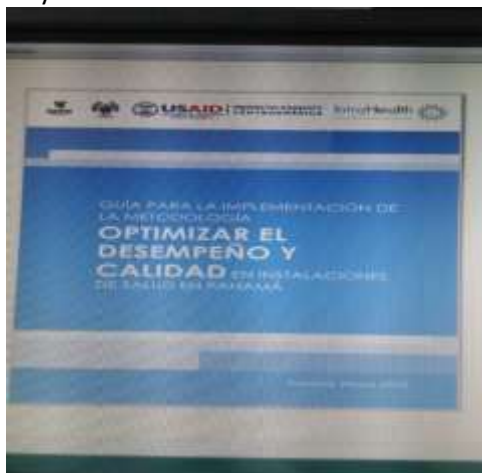
	<ul style="list-style-type: none"> - promover y estimular la responsabilidad compartida entre mujeres y hombres en el trabajo no remunerado de cuidado, con un énfasis en incentivos para los hombres (i.e., licencia paternal); - fortalecer la provisión de servicios en la esfera pública, o facilitar a los hogares la compra de los mismos a través de transferencias monetarias o exenciones de impuestos; - universalizar el acceso a la protección social, desligándolo de la participación en el trabajo remunerado. Se subraya que, en la medida en que los programas de aseguramiento estén ligados al empleo, la responsabilidad por el trabajo no remunerado de cuidado en el hogar redundará en reducciones en el acceso a atención de la salud y a una exclusión categórica en el caso de las/los proveedoras/es que no perciben remuneración. - Atender las necesidades específicas y la salud de las personas cuidadoras no remuneradas
--	--

Objetivo	Avanzar en la definición de servicios de salud de calidad	
Cuestionario		
Indicador 1.		
a. ¿El país cuenta con un plan publicado en los últimos 5 años sobre la calidad de la atención sanitaria y seguridad del paciente?		Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
b. ¿Este plan está basado en las prioridades nacionales y el contexto del sistema de salud?		Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
c. ¿El plan cuenta con una cronograma específico y objetivos definidos o metas para implementación?		Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
d. ¿En caso afirmativo, cual considera que es la capacidad del sistema de salud para cumplir con el cronograma y objetivos específicos planteados?		
Contamos con Recurso humano, instrumentos de medición, recurso financiero.		
<i>En caso afirmativo para cualquier pregunta indicar medio de verificación (enlace, cita, foto, etc., y adjuntar si es posible)</i>		
<i>Observaciones – Año de publicación y objetivos del plan (limite 100 palabras)</i>		
¿En caso de no contar con el plan, el país estaría en condiciones de cumplir con este indicador para el año 2020?		Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<i>Observaciones – si lo desea, incluya aquí cualquier aclaración o comentario sobre este apartado del cuestionario</i>		
Indicador 2. ¿Cuenta el país con un reporte anual de evaluación y monitoreo de avances en la implementación del plan sobre la calidad de la atención sanitaria y seguridad del paciente?		Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
<i>En caso afirmativo indicar medio de verificación (enlace, cita, foto, etc., y adjuntar si es posible)</i>		

<i>Observaciones – Año de publicación y resultados claves del reporte (limite 100 palabras)</i>	
¿En caso de no contar con el reporte el país estaría en condiciones de cumplir con este indicador para el año 2020?	Sí X No <input type="checkbox"/>
3. ¿Cuenta el país con asignación presupuestaria anual en soporte del plan?	Sí <input type="checkbox"/> No X
<i>En caso afirmativo indicar medio de verificación (enlace, cita, foto, etc., y adjuntar si es posible)</i>	
<i>Observaciones – si desea incluya aquí cualquier aclaración o comentario sobre este apartado del cuestionario</i>	
Indicador 4.	
a. Elija una condición de salud prioritaria en su país:	
b. ¿Cuenta el país con guías de prácticas clínicas vigentes y estandarizadas para esta condición de salud?	Sí X No <input type="checkbox"/>
<i>En caso afirmativo indicar medio de verificación (enlace, cita, foto, etc., y adjuntar si es posible)</i>	
	
c. ¿Esta guía es común para todos los establecimientos de salud?	Sí X No <input type="checkbox"/>
d. ¿Esta guía describe de manera sistemática las instrucciones, directrices, afirmaciones y/o recomendaciones necesarias para guiar a trabajadores y/o pacientes a tomar	Sí X No <input type="checkbox"/>

decisiones de la salud sobre la modalidad de asistencia apropiada para esta condición clínica específica?	
¿El país estaría en condiciones de cumplir con este indicador para el año 2020?	Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<i>Observaciones – si desea incluya aquí cualquier aclaración o comentario sobre este apartado del cuestionario</i>	
<i>Existen muchas otras guías de atención integral (malaria, dengue, tbc, salud bucal; entre otras)</i>	
Indicador 5. Porcentaje de establecimientos de salud que cuentan con certificación y recertificación, que incluyen un abordaje de género e intercultural.	
<p>a.</p> <p style="text-align: center;"><u>Número de establecimientos de salud que cuentan con certificación y recertificación x 100</u> Número total de establecimientos.</p> <p>En Panamá para las instalaciones existen estándares de Habilitación y acreditación pero no incluyen un abordaje de género e interculturalidad</p> <p>El Consejo técnico emite permisos para el funcionamiento (habilitación) de las instalaciones de salud.</p>	
b. La existencia de un protocolo o guía nacional que describa explícitamente un modelo de atención estandarizado con enfoque de salud familiar y comunitaria y/o intercultural, lingüístico y de género es un requisito de certificación y recertificación en su país?	Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
<i>En caso afirmativo indicar medio de verificación (enlace, cita, foto, etc., y adjuntar si es posible)</i>	
Indicador 6. Porcentaje de establecimientos de salud que cumplen con estándares de acreditación y auditoría para evaluar el cumplimiento de las Guías de Práctica Clínica.	
<p style="text-align: center;"><u>Número de establecimientos de salud que cumplen con estándares de acreditación y auditoría x 100</u> Número total de establecimientos</p> <p>El proceso de Acreditación es un proceso voluntario y externo, sin embargo se hizo un diagnóstico, en 2014, de los hospitales nacionales y regionales del MINSA en base a los estándares de acreditación de Joint Commission adaptados a Panamá el cual está pendiente informe del análisis de los datos, en el Departamento de Instalaciones y Servicios de Salud a la Población de la Dirección General de Salud</p> <p>También se realizan anualmente en alrededor de 19 hospitales entre rurales Ailigandi, Isla Colon Bocas del Toro), regionales (HISMA, HNAS, HJPFS, HJDO, HLCF, HAM, HCAC, HAT, HMAG, HRH, HGNC, HRE, HSJC y H24 Dic,) y nacionales (HST , H del N y CHCSS, HEP) 6 Centros de Salud (CS San Mateo, CS Veranillo, CS Santa Ana, Policentro de Colon, CS San Francisco,) del MINSA y CSS una medición de la Calidad y el desempeño de acuerdo al alcance del cumplimiento de las Normas y Guías. Este proceso se está desarrollando desde el año 2009 progresivamente se han ido añadiendo instalaciones de salud al proceso de medición del desempeño.</p>	

Documento: Medición de optimización del desempeño con calidad. Año 2009-2015
 Departamento de Instalaciones y Servicios de Salud a la Población de la Dirección General de Salud



Indicador 7. Porcentaje de establecimientos de atención asistencial que implementan acciones de vigilancia y notificación de infecciones nosocomiales.

¿El país cuenta con planes de vigilancia y notificación de infecciones nosocomiales?	Sí <input checked="" type="checkbox"/>
	No <input type="checkbox"/>

En caso afirmativo indicar medio de verificación (enlace, cita, foto, etc., y adjuntar si es posible)

Reportes de Vigilancia epidemiológica de infecciones nosocomiales
 (Nivel Nacional, regional y local)

http://www.minsa.gob.pa/sites/default/files/publicacion-general/formulario_de_infecciones_nosocomiales_modificado.pdf
http://www.minsa.gob.pa/sites/default/files/publicacion-general/notificacion_obligatoria-decreto_ejecutivo_268_del_17_de_ag.pdf





¿Existe notificación periódica de estos eventos por parte de los establecimientos de salud a las autoridades nacionales?	Sí <input checked="" type="checkbox"/>
	No <input type="checkbox"/>

¿Qué porcentaje de establecimientos implementan estas acciones y notifican las autoridades en salud?	100%
--	------

En caso de contar con la información incluir aquí la fuente de información (cita y/o enlace)

Regiones de Salud																																														
Indicador 8. Porcentaje de establecimientos de atención asistencial que implementan acciones de vigilancia y notificación de eventos adversos, incluido a medicamentos.																																														
¿Existen planes de vigilancia y notificación de eventos adversos, incluido a medicamentos?															Sí X No <input type="checkbox"/>																															
<p><i>En caso afirmativo indicar medio de verificación (enlace, cita, foto, etc., y adjuntar si es posible)</i></p> <p>Formulario de fallas terapéuticas mediante la Farmacovigilancia y vigilancia de los dispositivos médicos, PAI</p> <p>http://www.minsa.gob.pa/sites/default/files/publicacion-general/formulario_de_sospechas_de_reacciones_adversas_a_medicamentos_para_pacientes_y_consumidores_0.pdf</p> <p>http://www.minsa.gob.pa/sites/default/files/publicacion-general/formulario_farmacovigilancia.pdf</p> <p>http://www.minsa.gob.pa/sites/default/files/publicacion-general/formulario_farmacovigilancia-1.pdf</p>																																														
¿Existe notificación periódica de estos eventos por parte de los establecimientos de salud a las autoridades nacionales?															Sí X No <input type="checkbox"/>																															
Qué porcentaje de establecimientos implementan estas acciones y notifican las autoridades en salud?															100%																															
<table border="1"> <thead> <tr> <th>REGION DE SALUD / SERVICIO</th> <th>BOCAS DEL TORO</th> <th>COCLE</th> <th>COLON</th> <th>CHIRIQUI</th> <th>DARIEN</th> <th>GUNA YALA</th> <th>HERRERA</th> <th>LOS SANTOS</th> <th>NGOBE BUGLE</th> <th>PANAMA ESTE</th> <th>PANAMA NORTE</th> <th>PANAMA METRO</th> <th>PANAMA OESTE</th> <th>SAN MIGUELITO</th> <th>VERA CRUZ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>acciones de vigilancia y notificación de eventos adversos</td> <td>100,0</td> <td>100,0</td> <td>NR</td> <td>11,0</td> <td>100,0</td> <td>NR</td> <td>70,0</td> <td>100,0</td> <td>NR</td> <td>100,0</td> <td>100,0</td> <td>100,0</td> <td>100,0</td> <td>100,0</td> <td>100,0</td> </tr> </tbody> </table>																	REGION DE SALUD / SERVICIO	BOCAS DEL TORO	COCLE	COLON	CHIRIQUI	DARIEN	GUNA YALA	HERRERA	LOS SANTOS	NGOBE BUGLE	PANAMA ESTE	PANAMA NORTE	PANAMA METRO	PANAMA OESTE	SAN MIGUELITO	VERA CRUZ	acciones de vigilancia y notificación de eventos adversos	100,0	100,0	NR	11,0	100,0	NR	70,0	100,0	NR	100,0	100,0	100,0	100,0
REGION DE SALUD / SERVICIO	BOCAS DEL TORO	COCLE	COLON	CHIRIQUI	DARIEN	GUNA YALA	HERRERA	LOS SANTOS	NGOBE BUGLE	PANAMA ESTE	PANAMA NORTE	PANAMA METRO	PANAMA OESTE	SAN MIGUELITO	VERA CRUZ																															
acciones de vigilancia y notificación de eventos adversos	100,0	100,0	NR	11,0	100,0	NR	70,0	100,0	NR	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0																															
<i>En caso de contar con la información incluir aquí la fuente de información (cita y/o enlace)</i>																																														
Regiones de salud																																														
Indicador 9. ¿Cuenta el país con mecanismos nacionales y sub-nacionales para incorporar la participación del usuario de servicios, la familia y la comunidad en la toma de decisiones sobre calidad de los cuidados y en la promoción del autocuidado?															Sí X No <input type="checkbox"/>																															
<p>b. En caso afirmativo, cuál es la naturaleza de estos mecanismos? Representantes de los pacientes, consejos?</p> <p>MINSA: decreto ejecutivo 401 y 389 de los Comités de Salud y las Juntas Administradoras de Acueductos Rurales</p> <p>Auditorías sociales, consejos provinciales, municipales y locales</p>																																														
<p>b. Que grupos de la población participan?</p> <p>En CSS se están iniciando las acciones con los GOCPS (Grupos Organizados de la comunidad en promoción de salud) en CAPPs y ULAPS</p> <p>Dirigentes de las comunidades, asociaciones de pacientes y familiares de pacientes</p> <p>Programa de escolares y adolescentes, embarazadas, adultos, tercera edad</p> <p>Grupos organizados de la comunidad comités de salud, JAAR</p> <p>Grupos religiosos</p>																																														
c. Donde ocurren estos procesos, en los centros de atención?																																														

En la comunidad, escuelas, iglesias y en las instalaciones de salud	
<i>En caso afirmativo indicar medio de verificación (enlace, cita, foto, etc., y adjuntar si es posible)</i> Personerías jurídicas, actas de reuniones, Fotos, videos, actas locales	
 	
¿De lo contrario, el país estaría en condiciones de cumplir con este indicador para el año 2020?	Sí X No <input type="checkbox"/>
<i>Observaciones – si desea incluya aquí cualquier aclaración o comentario sobre este apartado del cuestionario</i>	
Indicador 10. ¿En este momento, su país cuenta con un sistema de datos y reportes periódicos en los últimos dos años respecto a la adherencia a tratamientos de alguna de las enfermedades crónicas o HIV?	Sí X No <input type="checkbox"/>
<i>En caso afirmativo indicar medio de verificación (enlace, cita, foto, etc., del sistema de reportes o</i>	

datos nacionales particularmente proveniente de los servicios farmacéuticos sobre el seguimiento del tratamiento farmacológico de alguna enfermedad crónica en los últimos dos años. Adjuntar si es posible)



¿El país estaría en condiciones de cumplir con este indicador para el año 2020?		Sí <input checked="" type="checkbox"/>
		No <input type="checkbox"/>
<p><i>Observaciones – si desea incluya aquí cualquier aclaración o comentario sobre este apartado del cuestionario</i></p> <p><i>Panamá cuenta con un Sistema de Vigilancia Epidemiológica en donde se reportan periódicamente tanto los casos como las adherencias a tratamientos de enfermedades como VIH y TBC</i></p>		

Objetivo	Alcanzar una disponibilidad mínima necesaria de recursos humanos para la salud	
Cuestionario		
Indicador 1. La densidad de trabajadores de salud, entre médicos, enfermeras y parteras, por 10.000 habitantes es de al menos 25 por 10,000 habitantes?.		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

En caso afirmativo, especifique aquí la densidad:
Al 2013 27

En caso afirmativo indicar medio de verificación (enlace, cita, foto, etc., y adjuntar si es posible)
www.inec.gob.pa, Documento del ASIS Nacional 2015, www.minsa.gob.pa
<http://www.observatoriorh.org/centro/?q=node/117>
<http://www.observatoriorh.org/panama/?q=node/5>
<http://www.observatoriorh.org/panama/sites/observatoriorh.org.panama/files/webfiles/Docs/MEDICION%20DE%20METAS.pdf>

Observaciones – si desea incluya aquí cualquier aclaración o comentario sobre este apartado del cuestionario.

Manual de las metas de OPS al 2015.

UGSAF

Utilizando como guía el documento “Instrumento de Medición y Monitoreo / Cuestionario de Colección de Datos” de la Estrategia Regional para el Acceso Universal a la Salud y Cobertura Universal de Salud de la Organización Panamericana de la Salud; procedimos a revisar los aspectos más relevantes contemplados en el instrumento, encontrando algunas fortalezas y debilidades en cuanto a la disponibilidad y sistematización de la información, que resumo a continuación:

OBJETIVO. Alcanzar una disponibilidad mínima necesaria de recursos humanos para la salud

Indicador 1. La densidad de trabajadores de salud, entre médicos, enfermeras y parteras, por 10,000 habitantes es de al menos 25 por 10,000 habitantes?

DISPONIBILIDAD DE INFORMACIÓN

Se maneja información actualizada a nivel de UGSAF, en relación al recurso humano que labora en la estrategia.

Hay disponibilidad de información desagregada según profesionales y técnicos de salud y personal administrativo.

Se cuenta con información sobre censo de parteras en las diferentes regiones de salud.

Se cuenta con información de los años 2013, 2014 y 2015.

LIMITANTE

Las bases de datos con las generales de los profesionales y técnicos contratados por la estrategia, son manejadas por los Equipos de Gestión, a nivel de las Regiones de Salud. No se cuenta con esta información centralizada a nivel de la UGSAF.

Información no disponible en la web.

$$\frac{\text{No. de médicos + enfermeras + parteras en el año } t \times \text{cada } 10.000 \text{ habitantes}}{\text{Total de la población de un país en el año } t}$$

Definición del indicador Número de personal de la salud (médicos, enfermeras y parteras) que, en un determinado año, laboran a tiempo completo en establecimientos de salud públicos o privados, expresado en una tasa cada 10.000 habitantes. La tasa demográfica expresa la frecuencia de casos (recursos humanos) por un determinado número de habitantes. Se calcula dividiendo el número de recursos humanos contados en determinado año para la población existente en ese mismo año. El número de personas utilizado como referente en una tasa es convencional y depende de las cifras obtenidas: puede variar entre 1 habitante (per cápita) y 100.000. En este caso se lo definió por 10.000 como multiplicando. El año t se refiere al año en el que se recogen los datos de los recursos humanos y que debe coincidir con el de la población de ese mismo año.

Observaciones:

Si la partera, matrona u obstetra, es a la vez enfermera, debe ser contabilizada como una persona. En caso de que en el país no exista la profesión de partera, deberá explicarse esto en una nota de pie de página.

Para comparabilidad internacional entre las regiones, el indicador va agregado. Sin embargo, será necesario contar con indicadores separados de la razón de médicos, enfermeras y parteras.

Si el sistema de información de su país le permite hacer más desagregaciones, lo puede hacer para la especificidad de su país, mas no para la comparabilidad internacional que requerimos.

En algunos países de la región, los trabajadores de la salud, especialmente los médicos graduados, laboran en más de una institución, lo que puede llevar a errores de sobre-estimación del personal disponible. Esta variable deberá ser controlada para contabilizar el trabajador una sola vez. Alternativamente, se propone medir horas totales trabajadas por el personal de salud en cada centro, y de allí calcular el número de personal disponible según las horas que un médico debería trabajar durante el día.

Objetivo	Garantizar una distribución equitativa de recursos humanos para la salud	
Lista de Indicadores		
Indicador 1. ¿El país ha establecido una línea base en donde se determina la brecha de personal de salud en áreas desatendidas?	Sí <input checked="" type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
<i>En caso afirmativo, especifique aquí la brecha:</i> 70% (0.3) A 2013. SI, CALCULADA Para el 2015, queda pendiente el dato		
<i>En caso afirmativo indicar medio de verificación (enlace, cita, foto, etc., y adjuntar si es posible)</i> Datos de la Dirección de Recurso Humano http://www.observatoriorh.org/panama/sites/observatoriorh.org.panama/files/webfiles/Docs/ME DICION%20DE%20METAS.pdf		
¿El país estaría en condiciones de cumplir con este indicador para el año 2020? <i>No aplica.</i>	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
<i>Observaciones – si desea incluya aquí cualquier aclaración o comentario sobre este apartado del cuestionario</i> UGSAF DISPONIBILIDAD DE INFORMACIÓN Existe la información del recurso humano a nivel de UGSAF, desagregada por región de salud y tipo de profesional, técnico o administrativo. LIMITANTE Información no disponible en la web.		
Indicador 2. a. ¿El país cuenta con políticas y/o estrategias nacionales explícitamente destinadas a ampliar las opciones de empleo?	Sí <input checked="" type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
b. ¿Estas políticas y/o estrategias describen explícitamente incentivos y condiciones laborales atractivas para ampliar opciones de empleo en el primer nivel de atención y especialmente en áreas desatendidas?	Sí <input checked="" type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
<i>En caso afirmativo para cualquier pregunta indicar medio de verificación (enlace, cita, foto, etc., y adjuntar si es posible)</i> <i>Políticas de Salud 2010-2015; Objetivo Estratégico 6.2/6.4 y Línea estratégica 6.2.1/6.4.2.</i>		

www.minsa.gob.pa .	
¿De lo contrario el país estaría en condiciones de cumplir con este indicador para el año 2020? No aplica	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<p>Observaciones – si desea incluya aquí cualquier aclaración o comentario sobre este apartado el cuestionario –</p> <p>En el caso de la CSS, el nivel primario serían las CAPPs (centro de atención preventiva en salud) y ULAPS (Unidad local de atención primaria en salud)</p> <p>UGSAF</p> <p>DISPONIBILIDAD DE INFORMACIÓN</p> <p>La Estrategia de Extensión de Cobertura, está dirigida a la cobertura de atención con un paquete de prestaciones priorizadas en las áreas desatendidas y está ampliamente desarrollada, a través de su Reglamento Operativo y Convenios de Gestión con las diferentes Regiones de Salud. Existe información publicada en la página web del Ministerio de Salud.</p>	
<p>Indicador 3.</p> <p>a. ¿El país ha reducido a la mitad, la brecha en la densidad de trabajadores de salud, respecto de la línea de base establecida?</p> <p>29 datos de país</p>	Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
En caso afirmativo, especifique aquí la reducción de la brecha:	
En caso afirmativo indicar medio de verificación (enlace, cita, foto, etc., y adjuntar si es posible) Datos OFICIALES del INEC y fuente primaria (MINSA/CSS)	
¿De lo contrario el país estaría en condiciones de cumplir con este indicador para el año 2020?	Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<p>Observaciones – si desea incluya aquí cualquier aclaración o comentario sobre este apartado del cuestionario</p> <p>UGSAF</p> <p>DISPONIBILIDAD DE INFORMACIÓN</p> <p>Se cuenta con la información sobre la disponibilidad de recursos humanos en salud a nivel de UGSAF, desagregada por región de salud y disciplina, correspondiente a los años 2013, 2014 y 2015; lo cual permite contribuir al establecimiento de una línea base e inclusive evaluar el comportamiento de la brecha en el transcurso de dos años.</p> <p>LIMITANTE</p> <p>Información no disponible en la web.</p>	
Nota	<p>En preparación con países piloto.</p> <p>Indicadores 1 y 3: Para calcular esta brecha, los países tienen que determinar y monitorear la densidad de personal de salud (médicos, enfermeras y parteras) en el nivel nacional y en cada jurisdicción sub-nacional. Para el indicador, se agrupan las jurisdicciones con una densidad de personal de salud por debajo de la nacional, y la densidad resultante se usa para determinar la reducción de 50% de la brecha respecto de la densidad nacional. El indicador servirá para identificar el número de países y territorios que hayan reducido en un 50% la brecha al final del período, en comparación con la línea de base.</p> <p>Ejemplo del cálculo:</p> <p><i>Nacional:</i></p> <p>Número total de médicos, enfermeras y parteras en el país en un año dado, dividido por la población total en el mismo año y el resultado se multiplica por 10.000.</p>

	<p><i>Jurisdicción:</i> Número total de médicos, enfermeras y parteras en la jurisdicción en un año dado, dividido por la población total de la jurisdicción en el mismo año y el resultado se multiplica por 10.000.</p> <p><i>Grupos de jurisdicciones:</i></p> <p>Número total de médicos, enfermeras y parteras en jurisdicciones con densidades inferiores a la nacional en un año dado, dividido por la población total de esas jurisdicciones en el mismo año y el resultado se multiplica por 10.000.</p> <p>Ejemplo: un país tiene diez estados. La densidad de personal de salud (médicos, enfermeras y parteras) en toda la nación es 30/10.000. La medición de la densidad de personal de salud en cada uno de los 10 estados permite identificar tres estados con una densidad inferior a 30/10.000. Se suma el número de médicos, enfermeras y parteras en los tres estados, y se determina una nueva densidad de personal de salud usando como denominador la población total de los tres estados y multiplicando por 10.000. A modo de ejemplo, supongamos que los estados tienen la misma población de 10.000 y que un estado tiene 10 trabajadores de salud (médicos, enfermeras y parteras), el otro tiene 15 y el tercer estado, 20. La densidad resultante para los tres estados es 45/30.000 habitantes, que es 15/10.000, lo que deja una brecha de 15/10.000 con respecto a la densidad nacional (30/10.000). Reducir la brecha en 50% implica aumentar la densidad de personal de salud en los tres estados agrupados a 22.5/10.000 al final del período. Cabe mencionar que esto solo refleja la reducción agregada y por tanto se recomienda también informar la reducción desagregada para cada estado y así tener una mejor idea de cómo progresan los diferentes estados en la disminución de la brecha.</p> <p>Para este indicador: La categoría "enfermera profesional" incluye a profesionales de la salud con 1) una licenciatura en enfermería o 2) un certificado o una calificación técnica de al menos tres años en enfermería.</p> <p>La categoría ocupacional de las "parteras" incluye a profesionales de la salud con 1) una licenciatura en enfermería y partería o 2) un certificado o un diploma técnico de al menos tres años en partería.</p>
--	--

Objetivo	Fortalecer los perfiles profesionales y técnicos de los recursos humanos para la salud en coherencia con la transformación o fortalecimiento del nuevo modelo de atención	
Cuestionario		
Indicador 1.		
a. ¿El país ha implementado un programa de capacitación en el trabajo para lograr que el personal del primer nivel de atención obtenga competencias de salud pública, interculturales y de sensibilidad de género?		Sí x No <input type="checkbox"/>
<i>En caso afirmativo indicar medio de verificación (enlace, cita, foto, etc. De currículo de los programas de formación, y adjuntar si es posible)</i>		
<i>Apoyada en la Política 6 /6.2</i>		
<i>Unidad de Docencia Nacional, Regional UDR y Local UDL/MINSA</i>		

Departamento Nacional de Docencia e Investigación en Salud CSS/ Dirección Nacional de Educación- www.css.gob.pa/transparencia.html
 MINSA – CSS - SENACYT – IFARHU – UNACHI-UP
 Campus virtual de Salud Pública OPS/PANAMÀ - www.campusvirtualesp.org
www.panama.campusvirtualesp.org

Observaciones – si desea incluya aquí cualquier aclaración o comentario sobre este apartado del cuestionario

UGSAF

DISPONIBILIDAD DE INFORMACIÓN

La Estrategia de Extensión de Cobertura, establece en su Reglamento Operativo un Programa de Capacitación para el personal de sus Equipos Básicos de Salud, dirigido a desarrollar las competencias para laborar en el primer nivel de atención y específicamente en estrategias y actividades de promoción y prevención de la salud, con un enfoque a las áreas rurales desatendidas e indígenas, incluyendo el enfoque género al definir la cartera de prestaciones priorizadas.

Existe información publicada en la página web del Ministerio de Salud.

b. ¿En qué esquemas de salud fueron ofrecidos estos programas de capacitación?	Público x Privado X Todos <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> Especifique :
--	--

c. ¿Basado en lo anterior y su conocimiento,, que porcentaje de trabajadores del primer nivel que accedió o tiene las siguientes competencias?	SI	%
- Habilidad de desarrollar estrategias para la promoción de la salud		0.5
- Vigilancia de factores de riesgo y condiciones epidemiológicas		0.5
- Educación y tratamiento preventivo para prevenir enfermedad y lesiones		0.5
- Conocimiento de la interacción de salud pública con los servicios de salud a nivel local		0.5
- Capacidad de utilizar evidencias en la toma de las decisiones, políticas, de gestión (planificación, ejecución y evaluación) y desarrollo de programas y practicas		1
- Capacidad de llevar a cabo investigaciones, planear y evaluar		1
- Promueve alianzas, colaboración y abogacía		0.5
- Habilidades interactivas y de comunicación que reconocen y realzan las capacidades cognitivas, emotivas y de intercambio que deben ser tomadas en cuenta cuando se le proporciona cuidados de salud a grupos étnicos, lingüísticos, religiosos y socio-económicos diversos.		0.5
Promedio % de trabajadores con competencias en salud pública e interculturalidad		61.1
Especifique el número y promedio de informantes Clave		5.5

A = 45
Número total de trabajadores del primer nivel ha tenido acceso a programas de capacitación de salud pública X 100
 Número total de trabajadores del primer nivel en el país

B = 25
Número total de trabajadores del primer nivel ha tenido acceso a programas de capacitación sobre competencias interculturales X 100
 Número total de trabajadores del primer nivel en el país

C = 51

<p style="text-align: center;"> <u>Número total de trabajadores del primer nivel ha tenido acceso a programas de capacitación sobre competencias de sensibilidad de género X 100</u> Número total de trabajadores del primer nivel en el país </p> <p style="text-align: center;">•</p> <p style="text-align: center;">% alcanzado del indicador = 40</p> $\frac{A+B+C}{3}$	
<p><i>De existir incluir la fuente de datos aquí</i></p> <p>http://www.observatoriorh.org/panama/sites/observatoriorh.org.panama/files/webfiles/Docs/ME_DICION%20DE%20METAS.pdf</p> <p><i>Dirección de Asuntos Indígenas</i></p> <p>En las Regiones de Salud están los Coordinadores de las Unidades docentes regionales UDRs, quienes llevan registro según tipo de participantes (Administrativos y Técnicos), género, etc.</p>	
<p>¿El país estaría en condiciones de cumplir con este indicador para el año 2020?</p>	<p>Sí <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/></p>
<p><i>Observaciones – si desea incluya aquí cualquier aclaración o comentario sobre este apartado del cuestionario</i></p> <p><i>Se pueden obtener pero hay que hacer un trabajo adicional por que son datos que no se encuentran en nuestro sistema de información rutinarios</i></p> <p>UGSAF</p> <p>DISPONIBILIDAD DE INFORMACIÓN</p> <p>Los programas de capacitación se ofrecen en el sector público, en el marco de la Estrategia de Extensión de Cobertura.</p> <p>DISPONIBILIDAD DE INFORMACIÓN</p> <p>Se cuenta con la información sobre las capacitaciones realizadas al personal de los Equipos Básicos de Salud, cantidad de funcionarios capacitados y los temas en los cuales se dio capacitación. Se requiere revisión de la base de datos, para tener la información para cada uno de los temas requeridos.</p> <p>Existe información publicada en la página web del Ministerio de Salud.</p> <p>LIMITANTE</p> <p>La información disponible respecto a las competencias adquiridas sólo aplica para el personal que labora en la Estrategia de Extensión de Cobertura (EEC), y requiere para la obtención de los datos del sistema público del país, ser consolidada a los datos del sector público y privado. Por tanto, en este caso aplica el reporte en términos absolutos y no en términos relativos respecto al total de recurso humano que labora en la EEC.</p>	
<p>Indicador 2.</p> <p>a. ¿El país ha implementado un programa de capacitación en el trabajo para lograr que el personal del primer nivel de atención obtenga competencias sobre el uso de telesalud?</p>	<p>Sí <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/></p>
<p><i>En caso afirmativo indicar medio de verificación (enlace, cita, foto, etc. De currículo de los programas de formación, y adjuntar si es posible)</i></p>	
<p><i>Observaciones – si desea incluya aquí cualquier aclaración o comentario sobre este apartado del cuestionario.</i></p>	

<p><i>En la CSS/ Dirección Nacional de Desastres y Departamento Nacional de Docencia e Investigación en Salud – Telemedicina.</i></p> <p><i>Dirección de Provisión de Servicios de Salud - MINSA</i></p> <p>UGSAF</p> <p>DISPONIBILIDAD DE INFORMACIÓN</p> <p>La Unidad de Gestión en Salud Administrativa y Financiera (UGSAF), ha financiado capacitaciones del recurso humano del sistema de salud público en Telemedicina.</p> <p>Se requiere gestionar la obtención de esta información por parte de la UGSAF</p> <p>CAPACITACION</p> <p>Las ofertas educativas provenientes del IFARHU, INADEH, Embajadas, Universidades Nacionales e Internacionales, OPS, OMS entre otros llegan al MINSA vía Despacho Superior y luego son remitidas a la Dirección de Recursos Humanos y al Depto. de Formación y Capacitación (DFCRH) donde son divulgadas. Las notas y circulares de divulgación reposan en el DFCRH y en las Unidades docentes regionales.</p>	
<p>b. ¿En qué esquemas de salud fueron ofrecidos estos programas de capacitación?</p>	<p>Publico x</p> <p>Privado <input type="checkbox"/></p> <p>Todos <input type="checkbox"/></p> <p>Otros <input type="checkbox"/></p> <p>Especifique:</p>
<p>c. ¿Basado en lo anterior y su conocimiento, que porcentaje de trabajadores del primer nivel accedió o tiene competencias en:</p>	<p>Promedio de informantes</p> <p>Clave</p>
<p><i>- uso de tele salud?</i></p>	
<p>Especifique el número de informantes Clave</p>	
<p><i>De existir incluir la fuente de datos aquí</i></p>	
<p>d. ¿De lo contrario, el país estaría en condiciones de cumplir con este indicador para el año 2020?</p>	<p>Sí <input type="checkbox"/></p> <p>No x</p>
<p><i>Observaciones – si desea incluya aquí cualquier aclaración o comentario sobre este apartado del cuestionario- Se recomienda especificar a qué tipo de áreas o población objetivo o desatendida. % razonable.</i></p> <p>UGSAF</p> <p>DISPONIBILIDAD DE INFORMACIÓN</p> <p>La Unidad de Gestión en Salud Administrativa y Financiera (UGSAF), ha financiado capacitaciones del recurso humano del sistema de salud público en Telemedicina.</p> <p>Se requiere gestionar la obtención de esta información por parte de la UGSAF</p> <p>DISPONIBILIDAD DE INFORMACIÓN</p> <p>Los programas de capacitación se han ofrecido en el sector público.</p> <p>DISPONIBILIDAD DE INFORMACIÓN</p> <p>Una vez que se gestione la obtención de esta información por parte de la UGSAF, se puede determinar cuantitativamente la cantidad de beneficiarios de la capacitación en Telemedicina</p>	
<p>Indicador 3.</p> <p>a. ¿El país ha implementado un programa de capacitación en el trabajo para lograr que el personal del primer nivel obtenga competencias sobre los derechos de atención a la salud de los diversos grupos de personas/usuarios del sistema?</p>	<p>Sí x</p> <p>No <input type="checkbox"/></p>
<p><i>En caso afirmativo indicar medio de verificación (enlace, cita, foto, etc. De currículo de los programas de formación, y adjuntar si es posible)</i></p> <p>Dirección Ejecutiva Nacional de los Servicios a los Asegurados – CSS</p>	

Dirección Nacional de Educación - CSS

Dirección General de Salud/coordinación de Docencia e Investigación

Dirección Nacional de RH/Departamento de Capacitación

Dirección nacional de Provisión de Servicios/Dpto. de Monitoreo y Evaluación/Programa de Acompañamiento Humano y Espiritual/ Encuestas de satisfacción del usuario interno y externo
Fuente de verificación. Departamento de Formación y Capacitación. Divulgación de ofertas educativas nacionales e internacionales; Libro de Registro de certificaciones otorgadas en las acciones educativas.

CAPACITACION

A. Con la implementación del Programa de Acompañamiento Humano y Espiritual del Enfermo en Instituciones de salud públicas y privadas formando parte de las políticas de salud y su enfoque integral, se fortalece la visión de la salud como un derecho humano por medio de sus tres pilares o dimensiones, a saber: 1.Necesidades de la persona enferma y su Familia), 2. Necesidades de los trabajadores de la salud (Desarrollo Profesional) 3.Infraestructura y ambiente laboral (Desarrollo Institucional).

Este Programa es abanderado por el Despacho de la Primera Dama y conducido desde el Despacho Superior del Ministerio de Salud con participación Direcciones Nacionales y del Departamento de Formación y Capacitación en representación de la Dirección de Recursos Humanos.

En este lapso de tiempo se dio arranque al Programa, se han desarrollado dos Congresos Nacionales; se ha identificado los puntos focales por Región de Salud y Hospitales Públicos y Privados, los cuales reciben capacitación permanente. Se dispone de Comités del Programa de Humanización en las Regiones de Salud, en la Caja de Seguro Social y en hospitales y clínicas privadas.

Uno de los componentes operativos del Programa es la Formación y Capacitación por medio del cual se apoyan procesos con las instituciones de formación y de capacitación del personal técnico y administrativo tanto público como privado.

Fuente de Información: 1. Archivos del Departamento de formación y Capacitación.

B. En los procesos de inducción se introduce material sobre derechos de los Usuarios de los servicios de salud, principios éticos y morales, y deberes del servidor público, que tocan aspectos relacionados con la legislación correspondientes servicios gratuitos, derechos de los servidores con discapacidad o con familiares con discapacidad; servidores con enfermedades crónicas y degenerativas.

Observaciones – si desea incluya aquí cualquier aclaración o comentario sobre este apartado del cuestionario

UGSAF

DISPONIBILIDAD DE INFORMACIÓN

Se cuenta con la información sobre las capacitaciones realizadas al personal de los Equipos Básicos de Salud, cantidad de funcionarios capacitados y los temas en los cuales se dio capacitación.

Se requiere revisión de la base de datos, para tener la información precisa sobre el tema requerido.

Existe información publicada en la página web del Ministerio de Salud.

LIMITANTE

La información disponible respecto a las competencias adquiridas sólo aplica para el personal que

<p>labora en la Estrategia de Extensión de Cobertura (EEC), y requiere para la obtención de los datos del sistema público del país, ser consolidada a los datos del sector público y privado.</p> <p>CAPACITACIÓN Las ofertas educativas provenientes del IFARHU, INADEH, Embajadas, Universidades Nacionales e Internacionales, OPS, OMS entre otros llegan al MINSA vía Despacho Superior y luego son remitidas a la Dirección de Recursos Humanos y al Depto. de Formación y Capacitación (DFCRH) donde son divulgadas. Las notas y circulares de divulgación reposan en el DFCRH</p>		
<p>b. ¿En qué esquemas de salud fueron ofrecidos estos programas de capacitación?</p> <p>CAPACITACION El Programa de Humanización, tiene una raíz de carácter público sin embargo ha desarrollado enlaces en el sector público e internacionales. Varios de los distinguidos expositores provienen de la hermana república de Colombia, España, Brasil y Chile.</p>	<p>Publico x Privado <input type="checkbox"/> Todos x Otros <input type="checkbox"/> Especifique:</p>	
<p>c. ¿El país ha implementado un programa de capacitación en el trabajo para lograr que el personal del primer nivel obtenga competencias sobre los nuevos modelos de atención de redes integradas?</p>	<p>Sí x No <input type="checkbox"/></p>	
<p><i>En caso afirmativo indicar medio de verificación (enlace, cita, foto, etc. del currículo de los programas de formación, y adjuntar si es posible)</i></p>		
<p><i>Observaciones – si desea incluya aquí cualquier aclaración o comentario sobre este apartado del cuestionario</i></p> <p>UGSAF DISPONIBILIDAD DE INFORMACIÓN Los programas de capacitación se ofrecen en el sector público, en el marco de la Estrategia de Extensión de Cobertura. DISPONIBILIDAD DE INFORMACIÓN Se cuenta con la información sobre las capacitaciones realizadas al personal de los Equipos Básicos de Salud, cantidad de funcionarios capacitados y los temas en los cuales se dio capacitación. Se requiere revisión de la base de datos, para tener la información precisa sobre el tema requerido.</p>		
<p>d. ¿En qué esquemas de salud fueron ofrecidos estos programas de capacitación?</p>	<p>Publico <input type="checkbox"/> Privado <input type="checkbox"/> Todos <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> Especifique:</p>	
<p>e. ¿Basado en lo anterior y su conocimiento, que porcentaje de trabajadores del primer nivel accedió o tiene las siguientes competencias?</p> <p>CAPACITACIÓN El estimado es una observación del 100% de Personal Administrativo y del 100 del personal Técnico. Las acciones de capacitación en diversos temas de salud pública hacia el personal técnico, en los campos de la recuperación de la salud, la prevención de enfermedades y de la promoción de la salud es considerablemente mayor que la que se dirige al personal administrativo. En cambio las acciones de capacitación en temas administrativos de la salud como son relaciones humanas, trabajo en equipo, motivación , compras, y otras más, predominan entre el personal administrativo.</p>	<p>SI</p>	<p>Promedio de informantes Clave</p>

- Capacidad de seguir y promocionar el bienestar y encarar las inequidades en el estado de salud		
- Nuevos modelos de atención de redes integradas		
Especifique el número de informantes Clave		
<i>De existir incluir la fuente de datos aquí</i>		
¿De lo contrario, el país estaría en condiciones de cumplir con este indicador para el año 2020?		Sí x No <input type="checkbox"/>
<p><i>Observaciones – si desea incluya aquí cualquier aclaración o comentario sobre este apartado del cuestionario</i></p> <p>Capacitación tema modelo de atención UGSAF DISPONIBILIDAD DE INFORMACIÓN Los programas de capacitación se ofrecen en el sector público, en el marco de la Estrategia de Extensión de Cobertura. DISPONIBILIDAD DE INFORMACIÓN Se cuenta con la información sobre las capacitaciones realizadas al personal de los Equipos Básicos de Salud, cantidad de funcionarios capacitados y los temas en los cuales se dio capacitación. Se requiere revisión de la base de datos, para tener la información precisa sobre el tema requerido.</p>		
Nota	En vista de la ausencia actual de información sobre el tema, se propone hacer entrevistas con informantes claves.	

Objetivo	Ampliar y mejorar las condiciones de empleo, particularmente en áreas subtendidas y el primer nivel de atención	
Cuestionario		
Indicador 1. ¿Qué porcentaje del personal de salud del país cuenta con condiciones de empleo precario?		
<p style="text-align: center;"><u>A. El número total de médicos y enfermeras que tienen empleo precario X100</u> El número total de médicos y enfermeras que trabajan en el país</p> <p style="text-align: center;">B. Porcentaje de médicos y enfermeras que tiene empleo considerado no precario = 100 - A</p>		
<i>De existir incluir la fuente de datos aquí</i>		
¿El país estaría en condiciones de cumplir con este indicador para el año 2020?		Sí <input type="checkbox"/> No x
<p><i>Observaciones – si desea incluya aquí cualquier aclaración o comentario sobre este apartado del cuestionario</i></p> <p>UGSAF LIMITANTE Se aborda el concepto de “empleo precario” y los criterios para considerar un empleo como tal, ya que por ejemplo los equipos básicos de salud que laboran dentro de la Estrategia de Extensión de Cobertura, reciben sus prestaciones y beneficios conforme a la ley, incluyendo medidas de seguridad. No obstante, realizan sus labores en zonas de difícil acceso y en condiciones que pudieran considerarse como precarias.</p>		
Indicador 2. ¿Qué porcentaje de trabajadores en el sector salud están cubiertos por medidas de salud y seguridad?		
<p style="text-align: center;"><u>Número total de trabajadores en el sector salud cubiertos por medidas de salud y seguridad X100</u> Número total de trabajadores en el sector salud</p>		

<i>De existir incluir la fuente de datos aquí</i>	
INEC	
¿El país estaría en condiciones de cumplir con este indicador para el año 2020?	Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
<i>Observaciones – si desea incluya aquí cualquier aclaración o comentario sobre este apartado del cuestionario</i>	
UGSAF	
DISPONIBILIDAD DE INFORMACIÓN	
Correspondería a la totalidad del personal técnico y administrativo contratado para laborar en el marco de la Estrategia de Extensión de Cobertura.	
Se maneja información actualizada a nivel de UGSAF, en relación al recurso humano que labora en la estrategia.	
Se cuenta con información de los años 2013, 2014 y 2015.	
LIMITANTE	
Información no disponible en la web	
Indicador 3. ¿Qué porcentaje de médicos trabajando en un solo establecimiento de atención en salud?	
<p style="text-align: center;">A. <u>Número total médicos trabajando en más de una institución X100</u> Número total de médicos</p> <p style="text-align: center;">B. Porcentaje de médicos trabajando en un solo establecimiento de atención en salud = 100 - A</p>	
<i>De existir incluir la fuente de datos aquí</i>	
¿El país estaría en condiciones de cumplir con este indicador para el año 2020?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<i>Observaciones – si desea incluya aquí cualquier aclaración o comentario sobre este apartado del cuestionario</i>	
UGSAF	
DISPONIBILIDAD DE INFORMACIÓN	
Los profesionales médicos que laboran en los Equipos Básicos de Salud en el marco de la Estrategia de Extensión de Cobertura, laboran exclusivamente para la estrategia, dadas las circunstancias de movilización hacia áreas apartadas, entre las diferentes comunidades visitadas durante una ronda de atención y la permanencia de varios días atendiendo las diferentes comunidades	
I. INFORMACIÓN EN FORMATO WEB	
Se dispone de información publicada sistemáticamente en la página web del Ministerio de Salud, en los siguientes enlaces:	
http://190.34.154.88/procedimientos/ProyectoMejoramientoEquidadyFortalecimientoServiciosSalud/Documentos%20Normativos/RO%20EEC%20por%20GI%20versi%C3%B3n%20revisada%202012v14.pdf http://190.34.154.88/procedimientos/ProyectoMejoramientoEquidadyFortalecimientoServiciosSalud/Documentos%20Normativos/RO%20EEC%20por%20OE%20versi%C3%B3n%20revisada%202012v14.pdf http://190.34.154.88/procedimientos/ProyectoMejoramientoEquidadyFortalecimientoServiciosSalud/Documentos%20Normativos/RO%20EEC%20Red%20Fija%20versi%C3%B3n%20revisada%202012v14.pdf	

Ampliar el acceso equitativo a servicios de salud, integrales, de calidad, centrados en las personas y comunidades

Objetivo	Definir los procesos que mejoren la disponibilidad de los medicamentos y otras tecnologías	
Cuestionario		
Indicador 1.		
a. ¿Cuenta el país con una política nacional actualizada en los últimos 5 años, con objetivos específicos y guías para asegurar el acceso a		
(1) medicamentos? si política de medicamentos 2009	Sí <input checked="" type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
(2) dispositivos médicos?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>
(3) seguridad radiológica? Resolución ministerial 389 del 25 de mayo 2009	Sí <input checked="" type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
(4) seguridad de la sangre? Existe la política (resolución ministerial 07) 17 de abril 2013 y fue reglamentada en el 2013 www.gacetaoficial.gob.pa/pdfTemp/27303/41723.pdf	Sí <input checked="" type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
(5) trasplante de órganos? Ley 3 de 8 de feb.2010.	Sí <input checked="" type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
b. en caso afirmativo, esta política nacional garantiza explícitamente el acceso a la lista nacional de medicamentos esenciales y/u otras tecnologías sanitarias a toda la población?	Sí <input checked="" type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
c. En caso afirmativo, la política exime expresamente de cualquier tipo de pago en el punto de atención, prestación del servicio o dispensación del medicamento y/o tecnología sanitaria?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>
<i>En caso afirmativo para cualquiera de las preguntas anteriores indicar medio de verificación (enlace, cita, foto, etc., y adjuntar si es posible)</i>		
<i>Observaciones – Año de publicación y objetivos de la política (s) (limite 100 palabras)</i>		
<ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos: si existe política de medicamentos. 2009. <p>Objetivos</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Asegurar el acceso oportuno de los medicamentos a toda la población del país 2. Garantizar la calidad, eficacia, vigilancia de la seguridad, promoción y comercialización ética de los medicamentos en el territorio nacional. 3. Fortalecer el uso racional de medicamentos por parte de los profesionales sanitarios y consumidores. 4. Formular estrategias destinadas al estímulo de la producción, investigación y tecnología en materia de medicamentos. <ul style="list-style-type: none"> • Ley 1, Decreto 468 del 15 de Diciembre 2004. Existe una propuesta, la Política Nacional de Dispositivos Médicos se revisó en marzo de 2013. • Seguridad Radiológica: Resolución ministerial 389. 25 de mayo 2009. http://www.gacetaoficial.gob.pa/pdfTemp/26326_A/18888.pdf • Seguridad de la sangre: Existe la política (resolución ministerial 07) 17 de abril 2013 y fue reglamentada en el 2013 www.gacetaoficial.gob.pa/pdfTemp/27303/41723.pdf • En tema de trasplante de órganos existe la Ley 3 de 8 de feb.2010. 		
d. ¿De lo contrario, el país estaría en condiciones de cumplir con este indicador para el año 2020? Siempre y cuando exista un monitoreo y evaluación de la política y se asigne los recursos	Sí <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>

al sector salud.	
<i>Observaciones – si desea incluya aquí cualquier aclaración o comentario sobre este apartado del cuestionario</i>	
Ley de gratuidad de la asistencia y servicio de maternidad en todas las instalaciones del MINSA, Decreto 428 del 15 de diciembre 2004./ La ley de gratuidad en la atención y medicamentos a los menores de 5 años en todas las instalaciones del MINSA, Decreto 546 del 21 de Noviembre de 2005./ Gratuidad en la atención y medicamentos a las personas con discapacidad en todas las instalaciones del MINSA, Decreto Ministerial 321 del 18 de agosto 2005. Ley 13 de 2008, Gratuidad la atención y dispensación de medicamentos en las clínicas de cesación de tabaco. Las vacunas son gratuitas en todas las instalaciones públicas.	
Indicador 2.	
a. ¿Cuenta el país con una estrategia nacional, actualizada en los últimos 5 años, con objetivos explícitos para asegurar el acceso a medicamentos y/u otras tecnologías sanitarias de alto costo para enfermedades catastróficas?	Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<i>En caso afirmativo indicar medio de verificación (enlace, cita, foto, etc., y adjuntar si es posible)</i>	
b. ¿En caso afirmativo esta estrategia exime expresamente a toda la población de cualquier tipo de pago en el punto de atención, prestación del servicio o dispensación del medicamento;	Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
c. ¿Esta política define claramente en el marco jurídico, las funciones y responsabilidades del comité de farmacoterapia?	Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
d. Esta política define los mecanismos para el suministro, la prescripción, la dispensación y la promoción del uso racional de medicamentos?	Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
e. Estas políticas definen los mecanismos y las fuentes de financiamiento y sostenibilidad.	Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
<i>Observaciones – Año de publicación y objetivos de la estrategia (límite 100 palabras)</i>	
En Panamá, Son dependientes del presupuesto aprobado por el MEF, En la página 10 de la política de medicamento 2009, entre las estrategias se describe que es necesario el presupuesto pero no define la fuente ni el mecanismo de financiamiento. Existe gratuidad para la atención de algunas enfermedades que califican como catastróficas, en su mayoría estas estrategias responden a la presión ejercida por los grupos afectados (VIH/SIDA, IRC, cáncer) y otras por interés de la vigilancia sanitaria (tbc,)	
Existe una estrategia de compra de medicamentos de alto costo que el paciente a través de compra entre países, negociación conjunta (iniciativa de la COMISCA) y por Organismos internacionales puede recibir el beneficio.	
f. ¿De no existir la política, el país estaría en condiciones de cumplir con este indicador para el año 2020?	Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
<i>Observaciones – si desea incluya aquí cualquier aclaración o comentario sobre este apartado del cuestionario</i>	
Para cumplir con este indicador, se requiere definir las fuentes de financiamiento, factibilidad y viabilidad. Además de asegurar la sostenibilidad.	
Indicador 3.	
a. ¿El país reporta anualmente los indicadores de la plataforma PRAIS sobre la implementación de políticas, estrategias y programas relacionados al acceso, regulación, propiedad intelectual, y desarrollo de políticas en medicamentos y otras tecnologías sanitarias?	Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<i>En caso afirmativo indicar medio de verificación (enlace, cita, foto, etc., y adjuntar si es posible)</i>	

Asesora de Sistemas y Servicios de Salud OPS/OMS Panamá: Dra. Hilda Leal	
¿El país estaría en condiciones de cumplir con este indicador para el año 2020?	Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<i>Observaciones – si desea incluya aquí cualquier aclaración o comentario sobre este apartado del cuestionario</i> El país está reportando, parcialmente al PRAIS, actualmente nos encontramos en un avance de 95-98 %, se requiere contar con la reactivación de CONAMEP para lograr un 100% del proceso y la definición del listado único de medicamentos.	
Nota	Indicador 3: Los informantes claves para este indicador son los responsables por la plataforma PRAIS en la OPS. Lic. Edgar Domínguez

Objetivo	Aumentar la capacidad regulatoria funcional de medicamentos y otras tecnologías sanitarias	
Cuestionario		
1. ¿El país ha ejecutado una evaluación externa, según los estándares e indicadores recomendados por la OPS, para al menos 3 de los siguientes:		
(1) medicamentos?		Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
(2) dispositivos médicos?		Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
(3) seguridad radiológica?		Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
(4) seguridad de la sangre?		Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
(5) trasplante de órganos?		Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<i>En caso afirmativo indicar medio de verificación (enlace, cita, foto, etc., y adjuntar si es posible</i>		
Indicador	segregación	medio de verificación
1. ¿El país ha ejecutado una evaluación externa, según los estándares e indicadores recomendados por la OPS, para al menos 3 de los siguientes:	(1) medicamentos	Realizada en el 2012
	(2) Dispositivos médicos	Se está trabajando en el formulario
	(3) Seguridad radiológica	Realizada en el 2010
	(4) Seguridad de la sangre	Realizada en el 2009
	(5) Trasplante de órganos	Realizada en el 2013
¿De lo contrario El país estaría en condiciones de cumplir con este indicador para el año 2020?		Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<i>Observaciones – si desea incluya aquí cualquier aclaración o comentario sobre este apartado del cuestionario</i> Se espera que se hagan las evaluaciones del componente pendiente.		

Nota especial	Los informantes claves: Unidad de Medicamentos y Otras Tecnologías Sanitarias, HSS, OPS
----------------------	---

Objetivo	Desarrollar la capacidad regulatoria y de evaluación de medicamentos	
Cuestionario		
Indicador 1.		
a. ¿En este momento, existe en su país una estrategia de Uso Racional de Medicamentos y otras Tecnologías Sanitarias ? Política de Medicamentos 2009.		Sí X No <input type="checkbox"/>
b. ¿La estrategia nacional o plan ha sido aprobada por el Ministerio de Salud o autoridad nacional equivalente?		Sí X No <input type="checkbox"/>
<i>En caso afirmativo indicar medio de verificación (enlace, cita, foto, etc., y adjuntar si es posible)</i> Política de Nacional de medicamentos 2009. Artículo 4 punto C (pág 14).		
<i>Observaciones – Año de publicación y objetivos de la estrategia / política (limite 100 palabras)</i> El uso racional de medicamentos significa que los pacientes reciban medicamentos apropiados y oportunos que contribuyan a la restauración de la salud, en dosis que satisfagan las necesidades y la calidad de vida de los individuos y que aseguren la continuidad del tratamiento a un costo más bajos para el paciente y la comunidad. No existe una política de uso racional de dispositivos médicos, actualmente estamos en proceso de abogacía. Parcialmente se cuenta con algunas regulaciones (comités técnicos interinstitucionales).		
c. ¿Esta estrategia nacional o plan de URMOTS contempla medicamentos y al menos otra tecnología sanitaria, ya sea en un plan común o en planes separados pero coordinados? Existe una debilidad en el tema de coordinación entre planes de uso racional de medicamentos y tecnología sanitario.		Sí <input type="checkbox"/> No X
d. ¿La estrategia nacional o plan incluye un plan para instaurar un sistema de evaluación de resultados? Si existe para Medicamentos pero no para TS. Política de Nacional de Medicamentos 2009. Artículo 4 punto C (pág 14).		Sí X No <input type="checkbox"/>
¿La estrategia nacional o plan tiene recursos económicos asignados?		Sí <input type="checkbox"/> No X
<i>En caso afirmativo indicar medio de verificación (enlace, cita, foto, etc., y adjuntar si es posible)</i> Los lineamientos y las estrategias para el uso racional de medicamentos requiere idealmente la asignación de recursos económicos y recursos humanos. A pesar de ello, actualmente funciona con RRHH pagado por MINSA y por las Instituciones que forman parte de la CONAMEP, Los recursos económicos se obtienen de la Dirección de Farmacias y Drogas y apoyo de algunas organizaciones externas.		
e. ¿La estrategia nacional o plan tiene prioridades definidas: plan de acción con definición de los ejes de trabajo y líneas de acción priorizados? Si para farmacia		Sí X No <input type="checkbox"/>
f. ¿La estrategia nacional o plan tiene procesos definidos para la coordinación de acciones con otros actores y programas relacionados con el tema (al menos los siguientes: programa de enfermedades crónicas, fármaco-vigilancia, control de uso de antibióticos, Evaluación de Tecnologías Sanitarias)?		Sí X No <input type="checkbox"/>
g. ¿La estrategia nacional o plan tiene un componente de capacitación/formación de los profesionales de la salud? Si para farmacia, pero no para TS		Sí X No <input type="checkbox"/>
i. En caso de responder no a cualquier pregunta, el país estaría en condiciones de cumplir con este indicador para el año 2020?		Sí X No <input type="checkbox"/>
<i>Observaciones – si desea incluya aquí cualquier aclaración o comentario sobre este apartado del</i>		

<i>cuestionario</i>	
Existe la estrategia nacional o plan definidos para la coordinación de acciones con otros actores y programas relacionados con fármaco-vigilancia, control de uso de antibióticos pero no para el programa de enfermedades crónicas y Evaluación de Tecnologías Sanitarias.	
Indicador 2.	
a. ¿En este momento, existe en su país un comité o estructura nacional funcional con rectoría del Ministerio de Salud que coordina el plan de Uso Racional de Medicamentos y otras Tecnologías Sanitarias (URMoTS)?	Sí X No <input type="checkbox"/>
<i>Observaciones –en caso afirmativo incluya aquí nombre del comité, fecha de creación, frecuencia de reuniones</i>	
CONAMEP creada por la resolución 203 del 20 de abril 2010. Se reúne semanalmente.	
b. ¿En caso afirmativo, este comité está formado por un equipo multidisciplinario capacitado en URMoTS?	Sí X No <input type="checkbox"/>
c. ¿Existe una declaración de conflictos de interés de los participantes de este comité?	Sí X No <input type="checkbox"/>
<i>En caso afirmativo indicar medio de verificación (enlace, cita, foto, etc., y adjuntar si es posible)</i>	
d. Entre los participantes al comité se incluyen:	
- alguna sociedad académica?	Sí X No <input type="checkbox"/>
- Universidad de Panamá	
- alguna organización civil?	Sí <input type="checkbox"/> No X
- alguna asociación de profesionales?	Sí X
- Farmacéuticos, Médicos, Odontólogos y comisión de medicamentos de CSS	No <input type="checkbox"/>
e. ¿Este comité tiene funciones y roles definidos de los participantes?	Sí X No <input type="checkbox"/>
f. ¿Este comité tiene recursos económicos asignados?	Sí <input type="checkbox"/> No X
<i>En caso afirmativo indicar medio de verificación (enlace, cita, foto, etc., y adjuntar si es posible)</i>	
g. ¿Este comité tiene un reglamento operativo en funcionamiento o en redacción?	Sí X No <input type="checkbox"/>
<i>En caso afirmativo indicar medio de verificación (enlace, cita, foto, etc., y adjuntar si es posible)</i>	
Resolución 1014 del 31 de octubre 2011.	
¿El país estaría en condiciones de cumplir con este indicador para el año 2020?	Sí X No <input type="checkbox"/>
<i>Observaciones – si desea incluya aquí cualquier aclaración o comentario sobre este apartado del cuestionario</i>	
Se requiere la consideración de la sociedad civil y que se incluya recursos económicos	
Indicador 3.	
a. ¿ Existe en su país una estructura o comisión oficial con declaración de conflicto de intereses que lidere y coordine las Evaluaciones de Tecnologías Sanitarias (ETS) para la selección de los Medicamentos y otras Tecnologías Sanitarias (MoTS)? Para Medicamentos si, para TS no.	Sí X No <input type="checkbox"/>
b. ¿En caso afirmativo esta comisión cuenta con recursos económicos asignados?	Sí <input type="checkbox"/> No X
<i>En caso afirmativo indicar medio de verificación (enlace, cita, foto, etc., y adjuntar si es posible)</i>	
Para Medicamentos si, para TS no.	

c. ¿Existe una disposición que establezca el mecanismo de incorporación de los MoTS a los servicios de salud teniendo en cuenta los resultados de la evaluación, y la revisión periódica de los mismos (al menos para medicamentos y tecnologías de alta complejidad)? CONAMEP por medio de la solicitud para inclusión, exclusión, modificación de región de la lista medicamentos	Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<i>En caso afirmativo indicar medio de verificación (enlace, cita, foto, etc., y adjuntar si es posible)</i>	
d. ¿Estos mecanismos incluyen criterios para tener en cuenta los resultados de la evaluación de los MoTS , y la revisión periódica de los mismos (al menos para medicamentos y tecnologías de alta complejidad)? Capítulo II de la Resolución 1014.	Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿El país estaría en condiciones de cumplir con este indicador para el año 2020?	Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<p><i>Observaciones – si desea incluya aquí cualquier aclaración o comentario sobre este apartado del cuestionario</i></p> <p>c) CONAMEP por medio de la solicitud para inclusión, exclusión, modificación de región de la lista medicamentos. Resolución 1014.</p> <p>d) Capítulo II de la Resolución 1014. Se establece actualización cada 2 años en la resolución 203.</p>	
Indicador 4.	
a. ¿En este momento, cuenta su país con guías nacionales basadas en la Evaluación de Tecnologías Sanitarias para la prescripción de pruebas de diagnóstico por imágenes y para el uso apropiado de la sangre y sus componentes?	Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<p><i>En caso afirmativo indicar medio de verificación (enlace, cita, foto, etc., y adjuntar si es posible)</i></p> <p>El Sector Salud tiene normas integradas (MINSA y CSS) referentes a prescripción de pruebas de diagnóstico por imágenes y para el uso apropiado de la sangre y sus componentes (Normas técnicas y Administrativas que regulan los Bancos de Sangre y Servicios de Medicina Transfusional) y maneja la Tele Radiología y Tele medicina en algunas instalaciones, además se han desarrollado guías de funcionamiento que facilitan a los médicos de cuartos de urgencia y Consulta Externa el uso de las tecnologías.</p>	
¿El país estaría en condiciones de cumplir con este indicador para el año 2020?	Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<p><i>Observaciones – si desea incluya aquí cualquier aclaración o comentario sobre este apartado del cuestionario</i></p> <p>Desde el año 2014, el país se encuentra en un proceso de modernización de la red de servicios que incluye la creación e implementación del Sistema Electrónico de Información de Salud (SEIS) el cual brinda un expediente clínico para la atención de primer, segundo y tercer nivel de atención, en todos los servicios de atención, que además, de crear una base única de expedientes clínicos, integra sub sistemas de atención como lo son: laboratorio, farmacias y radiología, entre otro</p>	

Línea Estratégica 2.

Fortalecer la Rectoría y la Gobernanza.

Objetivo	Disponer de un marco legal y regulatorio que refleje el compromiso del Estado con el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud, según sea apropiado	
Cuestionario		
Indicador 1.		
a. ¿Cuenta el país con una ley nacional de salud que reglamente el acceso a la salud de toda la población?		Sí x No <input type="checkbox"/>
b. ¿Esta ley nacional dispone explícitamente el acceso a la salud sin discriminación por razones de sexo, origen étnico/racial, orientación sexual e identidad de género?		Sí x No <input type="checkbox"/>
<p><i>Observaciones – Si contamos con una Ley Nacional que es la Constitución Nacional 1978 reformada 1994, Título 3 Derecho y Deberes individuales y sociales.</i></p> <p><i>Capítulo 1: Garantía Fundamentales: artículo 19</i></p> <p><i>Capítulo 6: Salud seguridad social y asistencia social: artículos 109-110 (numeral 5)-111-112-113-114-115-116-117.</i></p> <p><i>Objetivos de la ley: garantizar el acceso y la cobertura universal de salud a toda la población panameña y expone el acceso a la salud sin discriminación alguna.</i></p> <p><i>En caso afirmativo indicar medio de verificación (enlace, cita, foto, etc., y adjuntar si es posible). La Constitución Nacional vía web. http://www.legalinfo-panama.com/legislacion/Constitucion/Constitucion.pdf</i></p>		
¿De lo contrario el país estaría en condiciones de cumplir con este indicador para el año 2020?		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<i>Observaciones:</i>		
Indicador 2.		
a. ¿Existe en el país un marco legal que ratifica explícitamente los tratados de derechos humanos relevantes para el derecho a la salud?		Sí x No <input type="checkbox"/>
<p><i>En caso afirmativo indicar medio de verificación (enlace, cita, foto, etc., y adjuntar si es posible). Constitución Nacional vía web. http://www.legalinfo-panama.com/legislacion/Constitucion/Constitucion.pdf</i></p>		
<p><i>Observaciones – Año de publicación y objetivos de la estrategia / política (límite 100 palabras) – Si contamos con un marco legal que es nuestra Constitución Nacional 1978 reformada 1994, y estos tratados están contemplados en:</i></p> <p><i>Título 3 Derecho y Deberes individuales y sociales.</i></p> <p><i>Capítulo 1: Garantía Fundamentales: artículo 19</i></p> <p><i>Convención de Derechos Humanos ratificada por Panamá. (Ley 15 de 1977)</i></p>		
¿De lo contrario el país estaría en condiciones de cumplir con este indicador para el año 2020?		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<i>Observaciones – si desea incluya aquí cualquier aclaración o comentario sobre este apartado del cuestionario</i>		
Indicador 3.		
a. ¿Existe en la más alta jerarquía legal del Estado un marco legal que reconoce		Sí x No <input type="checkbox"/>

formalmente del derecho a la salud?	
<i>En caso afirmativo indicar medio de verificación (enlace, cita, foto, etc., y adjuntar si es posible). Constitución Nacional vía web. http://www.legalinfo-panama.com/legislacion/Constitucion/Constitucion.pdf</i>	
<i>Observaciones – Si contamos con un marco legal que es nuestra Constitución Nacional 1978 reformada 1994, modificada en 2004, que reconoce el derecho a la salud.</i>	
¿ De lo contrario el país estaría en condiciones de cumplir con este indicador para el año 2020?	Sí x No <input type="checkbox"/>
<i>Observaciones – si desea incluya aquí cualquier aclaración o comentario sobre este apartado del cuestionario</i>	
Indicador 4.	
a. Cuenta el país con una lista aprobada y publicada con un conjunto de prestaciones de salud ofrecidos a los diversos grupos de la población en igualdad de calidad, y con rango de garantía?	Sí x No <input type="checkbox"/>
b. ¿Dicha lista especifica la priorización sanitaria del país (servicios de promoción, prevención, curación y rehabilitación)?	Sí x No <input type="checkbox"/>
c. ¿Dicha lista especifica los grupos poblacionales prioritarios?	Sí <input type="checkbox"/> No x
d. ¿En caso de no tener la lista, el país estaría en condiciones de cumplir con este indicador para el año 2020?	Sí x No <input type="checkbox"/>
<i>En caso afirmativo para cualquier pregunta indicar medio de verificación (enlace, cita, foto, etc., y adjuntar si es posible). Existe una lista publicada de Cartera de Servicios para las instalaciones del Ministerio de Salud según tipo de intervención, julio 2002. Actualmente en revisión el conjunto de prestaciones de servicios del sector salud y se encuentra en la página web del Ministerio de Salud. http://www.minsa.gob.pa/cartera-salud</i>	
<i>Observaciones: Los grupos poblacionales prioritarios, cuentan específicamente con marcos legales que los define y los servicios que debe recibir en toda la estructura del sistema de salud. Ley de Gratuidad. (decreto ejecutivo 4, 5 (2006)</i>	
Indicador 5.	
a. ¿Cuenta el país con mecanismos administrativos de contraloría, como “defensoría del/la paciente” o mecanismos jurídicos que defiendan los pacientes cuando no se reciben esas garantías listadas en la de prestaciones de salud?	Sí x No <input type="checkbox"/>
b. ¿En caso afirmativo, en su opinión, que ventajas y desventajas tienen dichos mecanismos, como implicaciones en la sostenibilidad financiera del sistema y que miembros de la población utilizan dichos mecanismos?	
<i>En caso afirmativo indicar medio de verificación (enlace, cita, foto, etc., y adjuntar si es posible). http://www.hospitalsantotomas.gob.pa/media/2014/10/9.6.0-LEY-68-DERECHOS-PACIENTE.pdf</i>	
¿De lo contrario el país estaría en condiciones de cumplir con este indicador para el año 2020?	Sí x No <input type="checkbox"/>
<i>Observaciones: En relación a la pregunta a. No tenemos una defensoría de la salud, pero si contamos en el país con</i>	

<p>la Defensoría del Pueblo creada por la Ley 7 del 5 de febrero de 1997, es una entidad autónoma que vela por la protección de los Derechos Humanos de los ciudadanos del país.</p> <p>En relación a la pregunta b. Ley 68 20 de noviembre del 2003, regula los derechos y deberes de los pacientes en materia de información y decisión libre e informada.</p> <p>Ventajas es que existe un mecanismo por el cual se defiende a los pacientes y la desventaja es que es un mecanismo ambiguo se utiliza para muchas líneas de acción y se da para muchas interpretaciones y usos.</p> <p>http://www.hospitalsantotomas.gob.pa/media/2014/10/9.6.0-LEY-68-DERECOS-PACIENTE.pdf</p>	
<p>Indicador 6.</p> <p>a. ¿Cuenta el país con estudios de seguimiento y análisis de las decisiones judiciales relacionadas con el acceso universal a la salud y cobertura universal de salud?</p>	<p>Sí <input type="checkbox"/></p> <p>No <input checked="" type="checkbox"/></p>
<p>En caso afirmativo indicar medio de verificación (enlace, cita, foto, etc., y adjuntar si es posible)</p>	
<p>¿ De lo contrario el país estaría en condiciones de cumplir con este indicador para el año 2020?</p>	<p>Sí <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/></p>
<p>Observaciones: No como estudio pero si como parte del proceso de seguimiento de procesos legales en que la institución esté involucrada y en los casos que son denunciados en la Defensoría del pueblo,</p>	
<p>Indicador 7. Cuenta el país con legislación para la participación social y la coordinación intersectorial en el Sistema de Salud?</p>	<p>Sí <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/></p>
<p>En caso afirmativo indicar medio de verificación (enlace, cita, foto, etc., y adjuntar si es posible)</p> <p>http://www.legalinfo-panama.com/legislacion/Constitucion/Constitucion.pdf</p>	
<p>¿ De lo contrario el país estaría en condiciones de cumplir con este indicador para el año 2020?</p>	<p>Sí <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/></p>
<p>Observaciones: La Constitución Nacional 1978 reformada 1994, Título 3 Derecho y Deberes individuales y sociales. Capítulo 6: Salud seguridad social y asistencia social: artículos 116 que establece que las comunidades tienen el derecho de participar en la planificación, ejecución y evaluación de los distintos programas de salud. El decreto gabinete No1 del 15 de enero de 1969. MINSA rector del sector salud y proveedor de servicios y financiador.</p> <p>Existe una propuesta de anteproyecto Ley para la transformación del Sistema Público de los servicios de salud en Panamá.</p>	

Objetivo	Disponer de políticas y planes en los que se manifieste de manera clara y explícita la voluntad del Estado de fortalecer los sistemas de salud
Cuestionario	
<p>Indicador 1.</p> <p>a ¿Cuenta el país con un plan o estrategia nacional revisado en los últimos 5 años con objetivos o metas explícitamente alineados para avanzar en la eliminación de barreras para el acceso a servicios de salud?</p>	<p>Sí <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/></p>
<p>En caso afirmativo indicar medio de verificación (enlace, cita, foto, etc., y adjuntar si es posible)</p> <p>Página web del MINSA. Políticas de Salud 2010-2015. Página web del MINSA.</p>	

http://www.minsa.gob.pa/sites/default/files/transparencia/politicas2010-2015.pdf	
b. ¿Qué tipos de barreras son contempladas en este plan o estrategia? Geográficas x Culturales x de género x Financieras x	
c. ¿Este plan o estrategia considera que los servicios de salud sean integrales, de calidad universal y de expansión progresiva?	Sí x No <input type="checkbox"/>
<i>Observaciones:</i>	
¿En caso de no contar con dicho plan o estrategia el país estaría en condiciones de cumplir con este indicador para el año 2020?	Sí x No <input type="checkbox"/>
<i>Observaciones – si desea incluya aquí cualquier aclaración o comentario sobre este apartado del cuestionario</i>	
Indicador 2.	
a. ¿Cuenta el país con un plan o estrategia nacional revisado en los últimos 5 años con objetivos o metas explícitos para avanzar hacia la eliminación del pago directo en el momento de uso de los servicios de salud?	Sí <input type="checkbox"/> No x
<i>En caso afirmativo indicar medio de verificación (enlace, cita, foto, etc., y adjuntar si es posible)</i>	
<i>Observaciones:</i>	
¿En caso de no contar con dicho plan o estrategia el país estaría en condiciones de cumplir con este indicador para el año 2020?	Sí x No <input type="checkbox"/>
<i>Observaciones: En relación al pago directo esto no está implícito en las Políticas 2010-2015 pero se puede incluir en la nuevas formulaciones de la Políticas 2016-2025</i>	
Indicador 3.	
a. ¿Cuenta el país con un plan o estrategia nacional revisado en los últimos 5 años con objetivos o metas explícitos para aumentar la inversión en el primer nivel de atención para mejorar su capacidad de respuesta?	Sí x No <input type="checkbox"/>
<i>En caso afirmativo indicar medio de verificación (enlace, cita, foto, etc., y adjuntar si es posible)</i>	
Políticas de Salud 2010-2015. Página web del MINSA. http://www.minsa.gob.pa/sites/default/files/transparencia/politicas2010-2015.pdf	
<i>Observaciones:</i>	
Políticas de Salud 2010-2015 del MINSA	
¿En caso de no contar con dicho plan o estrategia el país estaría en condiciones de cumplir con este indicador para el año 2020?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<i>Observaciones – si desea incluya aquí cualquier aclaración o comentario sobre este apartado del cuestionario</i>	
Indicador 4.	
a. ¿Cuenta el país con un plan o estrategia nacional revisado en los últimos 5 años con objetivos o metas explícitos para establecer nuevos mecanismos o utilización de los existentes para promover la rendición de cuentas, la participación y el dialogo social?	Sí x No <input type="checkbox"/>
<i>En caso afirmativo indicar medio de verificación (enlace, cita, foto, etc., y adjuntar si es posible)</i>	
Políticas de Salud 2010-2015. Página web del MINSA.	

http://www.minsa.gob.pa/sites/default/files/transparencia/politicas2010-2015.pdf	
<i>Observaciones: Está contemplado en el Eje 3 de la Políticas de Salud 2010-2015 del MINSA</i>	
¿En caso de no contar con dicho plan o estrategia el país estaría en condiciones de cumplir con este indicador para el año 2020?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<i>Observaciones – si desea incluya aquí cualquier aclaración o comentario sobre este apartado del cuestionario</i>	
Indicador 5.	
a. ¿Cuenta el país con un plan o estrategia revisado en los últimos 5 años para promover la equidad, con objetivos y metas definidos que han sido formulados para:	
- Identificar poblaciones claves y sus necesidades desatendidas (etnias, género, LGBT, discapacitados, migrantes, adolescentes, etc.)	Sí x No <input type="checkbox"/>
- promover la equidad y acciones positivas para dichas poblaciones clave?	Sí x No <input type="checkbox"/>
<i>En caso afirmativo indicar medio de verificación (enlace, cita, foto, etc., y adjuntar si es posible)</i> Políticas de Salud 2010-2015. Página web del MINSA. http://www.minsa.gob.pa/sites/default/files/transparencia/politicas2010-2015.pdf	
¿En caso de no contar con dicho plan o estrategia el país estaría en condiciones de cumplir con este indicador para el año 2020?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<i>Observaciones – si desea incluya aquí cualquier aclaración o comentario sobre este apartado del cuestionario</i>	

Objetivo	Fortalecer y desarrollar la reglamentación de la Autoridad Nacional de Salud
Cuestionario	
Indicador 1.	
a. ¿Existe en el país una entidad gubernamental responsable de la coordinación, diálogo e intercambio de prioridades con donantes externos?	Sí x No <input type="checkbox"/>
b. ¿ Los integrantes de esta entidad tienen funciones y roles definidos?	Sí x No <input type="checkbox"/>
c. ¿Esta entidad tiene recursos económicos asignados?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<i>En caso afirmativo indicar medio de verificación (enlace, cita, foto, etc., y adjuntar si es posible)</i> <i>Manual de Organización y Funciones Ministerio de Salud (http://www.minsa.gob.pa)</i> http://www.minsa.gob.pa/sites/default/files/publicaciones/manual_de_organizacion_segun_res._11_43_dic._2011.pdf	
d. ¿Este entidad tiene un reglamento operativo en funcionamiento o en redacción?	Sí x No <input type="checkbox"/>
<i>En caso afirmativo indicar medio de verificación (enlace, cita, foto, etc., y adjuntar si es posible)</i> <i>Manual de Organización y Funciones Ministerio de Salud (http://www.minsa.gob.pa)</i> http://www.minsa.gob.pa/sites/default/files/publicaciones/manual_de_organizacion_segun_res._11_43_dic._2011.pdf	

e. ¿En caso de no contar con el comité el país estaría en condiciones de cumplir con este indicador para el año 2020?	Sí x No <input type="checkbox"/>
<i>Observaciones – si desea incluya aquí cualquier aclaración o comentario sobre este apartado del cuestionario</i>	
Indicador 2. a. ¿Existen proyectos nacionales de los últimos 5 años donde se haya coordinado la financiación y actividades entre diferentes donantes externos para que los fondos sean alineados con las prioridades del país?.	Sí x No <input type="checkbox"/>
<i>En caso afirmativo indicar medio de verificación y número de proyectos (enlace, cita, foto, etc., y adjuntar si es posible)</i>	
b. ¿En caso de no contar con dichos proyectos el país estaría en condiciones de cumplir con este indicador para el año 2020?	Sí x No <input type="checkbox"/>
<i>Observaciones – si desea incluya aquí cualquier aclaración o comentario sobre este apartado del cuestionario</i> <i>El país está en vías de definir sus prioridades en salud.</i>	

Objetivo	Fortalecer y desarrollar la reglamentación de la Autoridad Nacional de Salud
Cuestionario	
1. ¿El país reporta los 20 indicadores diseñados por la OMS para monitorear cada una de las 8 capacidades básicas para implementar el Reglamento Sanitario Internacional (RSI)?	Sí x No <input type="checkbox"/>
<i>El informe de los indicadores del RSI se encuentra el Departamento de Epidemiología de la Dirección General de Salud Pública. (Pendiente anexar)</i>	
¿De no realizar el reporte el país estaría en condiciones de cumplir con este indicador para el año 2020?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<i>Observaciones – si desea incluya aquí cualquier aclaración o comentario sobre este apartado del cuestionario</i>	

Objetivo	Garantizar la representación de todos los grupos de la población en el proceso de formulación de las políticas y fortalecer la articulación entre salud y comunidad
Cuestionario	
Indicador 1. a. ¿Existen organizaciones gubernamentales a nivel nacional o sub-nacional encargadas de establecer sistemas de diálogo, escucha y respuesta formales para los diversos grupos de la población?	Sí x No <input type="checkbox"/>
b. ¿Estas organizaciones tienen un presupuesto asignado a nivel nacional y sub-nacional?	Sí x No <input type="checkbox"/>
http://www.minsa.gob.pa/sites/default/files/publicaciones/manual_de_organizacion_segun_res._1143_dic._2011.pdf	
c. ¿Qué grupos de la población están representados y participan?	

Usuarios del sistema de salud x Líderes políticos x Personal de salud x Grupos en estado de vulnerabilidad x(se incluyen solo pacientes) Personas que prestan servicios de salud tradicionales <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> Cuáles?	
c. ¿Con que frecuencia ocurren estas reuniones? Mesa del dialogo: semanalmente Mesa de concertación: Mensualmente	
d. ¿En su opinión, cómo influyen estas reuniones la formulación de políticas y planes? En las recientes consultas	
e. ¿En relación a la anterior pregunta, existe evidencia publicada sobre planes y/políticas generadas a partir de estos sistemas de participación?	Sí <input type="checkbox"/> No x
<i>En caso afirmativo indicar medio de verificación (enlace, cita, foto, etc., y adjuntar si es posible)</i>	
f. ¿De haber contestado no a alguna de las preguntas, el país estaría en condiciones de cumplir con este indicador para el año 2020?	Sí x No <input type="checkbox"/>
<i>Observaciones – si desea incluya aquí cualquier aclaración o comentario sobre este apartado del cuestionario</i>	
Indicador 2.	
a. ¿El país cuenta con sistemas de participación periódica como consejos, cabildos y observatorios para promover la participación directa de la comunidad y grupos de sociedad civil?	Sí x No <input type="checkbox"/>
b. ¿Estos sistemas de participación tienen un presupuesto asignado a nivel sub-nacional?	Sí <input type="checkbox"/> No x
<i>En caso afirmativo indicar medio de verificación (enlace, cita, foto, etc., y adjuntar si es posible)</i>	
c. ¿Durante estos comités participan representantes de la población en situación de vulnerabilidad, por ejemplo mujeres, adolescentes, indígenas, afrodescendientes, LGBT, etc.) en la formulación de políticas y planes?	Sí x No <input type="checkbox"/>
d. ¿En su opinión, cómo influyen estas reuniones la formulación de políticas y planes?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
e. ¿En relación a la anterior pregunta, existe evidencia publicada sobre planes y/políticas generadas a partir de estos sistemas de participación?	
e. ¿De haber contestado no a alguna de las preguntas anteriores, el país estaría en condiciones de cumplir con este indicador para el año 2020?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<i>Observaciones – si desea incluya aquí cualquier aclaración o comentario sobre este apartado del cuestionario</i>	

Objetivo 6	Facilitar el empoderamiento de las personas y las comunidades
Cuestionario	
Indicador 1.	
a. ¿ El Ministerio de Salud o la autoridad nacional equivalente publica el presupuesto anual en salud?	Sí x No <input type="checkbox"/>

<p><i>En caso afirmativo indicar medio de verificación (enlace, cita, foto, etc., y adjuntar si es posible)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • http://www.minsa.gob.pa/sites/default/files/transparencia/presupuesto_ley2015.pdf • http://www.minsa.gob.pa/sites/default/files/transparencia/finanzas_web_mes_junio_2015.pdf 	
b. Este presupuesto es publicado de manera oportuna, comprensible y accesible a la población general?	Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
c. Este presupuesto presenta información desagregada por temas de interés?	Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
d. ¿De responder no el país estaría en condiciones de cumplir con este indicador para el año 2020?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<i>Observaciones – si desea incluya aquí cualquier aclaración o comentario sobre este apartado del cuestionario</i>	
Indicador 2.	
a. ¿ El Ministerio de Salud o la autoridad nacional equivalente publica reportes de desempeño anual de los sistemas de salud?	Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<p><i>En caso afirmativo indicar medio de verificación (enlace, cita, foto, etc., y adjuntar si es posible)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • http://www.minsa.gob.pa/sites/default/files/transparencia/avance_de_obra_de_los_proyectos_hospitales_y_minsa_capsi_mes_de_junio_2015e1.pdf • http://www.minsa.gob.pa/sites/default/files/transparencia/cuadro_proy._de_inversiones_jun2015e.pdf • http://190.34.154.88/procedimientos/InformesEjecutivos.aspx • http://www.minsa.gob.pa/sites/default/files/transparencia/proyectos_inaugurados_junio_2015.pdf • http://www.minsa.gob.pa/informacion-salud/estadisticas-de-salud • http://www.minsa.gob.pa/programas • http://www.minsa.gob.pa/informacion-salud/boletines-semanales 	
b. ¿La información presente en este reporte es adecuada, comprensible y accesible a la población general?	Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
c. ¿El reporte de desempeño incluye explícitamente un análisis de la respuesta del sistema a las necesidades en salud de los diversos grupos de la población?	Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<p><i>Observaciones –</i></p> <p><i>Publicación actualizada al año 2015 del desempeño del Ministerio de Salud</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • http://www.minsa.gob.pa/sites/default/files/transparencia/cuadro_proy._de_inversiones_jun2015e.pdf 	
¿El país estaría en condiciones de cumplir con este indicador para el año 2020?	Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<i>Observaciones – si desea incluya aquí cualquier aclaración o comentario sobre este apartado del cuestionario</i>	
Indicador 3.	
a. ¿El Ministerio de Salud o la autoridad nacional equivalente publica reportes sobre el análisis de la situación de salud?	Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
http://www.minsa.gob.pa/informacion-salud/analisis-de-situacion-de-salud-asis	

b. ¿Estos reportes son publicados de manera oportuna, adecuada, comprensible y accesible a la población general?	Sí x No <input type="checkbox"/>
c. ¿Este reporte incluye un análisis de las desigualdades entre los niveles sub-nacionales?	Sí x No <input type="checkbox"/>
d. ¿Este reporte hace alusión explícita a la situación de salud de los grupos que se encuentran en situación de vulnerabilidad?	Sí x No <input type="checkbox"/>
¿El país estaría en condiciones de cumplir con este indicador para el año 2020?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<p><i>Observaciones –</i> <i>Panamá cuenta actualmente con un Análisis de Situación de Salud Nacional y 14 Análisis Regionales.</i> <i>Existen limitaciones con las encuestas del país porque no tienen continuidad y las nuevas no manejan los mismos parámetros. Ejemplo: Encuesta de niveles de vida 2003 y 2008. Encuesta MIC, 2013(Encuesta de indicadores múltiples por conglomerados)</i></p>	
Indicador 4.	Sí x No <input type="checkbox"/>
a. ¿Cuenta el país con programas de capacitación para las comunidades y grupos en situación de vulnerabilidad sobre participación efectiva y literatura burocrática?	
<p><i>En caso afirmativo indicar medio de verificación (enlace, cita, foto, etc., y adjuntar si es posible) Reglamento de Comité de Salud 1971, Libro Ley del Dengue 2000, Ley 13 Tabaco 2008, ETS y VIH 2000.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • http://www.minsa.gob.pa/programas • http://www.gacetaoficial.gob.pa/pdfTemp/25966/8638.pdf • http://www.tobaccolabels.ca/wp/wp-content/uploads/2013/12/Panama-2008-Tobacco-Control-Legislation-May-2008-Spanish.pdf 	
b. Estos cursos están específicamente diseñados para facilitar, incrementar y fortalecer las oportunidades que existen de influir en el proceso político, exigir la rendición de cuentas, y/o asegurar una posición fuerte e informada?	Sí x No <input type="checkbox"/>
<i>Observaciones: Forma de reglamentación social y reglamentada</i>	
c. ¿De haber contestado no a alguna pregunta el país estaría en condiciones de cumplir con este indicador para el año 2020?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<i>Observaciones – si desea incluya aquí cualquier aclaración o comentario sobre este apartado del cuestionario</i>	

Objetivo	Fortalecer los sistemas nacionales de información a fin de hacer el monitoreo y evaluar el progreso hacia el acceso y la cobertura universales de salud
Cuestionario	
Indicador 1.	Sí x No <input type="checkbox"/>
a. ¿El país cuenta con encuestas nacionales de salud y/o registros administrativos de salud, que incluyen variables que permitan identificar desigualdades y barreras de acceso en salud, incluyendo sexo, edad, origen étnico/racial, lugar de residencia, ocupación, ingresos?	
b. ¿Cuáles de las siguientes variables están en estas encuestas?	
<ul style="list-style-type: none"> - lugar de residencia (rural/urbano) x - ocupación x 	

<ul style="list-style-type: none"> - ingresos x - religión x - educación x - estado socioeconómico x - capital social o recursos x - estado migratorio x - Otro <input type="checkbox"/> -Cuál (es)? 	
http://microdata.worldbank.org/index.php/catalog/70	
<p><i>Encuesta de niveles de vida son publicadas cada 5 años por la Contraloría General de la República de Panamá.</i></p> <p>Objetivo: obtener información de la condición de vida, pobreza y desigualdad, consumo e ingreso de los hogares, salud y nutrición en salud.</p>	
¿ De haber contestado no el país estaría en condiciones de cumplir con este indicador para el año 2020?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<i>Observaciones – si desea incluya aquí cualquier aclaración o comentario sobre este apartado del cuestionario</i>	
Indicador 2. a. ¿Genera el país un reporte de la situación de salud, al menos cada tres años, por parte del Ministerio de Salud o de las Universidades?	Sí x No <input type="checkbox"/>
http://www.minsa.gob.pa/informacion-salud/analisis-de-situacion-de-salud-asis	
<i>Reporte: ASIS, se actualiza cada año.</i>	
b. ¿Este reporte incluye un análisis explícito de los determinantes socioeconómicos de la salud?	Sí x No <input type="checkbox"/>
d. ¿El informe identifica claramente cuáles son las necesidades de salud insatisfechas, las cargas de enfermedad actuales y esperadas?	Sí x No <input type="checkbox"/>
e. ¿En caso contrario, el país estaría en condiciones de cumplir con este indicador para el año 2020?	Sí x No <input type="checkbox"/>
f. ¿Este reporte incluye un análisis de la capacidad del sistema de salud para responder a las necesidades de salud actuales y esperadas?	Sí x No <input type="checkbox"/>
g. ¿En caso de haber contestado no a cualquiera de la presuntas anteriores el país estaría en condiciones de cumplir con este indicador para el año 2020?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<i>Observaciones – si desea incluya aquí cualquier aclaración o comentario sobre este apartado del cuestionario</i>	
Indicador 3. a. ¿Genera el país un reporte sobre el desempeño del sistema de información de salud?	Sí x No <input type="checkbox"/>
b. ¿Este reporte incluye una análisis de desigualdades en salud de los diversos grupos de la población?	Sí <input type="checkbox"/> No x
http://www.minsa.gob.pa/informacion-salud/anuarios-estadisticos	
<i>Observaciones – Año 2013</i>	
c. ¿En caso de haber contestado no a cualquier pregunta el país estaría en condiciones de cumplir con este indicador para el año 2020?	Sí <input type="checkbox"/> No x
<i>Observaciones – no cuentan con análisis de desigualdades.</i>	

Indicador 4.	
a. ¿El país cuenta con encuestas de satisfacción del paciente y utilización de los servicios de salud para obtener información sobre la calidad de los servicios de salud?	Sí x No <input type="checkbox"/>
b. ¿Estas encuestas incluyen variables que puedan determinar:	
-si los establecimientos debidamente equipados x -tiempos de transporte y de espera x -seguimiento de protocolos x -horarios de atención x -atención intercultural x -sensibilidad al género x	
http://190.34.154.88/auditoriaexpedientes/	
<i>Observaciones – realizada por auditores anualmente en los establecimientos de salud a los expedientes clínicos.</i>	
¿en caso contrario el país estaría en condiciones de cumplir con este indicador para el año 2020?	Sí <input type="checkbox"/> No x
<i>Observaciones – si desea incluya aquí cualquier aclaración o comentario sobre este apartado del cuestionario</i>	
Indicador 5.	
a. ¿Existen requerimientos legales de sistemas de notificación obligatoria al sistema de salud?	Sí x No <input type="checkbox"/>
b. ¿Qué tipo de información es de notificación obligatoria? Son formularios llenados manualmente por el médico tratante.	
b. ¿Qué tipo de proveedores están obligados a notificar información?	
- proveedores públicos <input type="checkbox"/> - proveedores privados <input type="checkbox"/> - ambos x	
c. ¿Los proveedores cumplen con estos requerimientos de sistemas de notificación obligatoria?	Sí x No <input type="checkbox"/>
http://190.34.154.87/sisvig2/login.php	
<i>Solo se acceso mediante código de usuario.</i>	
<i>Observaciones –</i>	
DECRETO EJECUTIVO N° 268 (DE 17 DE AGOSTO DE 2001) Que determina los problemas de salud de notificación obligatoria, señala los procedimientos para la notificación y establece sanciones.	
¿En caso contrario el país estaría en condiciones de cumplir con este indicador para el año 2020?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<i>Observaciones – si desea incluya aquí cualquier aclaración o comentario sobre este apartado del cuestionario</i>	

Objetivo	Garantizar la calidad e integralidad de los datos
Cuestionario	
Indicador 1.	

a. ¿Existe cobertura adecuada de las estadísticas vitales (nacimientos y defunciones)?	
<ul style="list-style-type: none"> • La cobertura de nacimientos se medirá a través del cálculo del número de nacimientos registrados dividido entre el número de nacimientos estimados según las hipótesis implícitas en las proyecciones vigentes de población de Naciones Unidas, multiplicado por 100, y/o • La cobertura de defunciones se medirá a través del cálculo del número de defunciones registradas, divididas entre el número de defunciones estimadas según las hipótesis implícitas en las proyecciones vigentes de población de Naciones Unidas, y multiplicado por 100. 	
Indicador 2.	
b. Cuál es la calidad de las estadísticas vitales?	
Calidad de las estadísticas vitales (nacimientos y muertes):	
<ul style="list-style-type: none"> • El porcentaje de nacimientos sin peso al nacer indicado en el certificado de nacimiento (número de certificados de nacimiento en donde se dejó sin llenar la variable de peso al nacer, dividido por el total de certificados de nacimiento y multiplicado por 100), y/o • El porcentaje de muertes con causas mal definidas (Capítulo XVIII de la CIE-10) indicadas en el certificado de defunción (número de certificados de defunción donde se codifica como causa básica alguno de los códigos del Capítulo XVIII de la CIE-10 dividido entre el total de los certificados de defunción codificados, y multiplicado por 100). • El porcentaje de registros de nacimientos y muertes que registran las variables étnicas/razales 	
Indicador 3.	
a. ¿El país cuenta con una estrategia (cursos presenciales o virtuales) sobre capacitación en estadísticas de mortalidad?	Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
b. Estos cursos están certificados por un Centro Nacional de Referencia de la Red Latinoamericana de la Familia de Clasificaciones Internacionales de la OMS (Centro Colaborador de la OMS)?	Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
c. ¿Cuántos cursos fueron impartidos en el país en el 2014? Dos cursos virtuales	
En caso afirmativo indicar medio de verificación (enlace, cita, foto, etc., y adjuntar si es posible)	
¿De lo contrario el país estaría en condiciones de cumplir con este indicador para el año 2020?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<i>Observaciones – si desea incluya aquí cualquier aclaración o comentario sobre este apartado del cuestionario</i>	
d. ¿El país mantiene al menos un 50% de los codificadores certificados en la CIE-10 cada año?	Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
<u>Número de codificadores certificados en un año dado x 100</u> total de codificadores existentes en el mismo año	
e. ¿Cuál es el porcentaje de codificadores capacitados que continúan en servicio un año después del curso?	Aprox. 40%
<u>número de codificadores capacitados en un año específico que continúan trabajando y codificando un año después x100</u> número de codificadores capacitados en el año anterior	
<i>Observaciones – si desea incluya aquí cualquier aclaración o comentario sobre este apartado del</i>	

cuestionario

Los cursos han sido certificados por el Centro Mexicano de Capacitación

Objetivo	Incentivar la investigación sobre acceso y cobertura universales en salud	
Cuestionario		
Indicador 1.		
¿Existe de una convocatoria nacional por parte del Estado vigente o de los últimos dos años para la investigación en temas relacionados con el acceso y cobertura universales?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>
Que temas se priorizan en esta convocatoria? Estudios de desigualdades en salud <input type="checkbox"/> Estudios para evaluar equidad en la protección financiera <input type="checkbox"/> Estudios sobre determinantes sociales de la salud <input type="checkbox"/> Evaluación de programas y políticas para el acceso y cobertura universales <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> Cual (es)?		
<i>En caso afirmativo indicar medio de verificación (enlace, cita, foto, etc., y adjuntar si es posible)</i>		
¿De lo contrario el país estaría en condiciones de cumplir con este indicador para el año 2020?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
<i>Observaciones – no hubo convocatoria por parte del estado, pero a través del BID se desarrolla una consultoría para evaluar el impacto de los proyectos de extensión de cobertura , mejoras de la equidad de salud.</i>		
Indicador 2.		
a. ¿Existe un presupuesto nacional asignado para la investigación sobre acceso y cobertura universales?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>
b. ¿En caso afirmativo a cuanto amonta este presupuesto?		
c. ¿Para cuantos años esta designado este presupuesto?		
<i>En caso afirmativo indicar medio de verificación (enlace, cita, foto, etc., y adjuntar si es posible)</i>		
d. Existen otras prioridades nacionales en materia de investigación en salud? Como afecta esto la investigación sobre acceso y cobertura universales? Enfermedades transmisibles por vectores, enfermedades crónicas no transmisibles, ley del tabaco, salud sexual y reproductiva, entre otros.		
e. ¿En caso de no contar con financiamiento el país estaría en condiciones de cumplir con este indicador para el año 2020?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
<i>Observaciones – si desea incluya aquí cualquier aclaración o comentario sobre este apartado del cuestionario</i>		
Indicador 3.		
a. ¿ Existen documentos publicados a nivel nacional por las autoridades de salud con recomendaciones explícitas para el desarrollo de políticas, programas y planes usando evidencia científica?	Sí <input checked="" type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
b. ¿Estas recomendaciones mencionan explícitamente estrategias para usar evidencia	Sí <input checked="" type="checkbox"/>	

sobre acceso y cobertura universales?	No <input type="checkbox"/>
<i>En caso afirmativo para cualquier pregunta indicar medio de verificación (enlace, cita, foto, etc., y adjuntar si es posible)</i> Manual de Organización y Funciones Ministerio de Salud (http://www.minsa.gob.pa) http://www.minsa.gob.pa/sites/default/files/publicaciones/manual_de_organizacion_segun_res_1143_dic_2011.pdf	
¿De lo contrario el país estaría en condiciones de cumplir con este indicador para el año 2020?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<i>Observaciones – Esta responsabilidad recae en la Dirección de Planificación del MINSA</i>	

Línea Estratégica 3.

Aumentar y mejorar el financiamiento, con equidad y eficiencia, y avanzar hacia la eliminación del pago directo.

Objetivo	Fortalecer y desarrollar la reglamentación como instrumento para promover la movilización y la asignación de recursos financieros a fin de promover el acceso y la equidad, avanzar hacia mecanismos mancomunados solidarios y ofrecer protección contra dificultades financieras	
Cuestionario		
Indicador 1.		
a. ¿Cuenta el país con una política y/o estrategia publicada en los últimos 5 años para lograr el aumento de la recaudación de fondos públicos para salud? <i>Ejemplos incluyen reformas para incrementar el espacio fiscal como políticas tributarias, reducción de gastos de baja prioridad, prestamos, royalties, y subvenciones, entre otros.</i>		Sí x No <input type="checkbox"/>
b. ¿Esta política y/o estrategia tiene como objetivos explícito conseguir suficientes recursos para ofrecer a la población servicios de salud de calidad necesarios sin ninguna barrera de tipo financiera?		Sí <input type="checkbox"/> No x
<i>En caso afirmativo indicar medio de verificación (enlace, cita, foto, etc., y adjuntar si es posible)</i>		
<i>Observaciones – Año de publicación y objetivos de la política (límite 100 palabras)</i>		
¿De lo contrario se está discutiendo actualmente este tema en el país de una forma que podría derivar en la aprobación de políticas y/o estrategias a futuro (hasta 2020) al respecto?		Sí x No <input type="checkbox"/>
<i>Observaciones – si desea incluya aquí cualquier aclaración o comentario sobre este apartado del cuestionario</i>		
<ul style="list-style-type: none"> ➤ <i>No existe una política real de estado. Existe una ley de Tabaco que destina impuestos al gasto en salud, pero no al presupuesto general del estado.</i> ➤ <i>Existe actualmente un anteproyecto No.136, que se está discutiendo y que pretende dotar de más recursos al sector salud.</i> ➤ <i>La estrategia de cobertura y acceso universal a la salud conlleva a una reducción en los gastos de bolsillo.</i> 		

<ul style="list-style-type: none"> ➤ Actualmente se está haciendo una propuesta a través de la Mesa del diálogo que podría derivar en la aprobación de políticas y/o estrategias a futuro. ➤ Impuesto del alcohol ➤ Consenso 11/11. 	
Indicador 2.	
a. ¿Cuenta el país con políticas y/o estrategias publicadas en los últimos 5 años con objetivos explícitos para disminuir y/o eliminar el peso de los esquemas de recuperación de costos y pago directo de bolsillo?	Sí x No <input type="checkbox"/>
b. ¿En caso afirmativo, estas estrategias y/o políticas plantean explícitamente aumentar la protección financiera en la población?	Sí x No <input type="checkbox"/>
c. ¿Esta(s) estrategia(s) y/o política(s) incluye mecanismos explícitos de protección social para grupos vulnerables? <i>Ejemplos incluyen límites en Gastos de Bolsillo por subsistema para grupos vulnerables</i>	Sí x No <input type="checkbox"/>
<i>En caso afirmativo para cualquiera de las preguntas anteriores indicar medio de verificación (enlace, cita, foto, etc., y adjuntar si es posible)</i>	
<i>Observaciones – Año de publicación y objetivos de la política (límite 100 palabras)</i>	
¿ Se está discutiendo actualmente este tema en el país de una forma que podría derivar en la aprobación de políticas y/o estrategias a futuro (hasta 2020) al respecto ??	Sí x No <input type="checkbox"/>
Observaciones – si desea incluya aquí cualquier aclaración o comentario sobre este apartado del cuestionario	
<ul style="list-style-type: none"> • Existe una tarifa en todas las instalaciones de MINSA (estas tarifas no son iguales en todas las instalaciones) que no corresponde a los costos reales que son simbólicas (se consideran pagos simbólicos), pero que constituyen un costo a los usuarios del sistema. • No existe ninguna política actualmente tendiente a eliminar los gastos de bolsillo. Sin embargo el gobierno actual a través de su plan de gobierno plantea mejorar el acceso y cobertura universal A LOS SERVICIOS DE SALUD utilizando la estrategia de la minimizar o eliminar los gastos de bolsillo. • Existen decretos y resoluciones denominados de gratuidad que si bien es cierto no se generaron en los últimos 5 años, pero están vigentes para las instalaciones del Ministerio de Salud a ciertos grupos específicos que a continuación detallamos: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Decreto Ejecutivo No. 428 del 15 de diciembre de 2004 (Maternidad) ➤ Decreto 546 del 24 de noviembre de 2005 (Por el cual se ordena la gratuidad a los menores de 5 años en todas las instalaciones de salud del Ministerio de Salud) ➤ Resolución No. 322 del 18 de agosto de 2005 (Indígenas) ➤ Resolución No. 321 del 18 de agosto de 2005 (Discapacidad) • Los Decretos y resoluciones antes mencionados se elaboraron como estrategia para cumplir con las metas del milenio que los países que pertenecen a la ONU acordaron alcanzar para el 2015. Incluso la Red de oportunidades establecida para disminuir la pobreza extrema, en áreas focalizadas se condicionó la transferencia de los fondos a la atención en los menores de 5 años y a las mujeres embarazadas logrando mejorar la cobertura y acceso a los servicios de salud. • Actualmente se está discutiendo en la Mesa del diálogo utilizando, los Análisis de Situación de Salud (ASIS) basados en las determinantes de salud, como instrumento . • (Votación 9/2). 	

Indicador 3.	
<p>b. ¿Cuenta el país con políticas y/o estrategias publicadas en los últimos 5 años con objetivos explícitos de integrar funcional o institucionalmente los esquemas de cobertura (mancomunación solidaria de fondos) ?</p> <p><i>Se incluyen desde el caso de compras conjuntas entre ministerios de salud y seguridad social; complementación servicios de salud y/o recursos entre ministerios de salud y seguridad social; políticas de integración formal entre subsistemas; creación de fondos inter-esquema, por ejemplo, para enfrentar enfermedades catastróficas y/o medicamentos para enfermedades catastróficas.</i></p>	<p>Sí x No <input type="checkbox"/></p>
<p>b. ¿En caso afirmativo esta estrategia y/o política plantea explícitamente la distribución de riesgos y recursos entre la población para generar subsidios progresivos cruzados entre distintos niveles de ingreso (de quienes tienen más a los que tienen menos)?</p>	<p>Sí x No <input type="checkbox"/></p>
<p><i>En caso afirmativo para cualquier pregunta indicar medio de verificación (enlace, cita, foto, etc., y adjuntar si es posible)</i></p>	
<p><i>Observaciones – Año de publicación y objetivos de la política (límite 100 palabras)</i></p>	
<p>¿ Se está discutiendo actualmente este tema en el país de una forma que podría derivar en la aprobación de políticas y/o estrategias a futuro (hasta 2020) al respecto ¿</p>	<p>Sí x No <input type="checkbox"/></p>
<p>Observaciones – si desea incluya aquí cualquier aclaración o comentario sobre este apartado del cuestionario</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>En los últimos 5 años, aunque la Constitución dice que el sistema es integrado todos conocemos que funcionalmente no lo es en un 100% por lo que se ha discutido y tratado de reglamentar la participación de cada institución</i> • <i>Se hacen compra mancomunadas en lo concerniente a Vacunas por medio RESOLUCION CD25.R27 del 1977 de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) que crea el Programa Ampliado de Inmunización las cuales se distribuye a la CSS y el sector privado. Existe políticas anteriores a los 5 años y que están vigentes sin embargo actualmente se están discutiendo en la mesa del dialogo modificaciones</i> • <i>Evidencias (Ley Orgánica No. 51 de la CSS, Código Sanitario y la Constitución de la República). Se está discutiendo en la Mesa del dialogo.</i> 	
Indicador 4.	
<p>b. ¿Cuenta el país con políticas y estrategias publicadas en los últimos 5 años para pasar de mecanismos de compra y pago tradicionales basados en presupuestos históricos a mecanismos de compra, pago y financiamiento estratégicos?</p> <p><i>Ejemplos incluye compras de medicamentos y otras tecnologías de salud con criterios de racionalidad (costo-beneficio, análisis de sustentabilidad presupuestaria) y que cumplan con los principios de compra transparente, a escala.</i></p>	<p>Sí <input type="checkbox"/> No x</p>
<p><i>En caso afirmativo indicar medio de verificación (enlace, cita, foto, etc., y adjuntar si es posible)</i></p>	
<p><i>Observaciones – Año de publicación y objetivos de la política (límite 100 palabras)</i></p>	
<p>¿De lo contrario se está discutiendo actualmente este tema en el país de una forma que podría derivar en la aprobación de políticas y/o estrategias a futuro (hasta 2020) al respecto</p>	<p>Sí x No <input type="checkbox"/></p>
<p><i>Observaciones – si desea incluya aquí cualquier aclaración o comentario sobre este apartado del cuestionario</i></p> <p>► <i>Existe un sistema de formulación presupuestaria por programa .</i></p>	

<ul style="list-style-type: none"> ➤ <i>Se recomienda realizar estudios de costo beneficios para optimizar y dar transparencias a las compras de insumos , medicamentos , equipos y obras que se adquieran.</i> ➤ <i>Evidencia SINIP (Sistema Nacional de Inversiones Públicas); Ley de Presupuesto, Ministerio de Economía y Finanzas, Ley 22 de Contratación pública del 27 de Junio de 2006</i> ➤ <i>Se está discutiendo en la Mesa del Dialogo.</i> 	
Indicador 5.	
<p>a. ¿Cuenta el país con políticas y estrategias publicadas en los últimos 5 años con objetivos explícitos para diseñar mecanismos de asignación de financiamiento con incentivos explícitos para prestadores individuales?</p> <p><i>Ejemplo: incentivos integrados a las modalidades de remuneración de los profesionales de salud</i></p>	Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
<p>b. ¿Cuenta el país con políticas y estrategias publicadas en los últimos 5 años con objetivos explícitos para diseñar mecanismos de asignación de financiamiento con incentivos explícitos para prestadores institucionales?</p> <p><i>Ejemplo: componentes de financiamiento por desempeño para hospitales, centros de salud y/o en redes integradas de servicios de salud.</i></p>	Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
<p><i>En caso afirmativo indicar medio de verificación (enlace, cita, foto, etc., y adjuntar si es posible)</i></p> <p><i>Existe un bono anual que se le da a todos los funcionarios de Salud basado en el desempeño y el cual se considera como un incentivo. A aquellos profesionales que laboran en áreas consideradas de difícil acceso se les asigna un sobre sueldo del 40% a áreas e inclusive , se labora también en un sistema de 20 días seguidos por 10 días de asueto</i></p>	
<p><i>Observaciones – Año de publicación y objetivos de la política (limite 100 palabras)</i></p>	
<p>¿De lo contrario se está discutiendo actualmente este tema en el país de una forma que podría derivar en la aprobación de políticas y/o estrategias a futuro (hasta 2020) al respecto ¿?</p>	Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
<p><i>Observaciones – si desea incluya aquí cualquier aclaración o comentario sobre este apartado del cuestionario</i></p> <p><i>Aunque no exactamente en los mismo términos pero la discusión en la mesa del diálogo y la reformas al sector salud podrían contemplar este tipo de modificaciones al actual sistema de salud.</i></p>	

Objetivo	Aumentar y optimizar el financiamiento público en salud, según corresponda.
Cuestionario	
Indicador 1.	
<p>a. ¿Cuál es la proporción de gasto público destinado a la salud en relación al producto interno bruto?</p>	
<p>i. 2,713.2 millones o 9,7% del PIB (PIB Panamá del 2013: 27, 919 millones de balboas). (a precios constantes de 1996)</p>	

ii. Según OMS 2013, el gasto en salud es del 4.9% del PIB.		
El MINSA considera utilizar las cifras que se encuentran incluidas en el ASIS 2015		
b. ¿Este gasto público a la salud corresponde a 6% del PIB? Mayor al 6%		Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<i>En caso afirmativo incluya aquí la fuente de datos</i>		
<i>ASIS del MINSA publicado en la página WEB del Ministerio MEF Dirección de Análisis Financiero y Económico Contraloría General de la Republica de Panamá</i>		
¿De lo contrario el país estaría en condiciones de cumplir con este indicador para el año 2020?		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Observaciones – si desea incluya aquí cualquier aclaración o comentario sobre este apartado del cuestionario		
<ul style="list-style-type: none"> ► El porcentaje en gastos público en salud requiere una validación por la contraloría general de la república. ► El dato oficial en la página OMS 4,9%. De acuerdo al Ministerio de Salud, el dato es de 9,7%, que incluyen otros elementos, como el agua potable y saneamiento ambiental. En esta ocasión incluye al gasto privado y los gastos de bolsillo en salud, cuya fuente fue OPS. Es necesario la creación de Cuentas Nacionales en Salud las cuales debieran ser validadas por la Contraloría General de la Republica como ente responsable oficialmente de los datos estadísticos de la República de Panamá. 		
Nota	<p style="text-align: center;"><u>Gasto público en salud x 100</u> PIB</p> <p>El gasto público en salud comprende los desembolsos de las unidades institucionales de todos los niveles del gobierno: central, estatal, provincial, y local cuando se conoce su monto, más los gastos de la seguridad social relacionados con salud. Se calcula usando datos presupuestarios y administrativos.</p> <p>El PIB representa una medida de la actividad económica de un país en un año</p>	

Objetivo	Incrementar la inversión en el primer nivel de atención a fin de mejorar la capacidad resolutive, aumentar el acceso y ampliar de forma progresiva la oferta de servicios	
Lista de Indicadores		
Indicador 1.	a. ¿Cuál es la tasa de crecimiento promedio anual en el gasto público en el primer nivel de atención con respecto al gasto público total en salud entre 2013 (o año disponible) y 2014?	No disponible

<p><i>No tenemos ese dato sola para el sector primario sin embargo el crecimiento en el Gasto en Salud se ha duplicado (crecimiento porcentual del periodo de 105.6%) en los últimos 5 años del 2009 al 2014 de 1,319.4 millones de balboas a 2,713,2 en 2015</i></p>	
<p><i>Observaciones – incluya aquí la fuente de datos</i></p> <p><i>Dirección de Análisis Financieros y Económicos del Ministerio de Economía y Finanzas (MEF)</i></p>	
<p>¿De lo contrario el país estaría en condiciones de cumplir con este indicador para el año 2020?</p>	<p>Sí <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/></p>
<p><i>Observaciones – si desea incluya aquí cualquier aclaración o comentario sobre este apartado del cuestionario</i></p> <p>Tenemos los recursos para calcularlo a corto plazo sin embargo para ser consistentes es necesario conocer los elementos que comprenden el sector primario en salud.</p>	
<p>Nota</p>	<p><u>Gasto público en salud en el primer nivel de atención x 100</u> Gasto público en salud por año o periodo a</p> <p><u>Gasto público en salud en el primer nivel de atención x 100</u> Gasto público en salud por año o periodo b</p> <p>Tasa de crecimiento = $\frac{b-a}{a} \times 100$</p>

<p>Objetivo</p>	<p>Alinear los mecanismos de pago con los objetivos del sistema: implementación de modelos de atención centrados en las personas y las comunidades y provisión de servicios de calidad</p>	
<p>Lista de Indicadores</p>		
<p>Indicador 1.</p>		<p>100%</p>
<p>a. ¿Qué porcentaje de equipos de profesionales de salud o especialistas médicos tienen remuneración histórica?</p> <p><i>En el sector publico Ministerio de Salud y Caja del Seguro Social, todos los profesionales de la salud en general tienen remuneración histórica (por escalafones, incluso los de contrato).</i></p>		
<p>b. ¿Qué porcentaje de equipos de profesionales de salud o especialistas médicos reciben remuneración con pago por desempeño con incentivos específicamente diseñados para incrementar el acceso y calidad de servicios de salud en la población a cargo?</p> <p>Ninguno</p>		<p>0%</p>
<p>c. En caso de contar con la información, cual es la relación entre mecanismos</p>		

de remuneración histórica y pago por desempeño? No aplica		
d. en su opinión que implicaciones tienen los mecanismos de pago sobre el acceso y la calidad de los servicios? El pago histórico puede afectar negativamente el acceso y la calidad de los servicios (El pago por eventos o desempeño podría mejorar el desempeño de los profesionales en el sistema mejorando su productividad en función de cómo se reglamente o se defina este pago).		
<i>Observaciones – incluya aquí la fuente de datos</i>		
¿De lo contrario el país estaría en condiciones de cumplir con este indicador para el año 2020?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
<i>Observaciones – si desea incluya aquí cualquier aclaración o comentario sobre este apartado del cuestionario</i> Desconocemos si esta, es una de las estrategias que actualmente se estén discutiendo sin embargo es de nuestra opinión que La transformación del pago histórico a pago por productividad puede lograrse a mediano plazo de existir la voluntad política del más alto nivel y la aceptación por parte de los gremios lo cual se daría si se garantiza mejoría en los ingresos de los profesionales en función de una mayor producción		
$\frac{\text{Número de equipos de profesionales de salud o especialistas médicos con remuneración histórico} \times 100}{\text{Número de equipos de profesionales de salud o especialistas médicos}}$ $\frac{\text{No. De equipos de prof. De salud o espec. Médicos con remuneración con pago por desempeño} \times 100}{\text{Número de equipos de profesionales de salud o especialistas médicos}}$		
Indicador 2. a. ¿Qué porcentaje de hospitales tienen financiamiento del presupuesto histórico y pago por acto? <i>Todos los hospitales tienen financiamiento por presupuesto histórico entendemos como histórico Aunque el MINSa formula su anteproyecto basado en un sistema de Producción y Resultados sin embargo su posterior asignación se da por procesos históricos. De acuerdo a las estimaciones o del crecimiento del PIB del periodo como el porcentaje del déficit aceptado.</i>		100%
b. ¿Qué porcentaje de hospitales tienen financiamiento prospectivo basado en la casuística? Ninguno		0
c. ¿En caso de contar con la información, cual es la relación entre mecanismos de financiamiento histórico y casuística? No aplica		
d. ¿Basado en la información anterior cuál cree que son las implicaciones sobre la calidad de los servicios, eficiencia y sostenibilidad financiera?		
<i>Observaciones – incluya aquí la fuente de datos</i>		

<i>El financiamiento histórico puede afectar negativamente la calidad, eficiencia y sostenibilidad financiera, ya que no mide realmente la eficiencia ni hace un estudio costo efectividad de las asignaciones presupuestarias a las instalaciones</i>	
¿En caso de no contar con estos indicadores, el país estaría en condiciones de cumplir con este indicador para el año 2020? <i>Desconocemos si el país está en la disposición tanto anímica como financiera para acoger este indicador</i>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<i>Observaciones – si desea incluya aquí cualquier aclaración o comentario sobre este apartado del cuestionario</i> <i>Se requiere una reforma financiera que incluya una descentralización de los presupuestos a los hospitales lo cual debe incluir como unidad presupuestaria o ejecutoria a cada hospital así como la implementación de un sistema Nacional de Contabilidad Analítica no basado en el tradicional objetos del gasto , así como que los anteproyectos se evalúen realmente basados en las propuestas u planes operativos de cada instalación, en este caso hospital.</i>	
<p style="text-align: center;"><u>Numero de hospitales con financiamiento del presupuesto histórico y pago por acto x100</u> Número total de hospitales</p> <p style="text-align: center;"><u>Numero de hospitales con financiamiento del presupuesto prospectivo basado en la casuística x100</u> Número total de hospitales</p>	
Indicador 3.	
a. ¿Qué proporción de redes integradas de servicios de salud cuentan con financiamiento por techo presupuestario? <i>No tenemos Redes integradas y cada institución cuenta con sus presupuestos los cuales si tienen un techo presupuestario.</i>	0%
b. ¿Qué proporción de redes integradas de servicios de salud cuentan con financiamiento directo a cada componente de la red? <i>Cada institución recibe su presupuesto (En la CSS cada instalación de salud tiene y ejecuta su propio presupuesto; mientras que en el MINSA se maneja desde el nivel regional o Distrital)</i>	
c. ¿En caso de contar con la información, cual es la relación entre los dos datos? <i>No disponible</i>	
d. ¿Basado en la información anterior cuál cree que son las implicaciones sobre la articulación efectiva de la RISS? <i>Sistema fragmentado, ineficiencia e ineficacia por mala utilización de los servicios prestados y no hay una evaluación de ese gasto o inversión que retroalimente ese presupuesto.</i> <i>Ejemplo que las RISS que comparten equipos de apoyo clínico, tienen un arreglo institucional y plan anual conjunto, etc.</i>	
<i>Observaciones – incluya aquí la fuente de datos</i>	
¿De lo contrario el país estaría en condiciones de cumplir con este indicador para el año 2020?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<i>Observaciones – si desea incluya aquí cualquier aclaración o comentario sobre este apartado del cuestionario</i> <i>Se requiere de una reforma financiera que incluya contabilidad analítica o de costos . El sistema SIAFPA debe modificarse e incluir todas las instalaciones de salud del sistema y no seguir agrupado por Distritos, el concepto de formulación</i>	

<i>presupuestaria a presupuesto por producción y resultados, con objetivos y metas y acciones bien definidas y cuantificadas financieramente</i>	
$\frac{\text{Numero de redes de servicios con financiamiento por techo presupuestario} \times 100}{\text{Número total de redes de servicios}}$	
Nota	<p>En preparación con países piloto. Idealmente la información de cada indicador deberá ser desagregada por subsistema de salud (público y privado), y especificar en los resultados para cuál de estos corresponde.</p> <p>NOTA</p> <p>En el Observatorio del estado de la Nación 2012 Universidad de Panamá, Vicerrectoría de Investigación y Postgrado una evaluación de las Políticas existentes del país y la Dra. Márquez de la naciones Unidas planteo una propuesta que habla el ciclo de las políticas públicas y la participación social, dicho esto en salud se consensuo que cualquier cosa que condiciona la conducta institucional y que teóricamente debe responder a una necesidad social y también citamos la definición de política pública planteada en el Análisis de situación de los Sistemas de servicios de Emergencias Médicas en la Región de América Latina y el Caribe de 2009 – 2011 de OPS.</p> <p>Hemos considerado en este grupo que cada Lineamiento político, Ley, Decreto, Resolución o Norma serán consideradas para objeto de esta evaluación hecha para este grupo como una política y en base a esto hemos respondido al cuestionario. Para mejorar este instrumento recomendamos establecer los parámetro que definan que es una política en el instructivo correspondiente.</p> <p>El grupo consideró importante incluir un glosario de términos con sus definiciones adaptadas a la realidad de cada país, pues hubo casos en los cuales se interpretó definiciones que no correspondían al concepto bajo el cual se redactó.</p> <p>Igualmente consideramos que aspectos como el Gasto Publico en salud y el gasto en primario en salud debería ser revisado bajo la perspectiva de la OPS y en consenso de países miembros, toda vez que el Sector Salud en Panamá es más amplio que en otros países y su determinación altera aspectos sustanciales en su cálculo</p> <p>La metodología como se calculó los Gastos de Bolsillo para Panamá debiera ser participativa y socializarse de modo que pueda el MINSa o Contraloría General de la Republica determinarla dentro de sus estadísticas.</p>

Línea Estratégica 4.

Fortalecer la coordinación intersectorial para abordar los determinantes sociales de la salud.

Objetivo 1	Fortalecer el liderazgo de la autoridad nacional de salud en la definición de las políticas de acción intersectorial	
Cuestionario		
Indicador 1.		
a. ¿Cuenta el país con una estrategia y/o plan de acción nacional publicado en los últimos 5 años sobre “Salud en Todas las Políticas”?		Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
b. ¿En caso afirmativo esta estrategia y/o plan identifica sistemáticamente como se va a implementar el plan?		Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
c. ¿Esta estrategia y/o plan menciona explícitamente metas e indicadores de bases de		Sí <input checked="" type="checkbox"/>


línea?	No <input type="checkbox"/>
<i>En caso afirmativo indicar medio de verificación (enlace, cita, foto, etc., y adjuntar si es posible)</i> Política Nacional de Salud y Lineamientos Estratégicos 2010-2015.	
<i>Observaciones – Año de publicación y objetivos de la estrategia (limite 100 palabras)</i> 2010-2015. Este documento contempla el análisis general de la situación de salud, los lineamientos orientadores para la formulación de las Políticas, los principales desafíos sectoriales e institucionales identificados y finalmente los Objetivos Macro, Ejes y las Políticas de Salud con sus Estrategias y Líneas de Acción para el período 2010-2015. Plan de Gobierno	
¿De lo contrario el país estaría en condiciones de cumplir con este indicador para el año 2020?	Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<i>Observaciones – si desea incluya aquí cualquier aclaración o comentario sobre este apartado del cuestionario</i> En Panamá se conoce como Políticas y Estrategias de Salud y son quinquenales.	
d. ¿El país cuenta con un mandato específico para el sector salud publicado en los últimos 5 años para involucrarse con otros sectores en la formulación e implementación de políticas de desarrollo social?	Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<i>En caso afirmativo indicar medio de verificación (enlace, cita, foto, etc., y adjuntar si es posible)</i> Constitución de la República de Panamá (art. 115) y (art. 112), Decreto de Gabinete 1 del 15 de enero de 1969	
¿El país estaría en condiciones de cumplir con este indicador para el año 2020?	Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<i>Observaciones – si desea incluya aquí cualquier aclaración o comentario sobre este apartado del cuestionario</i>	
Indicador 2.	
a. Existen mecanismos de consulta institucionalizados con comunidades y grupos de sociedad civil?	Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
b. ¿Estos mecanismos tienen un presupuesto asignado a nivel nacional y sub-nacional?	Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
c. Estos mecanismos incluyen sistemas de diálogo, escucha y respuesta formales a nivel sub-nacional? <i>Ejemplos incluyen sistemas de consulta disponibles en el internet o sistemas de tipo comunitario (asambleas de salud o jurados de ciudadanos)</i>	Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<i>En caso afirmativo indicar medio de verificación (enlace, cita, foto, etc., y adjuntar si es posible)</i> Mesa del Dialogo, Acuerdos de la Concertación Nacional para el desarrollo, (Mesa de Salud), las juntas administradoras de agua, Comité de Salud, Centro de atención al usuario, línea de atención ciudadana, Auditoria Social	
d. ¿Qué grupos de la población están representados y participan? Usuarios del sistema de salud <input checked="" type="checkbox"/> Líderes políticos <input checked="" type="checkbox"/> Personal de salud <input checked="" type="checkbox"/> Grupos en estado de vulnerabilidad <input checked="" type="checkbox"/> Personas que prestan servicios de salud tradicionales <input checked="" type="checkbox"/> Otros <input checked="" type="checkbox"/> Cuáles? ONGs, Consejo Provinciales, Asamblea Nacional, Otras Instituciones del Estado	
e. ¿Con que frecuencia ocurren estos mecanismos de consulta? Unos por necesidad y otros regularmente	

f. ¿En su opinión, cómo influyen estas reuniones en la formulación de políticas y planes? Con aportes y en la evaluación	
g. ¿En relación a la anterior pregunta, existe evidencia publicada sobre planes y/políticas generadas a partir de estos sistemas de participación? .	Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<i>En caso afirmativo indicar medio de verificación (enlace, cita, foto, etc., y adjuntar si es posible) ASIS Macro Nacional y los Regionales</i>	
h. ¿En su opinión, cómo influyen estas reuniones el monitoreo y/o evaluación de la implementación de políticas y planes? Pese a que existía la herramienta no se realizó el monitoreo, pero debe influir en la elaboración de las próximas políticas	
i. ¿En relación a la anterior pregunta, existe evidencia publicada sobre la evaluación de políticas y planes a través de estos sistemas de participación? Se evaluó, pero no se ha publicado el documento, pero se realizó la divulgación de los resultados.	Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
<i>En caso afirmativo indicar medio de verificación (enlace, cita, foto, etc., y adjuntar si es posible)</i>	
j. ¿De haber contestado no a alguna de las preguntas, el país estaría en condiciones de cumplir con este indicador para el año 2020?	Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<i>Observaciones – si desea incluya aquí cualquier aclaración o comentario sobre este apartado del cuestionario</i>	
Indicador 3.	
a. ¿Existe algún programa (o programas) de salud pública claves que han sido reorientados y/o rediseñados en los últimos 5 años para reducir las desigualdades en salud?	Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
b. ¿Este proceso de reorientación incluyó la evaluación de desigualdades en acceso a estos programas de salud pública?	Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
c. ¿En caso afirmativo que modelo de análisis fue implementado? Con los mapas de Pobreza se logró focalizar hasta nivel de corregimientos, se hacía necesario entonces buscar un método mediante el cual se identificarán los hogares, para ello, con ayuda de Técnicos del Ministerio de Economía y Finanzas, Banco Mundial y Banco Interamericano de Desarrollo se desarrolló un modelo para poder evaluar, de acuerdo a diferentes variables socioeconómicas obtenidas a través del Censo de Vulnerabilidad Social, la probabilidad de los hogares de ser pobres extremos.	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
d. ¿A partir de los resultados de este análisis de desigualdades se diseñaron y aplicaron recomendaciones para mejorar el acceso a este programa (o programas) de salud pública?	Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
e. ¿En caso afirmativo resultó esto en la reducción de desigualdades en acceso a este programa (o programas) de salud pública?	Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
<i>En caso afirmativo indicar medio de verificación (reportes publicados si esto resultó en la disminución de las inequidades sanitarias).</i> Estadísticas de salud, aumento de cobertura, informes del MIDES.	
f. ¿De haber contestado no a alguna de las preguntas, el país estaría en condiciones de cumplir con este indicador para el año 2020?	Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<i>Observaciones – si desea incluya aquí cualquier aclaración o comentario sobre este apartado del cuestionario</i> La pregunta c no debe contestarse si o no, sino explicarse la metodología. Se realizaron las evaluaciones con diferentes instituciones pero no con la metodología propuesta. Por Lo tanto en la pregunta b debe existe un espacio para explicar la metodología utilizada.	


Indicador 4.	
a. Ha habido algún incremento en el porcentaje de fondos provenientes de donantes externos que son utilizados en programas nacionales que actúan sobre los determinantes sociales de la salud?	Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
b. De cuanto fue este incremento?	
En estas aportaciones hubo un incremento de 50.7%.	
<i>En caso afirmativo indicar medio de verificación (fuente de datos).</i>	
Informe de ejecución financiera	
¿De lo contrario el país estaría en condiciones de cumplir con este indicador para el año 2020?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<i>Observaciones – si desea incluya aquí cualquier aclaración o comentario sobre este apartado del cuestionario</i>	
Indicador 5.	
a. ¿El país cuenta con un reporte sobre los determinantes sociales de la salud y las desigualdades de salud publicado en los últimos 3 años por parte del sistema de monitoreo y evaluación del ministerio de salud o autoridad equivalente?	Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<i>Análisis de la Situación de Salud, Perfil de sistema de Salud Panamá 2007, Informe de País de Derechos Humanos. Informe de Desarrollo Humano, Rio +20, Siglo 21, Atlas de Desarrollo Humano Local, Panamá 2015, Situación de Salud de los Grupos Indígenas</i>	
b. ¿El país cuenta con reportes sobre el impacto de políticas y acciones sobre determinantes sociales de la salud publicados en los últimos 3 años por parte del sistema de monitoreo y evaluación del ministerio de salud o autoridad equivalente?	

<i>En caso afirmativo para cualquier pregunta indicar medio de verificación (enlace, cita, foto, etc., y adjuntar si es posible)</i>	
<i>Análisis de la Situación de Salud, Perfil de sistema de Salud Panamá 2007, Informe de País de Derechos Humanos. Informe de Desarrollo Humano, Rio +20, Siglo 21, Atlas de Desarrollo Humano Local, Panamá 2015, Situación de Salud de los Grupos Indígenas</i>	
¿De lo contrario el país estaría en condiciones de cumplir con este indicador para el año 2020?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<i>Observaciones – si desea incluya aquí cualquier aclaración o comentario sobre este apartado del cuestionario.</i>	

Objetivo 2	Establecer o fortalecer mecanismos de coordinación intersectorial
Cuestionario	
Indicador 1.	
a. ¿ En este momento, existe en su país un comité o estructura nacional funcional con rectoría del gobierno conformado por diferentes sectores del gobierno mediante el cual el sector de la salud puede actuar dentro del sector público y más allá de este?	Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<i>Observaciones –en caso afirmativo incluya aquí nombre del comité, fecha de creación, frecuencia de reuniones</i>	
Gabinete Social decreto ejecutivo 335 del 30 de octubre de 2014, además Junta de Directiva de la CSS, Patronatos de los Hospitales, Comisión de Salud de la Asamblea Nacional, SENADIS, Junta Directiva del IDAAN, Comisión para la Elaboración de la Agenda Social	
b. Entre los miembros del comité se incluyen:	
Sector no gubernamental?	Sí <input checked="" type="checkbox"/>

	No <input type="checkbox"/>
Sector privado?	Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Sociedad civil?	Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
c. ¿Este comité tiene funciones y roles definidos de los participantes?	Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
d. ¿Este comité está encargado de difundir información sobre problemas específicos en el ámbito de la salud que requieren acción intersectorial?	Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
e. ¿Este comité tiene recursos económicos asignados?	Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<i>En caso afirmativo indicar medio de verificación (enlace, cita, foto, etc., y adjuntar si es posible)</i>	
Presupuesto de cada una de las instancias funcionales	
f. ¿Este comité tiene un reglamento operativo en funcionamiento o en redacción?	Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<i>En caso afirmativo indicar medio de verificación (enlace, cita, foto, etc., y adjuntar si es posible)</i>	
¿En caso de responder no a cualquier pregunta el país estaría en condiciones de cumplir con este indicador para el año 2020?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<i>Observaciones – si desea incluya aquí cualquier aclaración o comentario sobre este apartado del cuestionario</i>	
En Panamá se utiliza otras instancias funcionales como: Juntas directivas, Patronatos, Comisiones, etc.	
Indicador 2.	
a. ¿El país cuenta con redes regionales de grupos de trabajo y grupos de interés multisectoriales encargados de evaluar las repercusiones de las políticas gubernamentales sobre la salud de los diversos grupos de la población y la equidad en salud?	Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
<i>En caso afirmativo indicar medio de verificación (reporte)</i>	
¿De lo contrario el país estaría en condiciones de cumplir con este indicador para el año 2020?	Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<i>Observaciones – si desea incluya aquí cualquier aclaración o comentario sobre este apartado del cuestionario</i>	
Existen grupos multisectoriales regionales que no actúan como redes.	
Indicador 3.	
a. ¿El país cuenta con programas de capacitación sobre acción intersectorial para las autoridades nacionales y sub-nacionales de salud?	Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
b. ¿En caso afirmativo cuántos cursos fueron impartidos en el país en el 2014? Adjunto, nombrar (ebola, dengue, chikungunya, curso virtual, RSI)	
<i>En caso afirmativo indicar medio de verificación (enlace, cita, foto, etc., y adjuntar si es posible)</i>	
	
¿De lo contrario el país estaría en condiciones de cumplir con este indicador para el	Sí <input checked="" type="checkbox"/>

año 2020?	No <input type="checkbox"/>
<i>Observaciones – si desea incluya aquí cualquier aclaración o comentario sobre este apartado del cuestionario</i>	
Indicador 4. a. ¿El país cuenta con instituciones reconocidas (institutos nacionales de salud pública, universidades y centros colaboradores), que ofrecen cursos de capacitación en la aplicación y el seguimiento del enfoque de la salud en todas las políticas y conceptos relacionados?	Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
b. ¿En caso afirmativo con cuántas instituciones cuenta el país en el 2014? Universidades de Panamá, Latina, ICGES, Instituto Técnico superior, Curso Virtuales del MINSA de la OPS	
c. Cuantos cursos fueron impartidos en el 2014? Se desconoce el número pero es un número considerable, en cursos virtuales ha sido 384	
En caso afirmativo indicar medio de verificación (enlace, cita, foto, etc., y adjuntar si es posible)	
¿De lo contrario el país estaría en condiciones de cumplir con este indicador para el año 2020?	Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<i>Observaciones – si desea incluya aquí cualquier aclaración o comentario sobre este apartado del cuestionario</i>	
Objetivo 3	Establecer o fortalecer la capacidad de la autoridad nacional de salud para implementar con éxito políticas publicas más allá del sector salud que aborden los determinantes sociales de la salud
Cuestionario	
Indicador 1. a. ¿Cuenta el país con una unidad (u oficina) para poblaciones en situación de vulnerabilidad en el Ministerio de Salud, con un punto focal designado? <i>Ejemplos incluyen oficinas de género, interculturalidad, etnia o migrantes</i> La Dirección de Asuntos Sanitarios Indígenas, Oficina de Salud Integral para la Población con Discapacidad, SADI-CSS, Programa de Niñez y Adolescencia, Programas de Salud de Adulto y Adulto Mayor, Salud Penitenciaria y La Sección de Mujer, Género, Salud y Desarrollo.	Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
e. ¿Esta oficina (u oficinas) cuenta con recursos económicos asignados a nivel nacional y focal?	Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
c. ¿ Esta oficina (u oficinas) tiene funciones y roles definidos de los participantes?	Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<i>En caso afirmativo indicar medio de verificación (enlace, cita, foto, etc., y adjuntar si es posible)</i> Manual de funciones del MINSA, Ley que crea la Dirección de Asuntos Sanitarios Indígenas en el MINSA (Adjunto 3) Resolución 322 de 18 de agosto de 2005, Ley 29 de 13 de junio de 2002	
¿De lo contrario el país estaría en condiciones de cumplir con este indicador para el año 2020?	Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<i>Observaciones – si desea incluya aquí cualquier aclaración o comentario sobre este apartado del cuestionario</i>	
Indicador 2. a. ¿Cuenta el país con políticas o declaración normativa publicadas en los últimos 5 años sobre grupos vulnerables para el desarrollo de la salud?	Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
b. ¿Existe un plan generado a partir de estas políticas o declaración?	Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

c. ¿El plan cuenta con una cronograma específico y objetivos definidos o metas para implementación?	Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
d. ¿El plan cuenta con recursos financieros asignados?	Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
e. ¿En caso afirmativo, cual considera que es la capacidad del sistema de salud para cumplir con el cronograma y objetivos específicos planteados? Limitado recurso humano y financiero	
<i>En caso afirmativo para cualquier pregunta indicar medio de verificación (enlace, cita, foto, etc., y adjuntar si es posible)</i> <i>Política Nacional de Salud y Lineamientos Estratégicos, Política Pública Nacional sobre el VIH y SIDA, Proyecto Participación e inclusión política de grupos vulnerables en Panamá, y el Plan de Gobierno de la alianza “Mi Pueblo Primero”</i>	
<i>Observaciones – Año de publicación y objetivos del plan (limite 100 palabras)</i> Existe un Plan de Desarrollo Integral de los Pueblos Indígenas, que ha sido presentado a la Asamblea Nacional para su aprobación, Adjunto.	
¿En caso de no contar con el plan, el país estaría en condiciones de cumplir con este indicador para el año 2020?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<i>Observaciones – si lo desea, incluya aquí cualquier aclaración o comentario sobre este apartado del cuestionario</i>	
Indicador 3.	
¿Cuenta el país con programas y/o políticas de desarrollo social eficaces en reducir inequidades en salud por parte de los grupos en situación de vulnerabilidad del país?	Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
b. ¿Estos programas y/o políticas requirieron la acción conjunta del sector salud con otros sectores del gobierno (o el sector privado)?	Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
c. ¿Estos programas y/o políticas requirieron la acción conjunta del sector salud con las redes nacionales, regionales y locales de intervención social?	Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<i>En caso afirmativo indicar medio de verificación (enlace, cita, foto, etc., y adjuntar si es posible)</i> Adjunto Índice de desarrollo humano 2013, El IDH al 2013 a 0.75 <i>Decreto Ejecutivo 428 de 15 de diciembre de 2004, Decreto Ejecutivo 546 de 21 de noviembre de 2005, Decreto Ejecutivo 5 de 6 de marzo de 2006, Decreto Ejecutivo 428 de 15 de diciembre de 2004, Resolución 321 de 18 de agosto de 2005</i>	
	
<i>Observaciones – Año de publicación y objetivos del programa / política (limite 100 palabras)</i> Lineamientos de Políticas Sociales para los Grupos Indígenas y Atlas de Desarrollo Humano del 2014-2015 del PNUD.	
¿De lo contrario el país estaría en condiciones de cumplir con este indicador para el año 2020?	Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<i>Observaciones – si lo desea, incluya aquí cualquier aclaración o comentario sobre este apartado del cuestionario</i>	
Indicador 4.	
a. ¿Cuenta el país con programas nacionales de subsidios sociales que vinculen éstos con el cumplimiento de metas en las familias para que disminuyan su riesgo social?	Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

Ejemplos incluyen porcentaje de asistencia de los niños a las escuelas, realización de chequeos médicos sistemáticos y otras medidas de promoción de la salud	
En caso afirmativo indicar medio de verificación (enlace, cita, foto, etc., y adjuntar si es posible) Beca universal. 120 a los 65, ángel guardián. Red de oportunidades, becas por excelencia, Barrio Seguro, Techos de Esperanzas, 0 letrinas 100% agua.	
	
Observaciones – Año de publicación y objetivos del programa / política (limite 100 palabras)	
¿De lo contrario el país estaría en condiciones de cumplir con este indicador para el año 2020?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Observaciones – si lo desea, incluya aquí cualquier aclaración o comentario sobre este apartado del cuestionario	
Indicador 5.	
a. ¿El país cuenta con mecanismos institucionales de coordinación entre el sector salud y servicios de asistencia social para implementar campañas de prevención y de promoción de la salud en grupos de la población en situación de vulnerabilidad?	Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
b. ¿En caso afirmativo cuantas campañas fueron realizadas en el 2014? Se conoce que se han efectuado un sinnúmero de campañas pero no se cuenta con la cifra exacta de las mismas	
En caso afirmativo indicar medio de verificación (enlace, cita, foto, etc., y adjuntar si es posible)	
	
Observaciones – Año de publicación y objetivos del programa / política (limite 100 palabras)	
¿De lo contrario el país estaría en condiciones de cumplir con este indicador para el año 2020?	Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Observaciones – si lo desea, incluya aquí cualquier aclaración o comentario sobre este apartado del cuestionario	
Indicador 6.	
a. ¿El ministerio de salud o autoridad nacional equivalente implementa campañas de información a nivel nacional y sub-nacional para informar los grupos en situación de vulnerabilidad acerca de los servicios de salud a los que tienen derecho, y como y cuando utilizar estos servicios en caso de ser necesitados? www.minsa.gob.pa, www.mides.gob.pa, www.iddan.gob.pa, entre otras	Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
b. ¿En caso afirmativo cuantas campañas fueron realizadas en el 2014? Se conoce que se han efectuado un sinnúmero de campañas pero no se cuenta con la cifra exacta de las mismas	
En caso afirmativo indicar medio de verificación (enlace, cita, foto, etc., y adjuntar si es posible)	



Eje II: Mejorando la calidad y el acceso de la población a los servicios de salud.

- **Política 3:** Mejorar el acceso a los servicios integrales de salud con equidad, eficiencia, eficacia y calidad.
- **Política 5:** Fortalecer la vigilancia de los factores determinantes de la salud para el control de los riesgos, amenazas y daños a la población.
- **Política 9:** Modernizar la red pública de servicios de salud.

<i>Observaciones – Año de publicación y objetivos del programa / política (limite 100 palabras)</i>	
¿De lo contrario el país estaría en condiciones de cumplir con este indicador para el año 2020?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<i>Observaciones – si lo desea, incluya aquí cualquier aclaración o comentario sobre este apartado del cuestionario</i>	
Indicador 7. a. ¿El país cuenta con organizaciones gubernamentales a nivel nacional o sub-nacional encargadas de incluir los grupos en situación de vulnerabilidad en los debates sobre políticas a nivel local, sub-nacional y nacional? <i>MIDES, SENIAF, SENADIS, INAMU, viceministerio de Asuntos Indigenistas</i>	Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
b. ¿En caso afirmativo estas organizaciones tienen un presupuesto asignado a nivel nacional y sub-nacional?	Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<i>En caso afirmativo indicar medio de verificación (enlace, cita, foto, etc., y adjuntar si es posible)</i> <i>MIDES, SENIAF, SENADIS, INAMU, Viceministerio de Asuntos Indigenistas entre otros.</i>	
c. ¿Con que frecuencia ocurren estas reuniones? Según cronograma de las diferentes organizaciones	
d. ¿En su opinión, cómo influyen estas reuniones la formulación de políticas y planes? Presentan las situaciones y brindan elementos para la toma de decisiones y formulación de leyes y otros.	
e. ¿En relación a la anterior pregunta, existe evidencia publicada sobre planes y/políticas generadas a partir de estos sistemas de participación?.	Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<i>En caso afirmativo indicar medio de verificación (enlace, cita, foto, etc., y adjuntar si es posible)</i> Política Pública Nacional sobre el VIH y SIDA, Ley de Enfermedades Raras, Ley de VIH, Pensión por Dietilenglicol.	
f. ¿De haber contestado no a alguna de las preguntas, el país estaría en condiciones de cumplir con este indicador para el año 2020?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<i>Observaciones – si desea incluya aquí cualquier aclaración o comentario sobre este apartado del cuestionario</i>	


Objetivo 4	Avanzar en la creación de políticas intersectoriales de prevención y respuesta a la violencia	
Cuestionario		
Indicador 1.		
a. ¿Cuenta el país con uno o más planes o políticas nacionales publicadas en los últimos 5 años que define sistemáticamente la responsabilidad de diferentes sectores de gobierno, incluido salud en la prevención y respuesta a la violencia contra:		
niños/as?		Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Jóvenes?		Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Mujeres?		Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
b. ¿El plan (o planes) cuenta con una cronograma específico y objetivos definidos o metas para implementación?		Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
d. ¿El plan (o planes) cuenta con recursos financieros asignados?		Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
e. ¿En caso afirmativo, cual considera que es la capacidad del sistema de salud para cumplir con el cronograma y objetivos específicos planteados? Limitados por recursos humanos y financieros, es necesario abogacía para fortalecer las acciones.		
f. ¿Existe un reporte publicados de monitoreo y evaluación del plan?		Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<i>En caso afirmativo para cualquier pregunta indicar medio de verificación (enlace, cita, reporte de presupuesto, foto, etc., y adjuntar si es posible)</i> el Informe de Sistema integral de estadísticas criminales (SIEC)		
<i>Observaciones – Año de publicación y objetivos del plan y/o reporte de resultado (limite 100 palabras)</i>		
¿En caso de no contar con el plan, el país estaría en condiciones de cumplir con este indicador para el año 2020?		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<i>Observaciones – si lo desea, incluya aquí cualquier aclaración o comentario sobre este apartado del cuestionario</i>		

Objetivos 5	Fortalecer la respuesta de los sistemas de salud a la violencia de pareja y violencia sexual	
Cuestionario		
Indicador 1.		
a. ¿Cuenta el país con un protocolo publicado en los últimos 5 años con directrices relativos a la respuesta del sistema de salud a la violencia de pareja?		Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
b. ¿En caso afirmativo este protocolo incluye directrices para escuchar con empatía y sin emitir juicio de valor por parte de los profesionales de la salud?		Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
c. ¿Este protocolo incluye medidas para mejorar la seguridad de la mujer		Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
d. ¿En caso afirmativo este protocolo incluye directrices para la prestación (directa o por		Sí <input checked="" type="checkbox"/>

derivación) de atención a la salud mental?	No <input type="checkbox"/>
e. ¿En caso afirmativo este protocolo incluye directrices para la prestación (directa o por derivación) de apoyo jurídico?	Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<i>En caso afirmativo para cualquier pregunta indicar medio de verificación (enlace, cita, foto, etc., y adjuntar si es posible)</i>	
<i>Comité Especializado en Violencia contra la Mujer y observatorios, Observatorio de la Violencia de género con su Plan de trabajo del observatorio panameño contra la violencia de género 2010 - 2012, VI Foro sobre la Ejecución de Políticas Públicas en Violencia Doméstica MINSA, 23 de noviembre de 2010 se adjunta</i>	
¿De lo contrario el país estaría en condiciones de cumplir con este indicador para el año 2020?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<i>Observaciones – si lo desea, incluya aquí cualquier aclaración o comentario sobre este apartado del cuestionario</i>	
Indicador 2.	
a. ¿Cuenta el país con protocolos y directrices relativos a la respuesta del sistema de salud a la violencia sexual?	Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
b. ¿En caso afirmativo este protocolo incluye directrices para brindar apoyo de primera línea o primera ayuda psicológica?	Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
c. ¿En caso afirmativo este protocolo incluye directrices para brindar anticoncepción de emergencia para las mujeres que buscan atención en un plazo máximo de 5 días.	Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
d. ¿En caso afirmativo este protocolo incluye directrices para brindar derivación a los servicios de aborto seguro si la mujer queda embarazada tras una violación, conforme las leyes aplicables?	Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
e. ¿En caso afirmativo este protocolo incluye directrices para brindar profilaxis pos exposición a las ITS o el VIH, de conformidad con los protocolos aplicables?	Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
f. ¿En caso afirmativo este protocolo incluye directrices para brindar vacunación contra la hepatitis B?	Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<i>En caso afirmativo para cualquier pregunta indicar medio de verificación (enlace, cita, foto, etc., y adjuntar si es posible)</i>	
¿De lo contrario el país estaría en condiciones de cumplir con este indicador para el año 2020?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<i>Observaciones – si lo desea, incluya aquí cualquier aclaración o comentario sobre este apartado del cuestionario</i>	

Objetivo 6	Establecer o fortalecer la capacidad de la autoridad nacional de salud para implementar con éxito políticas públicas más allá del sector salud que aborden los determinantes sociales de la salud
Cuestionario	
Indicador 1.	
a. ¿Cuenta el país con un marco jurídico nacional para la calidad del aire?	Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
b. ¿Este marco jurídico es compatible con las Directrices de Calidad del Aire de la OMS?	Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
c. ¿El país cuenta con programas de vigilancia que incluyan consejos de salud para monitorear los diferentes niveles de contaminación del aire?	Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

d. ¿en caso afirmativo, existe un reporte publicado en los últimos 3 años por parte de estos programas de vigilancia? No existe reporte, pero se está elaborando una herramienta para la recolección de la información.	
<i>En caso afirmativo para cualquier pregunta indicar medio de verificación (enlace, cita, foto, etc., y adjuntar si es posible)</i> La Ley 41 General del Ambiente, en su capítulo V, los artículo 77 ,78 y 79 aborda el tema de la calidad del aire	
¿De lo contrario el país estaría en condiciones de cumplir con este indicador para el año 2020?	
<i>Observaciones – si lo desea, incluya aquí cualquier aclaración o comentario sobre este apartado del cuestionario</i> Se usan las directrices de la OPS del 2005, se realiza la medición de partículas contaminantes mediante aparatos especializados comprados con los fondos de los impuestos que maneja tabaco. A estos aparatos se les brinda mantenimiento y calibración periódica	
Indicador 2.	
a. ¿Cuenta el país con sistemas de vigilancia de la salud ambiental que incluyan indicadores del clima?	Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
b. ¿El país cuenta con estrategias nacionales publicadas en los últimos 5 años sobre el cambio climático que incluyan información sobre el cambio climático y la salud?	Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
c. ¿El Ministerio de Salud o autoridad de salud equivalente envía comunicaciones sobre asuntos relativos a la salud a la Convención Marco sobre el Cambio Climático?	Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
d. ¿El país cuenta con evaluaciones finalizadas acerca del cambio climático, la vulnerabilidad de la salud y las adaptaciones?	Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<i>En caso afirmativo a cualquier pregunta indicar medio de verificación para cada una de ellas (enlace, cita, foto, etc., y adjuntar si es posible)</i> <i>Programa Conjunto de incorporación de medidas de adaptación y mitigación del cambio climático en el manejo de los recursos naturales en dos cuencas prioritarias en Panamá, Programa Conjunto Cambio Climático-Sector Salud, Estrategias de Gestión Integrada de las cuencas de los ríos Chucunaque y Tabasará para la reducción de la vulnerabilidad y la adaptación y mitigación al Cambio Climático</i> <i>PANAMÁ: Segunda Comunicación Nacional ante la Convención Marco de las Naciones Unidas sobre el Cambio Climático.</i> <i>La economía del cambio climático en América Latina y el Caribe. 2010.</i> <i>Natural Disaster Hotspots</i>	
¿De lo contrario el país estaría en condiciones de cumplir con este indicador para el año 2020?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<i>Observaciones – si lo desea, incluya aquí cualquier aclaración o comentario sobre este apartado del cuestionario</i> El MINSA utiliza las directrices de la OMS.	
Indicador 3.	
¿El país cuenta con un plan nacional publicado en los últimos 5 años de seguridad química que incluya el sector de la salud? Se está trabajando en esto	Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
b. ¿El país cumple con los aspectos relacionados con la salud en los convenios internacionales? Por ejemplo, el Convenio de Estocolmo sobre Contaminantes Orgánicos Persistentes,	Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

el Convenio de Rotterdam sobre el Comercio Internacional de Productos Químicos Peligrosos y el Convenio de Minamata sobre el Mercurio		
c. ¿El país aplica estrategias para la gestión de los productos químicos a nivel internacional? (1)		Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<p><i>En caso afirmativo para cualquier pregunta indicar medio de verificación (enlace, cita, foto, etc., y adjuntar si es posible)</i></p> <p><i>Convenio de Estocolmo sobre Contaminantes Orgánicos Persistentes, el Convenio de Rotterdam sobre el Comercio Internacional de Productos Químicos Peligrosos y el Convenio de Minamata sobre el Mercurio</i></p>		
		
¿De lo contrario el país estaría en condiciones de cumplir con este indicador para el año 2020?		Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<p><i>Observaciones – si lo desea, incluya aquí cualquier aclaración o comentario sobre este apartado del cuestionario</i></p> <p>(1) Cambiar la letra b por c</p>		
Nota	Indicadores 1b y 3a y 3b: informantes claves en la OPS	

Parte 4: Análisis de las desigualdades Sociales en salud en la República de Panamá En los años 2001 y 2010.

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

En Panamá no se puede hablar de equidad sin pensar en la visión revolucionaria del doctor José Renán Esquivel, médico panameño, ya fallecido, que irrumpió en los ámbitos de la salud pública con su consigna '*Salud Igual para Todos*'.

Su planteamiento central era que el médico y el equipo de salud no deberían reducir su trabajo al tratamiento de la enfermedad, al contrario, debería hacer énfasis en la producción de salud en las comunidades y a prevenir la enfermedad.

El concepto de producción de salud era revolucionario porque reconocía que el bienestar de la población es el resultado del trabajo de la misma gente. Con una visión sobre las determinantes sociales de la salud y convencido de:

- En el campo, los equipos de salud tenían que trabajar con el agricultor produciendo más y con los sistemas educativos, asegurando que las nuevas generaciones asistieran a la escuela. Si el agricultor no tenía tierra (o muy poca) era candidato a la enfermedad. Si el niño no iba a la escuela, sus probabilidades de ser una persona saludable eran ínfimas.
- En la ciudad, la familia y su comunidad eran los únicos que podían asegurar la salud para la población. Promovió el concepto de Comité de Salud para darle vida a la comunidad que luchaba para producir bienestar.

Son múltiples los esfuerzos que el sector salud realiza para alcanzar las metas establecidas y para atender las necesidades de salud de la población. Contar con los recursos humanos, técnicos y financieros para alcanzar estas metas es, sin dudas, parte importante de las limitaciones y nudos críticos que inciden en gran medida en el cumplimiento. Ver el crecimiento económico de un país es positivo si se acompaña de desarrollo social, y aun cuando de manera general los indicadores de Salud de la República de Panamá evidencian resultados de impacto, es necesario mirar con detalle a lo interno de estos indicadores, si existen diferencias significativas entre los grupos sociales determinados por el ingreso, el porcentaje de analfabetismo, el índice de desarrollo humano, al acceso a los servicios de saneamiento, entre otros, dentro de un espacio geográfico determinado (provincias).

Estas diferencias o desigualdades en salud son cuantificables y definen las brechas en un gradiente social, aportando un panorama que permitirá a los tomadores de decisiones priorizar las intervenciones en salud y los recursos en pro de disminuir o abolir las inequidades¹ en salud.

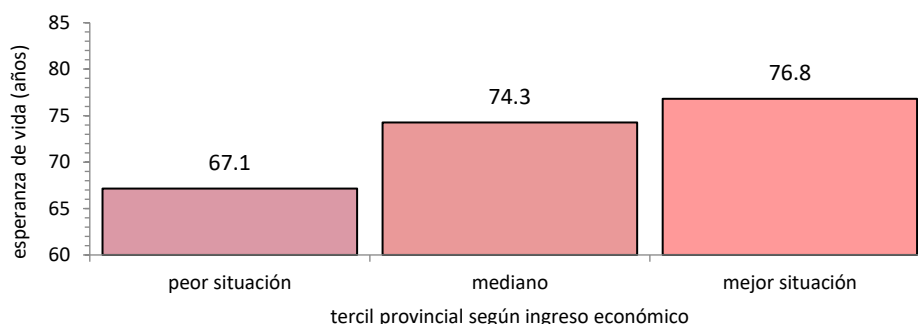
En este documento realizamos un análisis comparativo para los años 2001 y 2010 de las desigualdades de salud a través de los principales indicadores de salud de la República de Panamá utilizando métricas estadísticas definidas.

¹ Inequidades en salud: desigualdades en salud que se consideran injustas y evitables.

1. Esperanza de Vida de la República de Panamá

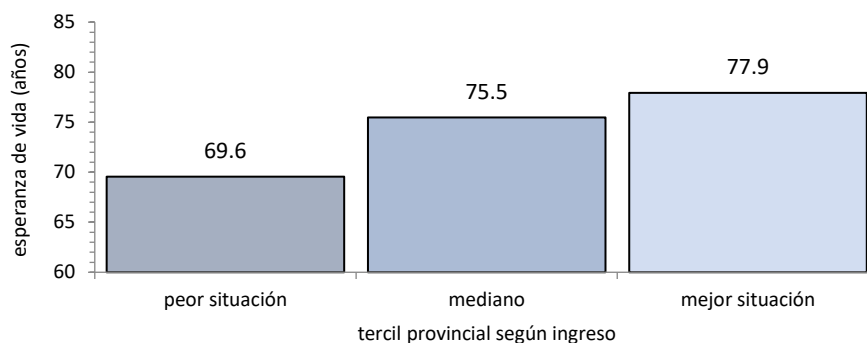
Analizando la situación de la **esperanza de vida según el ingreso económico por provincia en los años 2001 y 2010** podemos decir que a mejor posición social (mayor ingreso), mejor salud (mayor esperanza de vida) y esto es así en ambos periodos (2001 y 2010).

Gráfica N°3. Desigualdad en la Esperanza de Vida al Nacer por tercil provincial de ingreso económico en en el año 2001



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

Gráfica N°4. Desigualdad en la Esperanza de Vida al Nacer por tercil provincial de ingreso económico en en el año 2010



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

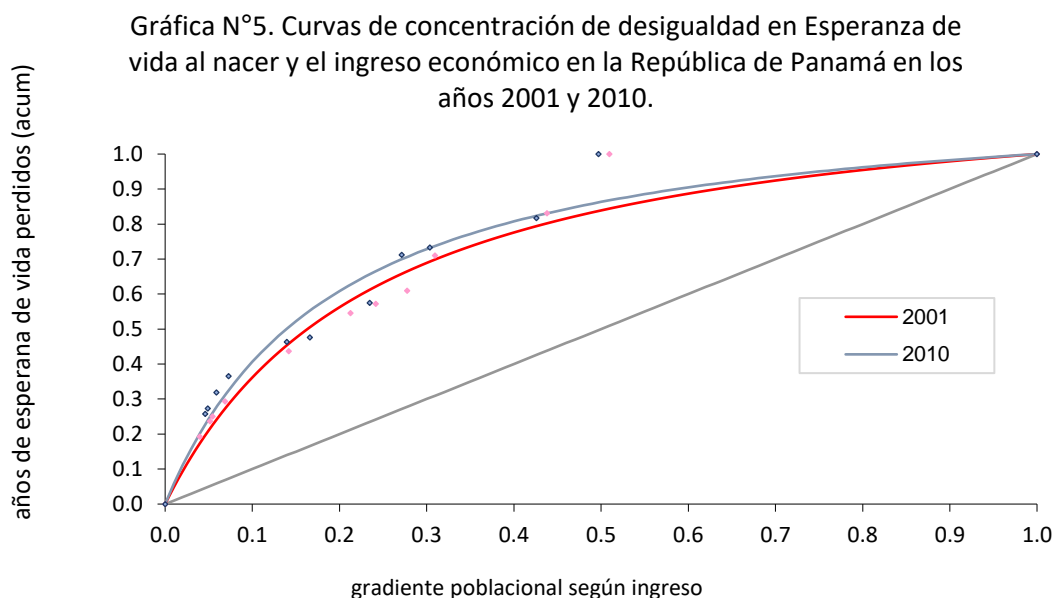
La magnitud de la desigualdad en la esperanza de vida en este caso se puede resumir con las llamadas medidas resumen de desigualdad de brecha:

- La brecha absoluta: -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* 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 es atribuible a la desigualdad de ingreso de la provincia.
- Lo que además se constata es que, entre 2001 y 2010, la desigualdad absoluta se redujo en promedio, (estrechando la brecha absoluta 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.

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.



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

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 -0.55. 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.

Cuadro N°2. 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	1.14	1.14	1.15	
		2010	1.12	1.12	1.12	
	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

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.

Esquema de Munujin y Delamonica.

DESIGUALDAD SOCIAL EN SALUD



Esquema de Munujin y Delamonica. Mind the Gap! 2002

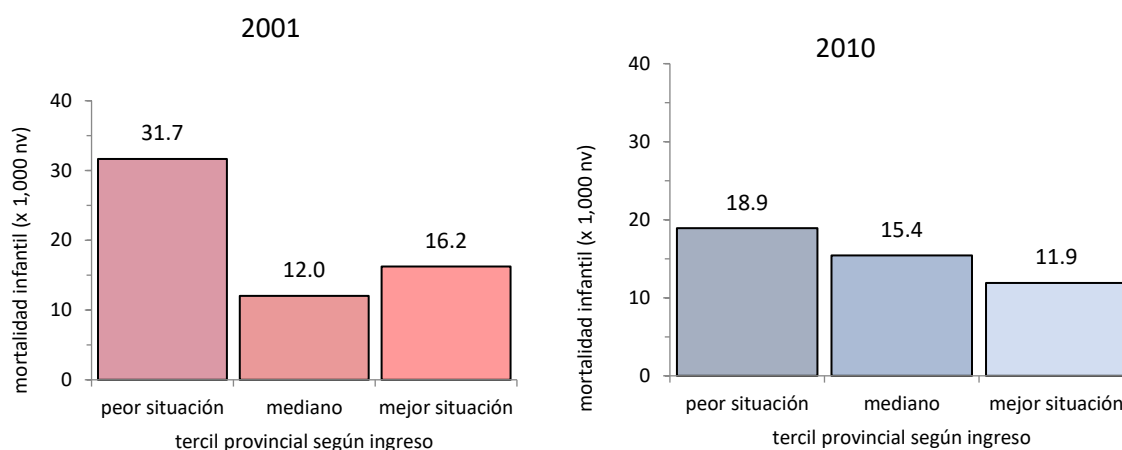
La esperanza de vida de los panameños y panameñas subió de 75.6 años en 2001 a 76.8 años en 2010 (poco más de 1 año de vida ganado en el periodo). Siguiendo el esquema de Minujin y Delamónica para analizar el cambio en la situación de salud poblacional simultáneamente por su promedio y su desigualdad, 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.

2. Desigualdades Sociales en Salud Materno-Infantil

2.1 Desigualdades en la Tasa de Mortalidad Infantil

La mortalidad infantil de la República de Panamá disminuyó de 16.5 a 13.3 muertes por cada 1000 nacidos vivos, cifras que en general dan un panorama favorable, más en términos de desigualdades, la mortalidad infantil es uno de los indicadores más sensibles respecto a los análisis de inequidades en salud y es necesario considerar para este fin, indicadores sociales como el ingreso medio de hogares y el porcentaje de analfabetismo por provincia para los años 2001 y 2010.

Grafica N°6. Mortalidad infantil por tercil provincial de ingreso económico en los años 2001 y 2010

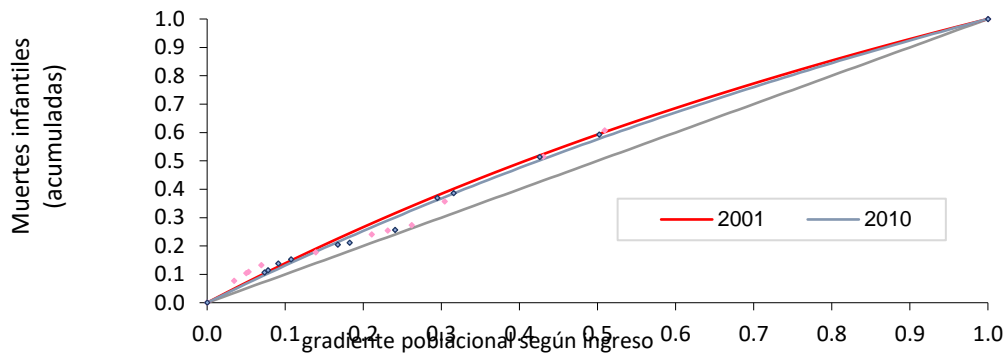


Fuente: Departamento de Análisis de Situación y Tendencias de Salud. MINSA 2016.

En el año 2001, el tercil de provincias más pobre del país tenía una tasa promedio de mortalidad infantil dos veces el promedio nacional del mismo año, el tercil provincial de ingreso medio tenía una tasa de mortalidad infantil menor que el promedio nacional. Para el 2010, la tasa de mortalidad nacional disminuyó a 13.3 a expensas de la reducción de la tasa promedio del tercil provincial menos favorecido, el cual cayó 12.8 muertes por cada 1000 nv, lo cual refleja positivamente la inversión del Estado en la atención de las personas con menos recursos y en las estrategias de atención en las comarcas y poblaciones indígenas.

Para evidenciar las desigualdades tomando en cuenta toda la población y no solo los terciles extremos, utilizaremos las líneas de regresión y las curvas de concentración de la pendiente comparando gráficamente el año 2001 y el 2010.

Grafica N°7. Curvas de concentración de la desigualdad de la mortalidad infantil según el ingreso en el 2001 y 2010



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

La magnitud de la desigualdad de la mortalidad infantil a lo largo de la gradiente social definida por el ingreso fue de 12.1 muertes infantiles más por cada 1000 nv en la población menos favorecida económicamente en el 2001 y en el 2010 fue de 5.93 muertes más por cada 1000 nv lo cual refleja la asociación inversa a entre la posición social y la mortalidad infantil para ambos años pero con una significativa mejoría de las desigualdades.

En la curva de concentración de la desigualdad de la mortalidad infantil según el ingreso se observa que la mortalidad infantil en el 2010 tuvo un acercamiento hacia la línea de perfecta equidad (línea gris), lo que se traduce como una mejora de la desigualdad o disminución de la brecha de desigualdad. El 20 % más pobre de la población tiene el 25 % de las muertes infantiles.

Otra forma de medir las desigualdades en las tasas de mortalidad infantil entre provincias y comarcas es tomando en cuenta el porcentaje de analfabetismo que posean las mismas. Las provincias con peor situación de analfabetismo son correspondientes a las que tienen peor situación económica, más para el tercil de porcentaje intermedio de analfabetismo, las provincias no corresponden a la de los terciles medio y de mejor situación económica por lo que no es correcto pensar que la situación de ingreso por provincia es correspondiente con el porcentaje de analfabetismo. Para este estratificador social podemos también expresar que entre el año 2001 y el 2010 todas las provincias y comarcas disminuyeron su porcentaje de analfabetismo, estas últimas entre 10 y 15 %, lo que es explicable por las estrategias de alfabetización que se han desarrollado en las provincias y comarcas con el compromiso del país con **Educación Para Todos (EPT)**.

El Ministerio de Educación a través de la Comisión Institucional de Educación para Todos (EPT) coordinada por la Dirección General de Educación y la Secretaría Nacional de la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), asumen los siguientes objetivos:

1. Extender y mejorar la protección y educación integrales de la primera infancia, especialmente para los niños más vulnerables y desfavorecidos.
2. Velar por todos los niños, y sobre todo las niñas y los niños que se encuentran en situaciones difíciles y los que pertenecen a minorías étnicas, puedan acceder a una enseñanza primaria gratuita y obligatoria de buena calidad y la terminen antes del año 2015;

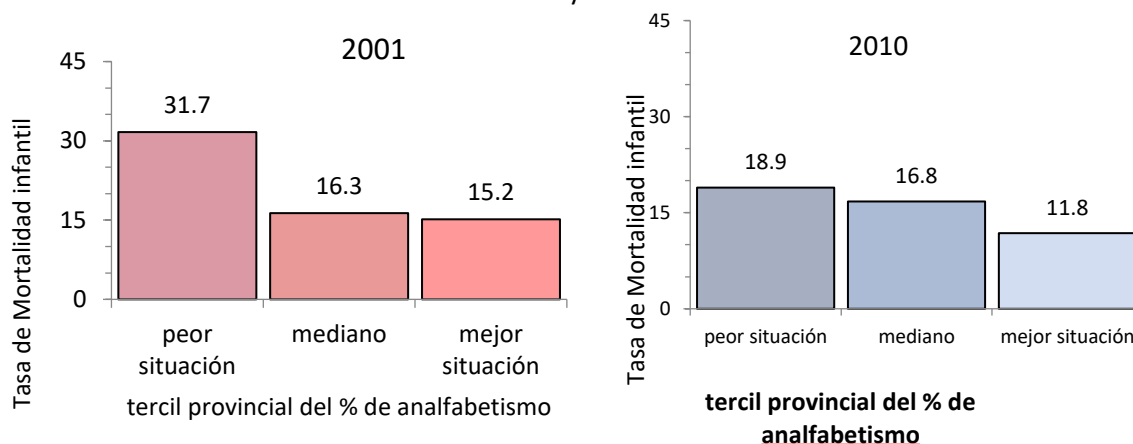
3. Atender las necesidades de aprendizaje de todos los jóvenes y adultos, mediante un acceso equitativo a un aprendizaje adecuado y a programas de preparación para la vida activa;
4. Aumentar, de aquí al año 2015, el número de adultos alfabetizados en un 50%, en particular tratándose de mujeres, y facilitar a todos los adultos un acceso equitativo a la educación básica y la educación permanente;
5. Suprimir las disparidades entre los géneros en la enseñanza primaria y secundaria de aquí al año 2005 y lograr antes del año 2015 la igualdad entre los géneros en relación con la educación, que garantice a las niñas un acceso pleno y equitativo a una educación básica de buena calidad, así como un buen rendimiento;
6. Mejorar todos los aspectos cualitativos de la educación, garantizando los parámetros más elevados, para conseguir resultados de aprendizajes reconocidos y mesurables, especialmente en lo que se refiere a la lectura, la escritura, la aritmética y las competencias prácticas esenciales.

Cuadro N°3. Tasas de Analfabetismo por Provincias y Comarcas de la República de Panamá en los años 2000 y 2010.

Provincias y Comarcas	Tasas de Analfabetismo	
	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.

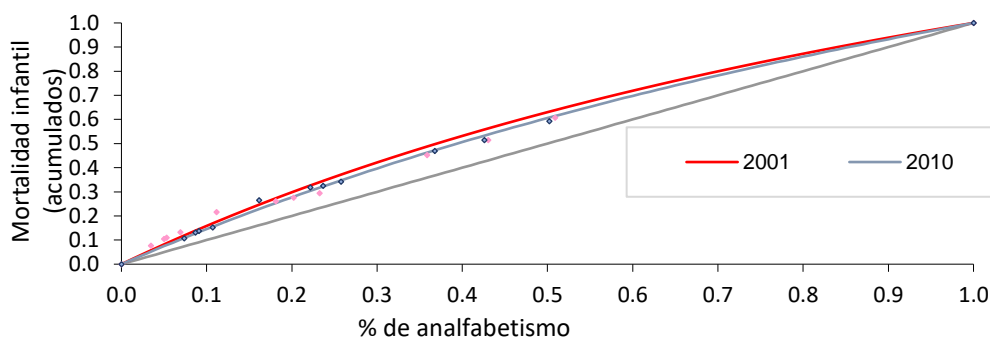
Gráfica N°8. Mortalidad infantil por tercil provincial de porcentaje de analfabetismo en los años 2001 y 2010



Fuente: Ministerio de Salud (MINSA), Dirección de Planificación

Las brechas absolutas entre terciles provinciales extremos de ingresos económicos mejoraron cerca de 8 muertes menos entre los años evaluados y 9 muertes menos entre terciles extremos de porcentaje de analfabetismo y las brechas relativas también mostraron una significativa mejora de la equidad.

Gráfica N° 9. Curvas de concentración de la desigualdad de la mortalidad infantil según % de analfabetismo en el 2001 y 2010



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

La magnitud de la desigualdad de la mortalidad infantil a lo largo de la gradiente social definida por el % de analfabetismo fue de 14.1 muertes más por 1000 nv en la población de las provincias con mayor porcentaje de analfabetismo en el 2001 y en el 2010 fue de 8.0 muertes más por cada 1000 nv en la población de las provincias con mayor porcentaje de analfabetismo, a pesar de que se acorta la brecha entre los años analizados, los esfuerzos por disminuirlas deben continuar e incrementarse.

Respecto a la curva de concentración de la desigualdad, al igual que con el ingreso, se presentó un acercamiento a la línea de perfecta equidad en el año 2010 con relación al 2001.

En resumen, la desigualdad en la tasa de mortalidad infantil entre provincias estratificadas por el ingreso o por el porcentaje de analfabetismo se evidencia tanto en las métricas simples de desigualdades como en las complejas para cada año analizado, pero también evidencia que las brechas de dichas desigualdades entre los años 2001 y 2010 se han estrechado, esto es positivo

para el país, pero nos motiva a evaluar que estrategias debemos emplear lograr desaparecer esta inequidad.

Cuadro N°4. Resumen de las desigualdades de la mortalidad infantil por tercil provincial según el ingreso y según el porcentaje de analfabetismo

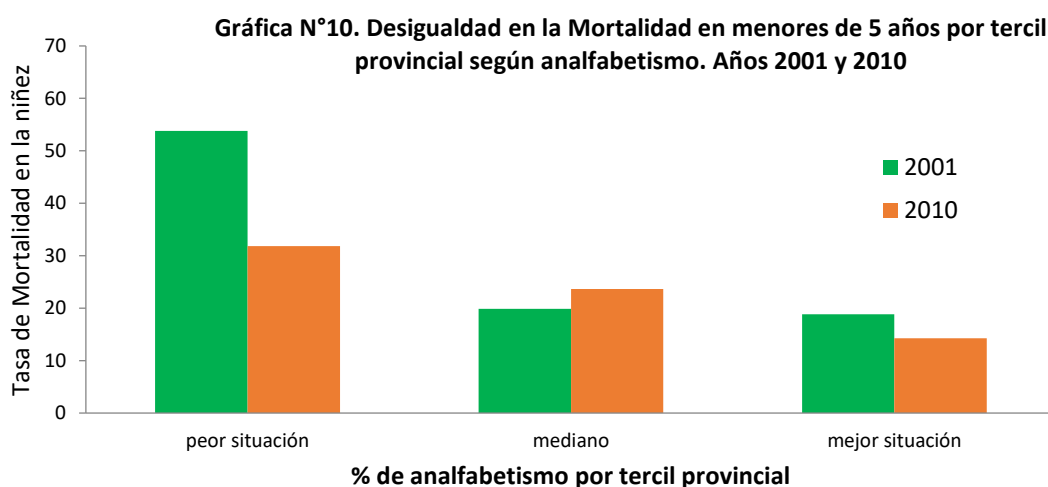
métrica	ingreso		analfabetismo	
	2001	2010	2001	2010
promedio nacional	16.5	13.3	16.5	13.3
brecha absoluta	15.4	7.1	16.5	7.1
brecha relativa	2.0	1.6	2.1	1.6

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

2.2 La desigualdad social 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 y comarcas en los años 2001 y 2010, utilizando como estratificador social el porcentaje de analfabetismo de cada unidad geográfica y como base poblacional la población menor de 5 años, demuestra una disminución de la tasa mortalidad en menores de 5 años en todos los terciles provinciales entre los años 2001 y 2010, además de un acortamiento de la brecha absoluta mayor al 50% (de 34.97 a 17.53) y un cambio favorable en la brecha relativa de 2.86 a 2.23 en el mismo periodo.

Podemos decir, que a mayor % de población analfabeta en la provincia mayor es la tasa de mortalidad en los menores de 5 años y que la relación es directamente proporcional, lo cual significa que educar a la población puede prevenir muertes en niños.



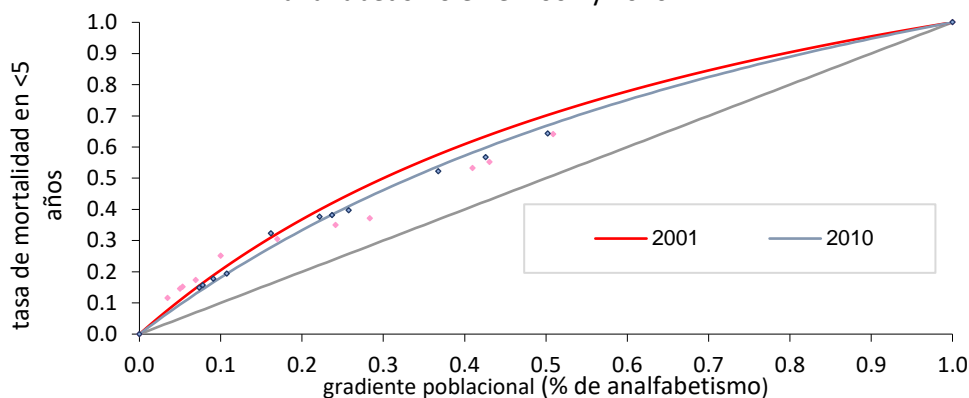
Fuente: Departamento de Análisis de Situación y Tendencias de Salud. MINSA 2016

Es importante destacar que a pesar de que 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, ver cuadro.

Cuadro N°5. Desigualdades sociales en la mortalidad de la niñez					
estratificador de equidad	métrica de desigualdad	año	valor	IC al 95%	
				bajo	alto
Proporción de población analfabeta (%)	brecha absoluta	2001	34.97	30.45	39.49
		2010	17.53	14.40	20.66
	brecha relativa	2001	2.86	2.48	3.29
		2010	2.23	1.92	2.58
	índice de desigualdad de la pendiente	2001	-33.42	-48.34	-18.49
		2010	-19.13	-28.49	-9.77
	índice de concentración	2001	-0.28	-0.57	0.02
		2010	-0.23	-0.52	0.06
nivel promedio poblacional nacional		2001	21.5	20.4	22.6
		2010	17.6	16.6	18.6

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

Gráfica N°11. Curvas de concentración de la desigualdad de la mortalidad en < 5 años según analfabetismo en el 2001 y 2010



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

La magnitud de la desigualdad en mortalidad en < 5 años según analfabetismo en el 2001 y 2010 fue de -33.4 y -19.1 respectivamente, lo cual refleja la correlación inversa entre la educación y la mortalidad de los menores de 5 años. En el 2001, ocurrían 33.4 muertes más en menores de 5 años por cada 1000 nv en las poblaciones con mayor porcentaje de analfabetismo, esta cifra disminuyó a 19.1 en el 2010, lo que representa una mejoría en la brecha de equidad y sustenta que la mortalidad en menores de 5 años se puede evitar educando a la población. La curva de concentración de la desigualdad concentra el 30% de la mortalidad en <5 años en el 20 % de la población con mayor % de analfabetismo.

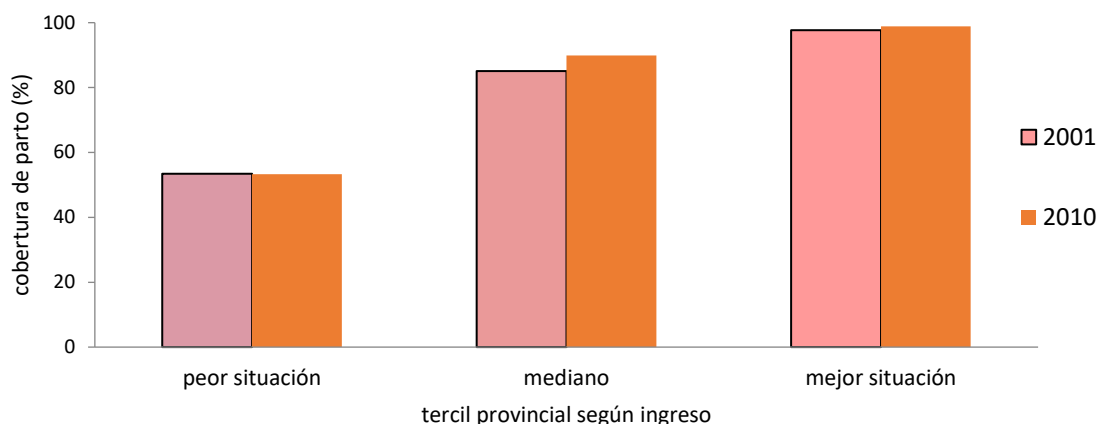
2.3 Desigualdad en la cobertura de atención del parto por personal calificado

En la República de Panamá, la cobertura de partos atendidos por personal de salud idóneo alcanzó una cobertura de 92.2 % en el 2001, lo cual es considerablemente bueno, pero al hacer una revisión de las coberturas por provincias y comarcas era preocupante que en dos comarcas no se lograran llegar al 40 % (Comarca Ngobe Bugle y Comarca Emberá). La situación en términos de país a penas cambio a 92.3% de partos con atención profesional, mientras que en casi todas las provincias y comarcas se incrementó el porcentaje.

El análisis de las desigualdades en la atención profesional del parto según el ingreso económico por provincia en los años 2001 y 2010, muestra muy pocos cambios entre los años evaluados, las

brechas de equidad son verdaderamente grandes entre terciles extremos tanto en términos absolutos (de -44.2 a -45.6), como en los relativos (de 1.85 a 1.87).

Gráfica N°12. Desigualdades en cobertura de parto por tercil provinciales según ingreso. República de Panamá 2001 y 2010



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

La cobertura de partos por profesionales de la salud en las provincias y comarcas que se encuentran en el tercil con menos ingresos económicos presentó un leve empeoramiento a diferencia de los otros dos terciles en donde mejoró, esto nos ubica en el cuadrante superior derecho del esquema de Munujin y Delamonica (ver página 8), representando una mejora con desigualdad.

Cuadro N°6. Desigualdades sociales en la cobertura de parto por personal calificado					
estratificador de equidad	métrica de desigualdad	año	valor	IC al 95%	
				bajo	alto
Ingreso mediano mensual del hogar (Balboas)	brecha absoluta	2001	-44.20	-44.94	-43.46
		2010	-45.57	-46.21	-44.94
	brecha relativa	2001	1.83	1.78	1.88
		2010	1.85	1.82	1.90
	índice de desigualdad de la pendiente	2001	39.04	26.17	51.91
		2010	33.95	21.44	46.45
	índice de concentración	2001	0.10	-0.18	0.37
		2010	0.08	-0.19	0.35
	nivel promedio poblacional nacional	2001	92.2	91.9	92.4
		2010	92.3	92.1	92.5

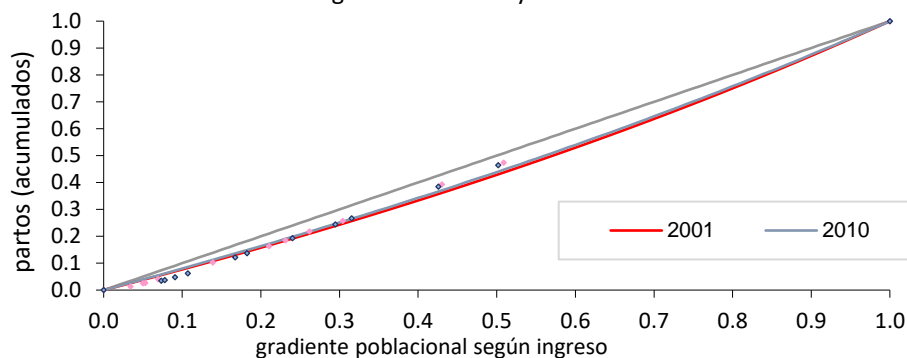
Fuente: Departamento de Análisis de Situación y Tendencias de Salud. MINSA 2016.

Por otro lado, La magnitud de la desigualdad de la cobertura de partos por personal calificado evaluada en el gradiente social definida por el ingreso evidencia que vivir en una provincia con menor ingreso económico se atienden 39 partos menos por cada 1000 nv en el año 2001 y 34 partos menos por cada 1000 nv en el 2010, denotando una mejora en términos absolutos en la cobertura de partos en la población más pobre del país. La curva de regresión lineal de la desigualdad de la atención del parto en la población ordenada por el gradiente social (ingreso) se

aprecia que la población de las provincias con mayor ingreso tienen mayor % de atención del parto.

En cuanto al índice de concentración de la desigualdad, la curva se encuentra por debajo de la línea de perfecta equidad debido a que el indicador de salud se concentra en la población menos aventajada, lo cual es esperado con los indicadores de cobertura). El área bajo la curva es muy pequeña porque la distribución está muy cerca de la línea de equidad, el índice de concentración está muy cerca de cero (-0.29 en el 2001 y -0.37 en el 2010), lo que indica que hay una baja desigualdad relativa, favoreciendo a la población con mayor ingreso.

Gráfica N°13. Curvas de concentración de la desigualdad de la cobertura de partos por personal calificado el ingreso en el 2001 y 2010

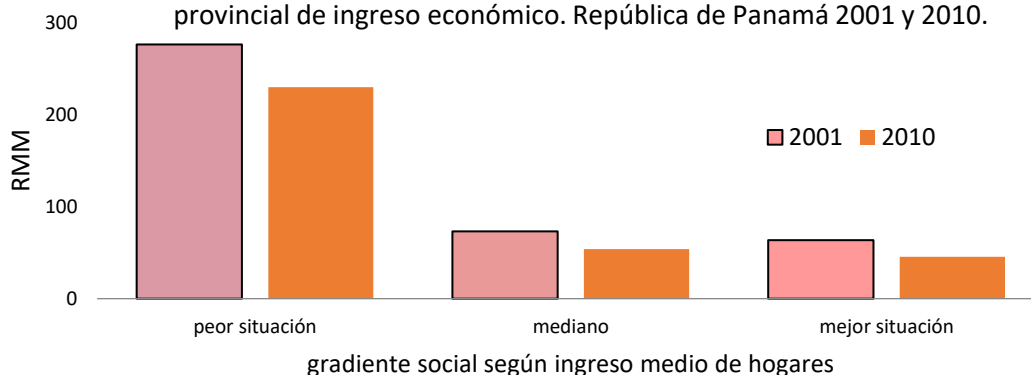


Fuente: Departamento de Análisis de Situación y Tendencias de Salud. MINSA 2016.

2.4 Desigualdad Razón de la Mortalidad Materna según ingreso económico:

La razón de la mortalidad materna en la República de Panamá para el año 2001 fue de 80.2 muertes maternas por cada 100000 nacidos vivos, aunque el comportamiento entre provincias y comarcas es ha sido muy diverso, con valores que van desde 51.0 hasta 657.9 muertes por 100000 nv en el 2001 y en para el 2010 fue de 66.9 con rangos entre las provincias de 41.5 hasta 462.4. Estos valores entre años y las RMM entre provincias son a simple vista desiguales. Con el análisis de las desigualdades evaluaremos la asociación entre la RMM y el ingreso económico de los hogares como estratificador socioeconómico.

Gráfica N°14. Desigualdad de la Razón de la Mortalidad Materna por tercil provincial de ingreso económico. República de Panamá 2001 y 2010.



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

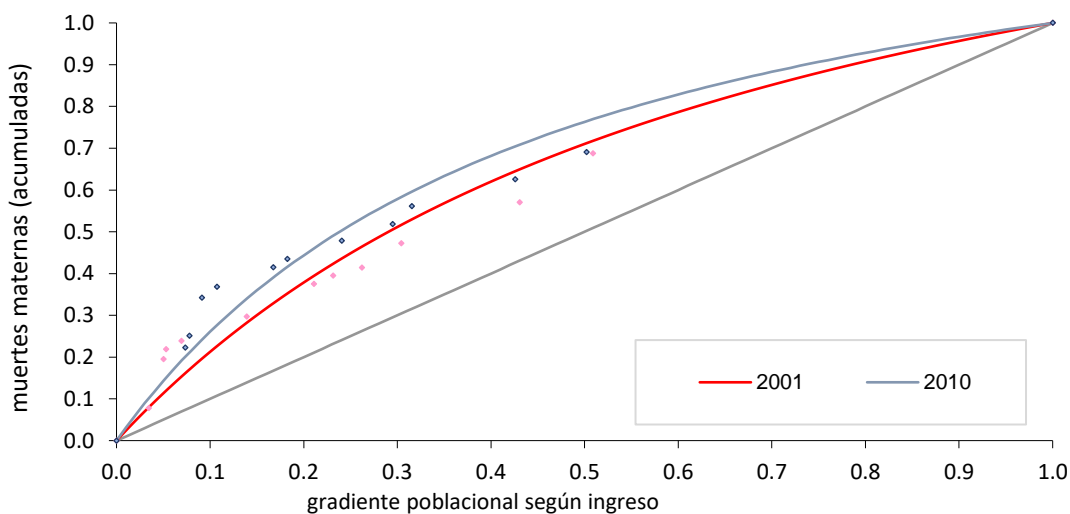
Agrupando a las provincias por terciles de ingreso económico de la peor situación a la mejor situación, la mortalidad materna se concentra en el tercil menos favorecido y se aprecia, además la disminución de la mortalidad en todas los terciles provinciales de ingreso entre los años evaluados.

Cuadro N° 7. Panamá: desigualdades sociales en la mortalidad materna					
estratificador de equidad	métrica de desigualdad	año	valor	IC al 95%	
				bajo	alto
ingreso mediano mensual del hogar (Balboas)	brecha absoluta	2001	212.61	124.48	300.74
		2010	184.01	118.79	249.24
	brecha relativa	2001	4.34	2.23	8.44
		2010	5.03	2.66	9.51
	índice de desigualdad de la pendiente	2001	-117.45	-241.66	6.76
		2010	-120.47	-209.06	-31.87
índice de concentración	2001	-0.29	-0.59	0.01	
	2010	-0.37	-0.68	-0.06	
nivel promedio poblacional nacional	2001	80.2	59.7	105.4	
	2010	66.9	48.8	89.4	

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

La brecha absoluta entre terciles provinciales extremos de situación económica para el 2001 era de 212.61 y disminuyó a 184.01, es decir, se estrechó y la brecha relativa pasó de 4.34 a 5.03 se ensanchó.

Gráfica N°15. Curvas de concentración de la desigualdad de la mortalidad materna según el ingreso en el 2001 y 2010



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

La magnitud de la desigualdad expresada en las curvas de regresión lineal, denotan un cambio de -117.45 a -120 entre el 2001 y el 2010 que expresa que en el 2001 ocurrían 117 muertes maternas por cada 1000 nv más en la población de las provincias más pobres que en la población de las provincias con mejor situación económica y en el 2010, aumentó a 120 muertes. Las curvas de concentración de la desigualdad (ICDS) en la mortalidad materna en las provincias y comarcas panameñas ordenadas por el gradiente social de ingreso muestran que el ICDS en 2001 estaba más cerca de la línea de perfecta equidad que en el 2010, cerca del 20% de la población más pobre concentraba casi 40% de todas las muertes maternas en el 2001 y en el 2010, el 20% más pobre concentraba el 45% de las muertes maternas. A pesar de que de manera global la RMM disminuyó en el país, se marcó más la desigualdad social a pesar de la mejora del promedio nacional.

A continuación enumeramos algunos de los eventos o factores por los cuales mejoraron los indicadores de MM y M.Infantil.

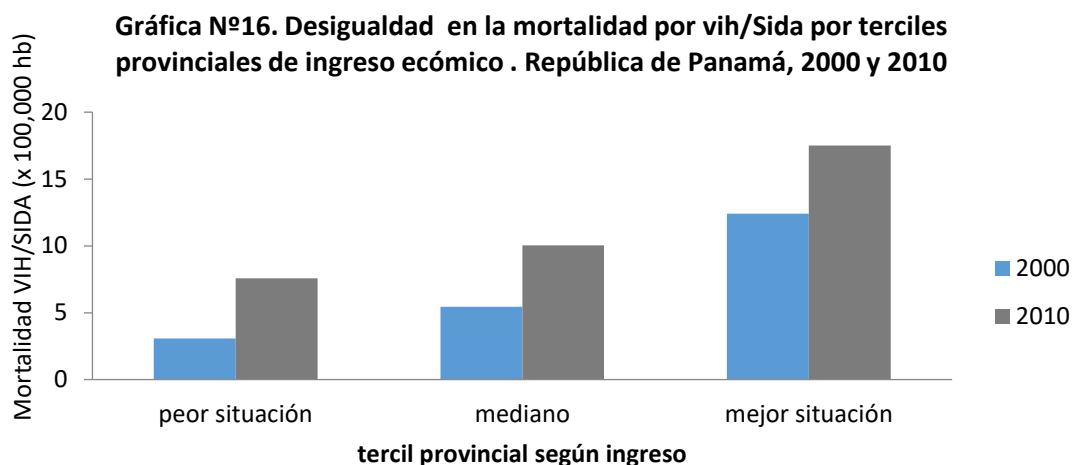
- Reversión del Canal de Panamá por los EU, el 31 diciembre de 1999, hecho que consolida nuestra soberanía y da inicio a una década de crecimiento económico.
- Entre 2004 al 2008 el Producto Interno Bruto de Panamá registra los mayores porcentajes de crecimiento económico en América Latina y el Caribe. Además el PIB per cápita aumento de 4,129 a 5,953 para 2010.
- Con la aprobación en 1990 de la Convención sobre los Derechos del Niño (CDN), nuestro país firma parte de los países que acuerdan una respuesta de protección integral a la Niñez. Desde entonces los niños, niñas y adolescentes son reconocidos como sujetos de Derecho.
- La reforma de la Constitución de la República de Panamá en su artículo 56, establece la protección de niños, niñas y adolescentes como uno de los deberes fundamentales del Estado.
- Decreto ejecutivo 428 del 15 de diciembre de 2005, otorgamiento de la gratuidad en la prestación de los servicios y asistencia a la maternidad.
- Decreto ejecutivo 546 del 21 de noviembre de 2005 , atención gratuita a los niños menores de 5 años.
- Ley 4 del 8 de enero de 2007 , hace obligatoria la Ley de Tamizaje a todos los RN en hospitales públicos y privados.
- Ley 48 del 7 de Di de 2007, brinda el derecho de los niños, niñas y adolescentes a estar protegidos contra las enfermedades que se incluyen en el esquema Nacional de inmunización.
- El programa de Red de Oportunidades inicio en el año 2005 inicio en 15 corregimientos del país con mayor incidencia de pobreza extrema.
- El país ejecuto un Plan Estratégico para la Reducción de la Muerte Materna y Muerte Perinatal, para el periodo 2005ª 2009.

3. Desigualdades en la mortalidad Salud del VIH/Sida y la Tuberculosis

3.1. VIH/SIDA ingreso económico

La situación de VIH/Sida tiene una particularidad, cuando hacemos análisis de desigualdades entre provincias, la cual consiste en que las gráficas por gradiente de ingreso económico tanto en el año 2000 y 2010, se refleja mayor mortalidad por causa del Sida en la población de las provincias de mayor ingreso económico, además de un aumento en la tasa de mortalidad de en cada tercil provincial para ambos años. Esta situación responde a que las provincias con mejor situación económica también son las que presentan la más alta prevalencia de la enfermedad.

La República de Panamá posee una epidemia concentrada. Las provincias de Panamá, Colón y Chiriquí son las de mejor ingreso económico y de peores tasas de enfermedad.



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

En términos de brechas absolutas y relativas se reflejan desigualdad que favorece a la población de peor situación económica, ensanchando las brechas entre el 2000 y 2010. La tasa de mortalidad por vih/sida aumentó en todos los terciles provinciales, pero en los grupos con peor situación económica aumentó en un 60% lo cual resulta más preocupante desde el punto de vista de la equidad social en salud.

Siguiendo el esquema de Munujin y Delamonica nos ubicamos en el cuadrante inferior izquierdo: **Empeoramiento con protección** si pensamos en la población de las provincias menos favorecidas económicamente. La tasa de mortalidad por vih/sida del país aumentó y la brecha aumentó pero por empeoramiento de la población de las provincias con mayor ingreso de hogares promedio.

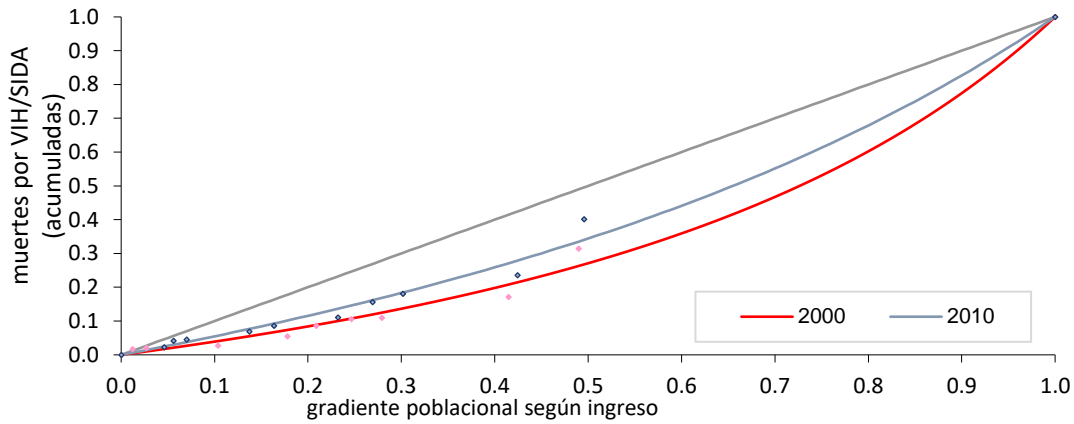
Cuadro N°8. Desigualdades sociales en la mortalidad por VIH/SIDA

estratificador de equidad	métrica de desigualdad	año	valor	IC al 95%	
				bajo	alto
Ingreso mediano mensual del hogar (Balboas)	brecha absoluta	2000	-9.32	-12.55	-6.09
		2010	-9.92	-13.88	-5.97
	brecha relativa	2000	0.25	0.15	0.42
		2010	0.43	0.31	0.61
	índice de desigualdad de la pendiente	2000	8.61	0.42	16.80
		2010	9.97	-2.75	22.69
	índice de concentración	2000	0.32	0.04	0.59
		2010	0.21	-0.06	0.48
	nivel promedio poblacional nacional	2000	10.0	8.9	11.3
		2010	15.2	13.9	16.5

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

Para complementar el análisis de las desigualdades de la pendiente en la mortalidad por vih/sida, realizamos el análisis del índice de desigualdad, el cual mostró un aumento en la magnitud entre los años evaluados de 9 muertes más en la población de las provincias de mayores recursos en el 2000 a 10 muertes en el 2010.

Gráfica N°17. Curvas de concentración de la desigualdad de la mortalidad por vih/ sida según el ingreso en el 2000 y 2010



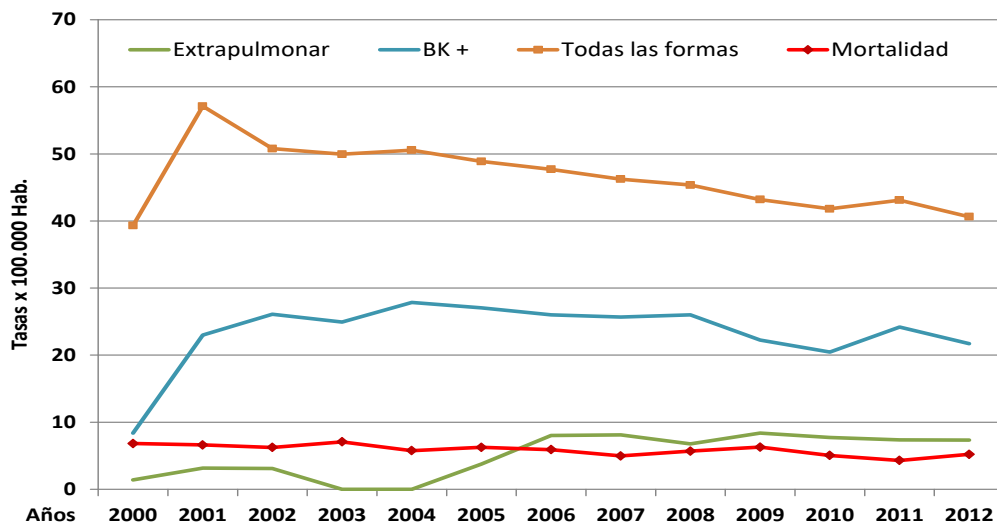
Fuente: Departamento de Análisis de Situación y Tendencias de Salud. MINSA 2016.

Por otro lado, al evaluar la curva de concentración de la desigualdad, apreciamos un aumento de la tasa de mortalidad entre años, a lo largo del gradiente social y que el 20% más pobre solo concentra el 10% de la mortalidad por vih/sida.

3.2. Desigualdades en la tasa de Mortalidad de la Tuberculosis según el ingreso económico por tercil provincial

La tendencia de la incidencia de la TB en todas sus formas va ligeramente en descenso 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 (Gráfica 18)

Gráfica N°18. Morbilidad y Mortalidad por Tuberculosis. Panamá, 2000-2012

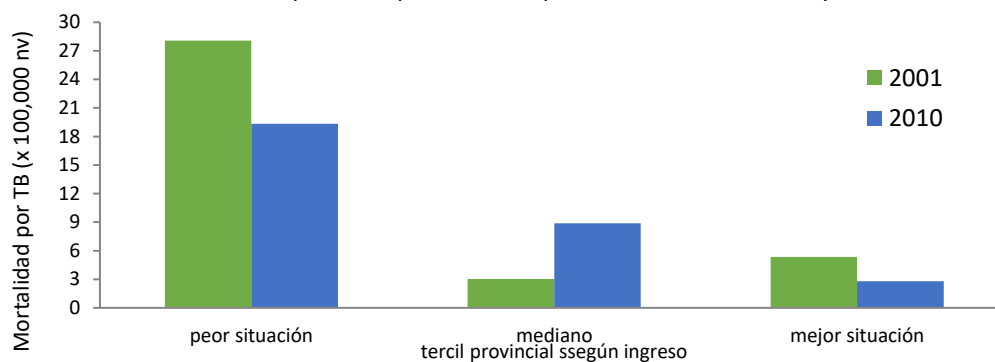


Fuente: MINSA - Departamento de Epidemiología - Sección de Estadística. Contraloría General de la República

Las comarcas indígenas Guna Yala y Ngäbe Buglé y la provincia de Bocas del Toro presentaron las tasas de mortalidad más altas del país tanto en el 2001 como en el 2010. La tasa de mortalidad en la Comarca Guna Yala es 4 veces mayor que la de la Comarca Ngäbe Buglé y la provincia de Bocas del Toro.

Tomando en cuenta al estratificador económico de ingreso de hogares, la brecha absoluta para el 2001 era de 22.7 y para el 2010 fue de 16.6 lo que significa una disminución de la brecha de desigualdad absoluta entre terciles provinciales de ingreso. Por otro lado la brecha relativa aumento de 5.3 a 7.0 en el mismo periodo, es decir, el riesgo relativo de morir para las personas del tercil provincial más pobre aumento.

Gráfica N°19. Tasa de Mortalidad de la Tuberculosis según el ingreso económico por tercil provincial. República de Panamá 2000 y 2010



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

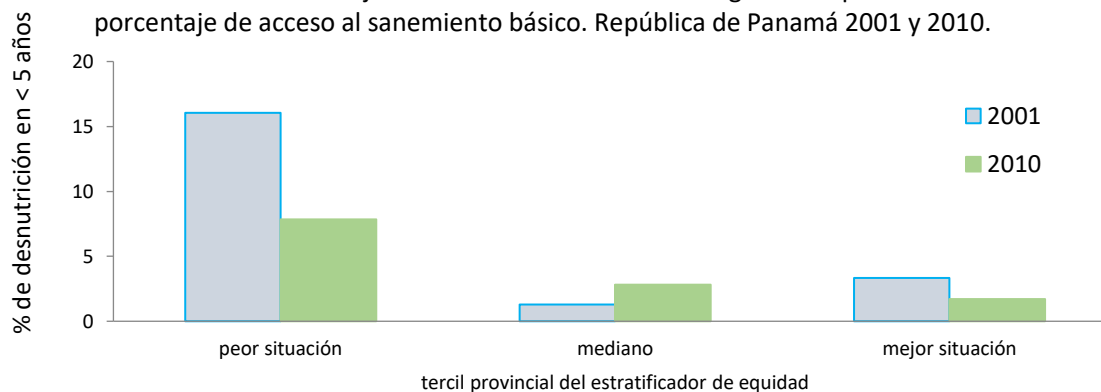
Aun cuando en términos absolutos, las brechas se acortan entre grupos extremos de ingreso económico, el riesgo de morir por tuberculosis es mayor por vivir en una provincia o comarca del tercil de peor situación socioeconómica.

La tasa nacional de mortalidad por tuberculosis en el periodo 2001 a 2010 disminuyó, y mueren menos persona pobres en un año respecto al otro, siguen existiendo grandes las diferencias en el riesgo de morir para una persona que vive en una provincia con peor situación socioeconómica, lo que se traduce como una **mejora con desigualdad**.

4. Desigualdades interprovinciales en desnutrición en la niñez según acceso a saneamiento

En la República de Panamá, el porcentaje de desnutrición en los niños y niñas menores de 5 años disminuyó del 2001 al 2010 de 4 a 3.3 %, lo cual, aunque el porcentaje país parece bajo, las comarcas indígenas y Bocas del Toro presentan porcentajes superiores al 15%.

Gráfica N°20. Porcentaje de desnutrición en <5 años según tercil provincial de porcentaje de acceso al sanemiento básico. República de Panamá 2001 y 2010.



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

Por otro lado, el acceso a los servicios básicos de saneamiento en las distintas provincias y comarcas en los años 2000 y 2010 evidencia grandes diferencias, con rango de 3.4 hasta 93.5%.

Cuadro N°9. Porcentaje de personas con acceso a los servicios básicos de saneamiento básico en provincias y comarcas de la República de Panamá

Provincia o Comarca	2000	2010
Comarca Guna Yala	4.8	3.4
Comarca Ngäbe Buglé	22.6	32.1
Comarca Emberá	40.1	55.9
Darién	52	65.6
Bocas del Toro	68.4	71
Colón	78.8	86.4
Veraguas	80	86.9
Panamá	83.6	91.6
Chiriquí	84.6	89.5
Coclé	87.7	90.4
Herrera	87.8	92.3
Los Santos	90.3	93.5

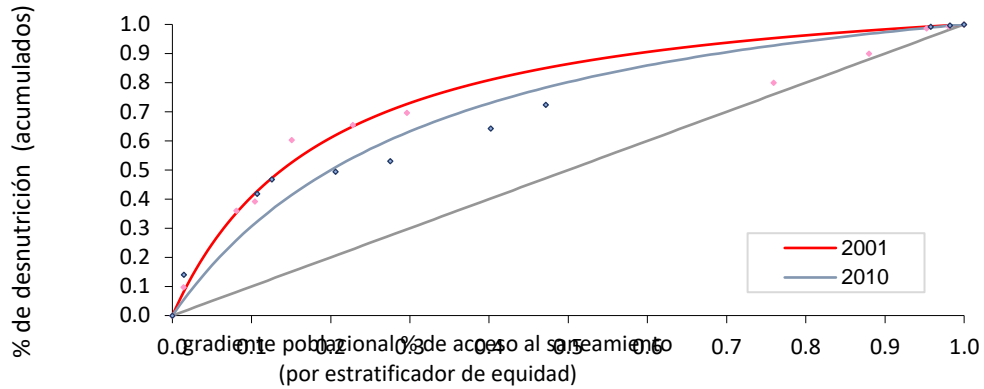
5.

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

Considerando las diferencias al acceso a los servicios básicos de saneamiento como estratificador social y la relación con el porcentaje de desnutrición en niños de 0-4 años obtuvimos las brechas de desigualdad absolutas, las cuales se redujeron a la mitad entre el 2001 y 2010 de 12.72 a 6.13. Es importante señalar que este indicador se redujo tanto a nivel nacional como en los terciles extremos pero aumento en las provincias del tercil medio.

La desnutrición en niños < 5 años se redujo en los terciles provinciales con peor acceso a servicios básicos de saneamiento pero el 20% con menos acceso sigue concentrando más del 60% de desnutrición. Ver gráfica N°21.

Gráfica N°21. Porcentaje de desnutrición en <5 años según tercil provincial de porcentaje de acceso al saneamiento básico. República de Panamá 2001 y 2010.

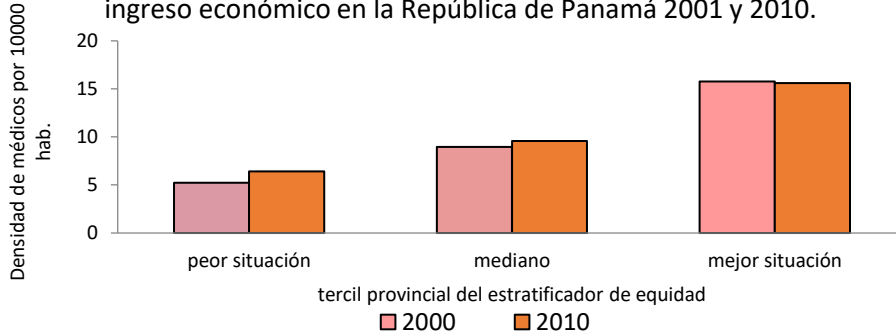


Fuente: Departamento de Análisis de Situación y Tendencias de Salud. MINSA 2016.

5. Desigualdades en la densidad de médicos en las provincias y comarcas según ingreso promedio de hogares.

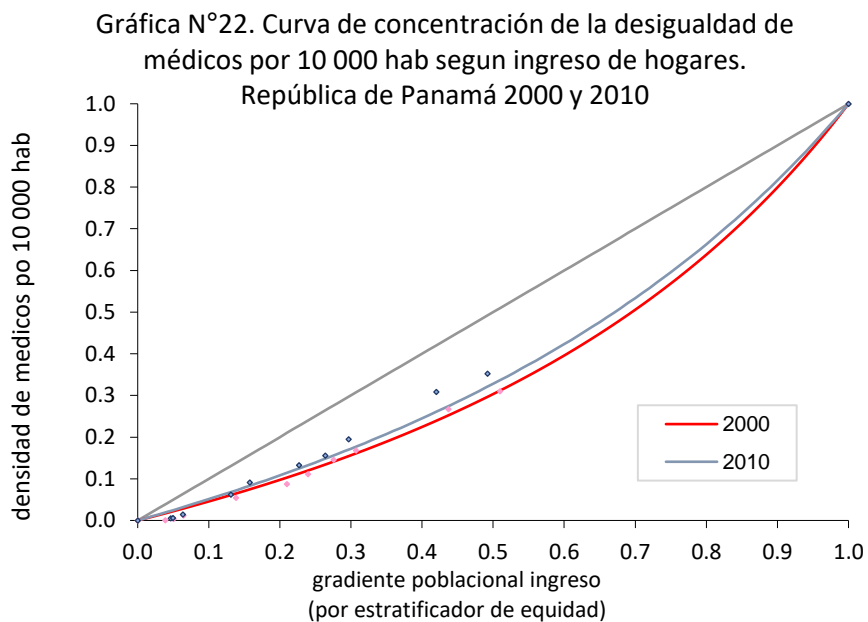
La densidad de médicos por 10,000 habitantes varió de 13.4 a 13.6 entre los años 2001 y 2010 para la República de Panamá, más considerando el ingreso como un estratificador de equidad entre terciles provinciales se aprecian las brechas entre las provincias de los terciles extremos de 10 médicos más por cada 10,000 en el 2001 y en el 2010 la brecha disminuyó a 9, al tener un aumento de la densidad de médicos del país y un acortamiento de las brechas tanto absolutas como relativas consideramos que el país presenta una leve mejoría de la equidad.

Gráfica N°21. Disponibilidad de médicos por tercil provincial de ingreso económico en la República de Panamá 2001 y 2010.



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

Con respecto a la curva de concentración de la desigualdad, tomando en cuenta toda la población ordenada desde el más pobre hasta el más rico, el 20 % más pobre de la población tiene acceso a menos del 10 % de los médicos del país.



Para el 2010, la gráfica se acerca un poco a la línea de equidad perfecta, lo cual significa que la desigualdad se redujo ligeramente.

Conclusiones de las desigualdades:

- Las enfermedades no se distribuyen por el azar, sino que están profundamente determinadas por la estructura social, política y económica en la que vivimos.
- El análisis de desigualdades en salud es una herramienta que ayudará a los tomadores de decisiones a viabilizar la formulación de las políticas públicas en tema de salud, así como en aquellas que afectan los determinantes sociales.
- El estudio de las características de la población y del área geográfica de residencia es el soporte metodológico para identificar puntos de intervención enfocados a la prevención y a la desaparición de las desigualdades en salud existentes.
- Utilizar provincias y comarcas como unidad geográfica de referencia para este análisis, presenta como desventaja que se toman estratificadores e indicadores promedio en población que tiene muchas diferencias.
- La selección de indicadores de salud para el análisis depende de la información disponible en los sistemas de registros estadísticos, los cuales poseen un nivel de desagregación aceptable mientras que los estratificadores de equidad o indicadores sociales no se encuentran con el mismo grado de desagregación.

Conclusiones Generales

El Ministerio de Salud de Panamá viene ejerciendo liderazgo en la coordinación intersectorial, con el fin de lograr resultados puntuales en temas de salud 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 las nuevas *Políticas de Salud 2016 – 2025*, fundamentadas en la consulta institucional y de diferentes grupos de la sociedad civil; hemos contado con la participación de miembros de las diferentes regiones de salud del país, líderes políticos, personal de salud, grupos en estado de vulnerabilidad, personas que prestan servicios de salud tradicionales, ONGs, miembros de los Consejos Provinciales, miembros de la Asamblea Nacional y otros.

En este sentido los resultados de la Evaluación de las Funciones Esenciales de Salud Pública, el ASIS Macro Nacional, los ASIS Regionales, la elaboración del Hoja de Ruta para el Acceso y Cobertura Universal, al igual que el Plan, la Evaluación de las Políticas de Salud 2010-2015 y la elaboración del Perfil del Sistema de Salud de Panamá, forman parte de los procesos inclusivos, participativos, integrales y multidisciplinarios de consulta, que el MINSAL ha desarrollado, para que los resultados de estas experiencias de trabajo en equipo, sirvan de insumos valiosos a la formulación de las Políticas de Salud 2016 - 2025.

Otra, acción básica es la reorientado y/o rediseñado algunos programas para reducir las desigualdades en salud y el fortalecimiento de la función rectora, se han fortalecido los mecanismos de coordinación intersectorial, además con apoyo de OPS, se inició un proceso de capacitación sobre medición de desigualdades, metodología utilizada en la elaboración del Perfil del Sistema de Salud y también se incrementaron los fondos externos para afrontar las desigualdades.

No podemos dejar de mencionar el trabajo arduo para el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) hoy en día con su nueva connotación ODS, seguimos en la búsqueda de nuevas estrategias, para la mejora de estos indicadores de gran peso y vulnerabilidad.

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 y mediante actividades intersectoriales, de igual forma se trabaja arduamente para que la asignación presupuestaria abarque todos los aspectos relacionados con la salud en Panamá.

Existen algunos aspectos en los que se trabaja actualmente para su fortalecimiento incluyendo el hecho de revisión y fortalecimiento del marco legal que permita un mejor abordaje de los mismos, entre ellos aspectos de la salud ambiental en todo su contexto.

OTROS ASPECTOS A CONSIDERAR

- El bienestar de la población en materia de salud, debe ser abordada desde el punto de vista de los determinantes sociales de la salud, con una amplia participación de los múltiples actores en el país.
- El Perfil del Sistema de Salud es un instrumento de valor para todos los aspectos del sistema de salud, dado que inicia desde el contexto y revisión de todo el Sistema de Salud, por el cual consideramos debe monitorizarse y evaluarse, ya que permite ponderar y dar seguimiento a los aspectos más relevantes de nuestra responsabilidad social y complementa los documentos elaborados previamente.
- En este sentido el Perfil del Sistema de Salud de Panamá, nos ha permitido contar con un análisis más profundo y detallado de la capacidad y del funcionamiento del Sistema de Salud de Panamá, permite identificar las transformaciones necesarias, reconocer la disponibilidad de recursos, contar con la información y la evidencia de las acciones y actividades desarrolladas, a través del tiempo en coordinación con otras Instituciones del Estado panameño.
- Mejorar las competencias profesionales de un equipo multidisciplinario permite 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, gracias a la aplicación del instrumento guía para la elaboración del perfil de salud del país, los aspectos conceptuales y la 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 nuestra red de servicios, aquellos que debemos priorizar de manera efectiva y establecer 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 en nuestro país, lo que se pudo evidenciar al momento de requerir los datos para el análisis.
- El principal escollo en que se encuentra del sistema de salud es la asignación de recursos financieros ya que no contamos con normativas coherentes que apunten al 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, ambiente, otros; por lo que la faculta a velar con carácter prioritario todas aquellas medidas establecidas y necesarias para abordar situaciones de amenaza a la salud en general del país.

Recomendaciones

Es imperante mantener las alianzas, 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 las 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 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 entregara a la población, de manera que sea de conocimiento de todas las instancias prestadoras de servicios.
- Fortalecer el sistema de información es necesario, 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 sistema de información con indicadores para el monitoreo y seguimiento de los fondos asignados al sistema de salud y por fuente de financiamiento (interna o externa), que 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 nuestro país.
- 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 públicas efectivas.
- En necesario modificar el proceso de asignaciones presupuestarias basadas en presupuestos históricos y lograr una asignación de presupuesto por resultados.
- Se requiere elaborar el Plan para el abordaje de las brechas identificadas en el análisis de desigualdades realizado.

- Panamá es signatarios de múltiples compromisos y acuerdos internacionales en temas salud, ambiente, otros; por ello se requiere seguir avanzando en el cumplimiento y ejecución de todos estos compromisos adquiridos permanentemente, un ejemplo de ello es: el compromiso que tenemos, en cumplir con el convenio Marco para el control del Tabaco, tema de mucha relevancia para el país; mejorar indicadores de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS); actualización de la normativa y marco legal en salud, entre otros.

Bibliografía

1. Plan de Gobierno de La República de Panamá 2014-2019.
2. Análisis de Situación de Salud. Panamá 2015
3. Política Nacional de Salud y Lineamientos Estratégicos, 2010-2015. Dirección de Planificación, Ministerio de Salud de Panamá, “2010.
4. Funciones Esenciales de La Salud Pública. 2002.
5. Lineamiento Metodológico de los Perfiles de los Sistemas de Salud, Monitoreo y Análisis de los Sistemas de Cambio. OPS.
6. Análisis Prospectivo de la Red de Servicios de Salud, Ministerio de Salud de Panamá.

Fuentes Consultadas

Experiencia técnica del personal de:

- Dirección Nacional de Planificación
 - Departamento de Análisis de Situación y Tendencias de Salud
 - Departamento de Planificación de Salud Poblacional
 - Departamento de Planificación de Salud Ambiental
 - Departamento de Registros y Estadísticas de Salud
 - Departamento de Formulación y Evaluación de Presupuesto y Proyectos de Inversión
- Dirección de Recursos Humanos
- Dirección de Promoción de La Salud
- Dirección de Provisión de Servicios de Salud
- Dirección General de Salud
- Planificación Regional de las 14 Regiones