

**UNIVERSIDAD DE PANAMA  
FACULTAD DE MEDICINA**

**MAESTRIA EN ECONOMIA DE LA SALUD Y GESTION  
DE LOS SERVICIOS SANITARIOS**

**PROPUESTA AL PLAN NACIONAL DE SALUD-II**

**POR:**

**DR. ALFREDO MOLTO L**

**PANAMA, REPUBLICA DE PANAMA**

**MAYO 2004**

## **AGRADECIMIENTO**

Dejamos constancia de nuestra gratitud a todos nuestros profesores y expertos en las diferentes disciplinas contenidas en el Programa de Maestría de ECONOMIA DE LA SALUD Y GESTION DE LOS SERVICIOS SANITARIOS, desarrollado en el claustro universitario, por la generosidad de compartir sus conocimientos y experiencias ampliamente, ya que sin lugar a dudas, constituyen elementos fundamentales en la formación de un experto en la materia.

La forma amplia, profesional, actualizada y oportuna en que nos transmitieron información para que luego se conviertan en conocimientos apoyados en modernas técnicas docentes y tecnológicas, facilitaron el desarrollo del proceso enseñanza-aprendizaje.

Al Señor Rector Magnífico, Dr. Gustavo García de Paredes, por su respaldo total a esta maestría en su primera edición, sin su ayuda jamás se hubiera podido culminar exitosamente este proyecto, novedoso y creativo para ofrecerle al país capital intelectual suficiente, comprometido, moderno y sensible a las necesidades de los sectores más vulnerables de la sociedad panameña.

Durante la elaboración de este trabajo de investigación contamos con la permanente asesoría del Dr. Luis Coronado, consultor internacional, quien nos permitió obtener lo mejor de nuestro talento para culminar después de un profundo análisis este trabajo, por lo que le estamos eternamente agradecidos.

A nuestras familias por la tolerancia y apoyo durante nuestras ausencias para culminar un proyecto que parecía casi imposible, sin ellos, y sin su comprensión jamás lo hubiésemos logrado.

A todos ellos, muchas gracias.

# INDICE

	<b>Páginas</b>
<b>INTRODUCCION</b>	
<b>I. Antecedentes. ....</b>	<b>1</b>
<b>II. Fundamentación Constitucional y Legal. ....</b>	<b>6</b>
<b>III. Contexto Socio-Económico . ....</b>	<b>15</b>
<b>3.1 A Nivel Regional . ....</b>	<b>16</b>
<b>3.2 A Nivel Nacional . ....</b>	<b>20</b>
<b>3.2.1 Principales problemas Políticos Sociales y Económicos . ....</b>	<b>20</b>
<b>3.2.2 Dimensiones determinantes e Implicaciones de la Situación Económica . ....</b>	<b>41</b>
<b>3.2.3 Las Políticas y Estrategias de Desarrollo Económico y Social del País . ....</b>	<b>43</b>
<b>IV. Contexto del Sector Salud. ....</b>	<b>49</b>
<b>4.1 A Nivel Mundial. ....</b>	<b>49</b>
<b>4.2 A Nivel Nacional. ....</b>	<b>58</b>
<b>V. Políticas y Estrategias de Salud . ....</b>	<b>66</b>
<b>5.1 Análisis de las Funciones Esenciales de Salud . ....</b>	<b>74</b>
<b>VI. Análisis de Situación. ....</b>	<b>96</b>
<b>6.1 Principales Problemas de Salud. ....</b>	<b>96</b>
<b>6.2 Grupos Poblacionales. ....</b>	<b>97</b>

<b>VII. Gestión de la Salud Pública .....</b>	<b>103</b>
<b>7.1 Indicadores de Cobertura de Salud Poblacional .....</b>	<b>103</b>
<b>7.2 Indicadores de Cobertura de Salud Ambiental .....</b>	<b>118</b>
<b>VIII. Modelos de Atención .....</b>	<b>129</b>
<b>8.1 Conceptos y Funciones de los Modelos de Atención .....</b>	<b>137</b>
<b>IX. Propuesta del Sistema de Servicios de Salud .....</b>	<b>140</b>
<b>Conclusiones y Recomendaciones .....</b>	<b>148</b>
<b>Bibliografía .....</b>	<b>151</b>
<b>Anexos</b>	

## INTRODUCCIÓN

La salud es un bien meritorio y como tal constituye un derecho inalienable de todos ser humano, para que junto con la educación, vivienda, trabajo digno e igualdad de oportunidades pueda alcanzar el estado de bienestar tan anhelado por todos.

En el pacto entre las naciones para erradicar la pobreza, los países signatarios incluyendo a Panamá, se comprometieron con el cumplimiento de los objetivos de desarrollo del milenio, que van desde reducir a la mitad la pobreza extrema, hasta detener la propagación de la pandemia del SIDA y asegurar la educación primaria a todos los niños y niñas del mundo. Existen otros objetivos directamente relacionados con el sector salud como reducir la mortalidad infantil, mejorar la salud materna, combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades emergentes y reemergentes, garantizar la sostenibilidad ambiental: tierra, aire, agua y saneamiento, permitir el acceso a medicamentos y las nuevas tecnologías.

Aún cuando nuestro país ha avanzado mucho y de acuerdo al último informe de desarrollo humano del 2002, elaborado por el PNUD, nos coloca con un índice de desarrollo humano medio alto, también pone de manifiesto que en nuestro país tenemos varias clases de panameños y panameñas, los de la ciudad y los del campo.

Si tomamos en cuenta los tres elementos analizados en el índice de desarrollo humano que son educación, longevidad y nivel de vida decente, nos encontramos con diferencias abismales entre el medio urbano y rural. Dentro del ambiente rural los más desprotegidos son nuestras poblaciones indígenas que prácticamente no tienen acceso a educación digna, son las más pobres entre los pobres, sin un nivel de vida decente y consecuentemente tienen una esperanza de vida al nacer comparados con los de la década de los años 30 del siglo pasado.

Este panorama desolador que nos es evidente a la mirada superficial de aquellos panameños que vivimos en las capitales de provincia, pone de manifiesto la necesidad urgente de realizar ajustes en la inversión social que desde hace varios años viene haciendo de manera creciente el estado panameño sin que se aprecien los efectos positivos de dichas inversiones.

Por otro lado el gasto en salud que representa aproximadamente el 8.5% del PIB corriente nacional, ha venido aumentando progresivamente al punto que consume alrededor del 30% de todo el presupuesto nacional. Sin embargo, este incremento progresivo en el gasto en salud desafortunadamente va dirigido al renglón de gastos corrientes en un 80 – 90% y solamente un 10% a la inversión.

Al analizar el componente del gasto corriente nos percatamos que gran parte del mismo está dedicado a servicios personales, podemos concluir que de los fondos

asignados a la salud panameña, un segmento importante del mismo se utiliza en planilla y servicios profesionales con lo que los renglones de medicamentos, inversiones en equipo e infraestructuras quedan limitados y carentes de posibilidades de dar respuestas a las múltiples necesidades de la población aumentando la insatisfacción de los usuarios del sistema.

Aunque parezca paradójico, las medidas de dotación de agua potable a la población, la letrización y la disposición adecuada de aguas servidas y residuos sólidos, los programas de vacunación, la nutrición adecuada, la práctica regular de ejercicios, la atención médica y odontológica, la detección temprana del cáncer, han ido mejorando progresivamente la esperanza de vida al nacer, lo que ha dado como resultado un aumento en la incidencia y prevalencia de las enfermedades crónicas asociadas al envejecimiento de la población como la diabetes, hipertensión arterial, las enfermedades neoplásicas, degenerativas, cardiovasculares, las cuales requieren de un incremento en la utilización de servicios médicos, quirúrgicos con la cual aumentan los costos en salud.

Ese cambio en el perfil epidemiológico de la población con la aparición de enfermedades emergentes como el SIDA y reemergentes como la tuberculosis, sumando a un incremento en la supervivencia de pacientes con enfermedades crónicas que al final aumentan otras condiciones crónicas como en el caso de la diabetes, hipertensión arterial que son los principales contribuyentes en la génesis de pacientes

con insuficiencia renal crónica que requieren diálisis y trasplante renal con lo que también suben los costos en salud.

La tecnología en el campo de la salud mantiene un desarrollo vertiginoso tanto en el área diagnóstica como terapéutica, cada año aparecen nuevos y sofisticados equipos, técnicas que requieren de un componente tecnológico importante, equipos que tienen como propósito prolongar la vida, unidades de cuidados intensivos, de quemados, de trasplantes de órganos, para cuidados cardiovasculares, para pacientes neurológicos, de ventilación prolongada, todos ellos en su conjunto apoyados en el avance de la tecnología de punta que se acompaña de altos costos.

Asociado a la vida moderna observamos grandes construcciones, desarrollo de mega proyectos, vehículos cada vez más veloces, y todo esto trae que los accidentes sean más graves, letales y que dejen serias secuelas, con lo que se requiere en los casos de los politraumatizados, grandes cantidades de recursos humanos, suministros y de instalaciones especializadas para su atención.

Hay efectos en los costos en salud que guardan relación con el entorno externo como sería el cambio en la conducta como consecuencia del ataque terrorista a las torres gemelas de Nueva York, con las subsecuentes medidas de seguridad, los intentos para desarticular la red terrorista Al Queda, la guerra de Irak y toda su consecuencia, sobre todo la reacción de los países árabes productores de petróleo después de la

publicación de las fotos que revelan los malos tratos a los prisioneros Iraquíes por soldados de la llamada coalición, todo esto repercute en el incremento en el precio del petróleo, de la electricidad, de los insumos, etc. . Impactando también al sector salud en el costo de producción de los servicios.

Si a todo el panorama mundial y nacional le agregamos que si tiene gran cantidad de conflictos de interés entre los actores sociales de salud, y que se mantiene una financiación, gestión y provisión de servicios de salud de manera tradicional con un modelo centralizado, sin incentivos ni evaluación del desempeño, sin separación entre el que financia, compra o provee servicios y sobre todo sin que los responsables de la conducción tengan la debida capacitación, le sumamos a los elementos antes descritos falta de capacidad gerencial y un modelo agotado de financiación y gestión.

En la actual propuesta analizamos todos estos elementos que contribuyen a que sea más grave la escasez, ya que jamás habrá suficientes recursos para satisfacer todas las necesidades. En consecuencia, se hace imprescindible el uso de la economía de la salud como ciencia que analiza y supera la escasez.

Proponemos un modelo que separe los roles del ente financiador, comprador y proveedor de los servicios universales, descentralizados que promueven la productividad, la equidad y la participación social de manera que los ciudadanos tengan

la oportunidad de expresar cuales son las necesidades más apremiantes que debemos priorizar.

Promovemos nuevas formas de gerencias de atención de viejos problemas enquistados en nuestro sistema de salud mediante la incorporación a todos los niveles de profesionales bien capacitados en las disciplinas de economía de la salud y gestión de los servicios sanitarios condición clara de la problemática, que busquen siempre la eficiencia, eficacia, efectividad y ecología.

## **I. ANTECEDENTES.**

Los Sistemas de Salud de las Américas dentro del contexto demográfico se caracterizan por el aumento de la esperanza de vida, la disminución de la natalidad y la mortalidad así como importantes movimientos migratorios entre los países.

El envejecimiento de la población y la disminución relativa de las poblaciones jóvenes promueven el desarrollo de patologías agudas y crónicas, como consecuencia de la convivencia social y el deterioro del medio ambiente, por ejemplo tenemos enfermedades emergentes tales como el SIDA y reemergentes como la Tuberculosis.

Dentro de los procesos de reforma que vienen desarrollando los países, los Estados están dejando atrás su rol paternalista para convertirse en garantes de los derechos ciudadanos, a través del fortalecimiento de su poder de regulación y fiscalización, lo que genera un profundo proceso de modernización que requiere cambios de cultura en el actuar de la sociedad en todos sus estamentos.

En nuestro país, las profundas desigualdades sociales persisten, aún ante el alto gasto social y la reducción del número de familias bajo la línea de pobreza. Más de un tercio de la población ( 37%, lo que significa 1.02 millones de personas) vive en la pobreza y de éstos, casi la mitad viven en pobreza extrema (1).

El 44.4% del total de la población representa a las áreas rurales, de este total, más de dos tercios de los habitantes son pobres ( 77%, 788mil), de los cuales casi el 91% (467mil) se encuentran en extrema pobreza. Con respecto a la población indígena, los cuales representan el 8% de la población rural, tiene un 95% de probabilidad de ser pobres y un 86% de vivir en indigencia.

En Panamá, la pobreza muestra problemas de inequidad en la distribución de activos productivos claves, como capital humano, capital social, trabajo, y activos físicos y financieros. En el caso del sector salud, una muestra de estas ineficiencias es el hecho de que el quintil más pobre de la población es el menos beneficiado del gasto público en servicios de salud como consecuencia a los bajos niveles de utilización y bajo acceso. Sin embargo el porcentaje del PIB destinado a salud es del 7%.

La gestión pública tiene como principal tarea garantizar la resolución de los problemas de salud de la población con medios propios o a través de mecanismos que aseguren el ejercicio solidario del derecho a la salud.

El Sistema de Salud de Panamá está compuesto por el Subsector Público y un Subsector Privado. El Subsector público lo integran el Ministerio de Salud y la Caja de Seguro Social, así como el Instituto de Acueductos y Alcantarillados Nacionales ( IDAAN). Tanto el Ministerio de Salud como la Caja de Seguro Social cuentan con una estructura administrativa articulada en regiones sanitarias lo que corresponde a las provincias. En el caso de la provincia de

Panamá se divide en cuatro regiones y se suman las tres Comarcas indígenas. Por mandato constitucional, todas las personas tienen derecho a recibir atención tanto en las instalaciones del Ministerio de Salud como en las de la Caja de Seguro Social. En el caso de la Caja de Seguro su responsabilidad primordial es la población trabajadora asegurada y sus beneficiarios.

El Ministerio de Salud de Panamá, (MINSAL), tiene bajo su responsabilidad la atención del 34% de la población total del país, mientras que a la Caja de Seguro Social le corresponde alrededor del 66% de la población.

En 1996, Panamá conjuntamente con el apoyo del Banco Interamericano de Desarrollo (BID) realizó un estudio de Reforma de la Provisión de Servicios de Atención a la Salud del cual se desprendieron algunos resultados tales como que en la oferta de servicios no se diferencian claramente los niveles de atención, sobrecargando por ejemplo el nivel hospitalario; la ausencia de una planificación desarrollada en el ámbito central con algún nivel de participación regional y con una visión vertical; la descentralización de los procesos a regiones, distritos o corregimientos entre otros.

Entre el período de 1997-1999 se organizó un proceso de reorganización del sistema de atención sanitaria a nivel primario. Se elaboró una propuesta de cambio para las formas tradicionales de la provisión de los servicios lo cual involucraba un modelo de salud con equidad, eficiencia, sustentabilidad, eficacia y calidad. Se dio prioridad a la participación ciudadana a través de los Comités de Salud, las Juntas de Agua y otras organizaciones establecidas.

En el 2001 se crea una organización jurídica del derecho privado denominada Consejo Nacional de Salud (CONSALUD), en donde la Caja de Seguro Social y el Ministerio de Salud proveerán por un contrato-programa público los servicios de salud a la población. Este modelo separa el financiamiento de la provisión de los servicios y la administración de los recursos financieros del sector destinados a la atención médica. El ente comprador y los financiadores se reservan el poder de decisión sobre el objeto y destino de los recursos financieros.

En la actualidad, la Red Pública de Servicios ha reorganizado sus Servicios por niveles de atención y grados de complejidad, considerando el perfil epidemiológico y demográfico, además de la infraestructura existente y su capacidad resolutive. Ambas instituciones del Sector Salud, han realizado esfuerzos, no obstante, aún se detectan problemas en la organización de la red de servicios, lo que afecta la capacidad resolutive.

La rectoría del MINSA enfrenta un reto de gran escala representado por las relaciones con la Caja de Seguro Social (CSS). En julio del 2001 el MINSA firmó con la CSS el Convenio de Coordinación Inter Institucional para el desarrollo del Proceso de Reorganización de la Red Pública de Atención de la Salud de la Población. Entre las razones que originan este convenio está el que la Red Pública de Atención de Salud de la población permita a ambas instituciones, la racionalización y optimización de la inversión social y la utilización de tecnologías apropiadas, a fin de brindar servicios de mejor calidad y eficiencia con igualdad de oportunidades a toda la población, ya sea beneficiaria,

independiente de su condición de afiliado o no a la seguridad social. En la actualidad, se han efectuado muchos esfuerzos especialmente por parte del Ministerio de Salud para hacer cumplir los acuerdos, sin embargo aún persisten dificultades en la coordinación de ambas instituciones ya que existen las dos redes de servicios públicos ( MINSAL-CSS) que inducen a la duplicidad de los recursos, generan insatisfacción de los usuarios, aumentan el gasto lo cual redundaría en el costo-efectividad de los servicios.

La falta de cumplimiento de este Convenio se observa además en el Sistema de Compensación de Costos el cual consiste en realizar reembolsos basados en los costos reales generados por cada una de las organizaciones. El mismo no ha producido un acuerdo marco permanente y transparente que garantice el flujo regular de recursos. En la actualidad, los flujos solicitados por el Minsal han sido aproximadamente US \$9 millones por año, los reconocidos por la CSS en los últimos tres años han sido alrededor de los US \$ 3 millones por año. Se excluyen de esta compensación las Regiones de Salud de San Miguelito y el Área Metropolitana, así como los Hospitales nacionales generales. En los hospitales nacionales especializados como el Instituto Oncológico y el Hospital del Niño existen convenios específicos para efectuar las compensaciones.

En la actualidad el Ministerio de Salud se ha planteado como lineamiento desarrollar los Compromisos o Acuerdos de Gestión con la red de instalaciones ambulatorias y hospitalarias, como mecanismos para establecer objetivos, metas e indicadores de eficiencia y calidad de los servicios. Estos mecanismos de pago

se hacen en base a la Cartera de Servicios y volumen de producción. Por otra parte está la modalidad del Contrato Programa el cual ha permitido que el financiamiento de los servicios sea asumido de manera conjunta ente el MINSA y la CSS.

De lo expuesto anteriormente se deduce la necesidad de mejorar la calidad, eficiencia y equidad de la provisión de los Servicios de Salud del país, donde la planificación estratégica converja en un horizonte claro de actuaciones de las instituciones junto a una dinámica de participación y transparencia social.

## **II. FUNDAMENTACIÓN CONSTITUCIONAL Y LEGAL.**

El Plan Nacional de Salud es un instrumento capaz de reorientar actuaciones concretas del Sector Sanitario, dentro del contexto legal, social, económico y político, Su intención, es la de promover con equidad, eficiencia, oportunidad y participación servicios sanitarios integrales a toda la población que habita dentro del territorio del país.

Los fundamentos constitucionales y legales del sector salud son diversos y muy amplios; en este documento se hace un resumen de los diversos ángulos y enfoques de los entes legales vigentes, que han permitido a lo largo de los años la conformación del sector salud panameño, tanto a nivel nacional como los acuerdos concertados con los organismos internacionales.

Dada la amplitud del fundamento hemos considerado mencionar los más relevantes.

## **2.1 Normas Constitucionales en el Sector Salud**

Constitución Política de la República de Panamá de 1972, modificada por Actos Reformatorios de 1978 y Acto Constitucional de 1983.

### **CAPÍTULO 6º.**

#### **SALUD, SEGURIDAD SOCIAL**

#### **Y ASISTENCIA SOCIAL**

**ARTÍCULO 105.** Es función esencial del Estado velar por la salud de la población de la República. El individuo, como parte de la comunidad, tiene derechos a la promoción, protección, conservación y rehabilitación de la salud y la obligación de conservarla, entendida esta como el completo bienestar físico, mental y social.

**ARTÍCULO 106.** En materia de salud, corresponde primordialmente al Estado el desarrollo de las siguientes actividades, integrando las funciones de prevención, curación y rehabilitación.

1. Desarrollar una política de alimentación y nutrición que asegure un óptimo estado nutricional para toda la población, al promover

la disponibilidad, el consumo y el aprovechamiento biológico de los alimentos adecuados.

2. Capacitar al individuo y a los grupos sociales, mediante acciones educativas, que difundan el conocimiento de los deberes y derechos individuales y colectivos en materia de salud personal y ambiental.
3. Proteger la salud de la madre, del niño y del adolescente, garantizando una atención integral durante el proceso de gestación, lactancia, crecimiento y desarrollo en la niñez y adolescencia.
4. Combatir las enfermedades transmisibles mediante el saneamiento ambiental, el desarrollo de la disponibilidad de agua potable y adoptar medidas de inmunización, profilaxis y tratamiento, proporcionadas colectivas e individualmente, a toda la población.
5. Crear, de acuerdo con las necesidades de cada región, establecimientos en los cuales se presten servicios de salud integral y suministren medicamentos a toda la población. Estos servicios de salud y medicamentos serán proporcionados gratuitamente a quienes carezcan de recursos económicos.

**ARTÍCULO 107.** El Estado deberá desarrollar una política nacional de medicamentos que promueva la producción, disponibilidad,

calidad y control de los medicamentos para toda la población del país.

**ARTÍCULO 108.** Es deber del Estado establecer una política de población que responda a las necesidades del desarrollo social y económico del país.

**ARTÍCULO 109.** Todo individuo tiene derecho a la seguridad de sus medios económicos de subsistencia en caso de incapacidad para trabajar u obtener trabajo retribuido. Los servicios de seguridad social serán prestados o administrados por entidades autónomas y cubrirán los casos de enfermedad, maternidad, invalidez, subsidios de familia vejez, viudez, orfandad, paro forzoso, accidentes de trabajo, enfermedades profesionales y las demás contingencias que puedan ser objetos de previsión y seguridad social. La ley proveerá la implantación de tales servicios a medida que las necesidades lo exijan.

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

**ARTÍCULO 110.** El Estado podrá crear fondos complementarios con el aporte y participación de los trabajadores de las empresas públicas y privadas a fin de mejorar los servicios de seguridad social en materia de jubilaciones. La Ley reglamentará esta materia.

**ARTÍCULO 111.** Los sectores gubernamentales de salud, incluyendo sus instituciones autónomas y semiautónomas, deben integrarse orgánica y funcionalmente. La ley reglamentará esta materia.

**ARTÍCULO 112.** Las comunidades tienen el deber y el derecho de participar en la planificación, ejecución y evaluación de los distintos programas de salud.

**ARTÍCULO 113.** El Estado establecerá una política nacional de vivienda destinada a proporcionar el goce de este derecho social a toda la población, especialmente a los sectores de menor ingreso.

## **CAPÍTULO 7º.**

### **RÉGIMEN ECOLÓGICO**

**ARTÍCULO 114.** Es deber fundamental del Estado garantizar que la población viva en un ambiente sano y libre de contaminación, en

donde el aire, el agua y los alimentos satisfagan los requerimientos del desarrollo adecuado de la vida humana.

**ARTICULO 115.** El Estado y todos los habitantes del territorio nacional tienen el deber de propiciar un desarrollo social y económico que prevengan la contaminación del ambiente, mantenga el equilibrio ecológico y eviten la destrucción de los ecosistemas.

**ARTÍCULO 116.** El Estado reglamentará, fiscalizará y aplicará oportunamente las medidas necesarias para garantizar que la utilización y el aprovechamiento de la fauna terrestre, fluvial y marina, así como de los bosques, tierras y aguas, se lleven a cabo racionalmente, de manera que se evite su depredación y se asegure su prevención, renovación y permanencia.

**ARTICULO 117.** La Ley reglamentará el aprovechamiento de los recursos naturales no renovables, a fin de evitar que del mismo se deriven perjuicios sociales, económicos y ambientales.

## **2.2 CONFORMACIÓN LEGAL DEL SECTOR SALUD**

### **2.2.1 MINISTERIO DE SALUD**

LEY No. 66 de 10 de NOVIEMBRE DE 1947. ( CODIGO SANITARIO)

Gaceta Oficial No. 10.467 de 6 de diciembre de 1947

DECRETO DE GABINETE N° 1 DE 15 DE ENERO DE 1969

Por el cual se crea el Ministerio de Salud, se determina su estructura y funciones y se establecen las normas de integración y coordinación de las Instituciones del Sector Salud.

Gaceta Oficial N° 16.292 de 4 de febrero de 1969.

DECRETO N° 75 DE 27 DE FEBRERO DE 1969

Por medio del cual se establece el Estatuto Orgánico del Ministerio de Salud.

Gaceta Oficial N° 16.437 de 2 de septiembre de 1969.

### **LEYES**

DECRETO DE GABINETE N° 1 DE 15 DE ENERO DE 1969

Por el cual se crea el Ministerio de Salud, se determina su estructura y funciones y se establecen las normas de integración y coordinación de las Instituciones del Sector Salud.

Gaceta Oficial N° 19,208 de 2 de diciembre de 1980.

### **DECRETOS EJECUTIVO**

DECRETO EJECUTIVO N° 75 de 27 de febrero de 1969 Por medio del cual se establece el Estatuto Orgánico del Ministerio de Salud en desarrollo del Decreto de Gabinete de 1 de 15 de enero de 1969.

DECRETO EJECUTIVO N° 138 DE 26 DE JUNIO DE 2002.  
Que aprueba el programa de las políticas y estrategias de salud para el periodo 2000-2004 del Ministerio de Salud.

### **2.2.2. CAJA DE SEGURO SOCIAL**

DECRETO LEY N° 14 DE 27 DE AGOSTO DE 1954  
Por el cual se modifica la Ley 134 de 27 de abril de 1943, Orgánica de la Caja de Seguro Social.  
Gaceta Oficial N° 12,467 de 10 de septiembre de 1954.

### **LEYES**

LEY N° 23 DE 21 DE MARZO DE 1941  
Por la cual se crea la Caja de Seguro Social  
Gaceta Oficial N° 8,481 de 31 de marzo de 1941.

DECRETO N° 37 DE 17 DE ABRIL DE 1941

Por el cual se reglamenta la Ley 23 de 1941, que establece la Caja de Seguro Social.

Gaceta Oficial N° 8,505 de 5 de mayo de 1941

Gaceta Oficial N° 8,520 de 26 de mayo de 1941.

### **2.2.3. INSTITUTO DE ACUEDUCTOS Y ALCANTARILLADOS NACIONALES**

LEY N° 98 DE 29 DE DICIEMBRE DE 1969

Por el cual se crea el Instituto de Acueductos y Alcantarillados Nacionales como Entidad Autónoma del Estado.

Gaceta Oficial N° 14,549 de 12 de enero de 1969.

LEY N° 2 DE 7 DE ENERO DE 1997

Por la cual se dicta el marco regulatorio e institucional para la prestación de los servicios de agua potable y alcantarillado sanitario.

LEY 26 de 29 de enero de 1996

Por la cual se crea el Ente Regulador de los Servicios Públicos (que incluye agua potable y alcantarillado).

LEY 77 DE 28 DE DICIEMBRE DE 2001

Que reorganiza y moderniza el Instituto de Acueductos y Alcantarillados Nacionales y dicta otras disposiciones.

### **DECRETOS LEYES**

DECRETO LEY N° 2 de 7 de enero de 1997

Por el cual se dicta el marco regulatorio e institucional para la prestación de agua potable y alcantarillado nacional.

#### **2.2.4. DIRECCION METROPOLITANA DE ASEO**

LEY N° 41 DE 8 DE NOVIEMBRE DE 1984

Por la cual se crea la Dirección Metropolitana de Aseo como Entidad Autónoma del Estado.

Gaceta Oficial n° 20,188 de 20 de noviembre de 1984.

LEY 41 DE 27 DE AGOSTO DE 1999.

Por la cual se transfieren los servicios relacionados con el aseo urbano y domiciliario en la región metropolitana a los municipios de Panamá, San Miguelito y Colón

### **III. CONTEXTO SOCIO - ECONOMICO.**

El contexto socio económico de un país juega un papel importante en la formulación y ejecución del un Plan Nacional de Salud, por lo que en dicho plan deben contemplarse las variables sociales y económicas que afectan de una manera

positiva y negativa y así lograr que el mismo se constituya en un instrumento comprometido con la excelencia y la sostenibilidad de la Salud en Panamá.

Un Plan Nacional de Salud que tome en cuenta el ámbito social y económico se constituye en la guía intersectorial que ofrece los lineamientos estratégicos a través de un enfoque holístico, participativo y continuo que permite la gestión de los procesos de promoción, preservación de la salud y mejora de la calidad de vida con equidad, eficiencia, humanismo y solidaridad para toda la población, el ambiente y su entorno.

El nivel de salud de la población es sin duda, el resultado de múltiples factores de carácter individual, familiar, ambiental, social, cultural, político y económico.

El Sistema Nacional de Salud de la Nación, en consecuencia, deberá considerar todas estas variables para que en el desarrollo de la prestación de los servicios permita ejecutar acciones e intervenciones sanitarias integrales de promoción, prevención, protección, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y reinserción familiar, social y laboral a todos los miembros de la sociedad.

En consecuencia, el Plan Nacional de Salud deberá constituirse en el esfuerzo de toda la sociedad para asegurar a toda la población, el pleno acceso a los servicios de salud integrales, pertinentes, oportunos y adecuados, tomando en consideración las necesidades y demandas reales de las personas en el marco de su realidad epidemiológica, demográfica y socio-económica.

### **3.1 NIVEL REGIONAL**

El Contexto de la situación económica lo enfocaremos para América Latina y el Caribe, no obstante dada la amplitud y extensión de este tema nos limitaremos a compartir los problemas más sobresalientes y que tiene una asociación a la realidad panameña.

América Latina y el Caribe, aunque registró un crecimiento económico del 1,5 por ciento durante el año 2003, volvió a experimentar un aumento de los niveles de pobreza que alcanzan ya al 44 por ciento de su población, lo que significa que no han sido efectivas las políticas que los distintos gobiernos han puesto en marcha a lo largo de los años para beneficiar a la gran mayoría de su población.

La Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), dio a conocer el 17 de diciembre, su informe anual en el que destaca que “aumentan la riqueza y la pobreza” en la región, y que el crecimiento del 1,5 por ciento se verá, favorablemente superado el próximo año, cuando lo hará en un 3,5 por ciento.

Para el año 2004, señala el informe de la CEPAL no se prevéé “un crecimiento negativo en ningún país latinoamericano”, lo que es una buena noticia para la región que vio, además, que durante 2003 tuvo un excedente comercial; no obstante esta coyuntura favorable choca con el Producto Interno Bruto (PIB) por habitante que continúa por debajo del registrado en

1997. Ello ha impedido que los niveles de pobreza se reduzcan en la zona; en 2002 el PIB se había reducido en un 0,4 por ciento.

La tasa de ocupación, a pesar de la mejoría en la actividad económica, solamente registró en 2003 un “muy leve aumento”, pero la cifra global es elevada pues alcanza a un promedio del 10,7 por ciento.

En Centroamérica, Chile y la Comunidad Andina de Naciones se registró un aumento del 5 por ciento de las ventas al exterior, mientras que en la zona del MERCOSUR (Argentina, Brasil, Paraguay y Uruguay), el alza registró el 17,9 por ciento; igualmente, la combinación de volumen y precios permitió obtener este año un récord de superávit comercial de 41.000 millones de dólares.

También destacó la CEPAL que por “primera vez” en medio siglo, la cuenta corriente de América Latina tuvo excedentes por 6.000 millones de dólares y el costo del financiamiento externo retornó a los niveles previos a la crisis asiática, con lo cual Brasil, Colombia, Chile, México y Perú resultaron ser los “grandes beneficiados”.

Sin embargo, la región notó que el flujo de la inversión extranjera directa tuvo una nueva reducción, que este año alcanzó a 29.000 millones de dólares, una cifra inferior en 25 por ciento a la de 2002.

La mayoría de los países, y esto lo destaca la CEPAL, mostró un “fortalecimiento interno”, tras los años anteriores “lentos de turbulencias”, gracias a mejores manejos de políticas fiscales y monetarias, “puestas bajo control” y a que el tipo de cambio fue más competitivo.

Otro dato importante para Latinoamérica es el relacionado con la inflación que siguió descendiendo este año, habiendo registrado la mayoría de los países un promedio del 8,5 por ciento, acabando así con esas espeluznantes cifras que muchas veces superaban el 20 por ciento del costo de vida. Se prevé que en 2004 se mantenga la reducción de la inflación, que los salarios reales mejoren e impulsen la demanda y el empleo responda positivamente a la recuperación del crecimiento, lo que permitirá alcanzar el objetivo previsto del 3,5 por ciento.

Es indudable que este nuevo informe de la CEPAL contiene “noticias menos negativas” que la de los tres últimos años y que la región comienza a registrar cifras y porcentajes que le permitirá vislumbrar más cerca el camino para salir del subdesarrollo y para ir sacando de las “bolsas de pobreza” a millones de personas o, cuando menos, evitar que entre en ellas un mayor número.

La lucha tendrá que ser dura, pero si los “gobiernos se aplican”, dentro de una gran disciplina y combaten la corrupción, es posible que en los

próximos 12 meses muestren un “rostro mejorado” que atraiga al necesario capital extranjero y que la economía vaya mejorando.

## **3.2 NIVEL NACIONAL**

### **3.2.1. Principales problemas políticos sociales y económicos**

La formulación de una Política de Salud es el acto mediante el cual el Estado, como máxima autoridad, determina las estrategias y objetivos generales que pretende alcanzar en el campo de la salud y además especifica los medios administrativos con los cuales tiene que actuar para alcanzarlos.

Desde el punto de vista jurídico la Carta Magna de la República de Panamá define tres grandes lineamientos políticos que se conjugan para regular el quehacer del sector salud, esto son: La Salud Integral, concebida como función esencial del estado y como un derecho y un deber de todo ciudadano; la Participación Comunitaria que define una estrategia tendiente al establecimiento de los mecanismos legales que garanticen dentro del sector salud, la existencia de una democracia participativa y, la reforma Técnico-Administrativa tendiente a una reorganización y redistribución real y socialmente justa de los recursos que el sector público destina a la producción de bienes y servicios específicos de salud, a través de las estrategias de regionalización, sectorización e integración

orgánica y funcional de todas las instituciones gubernamentales del sector salud.

En la estructura sectorial del Ministerio de Economía y Finanzas, el Sector Salud de Panamá está ubicado dentro del grupo de instituciones del Sector Público No financiero agrupadas por sectores sociales, de infraestructura, de fomento a la producción y de servicios generales o administración, como número 12, y esta conformado por cuatro instituciones: Ministerio de Salud, Caja de Seguro Social, Instituto de Acueductos y Alcantarillados Nacionales (IDAAN) y Dirección Metropolitana de Aseo (DIMA)

Básicamente el Sistema de Servicio de Salud está compuesto por los Subsistemas de Salud Gubernamental y el Subsistema de Atención Médica Privada. El área de Atención a las Personas cumple funciones de prevención, curación y rehabilitación de la salud, con énfasis en la maternidad, el crecimiento, la vejez, la salud ocupacional y la invalidez, a través de acciones como la educación sanitaria, la vacunación, la atención médica, el control de los medicamentos y drogas y la hospitalización.

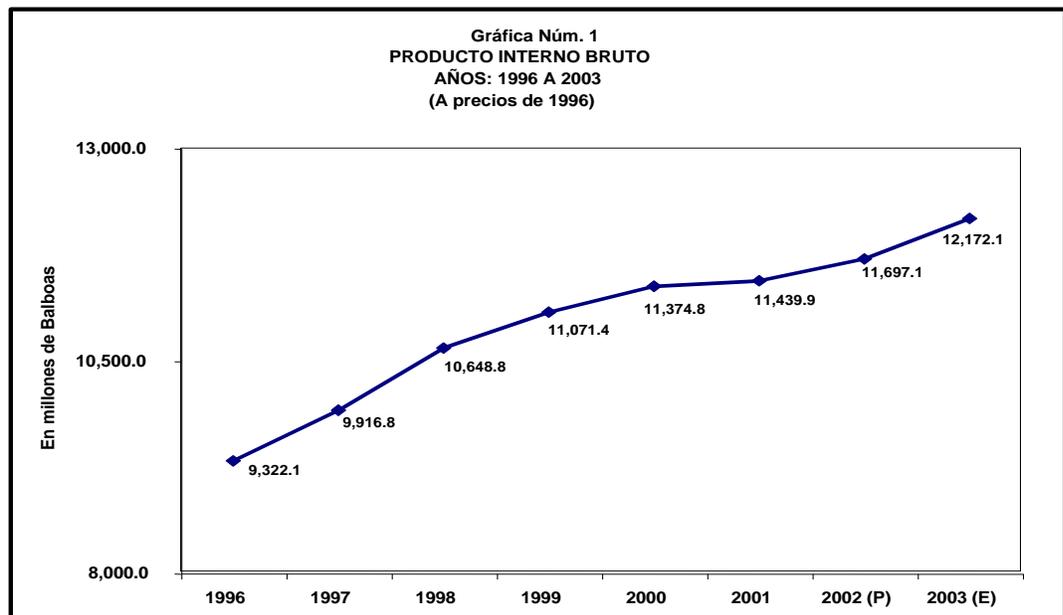
El área de Salud Ambiental cumple funciones de saneamiento básico control del medio ambiente, disposición final de desechos sólidos, control de alimentos y control de vectores y zoonosis.

Panamá al igual que otros países de la región, inició un proceso de reformas y modernización del Estado, en el marco de la globalización, y el sector salud no escapa de este proceso. El nuevo modelo de atención propuesto estuvo dirigido a la reorganización del nivel primario de atención, fundamentado en el hecho de que la mayor cantidad de problemas de salud de la población y el ambiente residen en este nivel y es allí en donde, igualmente, pueden ser fácilmente resueltos.

En este mismo orden, la Caja de Seguro Social (CSS) también ha elaborado un nuevo modelo de atención, basado en la sectorización, la garantía de calidad, la descentralización, la focalización, la organización de la demanda y la participación social. Igualmente, los cambios de estructura contemplaron el desarrollo de una gestión descentralizada e integrada del MINSA con la CSS para la provisión y vigilancia de la salud.

En el año 2000, el nuevo gobierno presenta el documento Políticas y Estrategias de Salud 2000- 2004, en el cual se propone promover un Pacto Nacional por la Salud. Los lineamientos descritos en dicho pacto amplían los principios anteriores e incorporan otros como la solidaridad, la participación, la universalidad, la integridad y la bioética, además de los de equidad, eficiencia, eficacia y calidad de salud.

En el plano económico, hemos determinado observar el comportamiento de la misma en el año más reciente, en efecto la economía panameña registró para el año 2003 un crecimiento de **4.1%**, de acuerdo al cambio anual mostrado en la estimación del Producto Interno Bruto (**PIB**), indicador por excelencia de la actividad económica del país, el cual pasó de B/.11,697.1 millones en el 2002 a B/.12,172.1 millones en el 2003, valorado a precios de 1996.



Las cifras del PIB presentadas en este informe corresponden a los resultados obtenidos luego de la conclusión de la fase del proceso de compilación del año base 1996, para calcular las Cuentas Nacionales (CN), correspondiente a las estimaciones del PIB, que

reemplazan las CN de la anterior base 1982 y los datos preliminares publicados en el mes de junio de 2003.

**Actividades que mostraron crecimiento:**

Los sectores como: la pesca que creció en 12.6%; la explotación de minas y canteras en 32.0%; electricidad y agua en 1.2%; la construcción en 28.6%; la actividad comercial 3.3%, hoteles y restaurantes en 7.6%; el transporte, almacenamiento y comunicaciones en 8.8%; las actividades inmobiliarias, empresariales y de alquiler en 5.1%; enseñanza privada en 2.4%; y las actividades de servicios sociales y de salud privados en 6.6%; otras actividades comunitarias, sociales y personales de servicios en 8.6%; los productores de servicios gubernamentales en 2.6% y los servicios domésticos en 2.0%.

En particular, el crecimiento se dio en actividades asociadas con el sector externo, tales como la exportación de café, ganado vacuno en pie, sandía, melones, la pesca, el gasto de visitantes externos, una leve recuperación de la Zona Libre de Colón, los servicios del Canal de Panamá, el transporte aéreo, y los servicios portuarios, principalmente por el mayor movimiento de contenedores; así como el incremento de algunas actividades relacionadas con la economía interna, entre las que sobresalieron el cultivo de maíz, ganado porcino, la minería, generación térmica de electricidad, la

construcción, el comercio local, el transporte, las telecomunicaciones, la enseñanza privada, la propiedad de vivienda, la publicidad, la salud, la actividad de juegos de azar, servicios domésticos y servicios gubernamentales.

**Actividades que presentaron disminución:**

Se presentaron tasas negativas en algunos sectores tales como: la agricultura, ganadería, caza y selvicultura en 0.1%, la industria manufacturera en 1.5%; la intermediación financiera en 8.1% y otras actividades en 5.6%.

Entre las actividades económicas que mostraron comportamiento negativo o nulo, se encuentran el cultivo de arroz, la exportación de bananos y el sacrificio de aves, la manufactura, la actividad bancaria y la ganadería.

**EVOLUCIÓN DE LAS DISTINTAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS**

**AÑO 2003**

**Agricultura, ganadería, caza y selvicultura:**

El sector agropecuario disminuyó en 0.1%, a causa del bajo desempeño de la actividad bananera, la cual cae 5.0%, por problemas fitosanitarios, difícil comercialización en el mercado europeo y situaciones laborales.

Otras actividades que presentaron merma fueron la producción de arroz en 3.0% y los servicios agropecuarios. Además, decrece la producción de caña de azúcar, los productos hortícolas (principalmente papa, cebolla y lechuga) en 1.5% y la floricultura en 2.2%.

Con respecto a los productos no tradicionales de exportación, el grupo de frutas diversas (melón, sandía, piña y otras), muestra un continuo crecimiento, por la demanda del mercado internacional.

A su vez la cría de cerdos crece 6.9%, la cría de aves de corral, sus derivados y los vacunos muestran un crecimiento nulo.

La selvicultura presenta un aumento de 6.8%.

### **Pesca:**

La actividad pesquera se incrementa en 12.6%, por el crecimiento de la exportación de camarones, captura de diversas especies de pescado fresco, atún de aleta amarilla, anchovetas y arenques.

La actividad acuícola presenta disminución respecto al 2002, explicada por la caída en las exportaciones de larvas de camarones, por efecto en la disminución de la demanda por parte de algunos países del bloque centroamericano, que cuentan con sus propios laboratorios especializados.

### **Explotación de minas y canteras:**

Esta actividad mostró un aumento de 32.0%, debido a la mayor demanda de piedra, arena y arcilla, asociada a la construcción de obras, incluso proyectos de infraestructura vial.

La tendencia positiva corresponde al incremento de la actividad de la construcción residencial y proyectos liderizados por la ampliación de la carretera panamericana, el segundo puente sobre el canal y vías de acceso. La producción de cemento sube en 41.5% y concreto premezclado en 36.0%.

#### **Industrias manufactureras:**

El sector industrial presentó un descenso de 1.5%, explicado por la merma de actividades tales como, la producción de alimentos entre las que se destacan la carne de res y aves, producción de leche evaporada y productos hortícolas. Igualmente decae la producción de productos de petróleo y productos textiles.

A su vez el comportamiento del sector se beneficia por la mayor producción de bebidas alcohólicas que crece en 9.4%, tales como la cerveza que ocupa el 90.0% de esa producción, el sacrificio de ganado porcino y la leche pasteurizada, así como el dinamismo en la fabricación de materiales de construcción, asociado al fuerte auge que presenta el sector construcción.

#### **Electricidad y agua:**

La producción del sector creció 1.2%, beneficiada por el desempeño de la actividad eléctrica, impulsada por la generación de energía térmica que crece en 39.2%, que neutraliza la caída de la generación hidráulica que disminuyó en 11.9%, debido a la baja precipitación pluvial en las áreas de embalse.

Con relación a la actividad de captación, depuración y distribución de agua, la misma presenta un leve incremento del valor agregado en 0.8 %.

### **Construcción:**

La construcción presentó un crecimiento del 28.6%. Los megaproyectos estuvieron liderizados por la ampliación de la carretera Panamericana, la construcción del segundo puente sobre el canal y las vías de acceso este y oeste, que en conjunto representan un dinamismo económico y una fuerte demanda de mano de obra, aunado al resto de proyectos privados en centros comerciales, edificios de apartamentos y viviendas de lujo.

A su vez los indicadores del sector muestran las siguientes tendencias: la producción de concreto premezclado aumenta en 36.0%, la producción de cemento en 41.5% y los permisos de construcción en 61.7% (incluye ajuste por lapso en el inicio de obra).

**Comercio al por mayor y al por menor, reparación de vehículos automotores, motocicletas, efectos personales y enseres domésticos:**

En estas actividades comerciales se observó un incremento global de 3.3%, determinado por la mejora de los comercios mayoristas y minoristas y las actividades de Zona Libre que mostraron una leve mejoría.

**Hoteles y restaurantes:**

El valor agregado total de estas actividades evolucionó positivamente en 7.6%, motivando un incremento en las pernoctaciones en hoteles, como resultado de la entrada de turistas que se incrementa en 9.9% y las ventas en los restaurantes. Un indicador relacionado con estas actividades, es el gasto de turistas, que creció en 11.1% beneficiado por los eventos de Miss Universo y el Centenario de la República de Panamá, entre otros.

**Transporte, almacenamiento y comunicaciones:**

Este sector registró un incremento global de 8.8%, explicado por el impulso sostenido en las operaciones portuarias que crecieron 14.5%, debido a las actividades realizadas en terminales privados relativas al movimiento de contenedores, los cuales se incrementaron en 19.1%; igualmente la actividad canalera crece en

8.0% por el aumento de sus ingresos producto de mejoras implantadas en los servicios de remolcadores, pasa cables y los servicios a las naves, así como el aumento del tonelaje neto.

Asimismo, mostraron crecimiento los servicios de telecomunicaciones en 5.8%, como resultado de la prestación de modernos servicios tecnológicos como los "call center" y el transporte terrestre, incluyendo el servicio de transporte por tren, prestado por la empresa ferroviaria. El transporte aéreo presenta un crecimiento de 12.8% reflejo de la actividad de entrada y salida de pasajeros tanto locales como internacionales.

#### **Intermediación financiera:**

Esta categoría en conjunto mostró un decrecimiento de 8.1%, reflejado por el desempeño de la actividad bancaria, la cual disminuyó en 14.4%, afectada por el menor financiamiento a nivel local de la Banca de Licencia General Extranjera.

Entre las actividades que mostraron un rendimiento positivo están las financieras que presentan un favorable comportamiento de 18.0% y la actividad aseguradora que se incrementa en 2.5% por la disminución en el pago de siniestros y un mayor dinamismo en pólizas de accidentes personales, incendio y multiriesgo entre otros.

#### **Actividades inmobiliarias, empresariales y de alquiler:**

Estas actividades en conjunto muestran un crecimiento de 5.1%, debido a un aumento en la demanda de unidades habitacionales y locales comerciales; igualmente, hubo incremento en la actividad de servicios informáticos de 9.0% y otras actividades tales como la publicidad y la jurídica.

**Enseñanza privada:**

El valor agregado por esta actividad evolucionó positivamente en 2.4%, debido al incremento en la matrícula de estudiantes y las nuevas ofertas académicas a nivel de postgrados.

**Actividades de servicios sociales y de salud privado:**

Las actividades económicas relacionadas con la salud, presentaron un crecimiento de 6.6%, principalmente por el incremento de la admisión en hospitales y las actividades de médicos y odontólogos.

Otras actividades comunitarias, sociales y personales de servicios. Estas actividades presentaron un crecimiento global de 8.6%, generado por el mejoramiento del servicio y la ampliación de las actividades de juegos de azar como casinos y otras actividades de esparcimiento.

**Productores de servicios gubernamentales:**

Este sector creció 2.6%, como resultado al el aumento en el número de empleados en algunas entidades gubernamentales

como el Tribunal Electoral, la Universidad Tecnológica de Panamá, así como los jubilados con leyes especiales.

### **Servicios domésticos:**

El incremento fue de 2.0%, como resultado del mayor número de personas empleadas por los hogares en los servicios domésticos (con base en datos de la Encuesta de Hogares, mes de agosto: años 2002-2003).

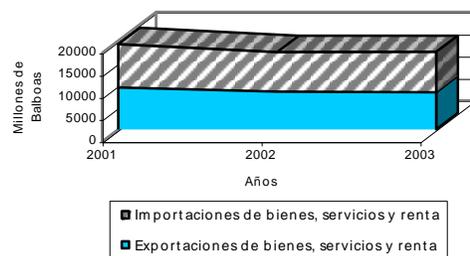
### **Otras actividades:**

Entre otras actividades relevantes, los Servicios de Intermediación Financiera Medidos Indirectamente (SIFMI), presenta una caída de 5.6%, reflejando la reducción del quantum de consumo interno en servicios bancarios realizado por empresas. A su vez, los derechos de importación decrecen en 1.1%, por el menor volumen de bienes gravados provenientes del exterior.

## **BALANZA DE PAGOS DE PANAMA AÑO 2003**

La Cuenta Corriente de la  
Balanza de Pagos de

Gráfica Núm. 2 COMERCIO DE BIENES, SERVICIOS Y RENTA DE LA REPÚBLICA DE PANAMÁ: AÑOS 2001-2003



Panamá registró un déficit de B/.408.0 millones, que comparado con igual periodo de 2002, muestra un aumento de B/.315.7 millones, como resultado de un mayor saldo negativo en la Balanza de Bienes de B/.54.9 millones, en la Balanza de Renta y Transferencias Corrientes de B/.535.9 y B/.8.3 millones, respectivamente, mientras que la Balanza de Servicios registró un saldo favorable superior en B/.283.4 millones.

Las exportaciones nacionales FOB mostraron un crecimiento de 6.9% para el 2003, en comparación al periodo anterior, lo que se traduce como una mayor entrada de divisas al país por B/. 52.2 millones. Cabe mencionar que el primer semestre se registró una contracción en las exportaciones, mientras que para julio-diciembre se registra un crecimiento, principalmente en el último trimestre.

Entre los productos que más se exportaron están el atún, pescado y filete de pescado fresco con 54.5%, debido a una mayor producción y venta con destino a Estados Unidos, España y Japón; la harina y aceite de pescado con 71.0%, por un aumento considerable de los kilos netos exportados con destino a Asia y Europa; la sandía en 65.6%, derivado de mejores precios de venta en el mercado externo (Europa primordialmente); ganado vacuno en pie con 35.1% y el café en 31.5%. No obstante, algunos bienes

presentaron disminuciones como es el caso de los camarones 0.7%, a raíz de las dos vedas que se dieron este año (febrero-marzo y agosto-septiembre) y las larvas de camarones en 44.1%, motivada por una menor demanda de los países de Centroamérica, ya que en la actualidad cuentan con sus propios laboratorios especializados.

Las importaciones FOB nacionales, presentaron un aumento de 1.0% este año, en comparación con el anterior. Parte de este crecimiento se refleja en las compras de equipos y productos utilizados por los Centros de Llamadas (Call Center), así como también al incremento en el valor de la importación de derivados del petróleo en (19.5 por ciento), atribuible al alza de los precios en el mercado internacional durante los últimos meses, causado por la devaluación del dólar estadounidense frente al euro y la libra esterlina.

Por otro lado, las transacciones comerciales realizadas en la Zona Libre de Colón mantuvieron su ritmo decreciente al registrarse disminuciones tanto en sus reexportaciones como en sus importaciones por 7.1 y 10.4%, respectivamente, causado por el proceso recesivo que afectó algunas economías sureñas y centroamericanas en los últimos años, en menor medida en el

2003, ya que en los últimos meses se observa una recuperación en esta Zona.

La balanza de servicios, mostró un comportamiento favorable para el año en estudio alcanzando B/.1,262.6 millones, generados principalmente por los ingresos de turismo, beneficiado por la llegada de más cruceros a puertos panameños y a la celebración de eventos importantes como el Concurso de Miss Universo y el Centenario. También influyó en este auge los servicios portuarios (carga y descarga de contenedores) que crecieron en 24.4 por ciento, al igual que los ingresos por peaje de la Autoridad del Canal de Panamá en 13.9 por ciento, explicado al impulso de la nueva tarifa de peajes y a un mayor volumen de carga transitada. El renglón de los servicios de comunicación creció en 21.3 por ciento, producto de la apertura y consiguiente competencia de los mercados de telefonía de larga distancia internacional.

La balanza de renta incrementó su saldo negativo frente a igual período de 2002 en B/.535.9 millones, ocasionado por los niveles de utilidades obtenidas por las empresas de inversión extranjera, que aunque se generan en nuestra economía, es un compromiso de pago a los inversionistas extranjeros. La renta de la inversión directa extranjera (utilidades) alcanzó B/.711.5 millones, apoyado especialmente por la recuperación de los bancos de licencia

general que registraron B/.279.0 millones de utilidades, en contraste con las pérdidas registradas en el año anterior; y las “otras empresas” que obtuvieron B/.201.9 millones, sustentado principalmente por el crecimiento de las telecomunicaciones, el buen desempeño de algunas empresas del sector eléctrico y los puertos.

La Cuenta de Capital y Financiera presenta un saldo positivo de B/.178.4 millones, derivado de la inversión extranjera que alcanzó B/.791.5 millones, contrario al año anterior que registró poca inversión, producto de las pérdidas asumidas por los bancos de licencia general. Por otro lado, las “otras empresas” lograron aumento en la inversión, promovido por las inversiones realizadas en algunos megaproyectos, entre los que se destacan la ampliación del Puerto de Balboa, Centro Comercial Multicentro y el Proyecto Estí, estas dos últimas concluidas en este período.

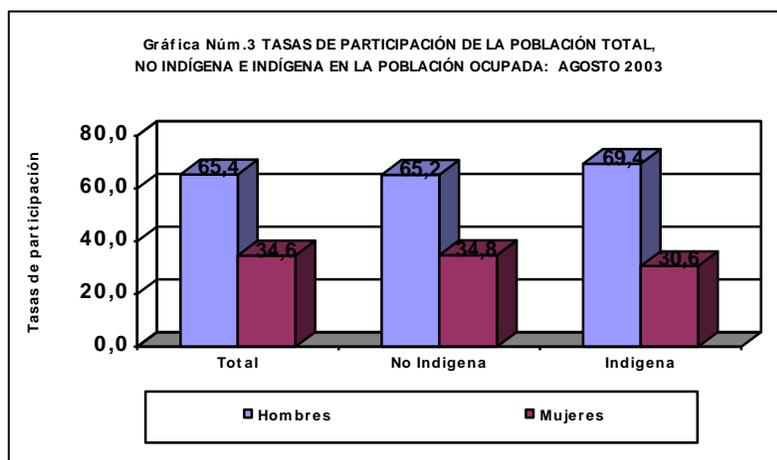
### **SITUACIÓN DEL MERCADO LABORAL: AÑO 2003**

La población total de 15 años de edad y más, asciende a 2,098,900 personas; de este total 1,992, 844 es población no indígena, representando el 94.9% y 106,056 es población indígena, representando el 5.1%. Al comparar estos resultados con los obtenidos en la Encuesta de Hogares del 2002 se observa que

en el año transcurrido la población mayor de 15 años creció a un ritmo de 2.2%, esto es 44,610 personas.

Del incremento en la población de 15 años y más de edad, 30,321 se declaran población económicamente activa (PEA), correspondiendo a la población no indígena 26,242 personas y a la población indígena 4,079.

En la participación en la actividad económica, del total ocupado, los hombres participan en 65.4% y las mujeres en 34.6%. Al comparar



la evolución de este indicador durante el 2003 con respecto al 2002, se observa un leve incremento en la participación de las mujeres en 0.6% y un decrecimiento en igual proporción en la de los hombres.

A nivel de área urbana, la encuesta revela que 1,380,882 personas tienen 15 años y más de edad, lo que significa que en el área

urbana se localiza el 65.8% de la población del país de 15 años y más de edad.

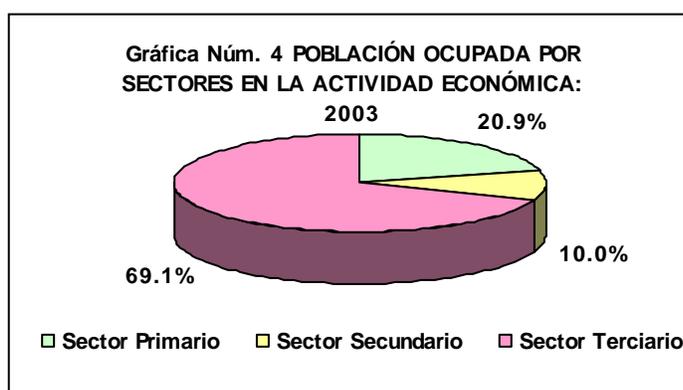
Por otro lado, la información recabada en este periodo sugiere la continuidad del proceso de informalidad que se había detectado en el año 2002.

Los resultados revelan que 1,146,551 personas de 15 años y más están ocupadas; no obstante, es necesario precisar que el incremento de ocupados registrado entre el 2002 y 2003 es de 34,890 personas, lo que representa la mitad del incremento registrado entre 2001 y 2002 (65,944 personas).

La tasa de desocupación a nivel total del 2003 a la fecha refleja una disminución de 0.7 puntos porcentuales; en el período en mención este indicador pasó de 13.5% a 12.8%.

En la población no indígena la tasa de desocupación pasó de 14.1% a 13.4%. En contraposición a ello se observa un incremento de 1.1 punto en la desocupación de la población indígena donde la tasa pasó, durante este mismo período de tiempo, de 1.5% a 2.6%.

Las actividades económicas que incidieron en mayor



grado sobre la disminución del desempleo, con la creación de nuevos puestos de trabajos fueron aquellas relacionadas con la construcción (7,805), hoteles y restaurantes (4,249), el comercio al por mayor y al por menor (4,154) transporte, almacenamiento y comunicaciones (4,063) y administración pública y defensa (4,026). En lo que respecta a las comunicaciones es importante destacar el rol que han tenido los centros de llamadas en la absorción de mano de obra.

Un análisis más detallado de las ramas de actividad económica corrobora esta situación, ya que el mayor número de personas ocupadas están vinculadas a la prestación de algún tipo de servicios o en actividades comerciales. Cobra importancia dentro de la rama de la industria la proliferación de la industria casera; es decir, la elaboración de distintos productos alimenticios (como los de panadería, helados caseros, etc.), la confección de prendas de vestir, la fabricación de productos de molinería (tortillas, empanadas, etc.).

La evaluación de las ocupaciones en las que esta inserta la población ocupada, parecen apuntar hacia la misma dirección ya que las ocupaciones que más han contribuido a incrementar el nivel de ocupación con la creación de nuevos puestos de trabajos son

las ocupaciones de artesanos y trabajadores de la minería, la construcción (11,677); vendedores ambulantes, trabajadores de servicios no clasificados en otros grupos, los obreros y jornaleros (10,154); técnicos y profesionales del nivel medio (4,986), profesionales (4,623); trabajadores de los servicios y vendedores de comercio y mercados (3,855).

De los ocupados el 61.7% indicó estar empleado, el 30% es cuenta propia, el 4.5% es trabajador familiar y el 3% es patrono. De 707,960 personas registradas como empleadas, el 64% corresponde a la empresa privada, el 27% al gobierno y el 9% son empleados de servicios domésticos.

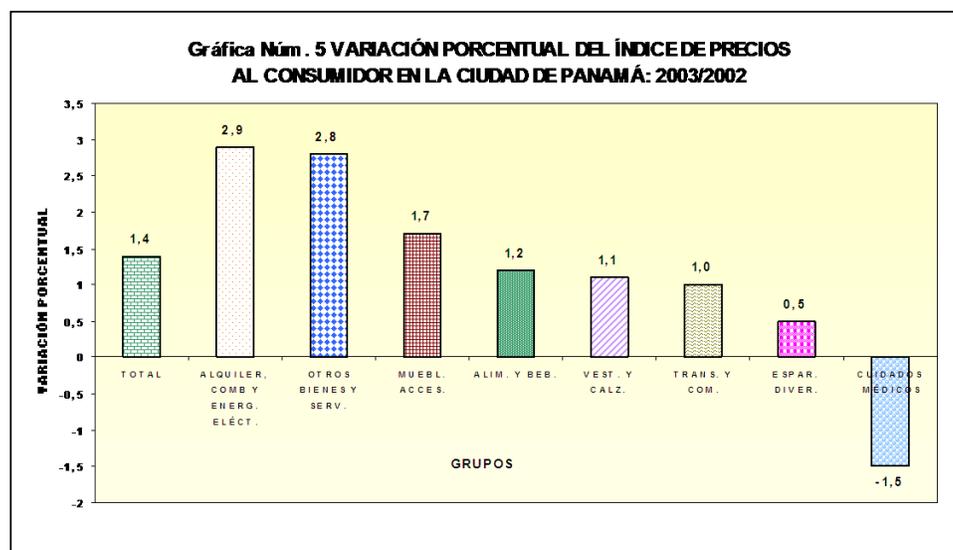
El detalle de esta información se encuentra en el cuadro “Población de 15 y Más Años de Edad en la República, por Sexo, Según Área y Condición de Actividad Económica: Encuesta de Hogares, Agosto 2002 y 2003”, que se encuentra en la sección de anexos de este informe.

### **ÍNDICE DE PRECIOS AL CONSUMIDOR EN LA CIUDAD DE PANAMÁ (IPC). AÑO 2003**

El Índice de Precio al Consumidor (IPC) en la ciudad de Panamá, es un indicador estadístico que refleja variación en el nivel general

de precios de una canasta fija de bienes y servicios representativa de los consumidores.

En cuanto al IPC total del año 2003, se registra un ascenso de 1.4%, por el alza de los grupos de alquileres, combustible y energía eléctrica de 2.9%, otros bienes y servicios de 2.8%; muebles, accesorios, enseres eléctricos y cuidados de la casa de 1.7%; alimentación y bebidas de 1.2%; vestido y calzado de 1.1%; transporte y comunicaciones de 1.0% y esparcimiento, diversiones y servicios culturales de enseñanza de 0.5%. El grupo de cuidados médicos y conservación de la salud registra una caída de 1.5%.



### 3.2.2. Dimensiones, Determinantes e Implicaciones de la Situación Económica.

En Panamá existe una alta desigualdad a pesar de una mediana disponibilidad de recursos, la pobreza permanece alta. Más de un millón de panameños viven en situación de pobreza y por lo tanto no tienen condiciones para satisfacer sus necesidades más básicas. De este grupo poblacional, cerca de 700,000 personas son extremadamente pobres y por lo tanto no poseen los recursos necesarios para atender sus necesidades nutricionales.

Algo es muy claro la pobreza en Panamá no proviene solamente de la falta de trabajo, sino de su baja productividad y dado que este factor lo determinan por un lado, la calificación de la fuerza de trabajo y por el otro, la calidad de los puestos de trabajo, resta investigar, cuál de estos factores es el más importante. Es la baja calidad de los puestos de trabajo y no la baja calificación de la fuerza de trabajo lo que causa el peor desempeño panameño en términos de productividad, lo que hace en consecuencia que el ingreso per cápita sea inferior al ingreso registrado en los demás países.

La baja calidad de los puestos de trabajo es lo que determina que la productividad y el ingreso per. cápita de los pobres panameños sean muy inferiores a los observados para los no pobres. De hecho en Panamá, las diferencias en la calificación explican apenas el 20 % de las diferencias del ingreso entre pobres y no pobres, mientras

que diferencias en la calidad de los puestos de trabajo explican más del 50 % de la misma.

Las implicaciones para la Política Social se traducen en combatir la pobreza mejorando las oportunidades reales de trabajos bien remunerados, dirigidos de manera focalizada hacia estos sectores, integrando de manera óptima el sistema productivo nacional, y valorizando las inversiones en educación y calificación de la mano de obra.

Todo esto en el marco de mejorar el acceso a estos puestos de mejor calidad, mediante la expansión de la demanda por trabajo a través de una mayor tasa de crecimiento y desarrollo económico.

Bajo este panorama, sin duda alguna, la salud se ve deteriorada demandando mejores niveles de atención hacia los grupos más vulnerables: los pobres, mujeres, niños y ancianos que se encuentran en estados deplorables de salud.

### **3.2.3. Las Políticas y Estrategias de Desarrollo Económico y Social del País.**

Las políticas y estrategias de desarrollo económico y social son elementos determinantes en la planificación del Plan Nacional de Salud, es por ello que a continuación expresamos los principales problemas de la sociedad panameña así como sus causas, el

programa económico y social del gobierno nacional propone como objetivos generales:

Fortalecer el crecimiento económico a través de la eficiencia y mayor productividad.

En función de los constantes esfuerzos realizados por los diversos sectores nacionales se puede determinar de los diversos documentos emitidos los siguientes objetivos: La reconversión del sistema educativo, la disminución de las inequidades existentes en la atención de la salud para asegurar mayores niveles de accesibilidad; aumentar la productividad, empleo e ingresos en el sector agropecuario, para mejorar el nivel de vida de la familia rural; desarrollar un programa de inversión permanente focalizado a sectores de mayor pobreza. Apoyo financiero para los grupos de menores ingresos para la adquisición de viviendas adecuadas; mantener el sistema monetario; aumentar los niveles de competitividad y productividad del sistema, reorientado la economía hacia afuera, haciendo más eficiente la actividad privada y redefiniendo el papel del sector público como Facilitador, acelerar la integración del sector agropecuario al mercado internacional. Producir un ahorro en cuenta corriente para poder realizar inversiones, reestructurar el gasto corriente, para darle prioridad al gasto social, desarrollar mecanismos de concesiones para el

financiamiento y realización de obras de infraestructura, desarrollar un proceso de modernización del aparato público.

En el documento “**Desarrollo Social con Eficiencia Económica**” se identifica las principales políticas sociales y económicas:

En materia de política fiscal, la misma se orienta a producir ahorros fiscales, para orientarlos a través de un plan de inversiones públicas eficiente y racional que priorice inversiones sociales focalizado en grupos de extrema pobreza y los requerimientos de infraestructura que el desarrollo nacional requiere.

La política de reforma de la administración pública, se orienta a modernizar los procedimientos y sistemas de gestión para lograr una mayor eficiencia de los servicios públicos. De igual forma se definirá una política de empleo en el sector público, así como el desarrollo de la Carrera Administrativa y la ley general de sueldo.

La política de reestructuración de las empresas públicas, se orienta hacia el logro de una mayor eficiencia de los servicios, para lo cual se propone diversas alternativas, tales como: la reestructuración administrativa, contrato por servicios, otorgamiento de concesiones y la privatización. Todo lo cual requerirá crear organismos reguladores que puedan fiscalizar y normar dichos procesos.

La políticas sobre la deuda externa y en específico orienta a que el cumplimiento de la misma debe enfrentarse considerando que la

prioridad fiscal consiste en atender los problemas sociales y generar ahorros suficientes para las inversiones publicas.

La política sobre la seguridad social en específico en la orientación ha corregir el déficit del programa de jubilación y el Fondo Complementario de los servidores públicos.

En cuanto a política macroeconómica, se contempla un conjunto de acciones orientadas a desarrollar una economía más competitiva.

En materia de política de comercio exterior se formalizara el ingreso al GATT, así como la vinculación a mercados de gran amplitud.

Para el aprovechamiento de las áreas revertidas, la política pública se dirigirá a hacer uso de dichas áreas para fines productivos y lograr un mayor crecimiento económico.

La política agropecuaria orientada sobre todo a la reconversión del sector para hacerlo más competitivo y eficiente mediante el mejoramiento de la capacidad tecnológica, la capacidad de los recursos humanos y la inversión en infraestructura.

La política laboral dirigida a promover mayor empleo y elevar la productividad mediante una nueva legislación laboral.

Política Educativa dirigida a elevar la calidad de los recursos humanos adecuándolos a las necesidades del desarrollo del país.

Política de Salud, que orienta hacia la ampliación de la cobertura de los programas de salud, dando énfasis en el combate de la desnutrición y saneamiento básico, así como en mejorar el acceso y capacidad resolutive de los servicios de salud de manera racional y coordinada.

Política de vivienda, que orienta hacia la búsqueda de reducción de los costos de construcción que permitan satisfacer las demandas de viviendas existentes y el apoyo a los sectores no atendidos por la empresa privada mediante la dotación de lotes, titulación, asistencia técnica y préstamos.

En cuanto al turismo, la política se orienta a desarrollar sobre la base de un plan integral para el desarrollo turístico, la eliminación de obstáculos que dificultan dicha actividad, así como el impulso de obras de infraestructura básica.

La política de transferencia ordenada del canal se orienta hacia asegurar una transición armónica y el manejo eficiente del canal.

Política de Medio Ambiente que orienta ha asegurar mecanismos que garanticen que el desarrollo y crecimiento económico no afecten de manera adversa Los recursos naturales y el medio ambiente.

A partir de estos lineamientos, puede caracterizarse como lo afirma la Secretaria Técnica del Gabinete Social', que "el problema

fundamental a resolver para el desarrollo social de Panamá radica en la pérdida de la relación virtuosa que guardaron la política social y la política económica en las décadas de 1950, 1960 y 1970. La recuperación de dicha relación no puede darse a partir de una prolongación del enfoque redistributivo."

Hoy se impone la necesidad de una política social que atienda al objetivo de equidad, que garantice a todos sus ciudadanos, y en particular a quienes viven en situación de pobreza, el acceso a servicios sociales básicos de la mejor calidad.

En segundo lugar, atienda al objetivo de eficiencia, para lo cual debe culminarse el proceso de modernización técnica de las instituciones del sector social. Esta tarea requerirá entre otras cosas el fortalecimiento y desarrollo, por parte de las instituciones públicas, de las funciones de formación, regulación y supervisión de los servicios que se ofrecen a la población.

Por último se plantea el objetivo de la eficacia de la acción del estado en lo social, siendo la tarea central la promoción y el desarrollo de nuevas formas de participación de la sociedad civil, así como el desarrollo de un proceso de dirección descentralizada y horizontal, que enfatice la búsqueda de mecanismos de coordinación Intersectorial y multisectorial.

## **IV. CONTEXTO DEL SECTOR SALUD**

### **4.1. A NIVEL REGIONAL**

Los diversos países del mundo han presentado en su agenda política el tema de la Salud como un proceso prioritario de su actuar en beneficio de la población.

La reforma del Sector Salud es un proceso el cual muchos países han iniciado desde hace muchos años, a fin de lograr mayor equidad, eficiencia y eficacia en la formulación de sus políticas de salud, la regulación, el financiamiento, la gestión y la provisión de los servicios. Estos procesos van en busca de permitir focalizar y diversificar la oferta, a fin que las instituciones puedan competir entre sí, ofreciendo alternativas a los usuarios.

Los modelos de los Sistemas de la Salud de los diferentes países han analizado que sus modelos están agotados, por lo que los sectores públicos de salud están redefiniendo su rol de rector y regulador a fin de poder desempeñarse en un sistema complejo que requiera intervenciones multisectoriales.

La reforma sectorial que viene dándose a nivel mundial va dirigida hacia una reasignación de funciones que busca el perfil de un nuevo ente rector de la salud y el cual difiere significativamente del rol tradicional de las instituciones de gobierno a fin de optimizar más los recursos y ofrecer servicios en todo el contexto de la calidad.

Para entrar en el contexto de la Salud en el nivel Mundial, presentaremos los diversos acuerdos alcanzados en las diferentes cumbres, conferencias las cuales han formulado iniciativas así como grandes metas o retos a los cuales el Sector Salud se ve avocado en la planificación de sus políticas:

**Metas de los compromisos Internacionales, Nacionales, las Políticas de Desarrollo Social y las Funciones Esenciales de Salud Pública**

A continuación detallaremos los principales compromisos vigentes del Sector Salud acordados a nivel internacional:

**a) Cumbres de las Américas**

El tema de la salud ha sido el centro de los debates celebrados en las tres Cumbres de las Américas en la cual se reúnen Jefes de Estado y de Gobierno de 34 países de la Región. Muchos de los acuerdos Alcanzados han impulsado el programa de salud los cuales han sido apoyados por organismos internacionales como la OPS, El BID, Banco Mundial, El Programa de las Naciones Unidas entre otros.

Entre los acuerdos acordados tenemos la Iniciativa 17: Acceso Equitativo a los Servicios Básicos de Salud del Plan de Acción elaborado en la Cumbre de las Américas celebrada en 1994. En la misma los gobiernos de la Región solicitan los respalden para el desarrollo de un conjunto de servicios básicos de salud dirigidos al desarrollo de acciones para la salud infantil, materna y

reproductiva, la atención prenatal, obstétrica y postnatal, servicios de información de planificación familiar y prevención del VIH/SIDA.

En la iniciativa 18 presentaron su interés en el Fortalecimiento del Papel de la Mujer en la Sociedad y en la Iniciativa 23 sobre la Alianza para la Prevención de la Contaminación.

La OPS lanzó la iniciativa Niños Sanos: meta de 2002, dirigida a prevenir 100,000 defunciones de niños menores de 5 años en las Américas en el año 2002, mediante la Estrategia de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI).

En 1998, se llevó a cabo en Santiago de Chile la Cumbre de las Américas, en la misma se acordó poner en marcha el desarrollo de tecnologías de salud. En respuesta a esta solicitud la OPS lanzó la iniciativa Tecnología de salud uniendo a las Américas a fin de promover el acceso a medicamentos y vacunas de buena calidad, mejores sistemas de información y vigilancia, acceso al agua de mejor calidad, mejor infraestructura de saneamiento y mayor uso de la evaluación de la tecnología.

En el año 2001 se celebró en Québec, Canadá la Cumbre de las Américas en donde el Plan de acción enfocó a la salud como parte integrante del tratamiento de la equidad y la pobreza, sostuvo la importancia de introducir reformas del sector salud orientadas a la equidad, combatir las enfermedades transmisibles

y no transmisible y mejorar la conectividad de la Región por medio de tecnologías de información y comunicación.

### **I. Cumbres Iberoamericanas**

En 1999 se llevó a cabo la Cumbre de Ibero América en la Habana Cuba. En la misma se acordó la situación financiera internacional dentro de una economía mundial y en el 2001 se realizó la Cumbre en Panamá. El tema relevante fue la niñez y la adolescencia

### **II. Cumbre Mundial de la Infancia 1990 Nueva York**

A partir de esta cumbre, Panamá asumió con gran liderazgo los compromisos por el bienestar de la Infancia. Como parte de ello, se formuló el Plan de Acción de Desarrollo Humano, Infancia y Juventud (1992-2000), cuyo compromiso fue el de reducir la magnitud de la pobreza de la población a niveles comprendidos entre 30% a 35%, para fines del siglo XX y se definieron metas sectoriales en alimentación y nutrición, salud, educación, vivienda, desarrollo comunitario y generación de ingreso y menores en circunstancias especialmente difíciles. Este plan fue considerado dentro de las Políticas de los gobiernos y dentro de sus prioridades se destacan los temas a favor de la Desnutrición, Retos de la Educación, Salud, Saneamiento y Seguridad Social, la Familia y Grupos Vulnerables.

### **III. Conferencias de Esposas de Jefes de Estado y de Gobierno**

En 1980 surgió la iniciativa de desarrollar Conferencias de Primeras Damas las cuales se reunieron para abordar problemas sociales de la subregión. Estas conferencias permiten que las primeras Damas de los países intercambien información, ideas y experiencias y logren esfuerzos para proponer soluciones a distintos problemas que presentan sus países. La salud siempre ha sido un tema de mayor relevancia por lo que en su agenda de trabajo las iniciativas en el sector salud han sido fructíferas ya que se han traducido en acciones conjuntas en nombre de los niños pequeños y las mujeres de las Américas.

### **IV. Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing, 1995)**

En esta Conferencia se reafirmaron los compromisos sobre la mujer y la pobreza, la educación y capacitación de la mujer, la mujer y la salud, la violencia contra la mujer, la mujer y los conflictos armados, la mujer y la economía, la mujer en el ejercicio del poder y la adopción de decisiones, mecanismos institucionales para el adelanto de la mujer, los derechos humanos de la mujer, la mujer y los medios de difusión, la mujer y el medio ambiente, y la niña. Los Gobiernos han adoptado medidas para lograr el desarrollo de estos acuerdos y se espera que en el año 2005 se reúnan todas las partes a fin de evaluar los progresos alcanzados.

## **V. Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo 1994 (El Cairo)**

En la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD), participaron 179 países, los cuales suscribieron un conjunto de recomendaciones y metas comunes, que constituyen el Programa de Acción de la CIPD (Naciones Unidas, 1995).

Los acuerdos suscritos consideraron las necesidades y condiciones específicas de la región, en cuanto a las necesidades tanto de hombres como de las mujeres. De esta Conferencia se propuso en 1996 un Plan de Acción Regional (CEPAL-CELADE) cuyas metas específicas a corto plazo son:

- Disminución de la tasa de mortalidad de los niños menores de un año.
- Disminución de la tasa de mortalidad en la niñez.
- Aumento de la esperanza de vida.
- Reducción de la mortalidad materna.
- Reducción de la demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos.
- Acceso universal a la atención primaria de salud, incluida la salud reproductiva.
- Reducción en un 50% de las diferencias de mortalidad infantil, mortalidad materna y demanda insatisfecha de anticonceptivos entre zonas y grupos sociales.

- Conocimiento universal de los métodos anticonceptivos y su fuente de obtención por parte de las personas en edad reproductiva.
- Incorporación e institucionalización de las materias relativas a la población en la educación primaria y media.

Para esta Conferencia Panamá preparó el Informe Nacional sobre Población, que además de describir el contexto demográfico de la República de Panamá, hace alusión al marco de la política de Población, la Planificación y la Programación en nuestro país. Posterior a la Conferencia, Panamá preparó el Plan de Acción Nacional el cual se resume en 18 puntos: y de los cuales presentaremos los concernientes al sector salud.

- Extender la atención primaria de salud y los programas de saneamientos ambiental a toda la población.
- Ampliar la cobertura de los servicios de salud materno infantil y del adolescente, incluyendo la planificación familiar.
- Descentralizar en el ámbito de distrito la toma de decisiones y los recursos.
- Evaluar a nivel social-espacial, la magnitud de los cambios en la estructura por edad de la población, determinando el impacto de los mismos sobre los sistemas de educación,

salud, seguridad social y tomas las medidas que dichos cambios sugieren.

- Mejorar la nutrición de la población, en particular la de los niños, madres y adolescentes.

## **VI. Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social**

En marzo de 1995, 187 países participaron en la Cumbre Mundial sobre el Desarrollo Social realizada en Copenhague, y fue la primera vez que los gobiernos se reunieron a ese alto nivel político, para discutir asuntos de desarrollo social.

Esta Cumbre presentó una lista de diez compromisos considerados elementos cruciales para alcanzar un desarrollo humano sostenible. Los mismos fueron los siguientes:

- Crear un entorno económico, político, social, cultural y jurídico, que permita lograr el desarrollo social.
- Erradicar la pobreza en el mundo.
- Promover el pleno empleo.
- Promover la integración social.
- Lograr la igualdad y la equidad entre la mujer y el hombre.
- Acceso universal y equitativo a una educación de calidad y la atención primaria de la salud.
- Acelerar el desarrollo de África y de los países menos adelantados.
- Velar por que los programas de ajuste estructural incluyan objetivos de desarrollo social.

- Aumentar y utilizar con mayor eficacia los recursos asignados al desarrollo social.
- Fortalecer la cooperación internacional, regional y subregional para el desarrollo social.

## **VII. Diez (10) Metas ( Salud para Todos) SPT-2000**

Estos objetivos esenciales solo son posibles alcanzar introduciendo una serie de cambios en el sector salud y logrando una serie de adelantos en otros sectores. Para asegurar el progreso, tanto económico como social, se precisa de un desarrollo coherente, completo y equilibrado. Las Metas alcanzar son las siguientes:

- La esperanza de vida no habrá de ser inferior a 70 años en ningún país de la región.
- La tasa de mortalidad infantil no habrá de ser superior a 30 defunciones por 1000 nacidos vivos en ningún país de la región.
- La tasa de mortalidad no habrá de ser superior a 2.4 defunciones por 1000 para niños de 1 a 4 años en ningún país de la región.]
- Para 1990 se habrán de prestar servicios de inmunización al 100% de los niños de menores de un año contra las principales enfermedades de la infancia y esa cobertura se mantendrá durante el último decenio del siglo.

- El acceso a los servicios de salud se ampliará al 100% de la población.

### **De las Ocho Metas del Milenio para el Desarrollo Humano.**

**Objetivos del 2015 las concernientes al Sector Salud son las siguientes:**

- **Equidad de Género:** promover la igualdad entre los sexos y la autonomía de la mujer.
- **Mortalidad en la Niñez:** reducir la mortalidad infantil.
- **Salud Materna:** mejorar la salud materna.
- **Malaria y otras enfermedades:** combatir el VIH/SIDA, el Paludismo y otras enfermedades.

## **4.2 EL SISTEMA DE SALUD DENTRO DEL CONTEXTO NACIONAL**

Las Políticas y Estrategias de Salud se fundamentan en las Políticas del Plan de Gobierno del Quinquenio 1999-2004 denominado **“Desarrollo Económico. Social y Financiero con Inversión en el Capital Humano así como en las Políticas y Estrategias para el Desarrollo Social, el Análisis de la Situación de Salud y las grandes Metas del Ministerio de Salud.”**

En 1999 se publicó la Agenda Social 1999-2004, la cual orienta sus acciones hacia la descentralización y desconcentración del Estado, la participación y consulta ciudadana. Plantea la lucha contra la pobreza y el desempleo, los asuntos indígenas, la

ciencia y la tecnología, la educación, la salud y la seguridad social, los acueductos y alcantarillados, la vivienda y el urbanismo, la lucha contra la drogadicción, la situación de la mujer y la familia, entre otros temas.

El principal objetivo de la política en materia de salud es el de Universalizar el acceso a los programas de salud integral y mejorar la calidad del servicio, de manera que se reduzcan las brechas. Las Estrategias Sanitarias apuntan a lograr salud integral, salud en el desarrollo, fortalecimiento del sistema de rectoría de la salud, fortalecimiento de la red de servicios del Sistema Nacional de Salud (SNS), desarrollo de mecanismos que posibiliten la sustentabilidad financiera del SNS, ampliación de la cobertura de los servicios del SNS y protección financiera de la salud de los grupos de población más vulnerables.

En 1997, el Ministerio de Salud fortaleció sus funciones de vigilancia y regulación reestructurándose en dos grandes áreas: Provisión de servicios y vigilancia y regulación, tanto en materia poblacional como ambiental.

La función rectora se orientó al fortalecimiento institucional del Ministerio como autoridad sanitaria nacional, lo que implica el desarrollo de la capacidad de conducción de la política sectorial, la regulación sanitaria, la vigilancia y control del proceso salud-enfermedad, la promoción de la salud, el desarrollo y supervisión de los recursos humanos, y la gerencia administrativa y financiera.

Los objetivos del proceso de reforma se encaminaron hacia el logro de la equidad, eficiencia técnica, administrativa y en las acciones del SNS, calidad en la atención y satisfacción del usuario.

Se introdujeron nuevos modelos de atención y de gestión y se procuró modernizar la red de provisión de servicios al público poniendo énfasis en la descentralización y la autonomía, para garantizar la sustentabilidad y el acceso de la población.

En 1998 se modificó la estructura orgánica y funcional del Ministerio, que pasó de programas verticales por funciones a una estructura matricial por procesos.

En la actualidad, la política nacional es congruente con la reforma del sector y a través de los procesos de transformación que viene desarrollando espera renovar las estrategias de atención primaria para contribuir al desarrollo humano, perfeccionar el marco regulatorio a fin de garantizar la calidad en el sistema, universalizar el acceso a programas y servicios para reducir las brechas, fortalecer la promoción de la salud, impulsar y coordinar acciones para mejorar la nutrición, garantizar ambientes sanos estrechando la vigilancia de factores de riesgo, promover y ejecutar investigaciones y desarrollos tecnológicos,, mejorar la capacidad de respuesta de la red pública de servicios así como la capacidad del sistema de urgencias, fomentar la cultura de

mejoramiento continuo de la calidad, reforzar la gestión, adecuar los procesos y sistemas de gestión, mejorar la eficiencia y efectividad Financieras y concretar un programa de inversiones.

- **Organización Institucional del Sector**

El Sector Salud lo integra un subsector público del sector salud representado por el Ministerio de Salud como rector, que comparte la función de financiación y provisión con la Caja de Seguro Social (CSS), y también incluye al Instituto de Acueductos y Alcantarillados Nacionales (IDAAN). Tanto el Ministerio de Salud como la Caja de Seguro Social cuentan con una estructura administrativa articulada en regiones sanitarias que corresponden generalmente a sendas provincias del país, con excepción de las tres comarcas indígenas y la Provincia de Panamá, que se divide en cuatro regiones. Por mandato constitucional toda la población tiene acceso a los centros de atención del Ministerio de Salud, en tanto que la CSS atiende a la población trabajadora y a sus dependientes y beneficiarios (69% de la población).

El subsector privado está compuesto por las clínicas y hospitales privados, al igual que los consultorios ambulatorios. Alrededor de un 3.9% de la población utiliza estos servicios.

El Ministerio de Salud se estructura en 14 regiones sanitarias. La atención de la salud se ofrece por intermedio de establecimientos proveedores, organizados en redes de distinto grado de capacidad y complejidad resolutive.

Se ha introducido un nuevo modelo de gestión en el Hospital San Miguel Arcángel, institución pública integrada por la CSS y el Ministerio, con aportes financieros de ambos, y que funciona sobre la base de un contrato-programa, o convenio de gestión, que establece costos por servicios prestado y un mecanismo solidario de co-pago que para la población no asegurada, guarda relación con su capacidad económica. La CSS cubre 100% de costos de la población asegurada que se atiende en ese hospital.

- **Legislación Sobre Salud**

El marco legal que rige el accionar del sector salud es el Código Sanitario creado en 1947.

Entre 1997 y 2000 se aprobaron varias leyes relacionadas con la salud, entre las que cabe destacar las que crearon el Patronato del Hospital San Miguel Arcángel y el Patronato del Hospital Santo Tomás, la Ley General sobre las Infecciones de Transmisión Sexual, el VIH y el SIDA, y la Ley Especial de Medicamentos, así como el Decreto Ley 2, “Marco regulatorio e institucional para la prestación de los

servicios de agua potable y alcantarillado sanitario”, dictado en enero de 1997 entre otras.

La ley 53, de noviembre de 1951, fue la primera en enfocar la discapacidad como una esfera de atención particular. Y para una mejor protección de la niñez discapacitada, en 1992 se creó el Consejo Nacional para la Atención Integral al Menor con Discapacidad.

Con el fin de combatir la discriminación de género, la Asamblea Legislativa aprobó la Ley 4, del 29 de enero de 1999, sobre la igualdad de oportunidades para las mujeres, complementaria de la Ley 44 del 12 de agosto de 1995.

Los trabajadores del sector público se rigen por la Ley 8, del 6 de febrero de 1997, que creó el sistema de ahorro y capitalización para los servidores públicos, como alternativa de pensión complementaria, el cual posterior a la fecha sufre algunas modificaciones.

- **Separación Institucional de Funciones**

En el período 1997-1999 el proceso de reorganización del sistema de atención sanitaria apuntaba a un modelo de salud como tuviera como eje principal la participación ciudadana en la producción de salud integral por medio de organizaciones tales como los Comités de Salud, las Juntas de Agua y otras organizaciones comunitarias. Junto

con estos cambios se inició el proceso de la separación de funciones en donde el Ministerio de Salud asumió la función de rectoría y regulación, por un lado procurando financiar los servicios pero por otro delegando su provisión. A fines de 2001 se tendía a la adopción de un modelo por el cual el Ministerio y la Caja de Seguro Social, mediante una organización jurídica del derecho privado denominada Consejo Nacional de Salud (CONSALUD), proveerán por un contrato-programa público los servicios de salud a la población. En ese modelo se prevé separar el financiamiento de la provisión de los servicios. La administración de los recursos financieros del sector destinados a la atención médica se realiza por medio de un ente comprador, y los financiadores se reservan el poder de decisión sobre el objeto y destino de los recursos financieros.

#### ❖ **El sector Privado**

El subsector privado participa en la provisión de servicios de salud a quienes tienen capacidad de pagar, ya sea directamente al proveedor o a través de compañías de seguros privados. Cuenta con una red hospitalaria concentrada en la ciudad de Panamá que administra cinco hospitales, cada uno con más de 100 camas. Las capitales de seis provincias también cuentan con centros hospitalarios privados, con una disponibilidad total de 989 camas.

## ❖ **Acciones de Regulación Sanitaria**

### • **Prestación de Servicios de Salud**

El Ministerio de Salud, en coordinación con otras instituciones del sector, tanto gubernamentales como no gubernamentales, elaboró en 1998 las Normas de Salud Integral para la Población y el Ambiente, para el primer nivel de atención. Estas normas pretenden potenciar los recursos de salud y garantizar una atención integral con activa participación social, con enfoque de género y énfasis importante en la promoción y la prevención, además de la recuperación y rehabilitación de la población y del ambiente.

### • **La Certificación y el Ejercicio de las Profesiones de la Salud**

En la actualidad existen 45 leyes gremiales en las que se definen los escalafones salariales de las diversas categorías de profesionales y técnicos; no obstante, la Ley de Carrera Administrativa es supletoria de todas esas leyes y se aplica a todos los profesionales y técnicos del sector.

En relación con el proceso de reforma y modernización se están operando algunas transformaciones en las instituciones del sector. Así, los profesionales de la salud tendrán que desempeñar otras funciones que requerirán

una capacitación y certificación que los habiliten a ejercer sus tareas profesionales y técnicas con un buen nivel de calidad. En el corto plazo, se planifica implantar los exámenes profesionales como requisito para el libre ejercicio profesional y técnico en el país. El Consejo Técnico de Salud, integrado por funcionarios del Ministerio y representantes de todos los gremios del sector, es el responsable de aprobar y certificar la idoneidad funcional de los profesionales y técnicos de salud.

## **V. POLÍTICAS Y ESTRATEGIAS DE SALUD**

Las Políticas son las líneas estratégicas que orientan y conducen el proceso de una institución. Permite a sus funcionarios, autoridades nacionales, regionales y locales conocer hacia donde debe ir la planificación de los servicios y cuales son las metas esperadas.

Las Políticas y Estrategias que presentamos corresponden al período 2000-2004 las cuales fueron elaboradas con miras a dar respuesta a los principales problemas de salud identificados y permitieron orientar el proceso de planificación de la gestión sanitaria. Las mismas han pasado por un proceso de evaluación de la gestión así como la construcción de los indicadores de cada una de las líneas estratégicas planteadas.

Para su elaboración se consideraron diversos documentos como: Plan de Desarrollo Económico, Social y Financiero con inversión en Capital Humano,

Políticas y Estrategias de Desarrollo Social, Análisis de Situación de Salud y Grandes metas del Ministerio de Salud.

A continuación detallamos las Políticas, Estrategias y Objetivos sin entrar en las metas de cada una de ellas:

### **POLÍTICA 1**

- **Promover un Pacto Nacional por la Salud en torno a la visión de salud que queremos los panameños en el 2020.**
- Estableciendo un consenso sobre las prioridades políticas de desarrollo para la producción de salud de la población y del ambiente y del Sistema Nacional de Salud.
- Orientando la gestión en salud en función de la agenda social.

### **POLITICA 2**

- **Contribuir al desarrollo humano sostenible renovando la estrategia de Atención Primaria.**
- Perfeccionando la reforma del sector salud para desarrollar los principios de equidad, eficiencia, eficacia, solidaridad, participación, calidad, universalidad, integralidad, descentralización y bioética del sistema nacional de salud.
- Articulando la visión de salud integral o biopsicosocial a todas las acciones para el desarrollo socioeconómico de la sociedad y el logro de una mejor calidad y bienestar de vida.

### **POLITICA 3**

- **Perfeccionar el marco regulatorio en salud, como mecanismo que garantiza calidad en el sistema nacional de salud y niveles de protección a la salud de la población y del ambiente.**
  - Perfeccionando políticas, leyes, normas y reglamentos en el campo de la salud
  - Coordinando a nivel sectorial, intersectorial y otros, alrededor de temas prioritarios
  - Fortaleciendo la capacidad del MINSA como rector del Sistema de Salud

#### **POLITICA 4**

- **Universalizar y mejorar el acceso a los programas y servicios de salud integral con niveles óptimos, de manera que se reduzcan las brechas.**
  - Definiendo nuevas formas de financiamiento y de asignación de recursos para la ampliación de la cobertura y mejoras de la calidad.
  - Fortaleciendo la respuesta para transformar la situación de salud de las poblaciones indígenas, rurales pobres y de extrema pobreza.
  - Mejorando el acceso continuo de la población a agua segura, saneamiento y manejo adecuado de residuos.
  - Fomentando la creación de mecanismos institucionales que viabilicen el desarrollo de la igualdad de oportunidades en los programas y servicios de salud.
  - Impulsando las medidas necesarias para lograr el acceso a los medicamentos esenciales a toda la población.

- Controlando las enfermedades inmunoprevenibles.
- Ampliando la cobertura de salud del trabajo a los grupos de trabajadores menos protegidos.

#### **POLITICA 5**

- **Impulsar y coordinar las acciones dirigidas al mejoramiento del estado nutricional de la población panameña.**
- Fortaleciendo las acciones del Plan Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional.

#### **POLITICA 6**

- **Garantizar ambientes más sanos mejorando los sistemas de vigilancia y control de los factores de riesgo a la salud de la población.**
- Propiciando la participación y consulta de los actores sociales en los procesos de vigilancia y control sanitario.
- Perfeccionando el sistema de vigilancia de daños y factores de riesgo a la salud humana, medios laborales y ambiente social.
- Fortaleciendo la función de vigilancia y control del laboratorio central de salud y de la red de laboratorios del minsa.
- Implementando estrategias y la coordinación necesaria para el control efectivo de los riesgos ambientales que afectan a la salud de la población.

#### **POLÍTICA 7**

- **Promover y ejecutar la investigación y desarrollo tecnológico necesario para mejorar la situación de salud en el país.**

- Fortaleciendo la capacidad institucional de orientación, promoción y gestión de la investigación en salud, con el liderazgo de ICGES.
- Organizando el Sistema de Investigación y Desarrollo Tecnológico en salud.

#### **POLITICA 8**

- **Fortalecer la estrategia en promoción de la salud en la búsqueda de mejor calidad de vida, de responsabilidad y participación ciudadana.**
- Desarrollar la promoción de la salud con la finalidad de que la población conozca los riesgos y tome decisiones de autogestión y auto cuidado de su salud, la de su familia, comunidad y ambiente.
- Fortaleciendo la participación, movilización y concertación social en la gestión sanitaria y en las acciones que favorezcan el bienestar y calidad de vida.
- Incrementando el papel y la participación de los medios de comunicación social para el desarrollo de la estrategia de promoción social de la salud.
- Fortaleciendo la capacidad institucional, en el ámbito nacional, regional y local para el desarrollo de técnicas, métodos y contenidos de educación para la salud, participación social y comunicación.

#### **POLITICA 9**

- **Modernizar la red pública de servicios de salud para mejorar su capacidad de respuesta, con una relación costo beneficio sostenible.**

- Priorizando las intervenciones en aquellos problemas de la población de acuerdo al análisis y tendencias de salud definidos.
- Adecuando los modelos de atención integral de la salud con base a las necesidades de la población, de su perfil epidemiológico, de la evidencia científica de las intervenciones y la relación costo-beneficio.
- Reorganizando la red de servicios según niveles de atención y complejidad, articulados por un sistema de referencia y contrarreferencia.
- Descentralizando la gestión de los servicios de salud.
- Mejorando la coordinación interinstitucional entre las instituciones que integran el sector salud, para el desarrollo de intervenciones para la solución de los problemas de salud.

#### **POLITICA 10**

- **Mejorar la capacidad del sistema de urgencia en sus componentes de apoyo logístico y servicio de urgencia en el campo de la población y del ambiente para disminuir las secuelas y muertes así como los factores de riesgo.**
  - Organizando los servicios de pre-hospitalización o emergencia y urgencias médicas.
  - Fortaleciendo la red de contingencias de salud.

#### **POLITICA 11**

- **Fomentar una cultura de mejoramiento continuo de la calidad.**

- Desarrollando de manera continúa la calidad de la atención y satisfacción de los clientes internos y externos mediante el incremento de los niveles de efectividad en las acciones de promoción de la salud, de prevención, recuperación de la salud y rehabilitación de la enfermedad.

### **POLITICA 12**

- **Reforzar la gestión y desarrollo de competencias de las personas en el sistema nacional de salud.**
- Desarrollando políticas y planes de Recursos Humanos de nivel sectorial.
- Impulsando métodos innovadores de desarrollo del personal de salud.
- Mejorando la relación de Gobierno-Gremios de Profesionales de la Salud.

### **POLITICA 13**

- **Adecuar los sistemas y procesos de la gestión en general a criterios de eficacia y transparencia.**
- Fortaleciendo la capacidad operativa de las unidades administrativas y re-estructurando los sistemas administrativos de compras y ventanillas al público.
- Impulsando la información permanente y divulgación pública de los contratos, proyectos; así como la rendición de cuentas sobre aspectos de interés nacional y establecer los mecanismos para la realización de auditorias y monitoreo como garantes de calidad técnica, de gestión y satisfacción de los usuarios.

- Reorganizando el sistema de información de salud que facilite la descentralización de la gestión administrativa y clínica.
- Implementando el sistema de servicios de ingeniería arquitectura y mantenimiento que permita el mantenimiento y operación continua, confiable, eficiente, segura y económica de las estructuras físicas, asistenciales, administrativas y equipos.

#### **POLITICA 14**

- **Mejorar la eficiencia y efectividad financiera en la gestión de los servicios públicos de salud.**
- Variando progresivamente de un modelo de formulación del presupuesto histórico a la formulación del presupuesto con base a resultados y productos esperados.
- Desarrollando una política de focalización del gasto en salud.
- Promoviendo la gestión descentralizada del presupuesto
- Estableciendo una política de eficiencia y eficacia del gasto en salud
- Controlando el endeudamiento.

#### **POLITICA 15**

- **Consolidar un Programa Nacional de Inversiones y Cooperación Técnica para optimizar los recursos del sector público de salud.**
- Promoviendo la eficiencia y eficacia de la inversión en el sector salud.
- Descentralizando la gestión de proyectos de inversiones del sector salud.

- Desarrollando un subsistema de información para el monitoreo de los proyectos de inversión y de cooperación externa.

### **5.1 FUNCIONES ESENCIALES DE SALUD PÚBLICA**

Para efectos de diseñar Un Plan Nacional de Servicios de Salud, se hace necesario conocer los resultados de la evaluación de las Funciones Esenciales de Salud Pública a fin que nos permita promover una visión común. Las Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP) son las condiciones que permiten una mejor práctica de la salud pública. Su definición se sustenta en el concepto de salud pública como acción colectiva del estado y la sociedad civil a fin de proteger y mejorar la salud de los individuos.

En el año 2002, la OPS conjuntamente con la Dirección Nacional de Políticas del Ministerio de Salud, llevaron a cabo un ejercicio de evaluación de las Funciones Esenciales de Salud. . La finalidad era medir el grado de desempeño de las funciones esenciales a través de indicadores y estándares desarrollados, para luego iniciar un proceso que permitiera el cumplimiento de los indicadores esperados.

Para efectos del diseño del Plan Nacional de Salud presentaremos los resultados de está evaluación en ese momento y posteriormente detallaremos cuales han sido los avances de las funciones esenciales dos años después de la evaluación.

#### **Función Esencial N° 1:**

## **Monitoreo, análisis y evaluación de la situación de salud de la población**

### **Indicadores:**

1. Guías de monitoreo y evaluación del estado de salud
2. Evaluación de la calidad de la información
3. Apoyo experto y recursos para el monitoreo y evaluación del estado de salud
4. Soporte tecnológico para el monitoreo y evaluación del estado de salud.
5. Asesoría y apoyo técnico a los niveles subnacionales de salud pública

Los dos primeros indicadores resultaron tener en ese momento el puntaje más bajo, no obstante se reconoció como óptima la capacidad institucional. Esto indicó que el desempeño global de esta función en términos de los resultados logrados, puede interpretarse como un problema de gestión institucional, y no de competencias del personal, ni de recursos e infraestructura. En términos generales se puede concluir que todos los indicadores que valoran esta función están por arriba del nivel medio superior.

Otro punto crítico identificado fue el hecho de que no exista una guía estandarizada para el análisis de la situación de salud en el nivel local. Esta función fue débil porque no se desarrolla un sistema de evaluación de la calidad de información que incluya

opciones metodológicas. También se destacó la no-identificación de las barreras culturales en el acceso a la atención de salud.

Se reconoció el rol que debiera tener la contraloría como instancia coordinadora de las estadísticas, y eventualmente como un ente que pudiera apoyar los procesos de auditoría externa a la calidad de información.

A pesar de que no se cuenta con personal formado con doctorado en epidemiología, se cuenta con personal capacitado en epidemiología y estadística con experiencia y formación a nivel de maestría en salud pública.

Posterior a esta evaluación el MINSA construyó los indicadores de gestión los cuales nos han permitido llevar a cabo la evaluación de la Gestión Sanitaria con miras a desarrollar estrategias que permitan mejorar los indicadores que no son satisfactorios. Estos indicadores están clasificados por resultados, procesos y resultados. Posterior a su construcción se llevó a cabo la validación de los mismos en el nivel local, regional y nacional.

### **Función Esencial N° 2**

#### **Vigilancia de salud pública, investigación y control de riesgos y daños en salud pública**

##### **Indicadores:**

1. Sistema de Vigilancia para identificar amenazas y daños a la salud pública.

2. Capacidades y experticias en epidemiología.
3. Capacidad de los laboratorios de Salud Pública.
4. Capacidad oportuna y efectiva dirigida al control del problema de salud pública.
5. Asesoría y apoyo técnico a los niveles subnacionales de salud pública.

El análisis global, de esta función alcanzó una buena calificación. En él destaca como un área crítica las capacidades y experticia en epidemiología, especialmente con relación a la vigilancia de problemas emergentes para la salud pública (vigilancia alimentaria y ambiente que deben ser integrados a la vigilancia de la salud pública. Se determinó la necesidad de participación de múltiples profesiones y disciplinas que contribuyan al análisis y a las actividades de vigilancia epidemiológica y sanitaria, para mejorar el sistema en su conjunto, así como favorecer la especialización del grupo de trabajo.

Con relación a los laboratorios de salud pública, se presentaron áreas de mayor debilidad en la capacidad de detección oportuna de enfermedades, especialmente las notificables y en las acciones dirigidas a evaluar el cumplimiento de las normativas existentes. En relación a las normativas se señaló que esta no es lo suficientemente clara para el mejor desempeño, solamente existe para algunos problemas específicos priorizados por el país (sarampión y dengue, por mencionar algunos ejemplos). Aparece

como necesario reforzar la vigilancia epidemiológica en problemas de salud no transmisibles. Se ha iniciado un proceso de acreditación en laboratorios sin embargo es necesario mejorar la capacidad de resolución de los laboratorios de la red para la vigilancia de la salud pública, aunque se reconoce que esta capacidad no debe estar concentrada en los laboratorios de salud pública.

Se planteo la necesidad de mejorar la coordinación con otras instancias que apoyen los sistemas de vigilancia, intra sectoriales y extrasectoriales, de manera de obtener información integral y oportuna respecto de amenazas y riesgos para la salud de la población en el ámbito nacional, dada la amplitud de los problemas de salud pública y su diversa causalidad que va mas allá de los enfoques tradicionales de vigilancia de transmisibles.

Por otro lado se encontró debilidad del sistema es la de no contar con indicadores para evaluar condiciones de vida, además de que el sistema de vigilancia no se nutre de un proceso de retroalimentación sistemática.

La ASN cuenta con capacidades y experticias de vigilancia en salud pública, los protocolos que se aplican son autóctonos, se capta el daño y se reporta.

Una característica organizativa del país establece que los médicos de medicina forense se desempeñan bajo la autoridad

del Ministerio de Gobierno y Justicia, por lo cual el énfasis de su desempeño no prioriza en la salud pública.

### **Función Esencial N° 3**

#### **Promoción de la salud.**

##### **Indicadores:**

1. Apoyo a actividades de promoción de la salud, elaboración de normas de intervenciones dirigidas a favorecer conductas y ambientes saludables.
2. Construcción de alianzas sectoriales y extrasectoriales para la promoción de la salud.
3. Planificación y coordinación nacional de las estrategias de información educación y comunicación social para la promoción de la salud.
4. Reorientación de los servicios de salud hacia la promoción.
5. Asesoría y apoyo técnico a los niveles subnacionales para fortalecer las acciones de promoción de salud.

Esta es una de las funciones que comparativamente presentó un desempeño menor. Las principales áreas críticas se refieren a la capacidad de la ASN para la construcción de alianzas (principalmente extrasectoriales) debido a que el Ministerio de Salud no se le reconoce su liderazgo por la totalidad del sector salud y los esfuerzos tendientes a reorientar los servicios de salud

hacia la promoción ya que todavía existe un modelo de atención orientado a lo curativo.

Esto último se explica principalmente por la ausencia de evaluaciones sistemáticas así como la ausencia de sistemas de incentivos para que los servicios de salud incorporen acciones de promoción. Otra área débil se relacionó con la existencia de instancias de información a la población en educación en salud, así como la falta de mecanismos de retroalimentación y evaluación que permitan mejorar las estrategias en marcha, reorganizar los servicios y por ende sus resultados.

En la actualidad el área de Promoción cuenta con el diagnóstico y diseño de la Estrategia de Educación, Comunicación e Información en ITS/VIH/SIDA, la cual está dirigida a estudiantes, padres de familia, comunicadores y docentes, esta iniciativa a permitido conformar grupos multiplicadores en las catorce regiones del país a fin de llevar acciones de promoción en el tema de manera intersectorial y respondiendo de esta manera a un compromiso establecido en el Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Dentro de los lineamientos de este plan se han conformado además las Subcomisiones regionales en el tema de Prevención del Abuso y explotación Sexual en Niños, Niñas y Adolescentes así como contra la Violencia.

Conjuntamente con otras instancias gubernamentales y de la sociedad civil, se han efectuado campañas de prevención contra el VIH/SIDA, el Tabaco y consumo de Drogas.

A través del Proyecto de Educación Ambiental y Seguridad dirigido a la población ubicada en áreas de riesgo, por la presencia de Municiones No detonadas y Explosivos en los Antiguos Polígonos de tiro de Nuevo Emperador, Balboa Oeste y Piña, el Minsa efectuó una serie de talleres a fin de prevenir a la población.

**Función Esencial N° 4:**

**Participación de los ciudadanos en salud**

**Indicadores:**

1. Fortalecimiento del poder de los ciudadanos en la toma de decisiones en salud pública.
2. Fortalecimiento de la participación social en salud.
3. Asesoría y apoyo técnico a los niveles subnacionales para fortalecer la participación social en salud.

El área con mayores fortalezas para el desempeño de esta función, se relacionó con el fortalecimiento del poder de los ciudadanos en salud pública, presentando algunas debilidades con relación a mecanismos de recepción de la opinión ciudadana en salud. Aparecen como áreas críticas los esfuerzos dirigidos a asegurar la participación ciudadana, especialmente en la

definición de metas y objetivos sanitarios, así como la capacidad de la ASN para apoyar a los niveles subnacionales en el desempeño de esta función.

En la actualidad una de las mayores experiencias en la participación social de los ciudadanos en la Salud, se lleva a cabo en el Programa de Paquetes de Atención Integral de Servicios de Salud, a través del Programa de Auditoría Social. El mismo consta en un mecanismo de seguimiento y evaluación a través del cual las comunidades pueden valorar y medir la atención en salud que prestan las Organizaciones Extramuros (organizaciones privadas, cooperativas entre otras) y/o Equipo FOGI en sus comunidades.

**Función Esencial N° 5:**

**Desarrollo de políticas y capacidad institucional de planificación y gestión en salud pública**

**Indicadores:**

1. La definición nacional y subnacional de objetivos en salud pública.
2. Desarrollo, monitoreo y evaluación de las políticas de salud pública.
3. Desarrollo de la capacidad institucional de gestión de los sistemas de salud pública.
4. Gestión de la cooperación internacional en salud pública.
5. Asesoría y apoyo técnico a los niveles subnacionales en desarrollo de políticas, planificación y gestión de la salud pública.

En el perfil de esta función destacó el desempeño óptimo en desarrollo, monitoreo y evaluación de políticas y gestión de la cooperación internacional. Como un área crítica aparece la capacidad de gestión, especialmente en lo referente a la toma de decisiones basada en evidencia y el desarrollo organizacional. Se evidencia una falta de utilización de la información generada por el sector para orientar la toma de decisiones. Se reconocen debilidades en el desarrollo de una cultura organizacional en salud pública y ausencia de indicadores para la evaluación integral del desempeño de la organización. Finalmente se reconoce la necesidad de mejorar los esfuerzos de la ASN para el apoyo de los niveles subnacionales para la planificación y gestión descentralizada, lo que conlleva la ausencia de mecanismos de retroalimentación que permitan detectar las áreas que requieren mejoramiento de la gestión en salud pública.

Otra área crítica en relación a la determinación de objetivos sanitarios, es la falta de participación del sector privado en este proceso y no se visualiza una acción dirigida desde la ASN para su integración. Esto redundaría en que no se incorpora a estos sectores, como posibles aliados en el cumplimiento de las estrategias sanitarias nacionales.

**Función Esencial N° 6:**

**Fortalecimiento de la capacidad Institucional de regulación y fiscalización en salud pública.**

**Indicadores:**

1. Revisión periódica, evaluación y modificación del marco regulatorio.
2. Hacer cumplir la normativa en salud.
3. Conocimientos, habilidades y mecanismos para revisar, perfeccionar y hacer cumplir el marco regulatorio.
4. Asesoría y apoyo técnico a los niveles subnacionales de salud pública en la generación y fiscalización de leyes y reglamentos.

Las deficiencias acusadas en esta función se refirieron a la falta de recursos humanos y financieros para ejercer el papel fiscalizador de la autoridad sanitaria. Se observó debilidades en la capacidad de la ASN para fiscalizar las acciones que realiza todo el sistema, no se supervisan las acciones de fiscalización, no hay incentivos para el cumplimiento de las normas. Todo lo anterior genera la sub-utilización de la autoridad fiscalizadora ya que no existen acciones dirigidas a prevenir la corrupción.

En contraste con la baja capacidad de fiscalizar y hacer cumplir las normas, destaca el buen desempeño de la autoridad sanitaria para realizar las funciones de evaluación y modificación del marco regulatorio.

En la actualidad se han desarrollado disposiciones legales que fortalecen la capacidad de regulación y fiscalización de la Salud Pública, entre las cuales mencionamos las siguientes:

- ❖ Ley 2 de 7 enero de 1997 Decreto Ejecutivo 353, 31 de octubre de 2001 “Marco Regulatorio e Institucional para la Prestación de los Servicios de Agua Potable y Alcantarillado Sanitario.”
- ❖ Resolución de Gabinete No. 15, 28 de marzo 2001 Declara de interés público la Concesión administrativa para la construcción de edificaciones, instalaciones de Equipo y gestión de desechos hospitalarios.
- ❖ Decreto Ejecutivo N° 116, 18 de mayo 2001: Aprueba Manual Nacional para el Manejo de los Desechos Institucionales no Peligrosos.
- ❖ Propuesta conjunta MINSA-CSS, Lineamiento para la Reorganización de la Red Pública de los Servicios de Salud.
- ❖ Elaboración, redacción y edición del documento Lineamiento de Política de Investigación en Salud en Panamá, sobre la base de los insumos obtenidos del Primer Seminario Científico del ICGES, agosto 2000.
- ❖ Estándares de Acreditación de hospitales para la República de Panamá.

**Función Esencial N° 7:**

**Evaluación y promoción del acceso equitativo de la población a los servicios de salud necesarios**

**Indicadores:**

1. Evaluación del acceso a los servicios de salud necesarios.
2. Conocimientos, habilidades y mecanismos para acercar a la población los programas y servicios de salud necesarios.
3. Abogacía y acción para mejorar el acceso a los servicios de salud necesarios.
4. Asesoría y apoyo técnico a los niveles subnacionales de salud pública en materia de promoción de un acceso equitativo a los servicios de salud.

Esta es la de las funciones que presenta el mejor desempeño en el país.

Si bien se identifican las barreras de acceso, la ASN no desarrolla suficientes esfuerzos para reducir estos problemas. Se detectó un leve déficit en la evaluación del acceso a los servicios de salud, especialmente en relación a incorporar las acciones de los prestadores privados y los organismos no gubernamentales. También se presentó déficit en el uso de la evaluación del acceso para el desarrollo de estrategias conducentes a mejorar el sistema.

Es evidente el desempeño óptimo reconocido por el país respecto del esfuerzo de fortalecer la capacidad descentralizada para abordar los problemas de acceso a los servicios.

En la actualidad se cuenta con el Programa de Paquetes de Atención Integral dirigidos a más de 500,000 personas ubicadas en lugares de difícil acceso. El programa tiene la modalidad de

contratación de Organizaciones denominadas extramuros las cuales son contratadas para llevar los servicios de promoción, prevención y atención.

**Función Esencial N° 8:**

**Desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública**

**Indicadores:**

1. Caracterización de la fuerza de trabajo en salud pública.
2. Mejoramiento de la calidad de la fuerza de trabajo.
3. Educación continua y de postgrado en salud pública.
4. Perfeccionamiento de los RRHH para la entrega de servicios apropiados a las características socioculturales de los usuarios.
5. Asesoría y apoyo técnico a los niveles subnacionales en el desarrollo de recursos humanos.

La evaluación fue baja con relación a la existencia de un programa de educación continua, el perfeccionamiento del recurso humano y del apoyo a los niveles subnacionales, para el mejoramiento de la calidad de la fuerza de trabajo.

Existe un manual de cargos pero no se actualiza. En los procesos de nombramiento de cargos no se utiliza el perfil de cargos. Adicionalmente el perfil de cargos no incluye una estimación del crecimiento futuro.

Tampoco se tiene la información en materia de capacidades, para realizar una distribución de los recursos existentes así como un sistema de evaluación de la calidad del recurso humano.

Adicionalmente se identificaron debilidades respecto de las características de contratación del personal, especialmente a nivel central, que genera inestabilidad en los equipos humanos.

Posterior a esta evaluación, se llevó a cabo un proceso de capacitación en relación a las Funciones Esenciales de Salud, se han unificado los programas de formación de Residencias Médicas, se organizaron cursillos de Primeros Auxilios para Asistentes en ejercicio, se capacitaron 134 personas de comunidades de difícil acceso como Ayudantes de Salud a fin de cubrir las instalaciones que permanecían cerradas.

En el tema de Acreditación de Recursos Humanos se aprobó la Ley No. 43 ( 30 de abril de 2003) que regula la práctica profesional de los Médicos Internos y Residentes.; se aprobó el reglamento de médicos Internos y Residentes a través del Decreto Ejecutivo No. 119 del 29 de mayo de 2003. Se aprobaron los programas de Residencias únicas universitarias de las especialidades de Cirugía, Ginecología y Obstetricia, Psiquiatría, Medicina Familiar e Interna, Pediatría, aprobado por el Consejo Académico No. 34 de agosto de 2003.

Bajo la responsabilidad Unidades Docentes Regionales de Salud y de la Dirección Nacional de Políticas se llevó a cabo

capacitaciones en todas las Regiones Sanitarias del país sobre las temáticas de Análisis de Desempeño de los Servicios de Salud. Se levantó el diagnóstico de las necesidades de capacitación en el nivel Central y Regional.

**Función Esencial N° 9:**

**Garantía y mejoramiento de la calidad de los servicios de salud individual y colectiva**

**Indicadores:**

1. Definición de estándares y evaluación para el mejoramiento de la calidad de los servicios de salud individual y colectiva.
2. Mejoría de la satisfacción de los usuarios con los servicios de salud.
3. Sistema de gestión tecnológica y de evaluación de tecnologías en salud para apoyar la toma de decisiones en salud pública.
4. Dar el apoyo técnico a los niveles subnacionales de salud y para asegurar la calidad de los servicios.

Esta función presentó en ese momento un nivel de desempeño bajo ya que no existían estándares de calidad de los servicios. Si bien existen políticas dirigidas al mejoramiento de la calidad de los servicios, estas aún no se implementan.

Los esfuerzos tendientes a la mejoría de la satisfacción usuaria con los servicios es también otra área crítica, especialmente en la participación de los usuarios en la evaluación de los servicios, así

como la ausencia de procesos formales y **periódicos** de evaluación de la satisfacción.

Se presentan mayores fortalezas en relación al apoyo de la ASN a los niveles subnacionales para el desempeño de esta función y se destacan experiencias pilotos positivas en el mejoramiento de la calidad, tales como el Hospital Amigo de los Niños.

Los avances alcanzados posteriores a esta evaluación en referencia a esta función son los siguientes:

- ❖ Desarrollo y aprobación de la estructura organizativa para el ICGES.
- ❖ Desarrollo de las bases de un Sistema de Planificación de la Investigación de Salud.
- ❖ Desarrollo de Seminario Taller para la divulgación de la Tercera Evaluación de los Resultados de la Auditoría de Expedientes 2001.
- ❖ Elaboración de una herramienta de diagnóstico de los sistemas de calidad de las instalaciones de salud de las Provincias.
- ❖ Reformulación y revisión de propuesta de indicadores para medir las políticas de Salud.
- ❖ Colocación en todas las unidades administrativas y de atención a nivel nacional de acrílicos con la misión, visión, valores y derechos de los pacientes.

- ❖ Elaboración de los organigramas y sus manuales de Función en el 71% de los sistemas Regionales de Salud. (Regiones y Hospitales).
- ❖ Elaboración de la guía de Servicios Brindados por el Ministerio de Salud al cliente Externo. Disponible en la página Web del estado.
- ❖ Desarrollo de un Programa de Atención al cliente.
- ❖ Se levantó un diagnóstico de los Sistemas de Calidad en cinco (5) regiones Sanitarias del país.
- ❖ Se llevó a cabo proyectos de Inducción en dos Hospitales Regionales del país.

**Función Esencial N° 10:**

**Investigación esencial para el desarrollo e implementación de soluciones innovadoras en salud pública**

**Indicadores:**

1. Desarrollo de una agenda de investigación en salud pública.
2. Desarrollo de la capacidad institucional de investigación.
3. Asesoría y apoyo técnico para la investigación en los niveles subnacionales de salud pública.

En términos generales, esta función se ve bien calificada, destacándose la fortaleza en el desarrollo de la capacidad institucional para poder realizar investigación, así como la existencia de una agenda nacional de investigación en salud, en

la cual se identifican carencias de información y prioridades de investigación en los diferentes campos de la salud.

En ese momento se efectuaban investigaciones, a pesar de no contar con el financiamiento adecuado, lo que constituía un punto crítico al no estar definidas las posibles fuentes de financiamiento.

Uno de los hallazgos encontrados fue que los resultados de las investigaciones no se utilizan ampliamente, así como tampoco se evalúa el seguimiento de los procesos de investigación.

Se debe fortalecer en los niveles subnacionales el desarrollo y difusión de criterios, guías para la formulación de protocolos de investigación en diferentes áreas de la salud pública, incluyendo el ambiente.

Otra área crítica es la falta de una red de actores que realizan y utilizan los resultados de las investigaciones, tanto en el ámbito de los tomadores de decisiones como de otros actores. Por otra parte se requiere mejorar la articulación con otros sectores que hacen investigación sanitaria y levantar un inventario investigadores vinculados al campo de la salud.

En la actualidad en cumplimiento al desarrollo de la Política de Investigación en Salud, Panamá a logrado fondos a través del préstamo MINSA/ BID para financiar investigaciones que

contribuyan con evidencia científica a la solución de los problemas prioritarios de la salud.

Otros logros de mayor relevancia alcanzados son los siguientes:

- ❖ Designación del Instituto Conmemorativo Gorgas como centro de Referencia de Hantavirus para Centroamérica.
- ❖ Fortalecimiento del laboratorio Multiusuario de Biología Molecular, con tecnología para realizar pruebas de :  
Carga Viral de VIH y Hepatitis C.  
Genotipificación de VIH y secuenciamiento.  
PCR-Elisa para Hepatitis, VIH, TBC, Enterovirus y

Hantavirus entre

otras.

- ❖ Reestructuración y organización del Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud como entidad pública y de interés social, a través de la Ley No. 78 del 17 de diciembre de 2003.

### **Función Esencial N° 11:**

#### **Reducción del impacto de emergencias y desastres en salud**

##### **Indicadores:**

1. Gestión de la reducción del impacto de emergencias y desastres.
2. Desarrollo de normas y lineamientos que apoyen la reducción del impacto de Emergencias y desastres en salud.

3. Coordinación y alianzas con otras agencias y/o instituciones.
4. Asesoría y apoyo técnico a los niveles subnacionales para la reducción del impacto de emergencias y desastres en salud.

El perfil de esta función es la que presentó en ese momento el menor nivel de desempeño. La ASN está formulando un plan nacional de emergencias, y no se cuenta con mapas de riesgos. Adicionalmente se presentó grandes debilidades en la formación de recursos humanos en la materia, especialmente en salud mental, seguridad de alimentos, saneamiento básico, control de vectores, gestión de servicios, simulación de emergencias, etc.

Un área crítica es la falta de un sistema de transporte que permita la acción coordinada del sector frente a emergencias y desastres.

Finalmente se reconoce la máxima debilidad en el apoyo de la ASN para el desempeño descentralizado de esta función, ya que en la práctica no asiste a estos niveles en esta función, los argumentos se refieren a la falta de recursos humanos y financieros.

Acciones desarrolladas posteriores a la ejecución de las Funciones Esenciales de Salud:

- ❖ Fortalecimiento de la capacidad de las regiones de salud en gestión de riesgos y reducción de desastres.
- ❖ Sensibilización y capacitación a los funcionarios de la sede y regiones sanitarias en el tema de gestión de riesgo y organización institucional para enfrentar emergencias y desastres.
- ❖ Seminarios Talleres para la implementación del Sistema Institucional de Salud en Emergencias y Desastres (SISED) en cada región de salud.
- ❖ Capacitación y distribución de roles y funciones a los funcionarios coordinadores de emergencias y gestión de riesgo.
- ❖ Capacitación en elaboración del Plan Nacional Ante Actos Terroristas e Incidentes con Materiales peligrosos.
- ❖ Participación en la elaboración del Plan de Contingencias ante Emergencias Radiológicas.
- ❖ Organización institucional para situaciones de emergencia y desastre a través del SISED.
- ❖ Formación técnica en atención de emergencias cardiacas, traumas y salud mental. cursos de ATLS, cursos de ACLS, cursos de BLS, cursos de PHTLS.
- ❖ Fortalecimiento del Centro de Operaciones de Emergencias (COE) con representación de

funcionarios en las capacitaciones y seminarios con este fin.

- ❖ Formulación del Plan Institucional del MINSA con incorporación de las regiones de salud para la reducción del impacto de emergencias o desastre.
- ❖ Fortalecimiento localmente el sistema de radiocomunicación.

## **VI- ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD**

### **6.1. Principales problemas y condicionantes de la Salud**

#### **Panameña.**

Desde este ángulo presentaremos los principales problemas de salud que condicionan la calidad de vida de la población y de los cuales debemos desarrollar estrategias que nos permita mayores beneficios en las intervenciones.

A continuación se detallan los problemas:

- Como resultado del proceso de desarrollo social y económico surgen problemas sanitarios que afectan la salud, tal es el caso de la contaminación del ambiente físico y social, del agua y del aire, alimentos y otros.
- La estructura de la población está sufriendo cambios que plantea retos para el Sistema Sanitario nacional de salud, por ejemplo se está dando un aumento en los grupos de población en edad productiva así como en la población mayor de 65 años.

- Se mantiene una iniquidad del desarrollo social y económico que se observa en los indicadores demográficos, la expectativa de vida, la mortalidad infantil y el comportamiento de algunos riesgos y patologías prevenibles que afectan a la población panameña.
- Los cambios en el perfil epidemiológicos de la población muestran incrementos de las muertes y traumas por causas externas y enfermedades crónicas y degenerativas., así como enfermedades infecciosas y transmisibles principalmente en las áreas urbano marginales y rurales.
- Existe la aparición y resurgimiento de enfermedades como el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida ( SIDA), del Dengue y de la Tuberculosis, entre otras.
- Aún persisten problemas de salud pública asociados con la dependencias a las drogas, la malnutrición ( desnutrición-obesidad), el tabaquismo y alcoholismo.
- En cuanto a la gestión sanitaria se identifican los siguientes problemas:
  - El incremento progresivo de los costos en los servicios de salud.
  - Aún con los esfuerzos que se han venido dando a través de los Convenios entre el MINSA y la CSS se da la duplicación en la función de la provisión de los servicios, lo que conllevan a mayor gasto y no necesariamente a ofertar servicios de calidad.

## **6.2. Grupos Poblacionales y Factores de Riesgos.**

La pirámide poblacional demuestra una tendencia al envejecimiento gradual. Tenemos que la proporción de los menores de 15 años ha ido disminuyendo aunque no en términos absolutos, a la vez que se ha dado un aumento en la proporción de la población en edad productiva (15-59) y de la población adulta mayor.

Es importante la decisión que se adopte en la organización de los programas ya que esto permitirá ofrecer un sistema de prestación de servicios más consecuente con la realidad.

La organización de programas que se adopte determinará la función de producción del sistema de prestación de servicios y consecuentemente, el papel y la forma de ejercerlos que hayan de asumir los diferentes actores sociales con capacidad de respuestas a las necesidades de salud de la población a la que sirve para formar redes autosuficientes de servicios. Dentro de estas redes se incorporan y relacionan instituciones públicas, asistenciales y de seguridad social, con o sin fines de lucro, en una mezcla público-privada peculiar a cada realidad, que permita integrar por niveles de complejidad y diversificar la oferta, en forma competitiva, ofreciendo un abanico de alternativas a los usuarios de los productos del sistema.

**a- Niños/as Menores de 5 años, Niños/as en edad escolar y adolescentes**

Con respecto a los/las adolescentes, sus propias características psicológicas, es una etapa de la vida compleja y de rápidas transformaciones físicas, psicológicas, sociales y de transición, a la cual se añade la existencia de riesgos específicos provocados por los cambios sociales y del comportamiento (tabaquismo, alcoholismo, drogadicción, enfermedades de transmisión sexual) los cuales requieren medidas específicas de prevención y solución con planes y programas adecuados.

#### **b- Adultos, Adultos Mayores y Gerontes**

Los programas de atención de adultos no siempre desarrollan las acciones educativas que complementen la atención de las patologías y eviten en algunos casos la progresión de la enfermedad o la aparición de complicaciones, al no estar incorporados totalmente los conceptos de atención por problemas, daño residual y calidad de la vida, entre los más importantes.

Por lo tanto, muchas veces se produce una atención al individuo por fuera de su medio ambiente (socioeconómico, cultural, familiar) y lo que es más grave, en ocasiones se atiende solo la patología, lo que atribuye a la desvalorización de la persona y a ignorar los factores ambientales contribuyentes o exacerbantes.

Por otra parte, la atención casi exclusiva por medio de servicios formales y de niveles altos de complejidad, no tiene en cuenta o ignora las posibilidades que brindan la comunidad y las

organizaciones sociales en las acciones de promoción, prevención, recuperación, así como para la rehabilitación, incorporación y reinserción de los adultos enfermos y gerontes en la sociedad.

Dado que en la estructura piramidal este grupo poblacional va en aumento, se presenta mayor prevalencia de las enfermedades crónicas y degenerativas, lo que amerita que el Sistema sanitario se vaya preparando a través de una mayor organización de sus programas para estos grupos vulnerables. Esto conlleva desarrollar una política para el Adulto Mayor en donde más allá de la patología orgánica, se tengan en cuenta los aspectos psicológicos y afectivos de esta población

### **c- Trabajadores/as**

La patología del trabajador/a, generada fundamentalmente por la industrialización y la tecnología, impone severas exigencias para su atención. Estos grupos incluyen adultos, jóvenes, en edad productiva y también niños, los cuales en muchas ocasiones son afectados limitando sus posibilidades de obtener en un futuro una mejor calidad de vida.

Se hace necesario planificar a nivel normativo, estratégico, táctico y operativo los cuatro componentes de la salud laboral, que en países desarrollados como Alemania, su adecuada organización asegura la continuidad en el sector activo al 99 % de

la masa laboral que padece algún tipo de trastorno de origen laboral.

Estos procesos tienen que hacer con la prevención de los factores de riesgo, atención directa del daño para la recuperación de la salud, la rehabilitación del paciente y su reinserción laboral y por último la compensación económica que es motivada por la patología ocupacional.

#### **d- Mujeres**

A los problemas biológicos propios de la mujer se han asociado los que surgen del cambio de su papel dentro de la sociedad y la familia, así como de su necesidad de realización más allá de su función de madre. A esto se suma su necesidad de insertarse en el mercado laboral, lo que trae aparejada la necesidad de respuestas adecuadas con un enfoque integrador que permita abordar no solo los problemas físicos de la mujer sino aquellos que corresponden a su desajuste psicosocial. Estos requerimientos de atención trascienden la capacidad de respuesta de los tradicionales programas de atención materna.

#### **e- Discapacitados/as o personas con discapacidad**

Esta población generalmente tiene pocas posibilidades de acceder a los servicios de salud. Las prestaciones recuperativas para las personas limitadas por trastornos de ceguera y sordera suelen ser casi inexistentes ya que generalmente son personas

de escasos recursos que ni cuentan con beneficio del Seguro social.

Las necesidades especiales derivadas del retardo mental constituyen un vacío en la organización de programas, dejando que sean las posibilidades de las familias las que dicten el tipo de acciones que se pueden conseguir para este grupo.

#### **f- Los Pobres como Grupo en Riesgo**

Por la marginalidad en que estos grupos se encuentran están mayormente expuestos a riesgo de salud ya que su condición económica y la falta de educación en la mayoría de los casos les impiden acceder a servicios de salud.

Otra población incluida dentro de estos grupos son las poblaciones migrantes, que por su condición de pobreza y marginalidad en comunidades de difícil acceso, están limitados a obtener servicios de salud.

Para estos grupos se requiere acciones urgentes, basadas en un compromiso multisectorial, que aborden simultáneamente las áreas deficitarias en la satisfacción de las necesidades básicas y sobre todo que contemplen la apertura de posibilidades para la participación activa de ellos en la gestión de su desarrollo social y económico.

#### **g- Ambiente**

En primer término es necesario prestar más atención a los componentes esenciales del medio ambiente, o sea a los

componentes físicos; abastecimiento de agua, eliminación de excretas, higiene de los alimentos, vivienda y otros, encaminados a controlar los factores ambientales de naturaleza biológica que aún afectan a muchas comunidades y que en algunos casos están en franco deterioro.

De la más alta prioridad son la provisión de agua potable y la eliminación sanitaria de las excretas y las basuras debido al impacto que tienen sobre el perfil epidemiológico, así como por su importancia preponderante como componentes de la calidad de vida. Uno de los problemas que necesita atención, entre muchos otros, es la práctica creciente del uso de aguas servidas para riego de productos vegetales comestibles crudos y otros usos, lo cual es fuente de varias enfermedades, como también la contaminación ambiental, la polución atmosférica los riesgos de tránsito de materiales radioactivos por el y otros temas de interés del medio ambiente.

## **VII- GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA**

### **7.1 Indicadores de Cobertura de Salud Poblacional**

#### **a. Salud Materno Infantil**

Desde 1990 Panamá forma parte del Plan Regional para la Reducción de la Mortalidad propuesto por la OPS .El Plan Nacional de Salud de la Mujer la Madre, la Niñez el Escolar y el Adolescente de 1995-1999 estableció como meta reducir la

mortalidad materna para el año 2000 en un 50% pasando de 71/100,000 a 30.5.

La mortalidad materna en Panamá muestra una tendencia estable en los últimos 20 años con valores que oscilan entre 60 y 80 por 100,000 nacidos vivos. Durante la década de los 90 la tasa, más baja fue de 45.6 en 1993 y la más alta fue de 84/100,000 en 1995. En el año 2002 la tasa de mortalidad materna es de 70/100,000 considerada alta, ya que nos ubica en el grupo de países de la región con cifras entre 49 y 149/100,000. Esto obedece a la falta de equidad en los servicios de salud ya que, así tenemos que la razón promedio en el área urbana es de 42/100,000 mientras que en las áreas rurales la misma es de 84/ 100,000. siendo las áreas regionales de mayor tasa la Comarca Kuna Yala, la Comarca Ngobe Buglé, Bocas del Toro y Darién todas con alta población indígena, migrantes y muy pobres.

En el año 2001, el 89% de las muertes maternas fueron por causal obstétricas directas siendo las causal específicas más frecuentes la hemorragia (23.4%), los trastornos hipertensivos del embarazo (25.5%), la sepsis (12.8%), el aborto (10.6%), causas obstétricas indirectas (10.6%). El 29.4% fueron partos domiciliarios en el 39.1% atendidas en el evento obstétrico por personal no calificado relacionadas a la falta de búsqueda o a la

falta de acceso a servicios con capacidad de resolución de situaciones de emergencia.

En Panamá el 90.2% de los nacimientos ocurre con una atención profesional y el 89.7% de los mismos sucede en una institución de salud, sin embargo existen deficiencias en provincias como Bocas del Toro con un 57%, Darién con 64.2% y Kuna Yala con 62.9%, lo cual se correlaciona con mayores tasas de mortalidad materna. No se ha logrado en estas regiones ofrecer la accesibilidad necesaria a los servicios, ni se dispone de suficientes recursos humanos, ni se ha logrado romper las barreras socioculturales propias de las idiosincrasias de la población, que inciden de modo importante en el problema.

Se han extendido las coberturas de atención de parto institucional de 86.3% en 1990 a 90.2% en el año 2002, siendo el aumento mayor en el área rural en donde aumentó de 75.4 a 79.7%. Con relación a la operación cesárea y su accesibilidad para la población más vulnerable, tenemos que en el hospital general de referencia para la Comarca Ngobe Bugle no se realizan cesáreas y en el hospital de referencia para la comarca Kuna Yala el índice de cesáreas es de 1.3%. En contraste existen hospitales en áreas urbanas, cuyos altos índices de cesáreas oscilan entre el 28 y el 40%, lo que ha motivado modificaciones en las normas a fin de frenar las tendencias al abuso de la intervención.

Las coberturas de control prenatal de las instituciones del Ministerio de Salud alcanzaron en el año 2001 al 81.6% de las embarazadas a lo cual se agrega la cobertura de la Caja del Seguro Social y del sector privado estimándose que la cobertura total de atención prenatal es de alrededor del 90%.

La Comarca Kuna Yala, Darién y la Comarca Ngobe Buglé a pesar de contar con instalaciones de salud, aún no cuentan con cuidados obstétricos integrales que les permita a las mujeres un acceso oportuno a una intervención de emergencia las 24 horas de servicios. El tiempo que se pierde entre el reconocimiento del problemas por parte de la paciente y su familia, la toma de decisión de buscar ayuda el traslado a una instalación sin capacidad de respuesta en caso de emergencia y un segundo traslado a otro nivel de mayor complejidad más lejana aún puede significar la diferencia entre la vida y la muerte de la paciente.

No obstante, el Ministerio de Salud está desarrollando un Programa de Paquetes Básicos de Atención Integral compuesto por 15 actividades de promoción, prevención, atención dirigida a mujeres, niña y población vulnerable. Este programa consta de ocho giras al año y el mismo tiene la finalidad de orientar a la población sobre el cuidado de su salud, del niño(a) lo que a su vez ha generado una demanda a otros niveles de mayor complejidad. Sin embargo, por la característica de esta población,

la misma está ubicada en comunidades muy alejadas unas de otras.

La primera indicación la constituye la rubéola, seguida por los casos de embarazadas con VIH/SIDA, en tercer lugar la Toxoplasmosis, en cuarto lugar Malformaciones Congénitas y Tumores Malignos.

No hay disponible la información exacta de la población necesitada que tiene acceso adecuado a información y servicios de salud reproductiva pues en las zonas de difícil acceso deben considerarse los factores de orden étnicos, culturales y religiosos que influyen en esta situación, en especial entre la población indígena que representa el 8.3% de la población. A nivel de la unidad curricular del sistema escolar existen dentro contenidos relativos a la educación sexual y reproductiva, organizado en la red primaria, clínicas de atención a los adolescentes cuyo énfasis se dirige al tema de salud sexual y reproductiva dentro del marco del Plan nacional de Salud Sexual y Reproductiva.

El Programa de Planificación Familiar se desarrolla de manera integral en toda la red de servicios del país en donde el equipo de salud brinda educación, orientación y atención para la regulación de la fecundidad de manera gratuita o a un costo mínimo. Se dispone en los niveles locales principalmente de métodos orales, dispositivos y espermicidas y en menor escala, el método

hormonal inyectable. Se tramita a nivel local las solicitudes para métodos permanentes, las cuales se realizan en los niveles secundarios y terciarios.

Una de las limitantes importantes para la continuidad de las acciones de salud reproductiva ha sido la limitación de recursos para garantizar al 100% la demanda en planificación familiar; no obstante a nivel local existen organizaciones que apoyan la labor de Salud a través de diversos programas de educación y capacitación dirigidos a poblaciones (adolescentes y mujeres en edad reproductiva) de escasos recursos y los cuales llevan los contenidos de salud sexual y reproductiva con énfasis en la planificación familiar .

Las normas de detección, diagnóstico y tratamiento de las lesiones pre-invasoras del Cuello Uterino implantadas desde 1983, fueron enriquecidas en 1992 con la inclusión de Normas de Patología Cervical y Colposcopia. En 1996 se revisaron y actualizaron estas normas con aspectos relativos a la detección, actualización de la clasificación, los fluogramas de atención y los aspectos de bioseguridad.

En 1995 hubo una cobertura de 35% de la población de 15 años y más, se cuenta con laboratorios de Citología en 11 de las 13 regiones de salud aunque persisten limitaciones en la disponibilidad de Cito tecnólogos a nivel nacional.

La población de mujeres en edad fértil cautiva en los programas de Materno Infantil y Planificación Familiar, han sido las de mayor cobertura en las actividades de prevención y detección del CaCu, lo que se expresa en una reducción de las tasas de incidencia de cáncer cérvico uterino en los grupos de edad menores de 49 años; en los grupos de más edad no cautivas en los programas mencionados, el descenso ha sido menos significativo, según el Informe del Registro Nacional del Cáncer de 1985-1992.

De acuerdo a las estadísticas el 49.6% corresponde a la población femenina. Para el año 2001, la tasa de natalidad es de 23.1/1000, la tasa global de fecundidad es de 2.6 hijos/ mujer En la década de los 90, la tasa de natalidad en el área urbana no disminuyó significativamente; en el área rural presentó un descenso de 29.3 a 25\_5/1000. Las tasas de fecundidad específicas según edad de la madre disminuyeron significativamente en los grupos entre los 20 y 39 años no así entre los grupos en los extremos de la edad fértil La tasa de crecimiento de la población disminuyó durante la década de 20.9 a 18.5/1000 habitantes. Los nacimientos de orden 4 y más disminuyeron durante la década de 26.7 a 22%

De acuerdo a la Encuesta de Niveles de Vida del año 2000 del Banco Mundial, el 37.3% de la población panameña era pobre y el 18.8% se encontraba en pobreza extrema. El 97% de las

personas de las áreas indígenas viven debajo de la línea de pobreza y el 80% en extrema pobreza. Mientras en las áreas no pobres, el nivel de alfabetización era del 97% con un promedio de 9.5 años de instrucción, en áreas indígenas es solo del 62% con un promedio de 3.3 años de instrucción.

El área que presenta las tasas de mortalidad materna más alta es la Comarca Kuna Yala las cuales promedian entre los años 1996 al 2000 una cifra de 520/100,000 producto de entre 2 y 7 casos por año en una población en donde se dan poco más de 1000 nacimientos anuales. En la Comarca no solo las intervenciones del sector son insuficientes para ofrecer atención obstétrica integral, sino que además la idiosincrasia de la población indígena establece barreras difíciles de salvar. A esto se suma, la inaccesibilidad geográfica que representa la dispersión de la población en un archipiélago de 365 islas. Desde el año 2001, un brote epidémico de Malaria por Plasmodium falciparum en la Comarca, ha causado la muerte de varias embarazadas y puérperas, lo cual contribuyó a que la tasa de mortalidad materna aumentara a 600/100,000.

En cuanto a los nacimientos de madres menores de 20 años no mostraron mayor cambio significativo. Para el año 1990 el porcentaje fue del 19.7% y en el año 2001 de 19.2%, correspondiendo casi en total al grupo de 15 a 19 años, mientras que el grupo de 10-14 años no alcanza el 1%. Según la Encuesta

de Calidad de Vida del Ministerio de Economía y Finanzas de 1996 el embarazo precoz afecta a 1 de cada 5 adolescentes de 15-19 años, siendo esta relación de 1 a 4 entre las adolescentes pobres. En los caseríos indígenas el porcentaje de nacimientos en adolescentes es de 23.2%. La mortalidad materna se encuentra entre las primeras cinco causas de muerte en la población de adolescentes de 15 a 19 años.

El aborto es otro de los problemas de salud que contribuye a la mortalidad materna y el cual es difícil contar con cifras reales dado el número de casos de abortos inducidos. Se utilizan métodos directos a indirectos y se ha calculado que por cada muerte materna ocurren entre 130-160 abortos inducidos. En nuestro país esto nos da una estimación de entre 5,070 a 6,240 abortos inducidos estimados para el año de 1999. Las tasas de defunción fetal muestran una tendencia ascendente con un valor en el año de 1990 de 94.5/1000 y para el año 2001 fue de 132.9/1000 registrando un total de 8029 casos.

En cuanto a la prevalencia de la Infección por el VIH/SIDA en embarazadas tenemos que el año 1997 se determinó que el en el Hospital Santo Tomás de un total de 17000 nacimientos, que correspondían al 25% del total de nacimientos en el país, la prevalencia en embarazadas se estimó en 1:400 - 1:600 correspondiendo a entre 30 y 40 casos por año.

La tasa de mortalidad general para el 2000, fue de 4.0 por 1000 habitantes, las principales causas de muerte en la República fueron: Tumores Malignos con una tasa de 61.4 por 100,000 habitantes; Accidentes, Suicidios, Homicidios y otras Violencias 44.3 por 100,000 habitantes, enfermedad Cerebro vascular 42,3 por 100,000 habitantes, Otras Enfermedades Isquémicas del Corazón 37,4, Enfermedades Crónicas de las Vías Respiratorias 20, 7, Diabetes Mellitus 19.0 Ciertas afecciones Originadas en el menor de 1 año 15,7; Enfermedades por Virus de la Inmunodeficiencia Humana I5, 6 y las Neumonías 14, 5 por 100, 000 habitantes.

La mortalidad infantil es uno de los indicadores más utilizados para reflejar las condiciones socio- económicas de la población. En Panamá la mortalidad infantil ha descendido de 1960 que fue de 59.7 muertes por 1000 habitantes a 15.0 por 1000 en el 2000 .La ampliación de la cobertura del programa, la existencia de redes mas extensas de saneamiento ambiental e infraestructura básica y a la expansión de la cobertura del sistema educativo han sido factores determinantes en el descenso de la mortalidad infantil.

Entre las principales causas de muerte del menor de 1 año se encuentran ciertas afecciones originadas en menores de 1 año con tasa de 7.6 por 1000, le siguen las Anomalías Cromosómica,

3, 4 por 1000, Neumonías 0, 7 por 1000, Desnutrición 0,6 por 1000 nacidos vivos.

Con referencia a la tasa de mortalidad de los niños y niñas de 1 a 4 años la misma es de 124.7 por 100,000 habitantes, siendo la **Desnutrición** la que ocupa el primer lugar presentando una tasa de 25.6 seguidos de los Accidentes, lesiones auto infligidas, y otras violencias con tasa de 16, 5 ,. Neumonía con tasa de 16,1 y las infecciones intestinales mal definidas con tasa de 13,6.

La población de 5 a 14 años, representa aproximadamente el 22 por ciento del total de la población y de esta el 97 por ciento se encuentra matriculada en planteles de educación primaria y pre-media. La morbimortalidad de esta población escolar es baja en comparación con otros grupos de población y sus causas son casi todas prevenibles. La tasa de mortalidad en la población de 5 a 9 años fue de 44.9 par 100,000, en tanto que para la población de 10-14 años fue de 35,8. Para el grupo de 5 a 14 años, llama la atención que las causas externas se constituyen en la primera causa de muerte con una tasa de 14,3 por 100.000 hab. , Seguida de los tumores malignos con tasa de 5,3 por 1000,000; al detallar las otras causas se identifican las anomalías congénitas, la infección intestinal mal definida y las deficiencias proteico calóricas con 3.1, 2.6 y 1.7 muertes por 100,000 habitantes.

Entre los grupos de edad de 15 a 19 años sobresalen la muerte por causas externas accidentes, suicidios, homicidios y otras

violencias (4.6) los tumores malignos (0.6) Los adolescentes presentaron un perfil de mortalidad donde los accidentes, suicidios y homicidios y otras violencias aportaron el 42.4 % de la mortalidad total en el grupo de 10 a 14 años, y un 50% en el grupo de 15 a 19 años.

Existen intervenciones que deben profundizarse en el manejo adecuado de la salud reproductiva. Se hace necesario desarrollar programas más agresivos de capacitación a nivel nacional y local en el tema de la salud reproductiva. En la actualidad existen las normas de atención, se ha capacitado a mujeres de comunidades como parteras, se ha capacitado en promoción, prevención y atención a Ayudantes de Salud y en la actualidad la nueva gestión está abriendo 134 puestos de salud que permanecían cerrados por más de 5 a 10 años.

Desde 1991 se mantiene un censo permanente y un Programa de Capacitación de Parteras Tradicionales que ha logrado detectar más de 1,500 parteras y fueron capacitadas hasta 1996 al 56% de ellas con énfasis en atención de parto limpio, atención del recién nacido, identificación de factores de riesgos del embarazo y del parto y referencia oportuna. Una labor importante del Programa es la de Coordinar la Comisión Multidisciplinaria Nacional de Aborto por indicación médica, la cual evalúa las solicitudes de interrupción del embarazo.

**b- Cobertura De Vacunación y Control De La Salud**

Las enfermedades prevenibles por vacuna son objeto de constante monitoreo y vigilancia en todo el país. Se ha logrado así el control y erradicación de la Poliomielitis y desde 1970 no se reportan casos de difteria. Sin embargo, aún se presentan casos de tétanos neonatal procedente de zonas rurales apartadas. Desde 1995 no se registran casos de sarampión, para esta enfermedad, evaluaciones del sistema de vigilancia epidemiológica que opera en el país han certificado que a la fecha no existe evidencia de circulación del virus del sarampión. Aún se presentan casos de tétanos neonatal procedente de zonas rurales apartadas. La tos ferina, continúa presentándose en el país con tasa promedio de 7.8 casos por 100,000 habitantes, en los últimos años el 50% de los casos se presentó en las áreas indígenas de Bocas del Toro.

Las coberturas de vacunación en los menores de un año con DPT, BCG, OPV y antisarampión superan el 95%, en promedio nacional; sin embargo al realizar el análisis de estas coberturas aún existen distritos que se encuentran por debajo del promedio nacional.

Las medidas que han contribuido a alcanzar las coberturas de vacunación del PAI son: el programa permanente de vacunación, las Jornadas Masivas de Vacunación en todo el país, capacitación

al personal, vigilancia epidemiológica de las enfermedades inmunoprevenibles, búsqueda de los inasistentes al programa por el personal de enfermería, los inspectores sanitarios y hay compromiso y apoyo político al programa nacional.

Las medidas que se están utilizando para renovar la estrategia de inmunización son: las evaluaciones de las coberturas de vacunación por distritos en todas las regiones, en algunas comunidades vacunan casa por casa, jornadas de vacunación masivas en todo el país,

### **c- Coberturas de Vacunación en Menores de un año**

Como se indicara anteriormente a nivel nacional las coberturas de vacunación para el período 1998-2000 superan el 95 % (Polio, BCG, Sarampión, DPT). Sin embargo, existen indicios se problemas en los cálculos del dato, por ejemplo se muestra para el año 2000, un 114 % de cobertura para BCG a nivel nacional. Al desagregar por región, Kuna Yala presenta coberturas inferiores al 85% para prácticamente todas las vacunas, excepto la BCG (que es una sola dosis).

En el caso de Veraguas han mejorado en los últimos años sus coberturas de vacunación alcanzando la media del país.

La Cobertura de control de crecimiento y desarrollo en menores de 1 año, en el 2000 fue de 77.20. El control de crecimiento y desarrollo en niños de 1 a 4 años era de 33.70. Ambas coberturas se han reducido en los últimos 3 años.

El Porcentaje de atención adulta fue de 5.40 en el 2000, siendo la más baja en Bocas del Toro.

La cobertura de atención al adulto mayor en el país fue de 5.4 para el 2000, sin variaciones en los últimos 3 años.

El 90.47 % de los nacimientos fueron atendidos por personal calificado en el 2000. La Cobertura de control prenatal para ese año fue de 73.6 %. Esta cobertura se ha reducido en 3 años previos. En Bocas del Toro es donde estos indicadores son más bajos. El Porcentaje de mujeres en edad fértil inmunizadas contra el Tétano, para el 2000 fue 4.90, siendo la más baja en Kuna Yala.

**c- Disponibilidad y accesibilidad a los medicamentos**

El porcentaje de medicamentos esenciales disponibles en establecimientos alejados es de un 40 a un 60%, mientras que el disponible es de un 80% aunque se en su mayoría están en los centros hospitalarios.

En la actualidad se está llevando por parte del Ministerio de Salud la descentralización para la compra de los medicamentos lo cual se espera les permita a las regiones tener un proceso más expedito que le permita a la población acceder a los mismos. Se cuenta con pocos depósitos adecuadamente dotados y con espacios y condiciones suficientes para garantizar el adecuado

almacenaje de estos insumos, se ha proyectado la construcción de un Almacén Central y un Depósito por cada Región de Salud.

Los medicamentos son ofrecidos a sus usuarios a costos bajos aunque mucho de los casos se ofrecen sin costo alguno, especialmente a los niveles de más bajos ingresos.

En cuanto al porcentaje de servicios farmacéutico y de vacunación el Ministerio de Salud y la Caja de Seguro Social cubren poco más de un 70% de la población. El Departamento de Farmacias y Drogas reglamenta el uso de fármacos y autoriza la importación de fármacos y vacunas, se cuenta con una reglamentación y legislación al respecto aunque los mismos deben ser revisados y actualizados periódicamente.

## **7.2 Indicadores de cobertura de salud ambiental**

### **Agua control de vectores, vigilancia veterinaria y control de alimentos**

#### **a- Inspecciones realizadas, construcción de pozos y acueductos**

Las intervenciones sanitarias en el área de la salud ambiental sin duda constituyen elementos importantes en la prevención de factores de riesgo que incidirán en los niveles de salud de la población.

Del total de las inspecciones realizadas a las viviendas el 50 % de ellas fueron realizadas en las regiones de Panamá Metro, Chiriquí y San Miguelito.

De las realizadas a los establecimientos que expenden alimentos un alto porcentaje de ellas fueron en las regiones de Panamá Oeste y Panamá Metro.

Con relación a la construcción de letrinas, pozos y acueductos las cifras no parecen guardar correspondencia con las necesidades nacionales en este rubro. A diferencia de lo que se realizó en cuanto a acueductos en las regiones de Coclé, Herrera, Panamá Metro y Chiriquí

## **7.2.2 Control de vectores, vigilancia veterinaria y control de alimentos**

### **❖ Inspecciones realizadas, construcción de pozos y acueductos**

En el área de salud ambiental se dan una serie de intervenciones sanitarias en la prevención de factores de riesgo para la población.

Para 1996 se diagnosticaron 476 casos de malaria, 451 a **P. vivax** y **25 P. falciparum importadas todas de Colombia estos últimos**; la Malaria en Panamá en los últimos años ha experimentado un franco descenso, principalmente en las áreas s por excelencia como la provincia de Darién (frontera con Colombia) que desde

1993 dejó de ser la mayor productora de casos desde 1957, esta disminución de casos, para el año 1996 fue de 35% en relación con 1995 a nivel nacional.

El Problema malárico de Panamá, se encuentra focalizado en sus áreas fronterizas, tanto de Colombia como de Costa Rica, los que sumados representan al 86% de los casos del país. El *P. falciparum* fue erradicado en Panamá desde 1993 y los casos que se detectan todos son importados principalmente de Colombia. El Ministerio de Salud lleva conjuntamente con Costa Rica un programa denominado el **Cordón Fronterizo**, cuya finalidad es prevenir los brotes que se dan en esta frontera.

La Tasa de Morbilidad malárica en los últimos tres (3) años ha sido de 28.1, 27.7 y 17.8 respectivamente y la incidencia parasitaria anual disminuyó de 0.3 en 1994 y 1995 a 0.2 en 1996.

En relación al Dengue, Panamá desde 1942 no tenía esta enfermedad, en 1993 se detectan los primeros 14 casos, luego de 8 años de lucha contra el vector que re infectó el país en 1985. En el año de 1994 se diagnosticaron 790 casos de Dengue Clásico, 3,084 en 1995 con 3 casos de Dengue Hemorrágico y una

defunción, en 1996, 764 casos; presentando para este año una disminución de 75% en relación con 1995.

La lucha contra el **Aedes Aegypti** ha estado dirigida a la eliminación de criaderos y la participación de la Comunidad como primera opción y el uso de insecticidas como última opción en casos de brotes urbanos de Dengue.

La División de Control de Vectores cuenta con un Programa de Lucha Antivectorial bien estructurado e integrado a los servicios locales, a través del Proyecto Sub-Regional de Malaria. Se capacitó a una gran cantidad de Funcionarios de los Servicios de Salud y de la División en Epidemiología de Malaria y Dengue; se está capacitando a nivel nacional a los funcionarios y dotándolos a cada uno de ellos de las normas. En todas las Regiones de Salud se cuentan con laboratorios que realizan exámenes por malaria y se identifican especies de vectores de interés en Salud Pública.

El Programa de Control de Malaria en nuestro país no ha suspendido en las áreas de alto riesgo el rociado intra-domiciliario con insecticida, el cual impide al vector transmitir la malaria a los habitantes más pobres y desprotegidos. Esta actividad va acompañada de otras medidas de intervención como la eliminación de

grandes colecciones de agua (criaderos) por la misma comunidad y mejoras a las viviendas (mallas para puertas y ventanas), mosquiteros.

El país ha hecho ingentes esfuerzos para proveer de las infraestructuras adecuadas principalmente en las áreas marginadas (puestos de salud), para que las medidas de intervención sean apropiadas y oportunas.

En lo relacionado con Malaria a partir de 1993, se inició un proceso de distribución de medicamentos antimalárico en las diferentes regiones, que se fortaleció en 1995 con cobertura nacional, con la participación de los Epidemiólogos de las Regiones de Salud. La financiación está a cargo del Programa de Malaria de la División de Control de Vectores a través de la OPS/OMS y del Gobierno Nacional a través del presupuesto provee al Programa de Malaria de los medicamentos antimalárica necesarios para el tratamiento a los pacientes y convivientes.

Las acciones de control de alimentos y vigilancia veterinaria se encuentran en un proceso de fortalecimiento ante la imperiosa necesidad de establecer y reforzar las normas y los sistemas de control y vigilancia, que permitan regular de manera eficaz y eficiente estos aspectos. En tal sentido durante

1996 se realizaron 1.933 vacunaciones antirrábica canina en áreas de riesgo, se mantuvieron bajo observación en cuarentena 288 animales menores, entre las acciones de vigilancia y monitoreo se realizaron 1.218 muestras de control de calidad post registro a productos que ya han obtenido sus registros sanitarios, así mismo se realizaron 634 evaluaciones de control especial en sal, agua, vívalos y conservas de pescado importados.

Se atendieron 2.489 solicitudes de registros sanitarios de los cuales se otorgaron un total de 1.909 (77%) y se otorgaron 198 certificaciones de libre venta a productos para la exportación. De igual manera se extendieron 80 certificaciones a 20 plantas procesadoras de productos pesqueros y 11 certificaciones a plantas de alimentos diversos, garantizando la calidad sanitaria de las mismas para la exportación.

En cuanto a la vigilancia veterinaria durante 1996, el Ministerio de Salud, inspeccionó un total de 4.051 establecimientos bajo control sanitario de alto, mediano y bajo riesgo de los cuales el 43% corresponden a establecimientos dedicados al expendio de alimentos y el 15% a granjas lácteas de grado B. Entre las provincias de mayor número de establecimientos

inspeccionados están Chiriquí (28%), Panamá Metro (17%), Panamá Oeste y Veraguas (11 %) y Los Santos (10%). De igual manera se realizaron un total de 4.678 inspecciones a un total de 23 mataderos, se inspeccionaron un total de 34.799.617 animales para el sacrificio, siendo el 98 % aves y se tomaron 19.412 muestras en animales para el sacrificio para el análisis de laboratorio.

#### ❖ Agua Potable y Saneamiento

POBLACIÓN	TOTAL	COBERTURA AGUA POTABLE				POBLACIÓN Sin Conexión			
		Con conexión		Sin Conexión		Fácil acceso		Sin servicio	
		Hab.	%	Hab	%	Hab	%	Hab	%
TOTAL	2,762.220	2,265.14	82.00	497.09	18.00	133.75	4.84	363.34	13.15
URBANO	1,525.140	1,323.12	86.75	202.02	13.25	13.74	0.90	188.28	12.35
RURAL	1,237.090	942.02	76.15	295.07	23.85	120.01	9.70	175.06	14.15

La situación de la salud ambiental en Panamá con respecto al Subsector de Agua y Saneamiento se puede resumir analizando la cobertura de los servicios.

Según el Informe Global 2000 de la Evaluación del Subsector por la OPS-OMS, la cobertura de agua potable en Panamá es la siguiente:

De acuerdo a esta evaluación la cobertura de agua potable en Panamá es de un 82%, siendo el área urbana la que cuenta con mayor cobertura del servicio. Del 18% restante de la población sin conexión a agua potable, el 13.15 no tiene el servicio propiamente dicho y el 4.84 % son de áreas de fácil acceso pero no cuentan con una conexión de agua potable.

Según el Censo del Año 2000, la cobertura de agua potable es la siguiente

Población	TOTAL	COBERTURA DE AGUA POTABLE			POBLACIÓN NO SERVIDA	
		Hab.	Total %	Rural %	Hab.	%
Total	2,855,703	2,542,846	89,04	-	312,587	10.96
URBANO	1,604,823	1,502,114	93,60	-	102,709	6,40
RURAL	1,250,880	1,040,732	-	82,20	210,148	16,80
INDIGENA	217,033	95,915	44,19	7,70	121,118	55,81
NO INDIGENA	1,033,847	944,817	91,39	75,50	89,03	8,61

Fuente: Aguilar y Asociados, SRL. Informe de Avance N°1.

Según Ollé (2002), de los datos del Censo 2000, se encontró que la población de Panamá se agrupa en 11, 548 lugares poblados, de los cuales 11, 367 (98%) son de menos de 1500 hab., y que en éstos últimos hay 4, 176 (37%) lugares en lo que ninguna de las viviendas cuentan con servicio de suministro de agua, y por tanto, demandan la ejecución de obras nuevas para proporcionar este servicio. Dentro de estos poblados los más afectadas son las provincias según tamaño de población Veraguas y Ngobe Bugle, en aquellas poblaciones de hasta 25; de 26 a 99 y 100 a 500 habitantes. En ese orden le siguen las provincias de Colón y

Darién con mayor demanda en poblaciones de hasta 25 habitantes y de 26 a 99; y seguidos la provincias de Chiriquí, Coclé y Bocas del Toro con mayor demanda en las poblaciones de 25 habitantes y de 26 a 99. Las provincias de los Santos, Herrera, Emberá y Kuna Ayala, tienen menor demanda sin servicios de agua potable por tamaño de población, (Ver gráfico de Demanda según Ollé.

Del porcentaje de la población que no cuenta con un sistema de abastecimiento de agua potable, lo hace de alguna otra forma, ya sea pozo sanitario, brocal no protegido, agua de lluvia, pozo superficial, río o quebrada, carro cisterna u otro.

Con relación al acceso a saneamiento la información nacional según el Informe Global de Evaluación 2000 OPS-OMS, es la siguiente:

POBLACIÓN	TOTAL	COBERTURA SANEAMIENTO				POBLACION NO SERVIDA			
		Con conexión		In situ		Sin Conexión		Sin servicio	
		Hab	%	Hab	%	Hab	%	Hab	%
TOTAL	2,762,220	980.33	35.49 %	1,594.85	57.4	1,781.89	64.51	187.04	6.77
URBANO	1,525,140	977.03	64.06	527.55	34.9	548.11	35.94	20.55	1.35
RURAL	1,237,090	3.30	0.27	1,067.30	86.27	1,233.78	99.73	166.49	13.46

Según estos resultados, la cobertura de saneamiento a nivel nacional es de 46,62% y la población no servida de un 35.69%, haciendo un total de 82.3 % de acceso a saneamiento. De estos porcentajes, el 64.06% de la población urbana esta conectada a un sistema de saneamiento y un 34.59% tiene saneamiento in situ ya sea tanques sépticos, etc. de la población rural sólo un 0.27% tiene conexión a alcantarillados y un 86.27% tiene otro tipo de tratamiento (tanque sépticos, letrinas, disposición en ríos). Del total de la población urbana un 35.94% no tiene conexión y un 99.73% de la población rural tampoco cuenta con este servicio.

Según los indicadores de desarrollo sostenible en el libro verde del Banco Mundial 2002, la data para Panamá en comparación con los índices de la Región de Latinoamérica y el Caribe es la siguiente:

AGUA Y SANEAMIENTO	PANAMA	REGION	INGRESO MEDIO
Acceso a saneamiento urbano (%pobl.)	99	87	88
Acceso a Saneamiento áreas rurales (% Pob)	87	48	57
Acceso a una fuente de agua mejorada (% PoB)	87	85	87
Acceso a fuente de agua mejorada rural (Pop%)	86	62	70
Acceso a fuentes de agua mejorada urbana (% Pob urb)	88	93	92

Según este cuadro, la situación de Panamá con respecto al saneamiento urbano en áreas rurales y urbanas es mayor que el

promedio de la Región, lo mismo que el acceso de agua mejorada por % de población en áreas rurales, siendo más bajo para el área urbana.

### **Bahía de Panamá**

El Gobierno de Estados Unidos concedió a la República de Panamá fondos para un estudio complementario del Plan Maestro Consolidado del Programa de Saneamiento de la Ciudad y la Bahía de Panamá. Este estudio tuvo un valor de UDS. \$517,000 y fue realizado por la firma Hazen & Sawyer. Los componentes de este plan son:

1. Sistema de recolección incluye redes de alcantarillado sanitario US\$59,328,000)
2. Sistema de Transporte que incluye estaciones de bombeo y líneas de impulsión ( U.S.\$42,550,000)
3. Plantas de Tratamiento en Juan Díaz (U.S.\$150,000, 000) y otra en Veracruz (U.S.\$ 6,000,000)

El costo del Plan Maestro es de \$352 millones de dólares y su desarrollo se contempla en dos etapas de cinco años cada una a partir del 2004.

El objetivo general del Plan Maestro para el Saneamiento de la Ciudad y Bahía de Panamá, es la elaboración de un programa que contemplase las obras de recolección, el tratamiento y la disposición de las aguas residuales, consistentes con los usos deseados para la Bahía y sus ríos tributarios. Abarca un área

de aproximadamente 350 km<sup>2</sup>, incluyendo todos los corregimientos del Distrito de Panamá, los corregimientos Amelia Denis de Icaza, Mateo Iturralde, Victoriano Lorenzo, José Domingo Espinar y Belisario Porras del Distrito de San Miguelito; y el Corregimiento de Veracruz en Arraiján.

Con respecto a la situación del Subsector, Según el análisis realizado por Ollé (2002), existen una serie de situaciones que afectan su desarrollo. Estos aspectos se resumen en cuatro grandes aspectos: orden institucional y legal; orden organizacional; de tipo económico y social, con relación a la participación de municipios distritales, y la demanda de nuevos servicios de acueductos.

### **VIII. MODELOS DE ATENCION E INSTRUMENTOS DE GESTION**

La reforma del sector salud en Panamá se ha caracterizado por su implantación progresiva, siendo visibles los cambios y logros alcanzados.

La evaluación de las experiencias adquiridas, nos permite identificar algunas debilidades que deberán ser abordadas, para la extensión eficaz de dicha iniciativa a otras Regiones de Salud del país entre ellas: la desactualización de las leyes vigentes, respecto al financiamiento para la provisión de servicios de salud, la falta de una escala de incentivos al buen desempeño de la productividad, la duplicación y riesgo de descoordinación entre el Ministerio de Salud y la Caja de Seguro Social, la desconfianza en la descentralización, la pobre participación social, la persistencia de formas tradicionales de

contratación, mecanismos de recuperación de costos ineficientes y sistemas de referencia y contrarreferencia insatisfactorios, entre otros aspectos.

A partir de las lecciones aprendidas, nuestra visión y esfuerzos deben ser dirigidos preponderantemente hacia la conducción del proceso por líderes sanitarios comprometidos con la reforma del sector, la discusión y consenso sobre el modelo a implementar, mediante el fomento de la participación social y la capacitación y formación del recurso humano en gestión de servicios de salud.

Es válido señalar que al considerar las herramientas o instrumentos disponibles para la mejora continua de la gestión de los servicios, los equipos técnicos deberán desarrollar las habilidades para manejarlos o utilizarlos, de acuerdo a las necesidades y entre las diversas estrategias y opciones disponibles para iniciar o fortalecer los cambios, adecuarlas según las características culturales, el perfil epidemiológico y los recursos disponibles en cada Región de Salud.

Panamá al igual que la mayoría de los países de la Región Latinoamericana, está desarrollando dentro de su agenda política el proceso de Reforma y Modernización del Sector Salud.

Desde 1973 la iniciativa de integración de los servicios de salud en Panamá, **Sistema Integrado de Salud**, con la participación de los dos principales proveedores y financiadores de los servicios de salud pública, el Ministerio de Salud y la Caja del Seguro Social, no se llegó a consolidar totalmente. Sin embargo, ambas instituciones han establecido convenios de coordinación mediante los cuales se norma, que los pacientes de las regiones integradas, serán atendidos indistintamente en todos los establecimientos de la red. Estos

convenios, que aunque no operan con completa fluidez, representan un compromiso para reglamentar la operatividad de ambas instituciones.

En 1994 el Ministerio de Salud, suscribió un préstamo con el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), dirigido a financiar el diseño y los estudios básicos de la Reforma de Salud y para la formulación de una propuesta de un nuevo modelo de atención, el desarrollo de procesos de descentralización y modernización de los sistemas operativos en tres de las trece regiones de salud (actualmente son catorce), para la transferencia gradual y progresiva de responsabilidades, competencias y recursos, mediante la formulación de *convenios de gestión*, que permitirían formalizar y evaluar el proceso y en el Hospital Santo Tomás, el más grande e importante hospital de tercer nivel del Ministerio de Salud.

En 1996 se abordó formalmente el tema de la separación de funciones, cuando el Ministerio de Salud inició la reformulación de las políticas públicas de salud y puso en marcha diversas iniciativas, dirigidas hacia la reforma y modernización del Sistema Nacional de Salud. Ese mismo año se dan los primeros pasos hacia la definición de un nuevo modelo de atención en dos Regiones de Salud de Panamá: la Región de San Miguelito y la Región Metropolitana, que se adapta a las características y particularidades de cada una; este nuevo modelo de atención fue denominado: *Familiar, Comunitario y Ambiental*.

La propuesta oficial de reforma del sector, con sus innovadores conceptos e instrumentos, desencadenó una serie de debates en el escenario de la sociedad civil, en donde gremios y demás grupos organizados, dejaron

sentadas sus dudas respecto a los planteamientos hechos por el gobierno en ese momento.

La discusión se centró en la propuesta mediante la cual, el Ministerio de Salud reduciría su papel como proveedor directo de servicios de salud, fortaleciendo en contrapartida su rol regulador. Esto implicaba, dar cabida para que *entidades no gubernamentales* participaran directamente en la provisión de servicios de salud. En la actualidad existe el programa de los Paquetes Básicos de Atención Integral en donde los que dan la provisión de los servicios en áreas marginadas son las llamadas Organizaciones Extramuros o sea organizaciones gubernamentales.

La transformación del modelo de gestión de los servicios públicos de salud fue otro de los temas incluidos en el debate, al plantearse la introducción de mecanismos que promovieran la competencia, entre proveedores públicos y privados e incentivos económicos vinculados al desempeño y la productividad.

El cambio propuesto en la relación pública-privada se refería concretamente, a la provisión privada de los servicios públicos financiados con fondos del estado.

A partir de este momento surgieron diversas alternativas para la adopción de esquemas, que facilitarían el desarrollo de la compraventa de servicios entre los sectores públicos y privados.

En 1997, el Ministerio de Salud recibió apoyo del Banco Mundial para el financiamiento de estudios, para el desarrollo y reorganización de la red de atención del primer nivel, incluyendo nuevas modalidades de gestión en la Región de San Miguelito.

Luego de múltiples debates y de un análisis sistemático de las iniciativas de se autoriza en 1998 por ley, la creación de la **Coordinadora Nacional de Salud (CONSALUD)**, empresa mixta de utilidad pública a través de la cual, el Ministerio de Salud y la Caja de Seguro Social pueden comprar servicios de atención médica y de salud a proveedores sin fines de lucro en todo el territorio nacional.

Con la creación de CONSALUD, quedó claramente establecida la intención del gobierno, de separar las funciones de financiación, provisión y regulación de los servicios de salud. Lo más significativo de este hecho, es que marca el inicio de la transición de un *modelo segmentado* de servicios hacia un modelo de *contrato público*.

En ese mismo año y como complemento a la creación de un “ente comprador” de servicios de salud, se aprobó y promulgó la ley mediante la cual se estableció, el *Patronato del Hospital San Miguel Arcángel*, con personería jurídica, sin fines de lucro, convirtiéndose con esto, en el primer proveedor autónomo en firmar un contrato con CONSALUD, para la provisión de servicios hospitalarios de segundo nivel de atención y actualmente se mantiene como el único proveedor de servicios hospitalarios, que opera bajo un nuevo modelo de gestión por contrato.

Ambas leyes motivaron pronunciamientos a favor y en contra por parte de amplios sectores del país, más allá de la participación de los gremios tradicionales del sector. Ello implicó un proceso de divulgación, concertación y negociación con grupos organizados de la población, organismos no gubernamentales, sindicales, gremiales y políticos, que posibilitó finalmente

su aprobación en la Asamblea Legislativa. Con estas leyes, el Hospital San Miguel Arcángel dio inicio a su funcionamiento, el 1 de diciembre de 1998 completamente nuevo y equipado.

En el año 2000, siguiendo la iniciativa de reforma y como nueva modalidad de gestión para el Hospital Santo Tomás se crea, el Patronato del Hospital Santo Tomás con el objetivo de administrar, conservar y proteger las instalaciones del complejo hospitalario. Actualmente se encuentra en las primeras fases de su implantación.

- **Marcos Regulatorios y Bases Jurídicas**

En Panamá los modelos de gestión para la provisión de los servicios de salud, parten del reconocimiento de que la salud es un derecho fundamental; la ***Constitución Política de la República***, contempla ciertos derechos fundamentales y establece lineamientos políticos para el desarrollo de las actividades en el sector salud.

Para la operacionalización de estos lineamientos se formulan los planes de gobierno; el ***Plan de Desarrollo Económico Social y Financiero con Inversión en Capital Humano***, del actual gobierno, propone universalizar el acceso a los programas de salud integral y mejorar la calidad de los servicios de manera que se reduzcan las brechas, impulsando un nuevo modelo de salud fuertemente descentralizado y con énfasis en la atención primaria.

Especifica además, que se descentralizarán los servicios en el ámbito regional y se dará mayor autonomía financiera y administrativa a los hospitales y proveedores de salud pública.

Ministerio de Salud en sus ***Políticas y Estrategias de Salud 2000 – 2004***, reconoce también la necesidad de apoyar los procesos de descentralización y autonomía de la gestión de los servicios de las regiones de salud y de establecer los marcos regulatorios que requiera el modelo de gestión de los servicios de salud.

En el marco de la reforma y modernización del sector salud y en aras de impulsar el desarrollo de los procesos de descentralización de las Regiones de Salud, se emitió la resolución Ministerial N° 00058 de 1 de enero de 1995, que señala los siguientes aspectos:

- Distribuir los recursos de salud por Distritos, para constituir los equipos distritales de salud.
- Que los equipos distritales serán responsables de los programas nacionales de salud poblacional y ambiental y del buen funcionamiento nacional de todas las unidades ejecutoras de todos los corregimientos de ese distrito.

Posteriormente se promulga el Resuelto de Gabinete N° 129 de 15 de mayo de 1995, por medio del cual se autoriza la

descentralización administrativa y financiera de las trece Regiones de Salud.

Como resultado de múltiples estudios y análisis de las iniciativas de reformas propuestas se aprobaron dos leyes: la **Ley Nº 27 de 1 de mayo de 1998**, por medio de la cual se crea la **Coordinadora Nacional de la Salud (CONSALUD)**, ente privado de utilidad pública constituido para el financiamiento y compra de servicios de atención a las personas, a través de la cual el Ministerio de Salud y la Caja de Seguro Social pueden comprar servicios de atención médica y de salud a proveedores sin fines de lucro en todo el territorio Nacional, y la **Ley Nº 28 de 11 de mayo de 1998**, por la cual se crea el **Patronato del Hospital San Miguel Arcángel**, un nuevo modelo de administración hospitalaria no pública, regido por la normativa laboral de la empresa privada, con amplia participación social, sin fines de lucro, con personería jurídica de interés público, con patrimonio propio y capacidad legal para ejercer derechos y contraer obligaciones.

**CONSALUD** tiene por objeto principal coordinar la financiación, contratación y provisión de servicios de atención médica y de salud en todo el territorio nacional, a través de contratos programa que celebrará con sus proveedores. Para los efectos de esta ley, y tal como se menciona en la misma, proveedor es la entidad sin fines de lucro que, a través de un contrato programa, celebrado con CONSALUD, presta servicios de salud a la población.

Como otra de las iniciativas de reforma se crea también el ***Patronato del Hospital Santos Tomás***, mediante ***Ley Nº 4 del 10 de abril de 2000***, como entidad de interés público y social sin fines de lucro, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía en su régimen administrativo, económico, financiero y funcional. Este patronato tiene como objetivo administrar, conservar y proteger las instalaciones del complejo hospitalario denominado Hospital Santo Tomás, los bienes que integran su patrimonio y los bienes a él confiados. El patronato se sujetará a los principios de equidad, eficacia, eficiencia, calidad, compromiso, probidad, moralidad, oportunidad, transparencia, productividad, solidaridad y universalidad, en el ejercicio de sus funciones.

## **8.1 Conceptos y funciones de los Modelos de Atención**

### **1. Financiación**

En el ámbito sanitario la *financiación*, se aplica al conjunto de flujos monetarios, que procedentes de fuentes primarias (hogares y empresas) y de fuentes secundarias (el gobierno en todos los niveles y los organismos internacionales) y su acumulación en fondos reales o virtuales (fondos de seguridad social, presupuestos del estado y otros), que se canalizan para ser asignados para la producción de servicios de salud.

La *financiación pública* se caracteriza por estar condicionada a impuestos y cotizaciones obligatorias a la seguridad social y la

*financiación privada* caracterizada por permitir al usuario ejercer su derecho a elegir a su proveedor de servicios de salud, a través de pagos directos a proveedores de servicios y primas de seguros voluntarios de asistencia sanitaria.

## **2. Provisión**

La *provisión* se refiere a la combinación de insumos dentro del proceso de producción, lo que ocurre en una estructura organizativa específica, que conduce a una serie de productos, que a su vez generan resultados.

## **3. Regulación**

La *regulación*, es la intervención pública por la que se establecen las condiciones del mercado de las prestaciones de salud, a objeto de medir y controlar la entrada a dicho mercado, o adecuar el comportamiento, mediante el establecimiento de disposiciones que pretenden la consecución de objetivos de eficiencia y equidad, tratando de influir sobre el proceso de asignación y distribución de los recursos, compensando así las ineficiencias e iniquidades del mercado.

La regulación se aplica, a la consecución de determinados estándares, puede referirse también a la acreditación de servicios de salud como a los ensayos clínicos mediante los que se regula la comercialización de fármacos; abarca todas las funciones de control y vigilancia. Implica el establecimiento e implantación de

normas, monitorear las reglas establecidas, para direccionar las estrategias.

### **3. Contrato Programa**

Un *contrato* es un acuerdo, pacto o convenio entre dos o más partes, en virtud del cual se establecen una serie de derechos y obligaciones, entre los contratantes sobre una materia o cosa determinada, y a cuyo cumplimiento pueden ser obligados.

Un *contrato programa* es un acuerdo o pacto de actividad/ financiación, establecido entre la administración pública y otra entidad, (habitualmente también de naturaleza pública), para preparar la ejecución de toda una serie de realizaciones a las cuales se contribuye con apoyo tecnológico o asistencia financiera. Donde se fijan los objetivos de gestión, provisión de servicios, objetivos de mejora de la calidad y la cuantía de la financiación.

Es un cambio que articula y comporta altos niveles de descentralización, sensibilidad ante las demandas de los ciudadanos y la empresarización de las instalaciones proveedoras de servicios de salud.

Permite actuar en zonas concretas y diversas, adaptando los modelos de atención y características organizativas de cada lugar, lo que favorecerá un aumento de cobertura mediante la asignación de recursos que permita asegurar una sostenibilidad a futuro de las prestaciones ofrecidas.

En síntesis, la incorporación de formas contractuales, como es el caso del contrato programa, constituye un paso decisivo en el cambio de una administración tradicional de corte incrementalista a un sistema de gestión de proveedores de servicios de salud crecientemente descentralizados.

Los términos convenio, acuerdo o compromiso de gestión son utilizados indistintamente, como sinónimos del término contrato programa.

## **IX. PROPUESTA SISTEMA ÚNICO DE SALUD**

El modelo propuesto de servicios es “**Un Sistema Único de Salud**”, considerado como el modelo organizativo que permite que todas las personas del país tengan derecho y acceso a servicios de salud de calidad, eficientes, participativos y desarrollados con equidad. Este modelo centrará la atención de la población a nivel individual, familiar y comunitario, desarrollando actividades de salud integral (promoción, prevención, curación y rehabilitación) según el perfil socioepidemiológico de cada región del país.

Los objetivos que persigue este modelo son:

- ❖ Universalidad de la cobertura y la atención
- ❖ Equidad en la prestación de los servicios
- ❖ Participación social democrática
- ❖ Nuevas formas de financiación
- ❖ Descentralización administrativa, financiera y de gestión, con participación de la comunidad (empresarios, trabajadores, autoridades locales, pensionados y líderes comunitarios)
- ❖ Gestión consolidada de los recursos institucionales (MINSA/CSS)

El sistema Único de Salud estará constituido por dos subsectores: el Subsector Público constituido por el Ministerio de Salud y la Caja de Seguro Social, y el Subsector privado constituido por todas las instituciones de salud de carácter privado.

Los Servicios de Salud del Subsector Público (MINSA y CSS) se integran en una red descentralizada, regionalizada y jerarquizada que ofrece una atención integral y cuenta con la participación de la comunidad. Se establecerán equipos básicos de salud a nivel de la atención ambulatoria, con la finalidad de ofertar servicios de promoción de la salud, prevención, curación y rehabilitación de enfermedades de la población.

Los Servicios del Subsector Privado, serán ofertados a aquel segmento de la población que pueda pagar por los mismos de forma directa o a través de terceros, así como a aquellos pacientes que siendo atendidos en el Subsector Público, dichos servicios no existan o los costos de producción en el subsector privado sean más eficientes.

Este modelo pretende un ordenamiento sanitario eficiente, donde el protagonista principal es el (la) ciudadano (o) que se posiciona como eje central del mismo.

Para conformar el Subsector Público de este Sistema Único de Salud en Panamá, se deberán dar los siguientes pasos:

- ❖ Revisar y actualizar la Ley General de Salud y otras relacionadas con el sector salud.
- ❖ Revisar y actualizar la Ley Orgánica de la Caja de Seguro Social.
- ❖ Implementar el modelo de Atención y de Gestión que el Sistema desarrollará.

- ❖ Identificar y definir las fuentes de financiamiento del sistema en función de las responsabilidades que cada institución tiene sobre su segmento de población bajo su responsabilidad.
- ❖ Realizar un inventario de todos los recursos existentes (humanos, físicos, financieros y tecnológicos) de ambas instituciones.
- ❖ Establecer los indicadores de gestión y de calidad con miras a medir la eficiencia y eficacia de los distintos procesos.
- ❖ Definir y delimitar los compromisos de los proveedores públicos y privados en la prestación de los servicios.
- ❖ Crear los Servicios Regionales de Salud
- ❖ Conformar los Consejos de Gestión Provinciales.
- ❖ Homologar técnica y administrativamente las Regiones Sanitarias de ambas instituciones.
- ❖ Incorporar en el proceso de cambio de todos los actores sociales.

La conformación antes mencionada nos permitirá eliminar la duplicidad de los servicios de salud del actual sistema que está afectando no solamente la calidad de la atención que se le brinda a la población que accede a ellos, sino que también afecta la equidad de los mismos al encarecer sus costos de producción, limitando el acceso a dichos servicios a nivel de los segmentos de población más vulnerables y marginados. (población rural, indígenas, materno infantil, discapacitados y otros).

Nuestra propuesta es que los servicios de salud en lo que corresponde a su planificación y control sea una responsabilidad compartida entre el nivel nacional y el Regional. La gestión y la ejecución presupuestaria será responsabilidad de los Servicios Regionales de Salud. Los mismos serán los

responsables de gestionar el subsector público de salud del Sistema Único de Salud propuesto (MINSA/CSS), con un modelo de gestión descentralizado conforme a la división política del estado.

Los equipos básicos de salud dependerán normativamente del nivel nacional, técnicamente del nivel regional y operativamente del nivel local. Los mismos estarán conformados por un médico general, una enfermera y/o auxiliar de enfermería, y un odontólogo de acuerdo a la disponibilidad del recurso. Serán apoyados por las especialidades básicas (Pediatría, Ginecología y Psiquiatría) las cuales estarán ubicadas en función de la organización de áreas sanitarias de la región y funcionarán a través de programas de rotación según las necesidades de la demanda.

Este modelo pretende que todas las personas que residan dentro del territorio panameño queden cubiertas dentro de un Sistema Único de Salud. El Gobierno Nacional, la CSS, las Aseguradoras Privadas y los ciudadanos serán los que financien la prestación de los servicios a la población.

En este modelo, el Gobierno nacional, a través del MINSA ejercerá su función de regulador del sistema y además, comprador de servicios de salud para la población no asegurada. La Caja de Seguro Social ejercerá su función de financiador, al comprar los servicios para sus afiliados en cada una de las regiones sanitarias del país. Ambas instituciones ejercerán su rol como fiscalizadores.

En el Sistema Único de Salud, el MINSA y la CSS en cada región, serán los responsables de comprar los servicios de salud a el Sistema Regional de Salud, a través de modalidades de gestión público-público, público-privado, utilizando los mecanismos jurídicos que la Ley autorice.

A nivel de las Regiones, se creará el Servicio Regional de Salud, el cual dependerá de un Consejo Regional.

## **RESPONSABILIDADES A NIVEL CENTRAL**

Ejercer la rectoría del Sistema Único de Salud a través del MINSA.

- ❖ Formular las políticas, normas, lineamientos y estrategias del sector salud así como el Plan Nacional de Salud
- ❖ Formular un plan de formación de los recursos humanos sobre la base de las necesidades priorizadas por las regiones sanitarias del país.
- ❖ Normas, controlar y fiscalizar la importación, la producción, comercialización y utilización de productos farmacéuticos y otros productos y sustancias de interés para la salud así como de los equipos y otros insumos sanitarios.
- ❖ Ejercer la función de Auditoría Sanitaria.
- ❖ Monitorear y evaluar que ambas instituciones (MINSA-CSS) financien la población que le corresponde sobre la base de una cartera de servicios definida y de acuerdo a unos indicadores de calidad y de gestión establecidos.
- ❖ Normas, evaluar y reevaluar las solicitudes de cooperación externa presentadas por las regiones para la realización de proyectos específicos de salud.
- ❖ Monitorear y evaluar los procesos y resultados de las diferentes modalidades de gestión de los servicios establecidos entre las instituciones financiadoras y el servicio regional de salud.
- ❖ Agilizar la disposición oportuna los recursos financieros a la Regiones a fin de que puedan disponer de los mismos para la realización de los proyectos, programas y actividades incluyendo mecanismos de incentivos por calidad y productividad.
- ❖ Normas, vigilar y evaluar el desarrollo de los programas de salud.

- ❖ Fomentar el desarrollo de la investigación científica y el desarrollo tecnológico del sector.
- ❖ Normar, vigilar y evaluar los programas de vigilancia y control de los factores de riesgo ambientales que afecta la salud de la población.
- ❖ Normar e implementar un sistema estadístico de la región.
- ❖ Desarrollar un sistema integrado de información
- ❖ Normar las diferentes modalidades de gestión de los compradores y proveedores de los mismos.
- ❖ Evaluar las diferentes modalidades de gestión de los servicios.
- ❖ Consolidar y gestionar la aprobación del presupuesto para el Sistema Único de Salud.
- ❖ Supervisar y fiscalizar la eficiencia en la utilización de los recursos asignados al funcionamiento del Sistema Único de Salud.

#### **RESPONSABILIDADES A NIVEL REGIONAL**

- ❖ Implementar las Políticas, normas, lineamientos y Estrategias formuladas por el nivel central en cada región de salud del sector salud.
- ❖ Formular y ejecutar el plan estratégico regional
- ❖ Proponer los contenidos que deberán tener las diferentes modalidades de gestión a nivel regional sobre la base de la cartera de servicios de salud técnicamente establecido de acuerdo al perfil socio epidemiológico regional.
- ❖ Negociar e Implementar la modalidad de gestión que se desarrolle a nivel de cada instalación y área de salud.
- ❖ Proporcionar asesorías gerenciales para el desarrollo y/o fortalecimiento de los procesos de gestión para la provisión de los servicios en cada instalación y área de salud.
- ❖ Fortalecer la capacidad operativa y resolutive de la Red de Servicios
- ❖ Planificar la asignación y utilización de los recursos humanos y desarrollar un programa de gestión y desarrollo de recursos humanos en la región.

- ❖ Implementar los programas relacionados con la salud ambiental.

### **CONSEJO REGIONAL DE SALUD**

- Es la estructura administrativa responsable de velar por la adecuada implementación de las Políticas, normas, lineamientos y estrategias establecidas por el nivel central para el funcionamiento del Sistema Único de Salud.
- Aprueba y supervisa la ejecución del presupuesto establecido de acuerdo a las diferentes modalidades de gestión para la provisión de servicios en cada instalación y área de salud de la región.
- Nombre y remueve al Director Regional. El nombramiento del Director Regional será en base a un concurso llenando un perfil establecido en donde se establezcan sus funciones así como las causales de remoción.
- Velar porque a nivel de la diferentes modalidades de gestión que se implementen se contemplen los siguientes aspectos:
  - ❖ Atención al usuario
  - ❖ Gestión de la producción asistencial.
  - ❖ Docencia e investigación
  - ❖ Gestión de los recursos humanos
  - ❖ Gestión económica
  - ❖ Inversiones
  - ❖ Financiación
  - ❖ Sistema de Información

El Consejo Regional de Salud estará conformado por:

- ❖ Autoridades Regionales

- ❖ Usuarios de los servicios
- ❖ Trabajadores organizados
- ❖ Compradores de servicios (MINSA/CSS)
- ❖ Grupos organizados de la sociedad civil en la Región.

Líneas principales propuestas del Contrato-Programa.

### **Presupuesto**

El presupuesto del Sistema Único de Salud será desconcentrado a nivel de cada Región, en donde estará plenamente establecida la separación de las funciones de rectoría, financiamiento, compra y provisión de servicios de salud. El sistema Regional recibirá su presupuesto de ambas instituciones (MINSA/CSS) de acuerdo a la población bajo su área de responsabilidad su perfil socio epidemiológico, la cartera de servicios ofertada, y el nivel e complejidad de la red. Para ello, este presupuesto deberá ir ligado de acuerdo al modelo de gestión que tendrá como objetivo el mejoramiento de la productividad, la oportunidad y la calidad de servicios prestados a la población.

La propuesta se basará en la formulación del presupuesto por productos y resultados en donde los proveedores (MINSA/CSS) ofertarán los servicios con máxima calidad y al menor costo.

### **Control y Medición**

- ❖ Diseño y utilización de un solo Sistema Estadístico y financiero contable.
- ❖ Establecimiento de Indicadores de gestión y de Calidad que les permita la toma de decisiones, análisis y soluciones de situaciones.
- ❖ Elaboración y aplicación de encuestas a los usuarios a fin de determinar el grado de satisfacción y de calidad que les ofrecen a través de los servicios.
- ❖ Establecimiento de los estándares de gestión y de calidad.

## CONCLUSIONES

1. La República de Panamá posee niveles de salud y de esperanza de vida entre los mejores de la América Latina producto de los esfuerzos que las autoridades de salud e conjunción con las comunidades han hecho en las últimas décadas.
2. Los programas que más impacto han tenido en dicho mejoramiento son el materno infantil, salud ambiental, prevención de enfermedades transmisibles a través de inmunizaciones, así como una amplia extensión de cobertura y acceso a servicios de salud.
3. Todo ello ha dado como resultado un importante cambio en el perfil socio epidemiológico de la población panameña en la que pasamos de una predominancia de las enfermedades transmisibles a una de las enfermedades no transmisibles y crónicas asociadas fundamentalmente a hábitos y estilos de vida no saludables llegando a tener un perfil similar a los países desarrollados.
4. Las enfermedades prevalentes actuales asociadas también al envejecimiento de la población, demandan servicios de atención más complejos, con mayor uso de tecnología, costosos y continuos, que consumen el mayor porcentaje del presupuesto asignado al sector en detrimento de los programas de promoción de la salud y prevención de enfermedades.

5. El subsector público de Salud constituido por el MINSA (Ministerio de Salud) y la CSS (Caja de Seguro Social) a pesar de que han tenido un desarrollo importante de la infraestructura de servicios que prestan a la población, estos se han hecho de manera no coordinada, duplicando en muchas ocasiones los mismos y con directrices de política de salud no convergente, lo que en muchas ocasiones se ha catalogado como una directriz bicefálica.
6. Aún existen en el país sectores importantes que no tienen acceso o los tienen muy limitados a los servicios de salud debido a las incongruencias e inconsistencias arriba señaladas lo que hace que identifiquemos a inicio del siglo XXI la existencia de dos clases de panameños: Los que tienen acceso amplio a los servicios de salud y los que lo tienen limitados o no lo tienen.
7. No obstante las dificultades mencionadas el sector salud de Panamá tiene un financiamiento que llega al 8.5% de PIB el cual es uno de los más elevados de la América Latina, sin embargo los niveles de satisfacción del usuario y el impacto positivo en salud deja mucho que desear debido a las ineficiencias antes mencionadas.
8. El actual modelo de financiación, gestión y provisión de servicios de salud en Panamá es objeto permanente de críticas y manifestaciones de insatisfacción por parte de todos los componentes del sector:

usuarios, prestadores y administradores de los servicios de salud, donde cada uno culpa a los otros del poco impacto en la población.

9. Todo esto conlleva a la necesidad de replantear el modelo de atención y de gestión actual con la finalidad de buscar alternativas que permitan que dichas insatisfacciones y poco impacto en la modificación del perfil socio epidemiológico de la población panameña sean alcanzados.
10. Proponemos en el marco del nuevo plan de salud de la República, a desarrollar en los próximos quinquenios, la implementación del sistema único de salud para la prestación de los servicios de salud del subsector público, con la finalidad de que se atiendan las necesidades de salud en un marco de calidad, eficiencia, efectividad, equidad y ecología.
11. Dicho sistema implica la necesaria coordinación interinstitucional entre MINSA, CSS y otras instituciones del estado con la participación de la sociedad civil, en un modelo de atención y de gestión normativamente centralizado y operativo y funcionalmente descentralizado.
12. El modelo implica la creación del Sistema Regional de Salud como la instancia descentralizada responsable del desarrollo de los planes y proyectos del sector salud, para atender a toda la población

(asegurados y no asegurados) con la adecuada fiscalización y control del entre rector.

## BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Caja de Seguro Social. **Lineamientos Políticos y Estratégicos 1999-2004**- Una guía para la acción. DINASEPREM, CSS, enero 2000  
  
Contrato-Programa, Consejería de Salud de Andalucía, Sevilla-España, 2000-2004.
- 2.- Foro Panamá 2020, **Plan Nacional de Integridad**, año 2002
- 3.- Joint Comission of Healthcare Organizations, **The Environment of Care Serie; Scoring the Environment of Care Standards**, the 1997 KIPS, Hospital Accreditation, Program, 1997.
- 4.- Ministerio de Salud, **Acuerdos y Convenios Vigentes sobre Salud y Ambientes**. Dirección Nacional de Políticas de Salud y Dirección Nacional de Asesoría Legal. 1999-2003.
- 5.- Ministerio de Salud, **Análisis Prospectivo de la Red de Servicios**. Dirección Nacional de Políticas del Sector Salud, Septiembre 2000.
- 6.- Ministerio de Salud, **Cómo elaborar, formular , implementar, ejecutar y evaluar Política de Salud**. Departamento de Políticas de Salud Poblacional, Dirección Nacional de Políticas de Salud, Panamá, 2003.
- 7.- Ministerio de Salud, **Análisis de Situación de las catorce Regiones Sanitarias del País**, Departamento de Políticas de Salud Poblacional, Dirección Nacional de Políticas del Sector Salud, 2004.
- 8.- Ministerio de Salud, **La Red Pública de Servicios de Salud, Reorganización por Niveles de Atención y Grados de Complejidad**. Departamento de Desarrollo de modelo de Gestión, Dirección Nacional de Provisión de Servicios de Salud, Panamá 2003.
- 9.- Ministerio de Salud, **Lineamientos del Plan Nacional de Salud de Panamá**. Dirección Nacional de Políticas de Salud, Panamá, 2004.
- 10.- Ministerio de Salud, **Lineamientos par la Reorganización de la Red Pública de los Servicios de Salud**, Comisión Interinstitucional de Coordinación, Ministerio de Salud, Caja de Seguro Social, 2002

- 11.- Ministerio de Salud, **Marco Teórico y Metodológico para el Eesarrollo de una Política de Salud**, Departamento de Políticas de Salud Poblacional, Dirección Nacional de Políticas de Salud, Panamá, 2003.
- 12.- Ministerio de Salud, **Memorias Institucionales** , Subdirección Nacional de Políticas del Sector Salud, Panamá, 2000, 2001, 2002.
- 13.- Ministerio de Salud. **Nuevos Modelos e Instrumentos de Gestión para la Provisión de Servicios de Salud utilizados en Panamá**. Departamento de Desarrollo de Modelo de Gestión, Dirección Nacional de Provisión de Servicios de Salud, Panamá 2003.
- 14.- Ministerio de Salud/Caja de Seguro Social. **Reorganización de los Servicios de Salud** – Regiones de Chiriquí, San Miguelito y Panamá Oeste. 2003.
- 15.- Ministerio de Salud. **Políticas y Estrategias del Sector Salud**. 2002-2004. Gobierno Nacional de la República de Panamá, Marzo 2000.
- 16.- Ministerio de Salud, **Propuesta Organizacional para el Desarrollo de las Funciones de Financiación y Contratación de Servicios de Salud a la Población**, Dirección Nacional de Políticas, 2003
- 17.- OPS/OMS. **La Salud Pública en las Américas**. Instrumento para la medición del Desempeño de las funciones Esenciales de Salud Pública. Washington, D.C. USA-Marzo 2001.
- 18.- OPS/OMS/PNUD/PEC- **Revisión y Desarrollo de los Modelos de Atención en Salud**. División de Sistemas y Servicios de Salud, Washington, D.C. USA, 1995
- 19.- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo-**Panamá, la Igualdad como Estrategia de Combate a la Pobreza en Panamá**, Agosto, 2003
- 20.- **Red Interamericana sobre Economía y Financiamiento de la Salud**. Boletín REDEFS. Publicación Cuatrimestral. Año 1, número 2, Mayo-Agosto 1995.
- 21.- Sistema de las Naciones Unidas, El Proceso de Análisis de Situación de Salud. **Un enfoque Metodológico para el Análisis Integral**. Dirección Nacional de Políticas de Salud, del Ministerio de Salud, Panamá, Junio 2002.

- 22.- Sistema de las Naciones Unidas. **Derechos y Desarrollo Humano - Marco de la Cooperación de las Naciones Unidas para el Desarrollo de Panamá, 2000-2006.** Panamá, 2006.
- 23.- World Health Organization, Investing in Health. **A Summary of the Findings of the Commission on Macroeconomics and Health.** WHO. Suiza 2003.