



**PERFIL DE LOS SISTEMAS DE SALUD
PANAMÁ**

**MONITOREO Y ANÁLISIS DE LOS PROCESOS DE
CAMBIO Y REFORMA**

**Tercera Edición
(Abril, 2007)**



PERFIL DEL SISTEMA DE SALUD DE PANAMÁ

Abril 2007
(Tercera Edición)

Biblioteca Sede OPS - Catalogación en la fuente

Organización Panamericana de la Salud
Perfil de los sistemas de salud de Panamá: monitoreo y análisis de los procesos de cambio y reforma.
3ª ed. Washington, D.C: OPS, © 2007.

ISBN 978 92 75 32839 2

I. Título

1. SISTEMAS DE SALUD
2. FUNCIONES ESENCIALES DE LA SALUD PÚBLICA
3. PANAMÁ

NLM WA 525

Washington DC, Junio 2007

La versión electrónica de este documento está disponible en el sitio electrónico *Fortalecimiento de los Sistemas de Salud en América Latina y el Caribe* y puede accederse a www.lachealthsys.org. Para cualquier consulta con respecto a este documento, sírvase contactar con info@lachealthsys.org.

Esta publicación fue producida por la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) y fue posible a través del apoyo prestado por la Oficina de Desarrollo Regional Sostenible, Oficina para América Latina y el Caribe, Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), según lo establecido en el Convenio No. LAC-G-00-04-00002-00. Las opiniones expresadas en esta publicación son aquellas del autor y no necesariamente reflejan los puntos de vista de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional.

Este documento puede reproducirse y/o traducirse, en parte o en su totalidad, sólo si se usa sin fines comerciales.

AGRADECIMIENTOS

La tercera edición del Perfil del Sistema de Servicios de Salud de Panamá, fue elaborada por un grupo de funcionarios y decisores políticos del Ministerio de Salud y de la Organización Panamericana de la Salud. La revisión final y la edición son responsabilidad de la Unidad de Políticas y Sistemas de Salud, Área de Fortalecimiento de los Sistemas de Salud, OPS/OMS en Washington, DC.

Los puntos de vista expresados en este documento no representan necesariamente las opiniones de los individuos mencionados aquí o sus instituciones afiliadas.

TABLA DE CONTENIDOS

RESUMEN EJECUTIVO	3
1. CONTEXTO DEL SISTEMA DE SALUD	5
1.1 ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD	5
1.1.1. Análisis Demográfico	5
1.1.2. Análisis Epidemiológico	7
1.1.3. Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM)	17
1.2 DETERMINANTES DE LA SALUD	19
1.2.1. Determinantes Políticos	19
1.2.2. Determinantes Económicos	20
1.2.3. Determinantes Sociales	21
2. FUNCIONES DEL SISTEMA DE SALUD	23
2.1. RECTORÍA	23
2.1.1. Conducción de la Política General de Salud	23
2.1.2. Regulación, Vigilancia y Participación Social	26
2.1.3. Gestión de la Cooperación Internacional	27
2.1.4. Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP)	29
2.2. FINANCIAMIENTO Y ASEGURAMIENTO	31
2.2.1. Financiamiento	31
2.2.2. Aseguramiento	33
2.3. PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD	35
2.3.1. Oferta y Demanda de Servicios de Salud	35
2.3.2. Gestión de Recursos Humanos en Salud	38
2.3.3. Medicamentos y Otros Productos Sanitarios	39
2.3.4. Equipo y Tecnología	39
3. MONITOREO Y ANÁLISIS DE LOS PROCESOS DE CAMBIO/REFORMA	40
3.1. EFECTO SOBRE LAS FUNCIONES DEL SISTEMA DE SALUD	40
3.2. EFECTO SOBRE LOS PRINCIPIOS ORIENTADORES DE LAS REFORMAS DEL SECTOR SALUD	48
3.4. ANÁLISIS DE ACTORES	51
ANEXO A – TABLAS Y ESTADÍSTICAS	54
BIBLIOGRAFÍA	69

RESUMEN EJECUTIVO

La República de Panamá es un estado soberano e independiente, con un gobierno democrático electo cada cinco años. Posee un territorio de 75,517 kms², dividido geopolíticamente en nueve provincias, tres comarcas indígenas, 75 distritos o municipios y 623 corregimientos. Desde el punto de vista sanitario, el país está organizado en 14 regiones de salud.

De acuerdo con el último Censo la población, Panamá pasó de 2.329.329 a 3'228.186 personas durante la última década, lo que representa un incremento poblacional en diez años de aproximadamente 899,000 personas. El 63.5% de la población vive en el área urbana. Según la Encuesta de Niveles de Vida del 2003 (ENV-2003), el 37% de la población vive en la pobreza, incluyendo un 17% que vive en extrema pobreza. El 10.7% de la población es analfabeta.

En el 2005 el PIB nominal fue de cerca de \$ 14.000 constituyéndose en uno de los más altos de la región. El gasto social representó el 20.12% del gasto público; el gasto nacional en salud per cápita fue cercano a los USD \$300.

Desde el punto de vista epidemiológico, al igual que muchos de los países de la región, Panamá experimenta un proceso de polarización epidemiológica, caracterizado por la continuidad en la presencia de enfermedades infecciosas, típicas del sub-desarrollo, con un aumento paulatino del peso de las enfermedades crónicas y sociales como ha ocurrido en los países desarrollados. Estas circunstancias, aunadas a la transición demográfica que vive el país, condicionan el proceso de salud-enfermedad e imponen retos actuales y futuros a un modelo de atención que no ha superado la fragmentación/segmentación y que por lo tanto deja "bolsas" de exclusión muy importantes especialmente entre las poblaciones más vulnerables que viven en los cinturones de miseria peri-urbana y las regiones apartadas.

Entre los retos actuales esta que dicho modelo de atención debe direccionarse hacia una verdadera integración e inclusión de las personas con algún tipo de discapacidad no solo en termino de los derechos humanos sino también porque involucra tomar en cuenta a casi 11% (según datos preliminares de la Primera Encuesta Nacional de Discapacidad, febrero de 2006) de la población panameña en el desarrollo socio económico de la nación.

El subsector público de salud está integrado por el Ministerio de Salud (MINSAL), la Caja de Seguro Social (CSS), y el Instituto de Acueductos y Alcantarillados Nacionales (IDAN). Las estimaciones de cobertura asignan el 60% de la población a la CSS y el 40% al MINSAL que además de ser un importante prestador de servicios es también, el ente rector del Sistema Nacional de Salud y, como tal, formula las políticas, regula la actividad y ejerce la función de autoridad sanitaria. Las dos entidades financiadoras de los servicios

públicos de salud pública y atención médica en el país son el MINSA y la CSS, quienes aportan cerca del 70% de los recursos utilizados, dejando un 30% al gasto de bolsillo de los ciudadanos.

Para la prestación de servicios, el sector dispone de 11 médicos y 10 enfermeras profesionales por 10,000 habitantes. Panamá, al igual que varios países de la Región, lleva a cabo procesos de reforma y modernización del Estado, que de manera discontinua ha incluido al sector de la salud cuyo logro mas significativo fue alcanzado en 1998 con la apertura del Hospital San Miguel Arcángel como unidad de atención hospitalaria integrada en la Región de Salud de San Miguelito, Las Cumbres y Chilibre (RSSM).

El principal objetivo de la política del actual gobierno en materia de salud es universalizar el acceso a los programas de salud integral y mejorar la calidad de los servicios, de manera que se reduzcan las brechas especialmente entre la población pobre. Para alcanzar este objetivo el actual gobierno ha dado continuidad a algunos programas iniciados en administraciones anteriores como es el programa de extensión de coberturas a poblaciones vulnerables mas conocido como FOGY y ha creado algunos nuevos como las Caravanas de la Salud y el Sistema de Protección Social (red de oportunidades) cuyos objetivos, componentes y población a beneficiar están definidas claramente. De igual forma, se ha estimado el costo total del programa, las fuentes de financiamiento y los requerimientos de cooperación externa multilateral. También se ha diseñado y puesto en aplicación los criterios de selección de las hogares o familias en pobreza extrema sujetas a intervenciones intersectoriales.

1. CONTEXTO DEL SISTEMA DE SALUD

1.1 ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD

1.1.1. Análisis Demográfico

La población panameña se estimó, hasta el 1 de julio de 2005, en 3,228,186 habitantes, con una proporción de hombres de 50.4% y de mujeres de 49.6%. Para el año 1990, en las zonas urbanas se concentró el 53.7% de la población, en tanto que para el 2005 el 63.5% de la población del país reside en dichas zonas, lo que indica un incremento porcentual del 18.2%. Por su parte, la población residente en zonas rurales sufrió un descenso porcentual del 21.2%. En cuanto a la relación hombre mujer, para el área urbana, la misma estuvo cerca de 1:1; en tanto en las áreas rurales esta fue de 1.1: 1.0, durante todos los periodos de estudio, es decir de 1990 al 2005. (Tabla 1)

En cuanto a la población indígena censada y estimada, las cifras reflejan un incremento progresivo del número de indígenas en el país, siendo que en el 2005 la misma fue 1.8 veces mayor que en 1990. En el año 90, la etnia indígena representó el 8.1% de la población panameña, cifra que se incrementa a un 10.7% en el 2005, para un incremento porcentual 1990-2005 del 32.1%. El comportamiento de la relación hombre mujer es similar al de las áreas rurales. (Cuadro N° 1). Las etnias indígenas residentes en Panamá son la Kuna, la Emberá, la Wounaan, la Ngobe Buglé, la Bri Bri y la Naso, siendo que cerca de 2 de cada 3 indígenas pertenecen a la etnia Ngobé Buglé.

Dada las particularidades geográficas e históricas de la Nación panameña, se destacan entre los habitantes del Istmo, además de los grupos indígenas, los grupos no indígenas, que constituyen el 91.9% de la población total del país, en 1990 y el 89.3% en el 2005. Entre estos grupos no indígenas se incluyen: el Grupo Hispano indígena que constituye uno de los grupos humanos de mestizaje mayoritario; la población Afro-Colonial, representada por los descendientes de los esclavos africanos traídos durante la colonización española, la población Afro-Antillana, descendientes de los trabajadores antillanos de habla francesa o inglesa. Es importante resaltar que los datos de población no llevan registros diferenciados por grupo de población no indígena.

A través del tiempo la estructura de población da evidencias de que la población de menos de 15 años ha sufrido un descenso progresivo oscilando entre el 35.2% y el 30.4% del total de la población panameña, lo que indica un descenso porcentual del 13.6% durante el periodo 1990 – 2005, con una relación porcentual hombre mujer de 1:1. Es también destacable, que las personas de 60 y más años se han incrementado representando el 7.2% y el 8.7% de la población total para los años 1990 y 2005,

respectivamente; para un incremento porcentual del orden del 20.8% en este grupo de edad. Sin diferencias sustantivas por sexo. (Tabla 1)

La República de Panamá se encuentra en la tercera etapa, es decir de plena transición demográfica, presentando una tasa de crecimiento natural de moderada a baja (alrededor del 2% anual), con valores que han oscilado entre 2.07 y 1.75% para los años 1990, 1995, 2000 y 2005, respectivamente; con un comportamiento similar en el diferencial hombre-mujer, aunque ligeramente superior para la población femenina. (Tabla 2)

Iniciado el descenso de la mortalidad en Panamá y en cierto aspecto debido a este, las tasas de fecundidad también comenzaron a disminuir. En este sentido, y vista esta variable a través de la tasa global de fecundidad, los datos muestran que en el quinquenio 1950-1955, el promedio de hijos por mujer fue 5.7. Hacia 1970-1975, dicho promedio había descendido a 4.9 hijos por mujer. Durante los años 1990 – 2005 este indicador ha tenido un rango entre 3.04 y 2.66 hijos por mujer, con valores máximos en el año 90 y mínimos en el 2005, lo que indica un descenso porcentual del 12.5% en este último periodo. En el país se proyecta una disminución sostenida y gradual, alcanzando el nivel de reemplazo aproximadamente en el 2020. (Tabla 2)

La natalidad presenta valores que la sitúan dentro de la categoría de alta, en el periodo de 1960 a 1970, valores moderados entre 1980 y 1990. Ya para el 2000 presenta una clara tendencia al descenso, que se hace más evidente al comparar las cifras alcanzadas durante los años 1960 a 2005, cuando alcanza una disminución porcentual del 44.6%, siendo de 41.0 por 1000 habitantes en 1960 y con una tasa estimada, para el 2004 de 22.7 por 1000 habitantes. El porcentaje de omisión registrado durante en el año 1990 alcanzó el 6.2%, en tanto que en 1995 esta cifra se estimó en 5.45%. No se reporta la omisión de este dato para los años 2000 y 2005. (Tabla 2)

Para las décadas de los años '30 y '50 la tasa de mortalidad registrada fue de 28.3 y de 15.2 muertes por 1,000 habitantes, respectivamente. Durante el periodo 1990 – 1995 esta tasa reflejó una cifra de 5.3 muertes por 1,000 habitantes, lo que indica la ocurrencia de un descenso progresivo en las cifras de mortalidad general reportadas. A partir de este periodo la tasa de mortalidad general se ha mantenido cercana a 5 muertes por 1,000 habitantes. La mortalidad general alcanzó niveles más elevados en la población masculina siendo cerca de 1.4 veces mayor en este grupo poblacional. De igual forma puede mencionarse que el porcentaje de omisión se ha reportado en un 23.9% y 20.5%, respectivamente. (Tabla 2)

El impacto del descenso de la mortalidad del país, se refleja claramente en el incremento de la esperanza de vida al nacer, la cual pasó de 59.3 años en 1960 a 74 años en el periodo 2000-2005. Del año 1990 a 1995, el incremento de años de vida ganados fue menor pasando de 72.37 a 73.33 años, respectivamente. Este indicador muestra

diferencias por sexo, reflejando que el promedio de vida de la población masculina varió de 58.3 en 1960 a 72.25 años en el 2005; y que la expectativa de vida de la mujer aumentó de 60.4 a 77.36 años, durante el mismo periodo; es decir cerca de 14 años en los hombres y de 17 años en la mujer. Sin embargo, al comparar los periodo 90-95 y 2000 – 2005 se hace notar que los hombre tuvieron una ganancia de 2.03 años y las mujeres de 1.71 años.

(Tabla 2)

Cabe tener presente que la esperanza de vida al nacer es el indicador más eficiente de las condiciones de vida y del nivel de mortalidad de una población. Nuestro país está situado entre los de más alta esperanza de vida al nacer, lo que refleja el bajo nivel de la mortalidad, tanto infantil como general. Sin embargo, a lo interno del país se observan diferencias marcadas que describen la situación particular de cada una de las provincias de la República. Al incursionar en este análisis se observan tales diferencias agrupando las provincias según su nivel de esperanza de vida estimada.

Para los últimos 14 años (90-2004), las provincias de Panamá, Los Santos y Herrera se ubican como las de más alta esperanza de vida (o de menor mortalidad), con un rango entre 72.4 y 76.7 años de vida promedio; luego están Coclé, Chiriquí y Colón entre 70.2 y 75.5 años. Veraguas y Bocas del Toro presentaron cifras entre los 66 y 73 años y Darién se ha mantenido con cifras menores de 70 años, estas últimas 3 provincias concentran la población indígena y se han caracterizado en las últimas tres décadas, por ser las más rezagadas del país. Finalmente, la Comarca Kuna Yala que en el periodo 98-2004, ha mantenido una esperanza de vida alrededor de los 70 años. Para el periodo 2000 – 2004 se ha estimado la esperanza de vida en 66.7 y 64.8 años para las Comarcas Ngobe Buglé y Emberá, respectivamente. (Tablas 3 y 4)

Durante los años 1995 y 2000 el saldo migratorio tuvo un incremento importante, ya para el 2005 se identifica un descenso del mismo.

1.1.2. Análisis Epidemiológico

En el 2004¹ la tasa bruta de mortalidad registrada fue de 4.2 muertes por cada mil habitantes, para este año se calcula un subregistro aproximado de 16% en la mortalidad general, tres de cada 5 muertes ocurrieron en instituciones de salud, 9 de cada 10 fueron certificadas por un médico y las defunciones que se registraron en el grupo “Síntomas y signos no clasificados en otra parte”, representaron apenas el 2.9 por ciento. Para el 2004, las causas de muerte mas importantes, analizadas con la lista abreviada de 103 grupos que las clasifica según el sistema al que pertenecen fueron: las “Enfermedades del sistema circulatorio” (119x100.000 hab.), los “Tumores malignos” (72,7x100.000 hab.), las “Causas externas de mortalidad” (43,6x100.000 hab.), las “Enfermedades del sistema respiratorio”

(40,1x100.000 hab.) y “Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias” (31,7 x 100.000 hab.).

La distribución de las causas específicas de mortalidad muestra las enfermedades cerebro vasculares (1° lugar, 44,7x100.000), Diabetes mellitus (3° lugar, 24,4x100.000), VIH/SIDA (6° lugar, 14x100.000), neumonía (7° lugar, 13,6x100.000), accidentes de transporte terrestre (9° lugar, 12,8x100.000), homicidios (11° lugar, 10,2x 100.000 hab.), tumor maligno de la próstata (14° lugar, 8,2 x 100.000 hab.), diarrea de presunto origen infeccioso (20° lugar, 6,1 x 100.000 hab.), enfermedades hipertensivas (22° lugar, 5,7 x 100.000 hab.), tuberculosis respiratoria (23° lugar, 5,5 x 100.000 hab.), tumor maligno del cuello del útero (24° lugar, 4,4 x 100.000 hab.), tumor maligno de la mama (25° lugar, 4,2 x 100.000 hab.). La evolución de la razón de años de vida productiva perdidos a causa de las muertes por accidentes, suicidios, homicidios y violencias, así como de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles ha presentado un incremento importante, en términos absolutos.

Comportamiento de algunos factores de riesgo en los nacimientos vivos

Prevalencia de Bajo Peso al Nacer

Durante los años 1990, 1995, 2000 y 2004, la prevalencia de bajo peso al nacer se mantuvo estable con cifras que oscilaron entre 8.1% y 8.8%, con valores mínimos en 1990 y máximos en el 2004. Según los registros de la Contraloría General de la República, en los años 2000 y 2004, la prevalencia de bajo peso al nacer fue más baja en las áreas rurales que en las urbana y que el promedio nacional. (Tabla 5)

Partos con Asistencia Profesional

El análisis de este indicador refleja un incremento progresivo de la cobertura de atención profesional del parto, cuyo rango oscilo entre 86.3% y 91.3%, lo que evidencia un aumento porcentual del 5.8% en el 2004 con respecto al año 2000. Sin embargo, este indicador refleja iniquidad en el acceso a estos servicios de salud, toda vez que en las áreas urbanas sus cifras se acercan al 100% y en las áreas rurales no superan el 81% y no evidencia un incremento progresivo a través de los años de estudio. (Tabla 5)

Tasa de Fecundidad en Mujeres Adolescentes

En los años 90, 95 y 2000 este indicador presento un incremento gradual y progresivo, presentando un rango entre 87.9 y 91,9. Para el año 2004 presenta un descenso porcentual en relación al año 2000 del orden del 11.3%. Las áreas urbanas presentaron cifras menores, aunque se reporta un incremento en 1995, año a partir del cual se estabiliza este indicador para las áreas urbanas. Por su parte, en 1990 las áreas rurales reportaron una tasa de

fecundidad en mujeres adolescentes 1.85 veces mayor que las urbanas. De igual forma, se evidencia un descenso gradual y sostenido de las diferencias urbano-rurales, pues en el 2004 esta tasa fue 1.26 veces mayor en las áreas rurales que en las urbanas. (Tabla 5)

La Desnutrición en Menores de Cinco Años

Según la Encuesta de Niveles de Vida, en el año 1997 6.8% de la población menor de 5 años tenía un déficit nutricional de moderado a grave. El comportamiento geográfico del problema indica que 2.9% de la población menor de 5 años que reside en áreas urbanas presentaba un déficit nutricional de moderado a grave, en tanto que en la población residente en áreas rurales estas cifras alcanzaban al 6.8% y 21% de la población rural no indígena e indígena, respectivamente. Esta misma encuesta, efectuada en el año 2003 indicó que la prevalencia de el déficit nutricional de moderado a grave se mantiene constante a nivel del país y en las áreas rurales indígenas, con un incremento porcentual del 44.8% en las áreas urbanas y un descenso porcentual del 17.6% en las áreas rurales no indígenas. (Tabla 5)

Incidencia de Tumores Malignos

El análisis del comportamiento de los casos de cáncer en la República de Panamá, para los quinquenios del 90 al 2005, evidencia que para el año 1990 los 5 principales tumores malignos que presenta la población panameña son los de cuello uterino, próstata, mama femenina, estómago y tráquea, bronquios y pulmón, en ese orden. De igual forma puede decirse que, para los años de 1995 y 1999 se excluyen de entre los 5 primeros diagnósticos de cáncer a los tumores de tráquea, bronquios y pulmón y se incluyen los tumores de piel. Las proyecciones realizadas para el año 2005, sugieren que de mantenerse las mismas condiciones de riesgo el comportamiento de la incidencia de cáncer será similar. (Tabla 6)

Al comparar las tasas de morbilidad (quinquenios 1990-2005) se observa un descenso porcentual del 11.6% para el cáncer de cérvix, que para el 90 tenía una tasa de 81.0 casos por 100,000 habitantes de 15 años y más; y para el 2005 se proyecta una tasa de 71.6 casos por 100,000 habitantes de 15 años. Cuando se trata del cáncer de próstata, para el 2005, las tasas alcanzarían cifras 2.2 veces mayores que las del año 1995; por su parte, para el 2005, el cáncer de mama femenina duplica sus tasas con respecto a cifras alcanzadas en 1999. (Tabla 6)

Por otra parte, es importante destacar la tendencia ascendente de la morbilidad por cáncer y del cáncer de mama, así como el comportamiento fluctuante en la tendencia del cáncer de próstata y la tendencia estable para los canceres de cuello de útero, estómago, colón, piel y tráquea, bronquios y pulmón. Es importante indicar que la tasa de incidencia por cáncer de pulmón, tráquea y bronquios es cerca de 2.5 veces mayor en hombre que en

mujeres y que, esta relación es cerca de 2 veces mayor cuando se trata de cáncer de estómago. Cuando se trata del cáncer de colón la relación es de 1:1. (Tabla 6)

La Mortalidad Por Causas Seleccionadas

Mortalidad General

Durante los años 1990, 1995, 2000 y 2004 la mortalidad general reflejo una tasa cercana a 4 muertes por 1,000 habitantes, es decir estable. Alcanzó niveles más elevados en la población masculina con un rango entre 4.6 y 5 muertes por 1000 habitantes, en tanto que el rango de esta tasa en la población femenina oscilo entre 3.4 y 3.6 muertes por 100,000 habitantes. De igual forma puede mencionarse que el porcentaje de omisión se ha reportado en un 23.9% y 20.5%, respectivamente. (Tabla 7)

Mortalidad Materna

A través del tiempo la tasa de mortalidad materna ha tenido un comportamiento descendente. La situación de mortalidad materna se caracteriza, en el periodo 70-2003 por un descenso, siendo en de 1.4 muertes x 1,000 N.V. a cifras de 0.7, que reflejan una diferencia porcentual de 50%. Durante el periodo 1980 a 2004 mantuvo un rango entre 0.4 y 0.8 por 100,000 nacidos vivos, es decir estable, alcanzándose la cifra más baja en el 2004. Panamá está clasificado a nivel internacional en el grupo III de países con una tasa alta de Mortalidad Materna. (Tabla 7)

En 1995 cuatro de las 10 Provincias del país presentaban tasas de mortalidad materna con cifras por encima de 1.0 por mil nacidos vivos, a saber: Colón con 2.5 muertes maternas por 1000 N.V.; Darién con 2.7 muertes maternas por 1000 N.V.; Herrera con 1.9 muertes maternas por 1000 N.V y Kuna Yala con 3.7 muertes maternas por 1000 N.V. En el año 2003 superan este valor la provincia de Bocas del Toro, Darién y las Comarcas Kuna Yala y Ngobe Bugle con rangos de 1.3 a 4.9 muertes maternas por 1000 N.V, ocupando el rango inferior Bocas del Toro y el superior la Comarca Kuna Yala. Estas regiones se caracterizan por su alto grado de dispersión de la población, inaccesibilidad geográfica, concentración de población indígena y además, población campesina, bajo nivel de escolaridad y alto índices de pobreza. En síntesis, se ubica a las provincias de Bocas del Toro, Chiriquí, Darién y Veraguas y a las Comarcas Kuna Yala y Ngobé Buglé como las de más altas tasas de mortalidad materna durante los años 1990, 2000 y 2003.

La toxemia y la hemorragia se alternaron entre las primeras posiciones como causas específicas de mortalidad materna durante los últimos 15 años. En 1995 la primera causa de muerte materna fue la hemorragia seguida de la toxemia; en tanto que para 1996, las primeras causas de mortalidad materna fueron las complicaciones del puerperio, seguidas

de Trastornos Hipertensivos del Embarazo (toxemia).

Para el 2003, las principales causas específicas de mortalidad materna fueron la Hemorragia (26.8%), las Causas Obstétricas Indirectas (24.4%), los Trastornos Hipertensivos del Embarazo (17.1%), el Aborto (12.2%) y la Sepsis (9.7%) y las Otras Causas Obstétricas Directas 9.7%. Las tasas específicas según causa fueron 17.8 muertes maternas por 100,000 para la hemorragia; 16.2 muertes maternas por 100,000 para las Causas Obstétricas Indirectas; 11.3 muertes maternas por 100,000 debido a Trastornos Hipertensivos del Embarazo; 8.1 muertes maternas por 100,000 a causa del Aborto; 6.5 muertes maternas por 100,000 ocurridas por Sepsis y con igual tasa las Otras Causas Obstétricas Directas.

Las Enfermedades Transmisibles

La tasa de mortalidad por enfermedades transmisibles ha fluctuado entre 18.3 y 31.7 defunciones por 100,000 habitantes con valor mínimo en 1995 y máximo en el año 2000. Para todos los años en estudio, esta tasa ha sido mayor en hombres que en mujeres con diferencias más evidentes durante los años 2000 y 2005 cuando es 2 y 1.7 veces mayor en hombres que en mujeres. (Tabla 7)

La tasa de mortalidad por Tuberculosis ha fluctuado entre 5.3 y 6.8 defunciones por por 100,000 habitantes, sus cifras se duplicaron en los hombres con respecto a las mujeres en los años 1995 y 2000. (Tabla 7)

La mortalidad por VIH/SIDA ha sufrido un ascenso porcentual en sus tasas de 438%, siendo en 1990 de 2.6 defunciones por 100,000 habitantes y en el 2004 de 14.0 defunciones por 100,000 habitantes. Durante los años en estudio, esta tasa ha sido mayor en hombres que en mujeres, aunque merece especial referencia el análisis del comportamiento de este indicador, diferenciado por sexo, toda vez que en 1990 la tasa en hombres fue 7.7 veces mayor que en las mujeres y que esta diferencia presenta un descenso progresivo hasta que en 2004 alcanza a ser 2.7 veces mayor en hombres que en mujeres. (Tabla 7)

La tasa de mortalidad por malaria fue de 0.1 defunciones por 100,000 habitantes en el año 2004, con una relación hombre mujer de 1:1. (Tabla 7)

Enfermedades del Aparato Circulatorio

La tasa de mortalidad por enfermedades del aparato circulatorio ha tenido un comportamiento ascendente, sus valores han oscilado entre 104.8 a 119.1 defunciones por 100,000 habitantes durante los años 1990, 1995, 2000 y 2004, afectando mayormente a la población masculina. Dentro del grupo de las enfermedades del sistema circulatorio, destacan las enfermedades cerebro vasculares, las isquémicas del corazón, la enfermedad

hipertensiva y la aterosclerosis. Su comportamiento según provincia destaca los riesgos más elevados de morir por esta causa, en orden descendente, en Los Santos, Colón, Panamá y Herrera en 1991; en tanto que para el 2000 y 2002 la provincia de Herrera pasa a ocupar la posición nº 2, seguida de Colón y Panamá en el 2000 y por Colón, Veraguas y Panamá en el 2002. (Tabla 8)

Tumores Malignos

El mayor número de defunciones por cáncer, durante los quinquenios en estudio se debió a los cánceres de estómago, próstata y tráquea, bronquios y pulmón. Cuando se analizan las tasas de mortalidad de las 7 principales causas de muerte por cáncer, son los tumores malignos de glándula prostática, cuello de útero y estómago, los que alcanzan las cifras más elevadas. Cabe destacar que el comportamiento del cáncer de mama femenina presenta una tendencia al aumento, siendo que su tasa presentó un incremento porcentual del 70% del año 1990 al 2000. Para el año 2005, se proyecta el mismo comportamiento. (Tablas 9 y 10)

Es importante destacar que las variaciones entre las tasas de mortalidad, para 1990 y las proyectadas para el 2005, muestran:

- En el caso del cuello de útero una tendencia estable. Cuando el análisis se efectúan al ajustar la tasa por edad, considerando para su cálculo, como población de riesgo a las mujeres de 15 y más años, el comportamiento es el mismo. Sin embargo, al realizar el análisis comparativo, entre las tasas normalizadas y sin normalizar, las tasas ajustadas son mayores. Esta situación se hace tangible cuando para 1990, las tasas normalizadas son 54.3% mayores que las tasas sin normalizar (de 9.2 defunciones por 100,000 mujeres a 14.2 defunciones por 100,000 mujeres de 15 y más años); y en el 2005, según cifras proyectadas, este incremento es de un 43.2% (de 8.8 defunciones por 100,000 mujeres a 12.6 defunciones por 100,000 mujeres de 15 y más años). (Tablas 9 y 10)
- El cáncer de próstata presenta una tendencia en aumento, la tasa general de mortalidad por este tipo de cáncer será 2.6 veces mayor para el 2005, que en 1990 (incremento porcentual del 32%). Cuando se analiza la tasa de mortalidad sólo tomando para su cálculo la población masculina de 15 años y más, esta tendencia al aumento se mantiene, sin embargo, el incremento porcentual (1990-2005) alcanza el 23%, en su tasa proyectada para el 2005. (Tablas 9 y 10)
- En relación a las cifras de 1990, puede decirse que los tumores malignos de mama femenina presentan una tendencia al aumento; el número de casos es casi el doble para 2000.8 veces mayor para el 2005, según cifras proyectadas para ese año. Sus tasas de incidencia han tenido un incremento del 46.5% y del 91.2% para los años

2000 y 2005, respectivamente. Por otro lado, el número de muertes por esta causa, se espera, se duplicó para el 2005. Las tasas de mortalidad evidencian una tendencia al aumento, siendo que la tasa proyectada para el 2005, se estima 1.5 veces mayor a las de 1990. Este comportamiento se mantiene cuando para el cálculo de las tasas se utiliza la población femenina mayor de 15 años (Tablas 9 y 10).

- Los casos de tumores malignos de estómago y los de tráquea, bronquios y pulmón presentan una tendencia al aumento, con un incremento porcentual proyectado (1990-2005) de sus tasas de incidencia al 2005 de 36.2% y 23.9%, respectivamente. En cuanto a sus tasas de mortalidad el incremento porcentual fue del 17.8% para el primer caso y 7.0% en el segundo (Tablas 9 y 10).
- El comportamiento de la incidencia de los tumores malignos de la piel indica que los casos proyectados para el 2005, serán 3 veces más que los de 1990. Son los tumores malignos que alcanzan el mayor incremento porcentual de sus casos, con una tasa de incidencia que se duplica en este mismo periodo, pero mantienen una tasa de mortalidad estable que no alcanza valores mayores de 0.5 defunciones por 100,000 habitantes durante el periodo de estudio (Tablas 9 y 10).
- Durante el año 2002, fallecieron 1.3 más hombres que mujeres a causa de los tumores malignos y en general, todos los tipos de cáncer fueron más frecuentes en los hombres que en las mujeres a excepción de los propios del sexo femenino, tal es el caso de los carcinomas de cuello del útero, del ovario, de mama y de otras partes del útero (Tablas 9 y 10).

Causas Externas

Las causas externas desde hace varias décadas figuran entre las principales causas de muerte en Panamá, alternando con los tumores malignos y la enfermedad cerebrovascular, las primeras posiciones como causa muerte. Entre ellas se incluyen los suicidios, homicidios y otras violencias, que afectan a la población panameña de todas las edades, pero principalmente a los jóvenes y adultos en edad productiva. En las diferentes décadas, las tasas de mortalidad por causas externas se han mantenido en un rango entre 46.8 a 53.4 defunciones por 100,000 habitantes; sin embargo la proporción de muertes por esta causa ha presentado un incremento de 5 puntos porcentuales (Tabla 12).

En el periodo 1980 - 2003 ocurrieron 23,034 muertes debido a causas externas, con un promedio anual y mensual de 1212 y 101 defunciones, respectivamente. Cada día fallecen 3.4 personas por esta causa. En este periodo, el mayor peso relativo lo tuvieron los otros accidentes, con un 46% del total de las muertes, seguido de los accidentes de tránsito con el 32.7%; es decir que cerca de 3 de cada 4 defunciones por causas externas (78.7%). Sin

embargo, es de hacer notar el incremento porcentual de los homicidios y suicidios a expensas de un descenso porcentual en los accidentes como causa externa de muerte (Tabla 13).

Un análisis quinquenal da evidencia de que en años 80, 85, 90, 95, 2000 y 2003 las causas externas han ocupado el primer lugar como causa de muerte en la población de 15 a 44 años y el segundo lugar en el grupo de 45-65 años, excepto en el año 2000 cuando ocuparon la tercera posición como causa de muerte para este grupo etáreo (Tabla 14).

En 1990 la tasa de mortalidad por esta causa fue de 51.0, y el diferencial por provincia identificó a las provincias de Colón, Darién y Panamá como las de mayor mortalidad por esta causa (67.5, 63.9 y 56.6 muertes por 100,000 habitantes); para 1995, Colón se mantiene como la primera provincia afectada por esta patología Colón con 105.1, en tanto que Los Santos y Panamá reportaron tasas de 65.1 y 62.6 defunciones por 100,000 habitantes, respectivamente. La distribución espacial de defunciones por causas externas en el 2003, evidencia que tasas superiores a la nacional se registraron en 6 de las 14 regiones de salud, tal fue el caso de Colón, Los Santos, Panamá Este, Metropolitana, San Miguelito y Kuna Yala. Es oportuno anotar que 1 de cada 5 muertes por causas externas ocurrió en la Región Metropolitana de Salud y cerca de 1 de cada 3 (35%) se reportaron en Metro y San Miguelito (Tabla14).

La distribución por sexo de la mortalidad general en Panamá, da evidencia de la existencia de un riesgo cerca de 1.3 veces mayor de morir de los hombres en relación con las mujeres. En el caso particular de las causas externas el riesgo de morir es cerca de 5 veces mayor en los hombres que en las mujeres (Tabla 7).

Mortalidad Infantil

Si consideramos el periodo comprendido entre la década de los sesenta y los noventa, ésta presenta una tendencia general decreciente en nuestro país, siendo que para 1960 ocurrían 56.9 muertes infantiles por cada mil nacidos vivos. Un análisis para los años 1990, 1995, 2000 y 2005 sugiere que la mortalidad infantil tuvo una tasa cuyo rango oscilo entre 28.3 y 19.41 muertes por 1000 nacidos vivos, con un descenso porcentual del 31.4%. Este indicador se ve afectado, de manera importante por el sub registro del dato, siendo que para 1990 se estimó un 38.4% de omisión y en 1995 esta alcanzó el 35.55%. Durante los años 90, 95, 00 y 05 este indicador refleja una tasa de mortalidad infantil 1.4 veces mayor en niños que en niñas (Tabla 15).

Además, es de mencionar, que el comportamiento geográfico de este indicador, da evidencia de desigualdades en la mortalidad infantil, siendo que durante los años 60, 70, 80, 90, 2000 y 2003, la provincia de Bocas del Toro registró tasas superiores a la nacional. Más específicamente puede decirse que, las provincias que reportaron tasas superiores a la tasa nacional fueron: en 1960 Colón, Bocas del Toro, Chiriquí, Coclé y Veraguas; en 1970 a las

antes mencionadas se suma; en 1980 Bocas del Toro, Chiriquí, Herrera y Coclé; en 1990 Bocas del Toro, Kuna Yala, Colón y Coclé; en el 2000 Bocas del Toro, Chiriquí, Darién y Kuna Yala; y en el 2003 Bocas del Toro, Darién y Kuna Yala las cuales presentan tasas superiores registradas para el país en 1980 (Tabla 16).

Mortalidad Neonatal y Posneonatal

Un análisis del comportamiento de la mortalidad neonatal y post neonatal permite enunciar lo siguiente:

- La mortalidad neonatal (menos de 28 días de nacido) ha presentado un comportamiento descendente con tasas cuyo rango ha oscilado entre 8.4 y 12.0 defunciones por 1,000 nacidos vivos, ubicándose las tasas más elevadas en el año 1990 y la tasa mínima se reportó en el 2004, para un descenso porcentual del 30.0%.
- La mortalidad posneonatal (28 días a 11 meses) también ha presentado un comportamiento estable durante el periodo de estudio con cifras que han oscilado entre 6 y 7.0 defunciones por 1,000 nacidos vivos, con las tasas más alta en 1990 y 1995. (Tabla 15)

En general, en Panamá, las muertes de los menores de un año son mayormente causadas por factores relativos al embarazo y parto, tal es el caso de los nacimientos prematuros y las malformaciones congénitas; así como por enfermedades infecciosas y desnutrición. Un análisis de las cinco principales causas de muerte, en la estructura de la mortalidad infantil, indica que en los años 60 y 70 prevalecían, las enfermedades infectocontagiosas, (las prevenibles por vacuna, las enfermedades diarreicas y las enfermedades respiratorias) con proporción alrededor del 60.0% de las muertes, respectivamente; en los años 80 y 90 se observa como parte del proceso de transición epidemiológica el incremento de las causas endógenas, con el 76.3% y el 84.7% de las muertes, respectivamente.

Para el año 2000 persisten la neumonía y las Diarrea y Gastroenteritis de presunto origen infeccioso, entre las 5 principales causas de muerte del menor de un año. En el 2003 aparecen los accidentes, lesiones auto inflingidas, agresiones y otras violencias como la tercera causa de muerte en este grupo de edad, con un total de 55 defunciones para una razón de mortalidad proporcional del 6% y una tasa de mortalidad de 8.9 defunciones por 10,000 nacidos vivos, siendo que uno de cada 17 muertos con menos de un año de edad, falleció por esta causa (Tabla 15).

Cerca de 4 de cada 6 defunciones (64.6%) se relacionó con causas endógenas, identificándose, entre ellas las muertes ocasionadas por ciertas afecciones originadas en el menor de un año, denominación que incluye a las enfermedades de la madre que afectan al recién nacido, complicaciones obstétricas, crecimiento lento, desnutrición e inmadurez,

traumatismos del nacimiento e hipoxia, asfixia y otras afecciones respiratorias del recién nacido, por mencionar algunas; esta última representa entre el 30 y 50% de las muertes de esta categoría. Además se ubican las anomalías congénitas, denominación que incluye, entre otras, la espina bífida e hidrocefalia, Labio Leporino y Fisura del Paladar y Labio y Anomalías Congénitas del Corazón y Aparato Circulatorio, esta última responsable de entre el 34% y 45% de las muertes ocurridas y tipificadas en esta categoría.

A partir del año 1990, aparecen las deficiencias nutricionales entre las principales causas de muerte en los menores de un año, con un incremento porcentual del 43.1% al comparar las tasas alcanzadas en 1990 con respecto a las del 2000. En el 2003, se reportó una tasa similar a la del 2000 (5.5 defunciones por 10,000 nacidos vivos). Sin embargo, en 1990 una de cada 32 defunciones ocurrieron por desnutrición, en tanto que en el 2003 esta relación fue de 1 en 28 muertes. En general, la tasa de mortalidad infantil es más elevada en hombres que en mujeres, a excepción de las defunciones causadas por neumonía (Tabla 15).

Mortalidad Perinatal

Durante el periodo de 1987 al 2003, la mortalidad perinatal que incluye la mortalidad fetal tardía, así como la muerte neonatal precoz, es decir la que ocurre durante los primeros siete días de nacido, ha mostrado un descenso progresivo. Para 1987 las tasas nacionales fueron de 17.5 defunciones por 1,000 embarazadas, en tanto que para el 2003 la misma alcanzó 11.9 defunciones por 1,000 embarazadas, con un rango durante el periodo entre 18.1 y 11.9 defunciones por 1,000 embarazadas, registrándose el valor más elevado durante el año 1990. En 1987 el riesgo de ocurrencia de muerte en el periodo perinatal fue 1.5 veces mayor que en el 2003, con un descenso porcentual de 32% para este periodo (Tabla 17).

Se observa además, paradójicamente, que para todos los años del 87 al 98, la tasa de mortalidad perinatal fue mayor en el área urbana que en la rural, y mayor que la tasa nacional. El riesgo de morir fue 1.2 veces mayor para las áreas urbanas, en las cuales la atención profesional del parto es mayor. Es importante determinar si esta situación refleja subregistro de información o implica deficiencias en la calidad de la atención. La provincia de Panamá ha presentado desde 1987 hasta 1998 tasas mayores al promedio nacional. En los últimos 5 años, las provincias de Chiriquí y Darién presentaron cifras superiores a la tasa nacional. La provincia de Veraguas ha sido la única del país que ha mantenido a lo largo del periodo cifras inferiores a la tasa nacional y a la rural (1987-1998). Al 2003 la provincia de Darién y la Comarca Ngobé Bugle presentaron las tasas de mortalidad perinatal más elevadas de todo el país, seguidas de la provincia de Herrera y de la Comarca Kuna Yala, con tasas ubicadas en los rangos de 19.4 – 21.9 y 16.9 – 19.3 defunciones por 1,000 embarazadas, respectivamente (Tabla 17).

En los últimos años, entre las principales causas de mortalidad neonatal precoz se cuentan, en orden decreciente, la Hipoxia, Asfixia y Otras Afecciones Respiratorias del Recién Nacido, la Septicemia del Recién Nacido, Crecimiento Lento, Desnutrición e Inmadurez y Traumatismo del Nacimiento, algunas de las cuales, guardan relación con el consumo de tabaco durante el embarazo.

Al comparar el comportamiento de las tasas de mortalidad infantil con la perinatal, por provincia, en el 2003, se observa que en Los Santos y Veraguas las cifras de ambos indicadores se aproximan; Bocas del Toro consigno la tasa de mortalidad infantil más elevadas del país con una tasa de mortalidad perinatal inferior a la tasa nacional; Darién y Kuna Yala que registraron tasas muy elevadas de mortalidad infantil y las más altas de mortalidad perinatal. (Tabla 17).

1.1.3. Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM)

Con respecto a la reducción de la pobreza se registran pocos avances: ha disminuido el grupo que recibe menos de 1 balboa al día; el coeficiente de la brecha de la pobreza es muy desigual entre el área urbana, rural y rural indígena, en detrimento de ésta última; se registra una gran desigualdad en la distribución del ingreso y al mismo tiempo, el porcentaje de menores de 5 años con insuficiencia ponderal se ha mantenido igual, con una gran concentración en el área rural indígena.

Los avances señalados no son lo suficientemente significativos para afirmar que la meta será cumplida al año 2015, fundamentalmente porque existen sectores de la población vulnerables como los indígenas y los menores de edad. Además, la situación no es equitativa entre las áreas geográficas, entre los diversos grupos humanos, entre los grupos étnicos, ni entre los sexos. No es suficiente lograr la meta como país, es necesario lograrla para todos los grupos humanos, lo que se constituye en un reto para los próximos 10 años.

En lo relativo a la educación primaria universal, Panamá casi ha logrado este objetivo. Quedan tareas pendientes en cuanto a la calidad y eficiencia del sistema educativo. Persisten brechas tanto en las oportunidades de acceso y permanencia escolar, como en la calidad de los aprendizajes, la eficiencia de la estructura administrativa del sistema, así como en la incorporación de las nuevas tecnologías, a nivel nacional y entre los diferentes grupos humanos.

Hay una estrecha relación entre el analfabetismo y la pobreza que se traduce en otras desigualdades, tales como limitaciones en el acceso a la salud, la vivienda, la equidad de género, la participación política, la protección del medio ambiente. Panamá está

en capacidad de establecer una nueva meta que consiste en lograr la Educación Básica General de 11 años de escolaridad: 2 de pre-escolar + 6 de primaria + 3 de pre-media.

En términos generales se ha registrado un avance en la promoción de la igualdad entre los sexos y la autonomía de la mujer. Sin embargo aún no existe paridad en la educación primaria, particularmente entre la población rural e indígena. Mientras que en el nivel secundario y terciario la matrícula femenina supera a la masculina. Persiste la brecha en la alfabetización en detrimento de las mujeres indígenas. Los logros educativos no se reflejan en el mercado laboral en términos ocupacionales y salariales. De allí la menor participación de las mujeres entre los empleados remunerados del sector no agrícola. Esta desigualdad de género condiciona la participación política de las mujeres, que aunque ha aumentado, aún es reducida. Todavía quedan muchas tareas pendientes para lograr la real equidad de género en los diferentes ámbitos de la vida nacional. El reto es transformar la equidad formal consignada en los documentos en una equidad real.

La mortalidad materna muestra un creciente deterioro desde el año 1990, especialmente en las áreas rurales e indígenas, lo que constituye un grave problema de salud pública, que revela algunas de las más profundas inequidades en las condiciones de vida; asimismo es un reflejo del estado de salud de las mujeres en edad reproductiva, así como de su acceso a los servicios de salud y calidad de la atención que reciben, incluido el acceso a la anticoncepción, que conlleva defunciones y daños a la salud totalmente evitables mediante un adecuado control y atención.

De manera particular, en esta situación influye la desigual atención profesional calificada al parto entre el área rural, rural indígena y urbana. Al mismo tiempo son agravantes de esta problemática la pobreza, la desnutrición, el desigual acceso a la educación, la dispersión poblacional y, por extensión, la falta de seguridad alimentaria, las condiciones deficientes asociadas a la salud ambiental y la calidad de la vivienda, entre otros determinantes, concentrados inequitativamente en los segmentos poblacionales con menor desarrollo humano y mayor exclusión de la sociedad panameña. Panamá presenta importantes dificultades para el logro de este objetivo, lo que impone redoblar los esfuerzos realizados.

Puede decirse que: El objetivo más difícil de alcanzar para Panamá es la reducción de la pobreza, fundamentalmente por la mala distribución de la riqueza y la permanencia de las desigualdades en nuestra sociedad que se manifiesta en todos los órdenes de la vida: salud, educación, vivienda, participación política, conservación y desarrollo del ambiente. El más fácil de lograr para Panamá es el Objetivo referido a la educación primaria universal, que casi es un hecho en términos cuantitativos. En este sentido el reto es garantizar el acceso y la permanencia a los grupos con mayores rezagos y elevar la calidad de los aprendizajes y las competencias para el mercado laboral.

Otro objetivo que puede considerarse de orden cultural es el que se refiere a la igualdad entre los sexos y la autonomía de la mujer. Aún cuando todavía resta mucho por hacer la situación de las mujeres panameñas, sobre todo en términos educativos es superior a otros países del área.

Los objetivos referidos al área de la salud: mortalidad infantil, salud materna, VIH, paludismo y otras enfermedades, requieren de especial atención. Las tendencias observadas en los últimos años no apuntan a mejoras sustanciales, por lo tanto se requiere de esfuerzos adicionales para elevar la calidad y la cobertura de los servicios de salud, no sólo en la atención, si no sobre todo en la prevención de las enfermedades.

Otro objetivo que requiere especial atención es el que tiene que ver con el desarrollo del medio ambiente. Se registra un creciente deterioro del mismo y para Panamá es fundamental dado que uno de nuestros principales recursos, el Canal, funciona con agua. La deforestación está cada vez más extendida, y todavía no se le ofrece a la población alternativas sostenibles para la explotación y desarrollo adecuado de los recursos naturales.

El objetivo que tiene que ver con la Asociación Mundial para el Desarrollo es fundamental para Panamá, dado que durante mucho tiempo no se le ha considerado país con necesidades críticas, y no está entre las prioridades del financiamiento internacional. La realidad es que las desigualdades son abismales, y en Panamá subsisten las peores condiciones de vida al lado de las mejores, inequidades que hay que corregir. Se necesita de la cooperación internacional para lograr avances en la equidad para toda la población.

1.2 DETERMINANTES DE LA SALUD

1.2.1. Determinantes Políticos

Desde 1903, la República de Panamá es un estado soberano e independiente cuyo gobierno es democráticamente elegido mediante sufragio universal y directo cada 5 años. El Estado se organiza en tres poderes: Ejecutivo, Legislativo y Judicial. Política y administrativamente el país está dividido en 9 provincias, 3 comarcas indígenas (que tienen nivel de provincia), 75 distritos y 623 corregimientos (dos de ellos comarcales)².

Al 2006 Panamá tiene una población estimada de 3.283.959 habitantes (Censos 1990: 2.410.916 y 2000: 2.948.023)², con una densidad poblacional de 42,3 habitantes por km² y cuyos extremos oscilan entre 1,7 en el distrito de Sambú, Comarca Emberá, a 6.630,1 hab. por km² en San Miguelito, provincia de Panamá. Los pueblos indígenas constituyen aproximadamente 10% de toda la población (1990: 8,3% y 2000: 10,1%) y están compuestos de varios grupos étnicos claramente definidos: Wargandi, Madungani, Bri Bri, Kuna Yala, Emberá y Wounaan, Ngöbe Buglé, Teribe y Bokota³. Los Ngöbe Buglé representan el 64.5% de la población indígena del país.

La conducción de la política social es responsabilidad de las instituciones públicas que forman parte del Gabinete Social del Ejecutivo (MINSA; Ministerio de Educación; Ministerio de Vivienda; Ministerio de Trabajo; Ministerio de Desarrollo Social (MIDES), Ministerio de Obras Públicas y MEF). Los lineamientos relacionados con el desarrollo de la salud se insertan en el Plan de Gobierno y en las Políticas y Estrategias de Salud como guía para las acciones, planes, programas y proyectos dirigidos a impulsar un modelo de atención de salud.

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

1.2.2. Determinantes Económicos

Panamá es calificado como un país de ingreso medio alto y reconocido como una de las más importantes economías de Centroamérica y de la Región. El 2005 registró un PIB nominal de US\$ 13.939.5 millones y un PIB per capita de US\$ 4.084 (6,4% y 4,3% respectivamente), que se encuentran en sostenido crecimiento⁴. Su tasa de crecimiento de largo plazo es de 4,5% anual y 2,0% per cápita, para el período 1961-2004 es el quinto más alto de la región⁵. Su crecimiento se encuentra concentrado en el sector servicios (80% del PIB), con pocos encadenamientos hacia el resto de la economía, en tanto que la manufactura y la construcción aportan en conjunto un 12% y el sector agropecuario el restante 8%.

Principales indicadores macro económicos.

República de Panamá, 2005

Indicador	2005
PIB a precios de 1996 (en millones US\$)	13,939.5
Tasa de crec. PIB real estimado:	6.4%
PIB per cápita a precios de 1996 (US\$)	4,318
Tasa de inflación:	2.9%
Tasa de desempleo abierto	7.2%
Deuda Interna (en millones de US\$)	2,651.6
Deuda Externa (en millones de US\$)	7,579.7
Deuda Pública (como % del PIB corriente)	66.2%

Fuente: Ministerio de Economía y Finanzas, Ref. 4

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

1.2.3. Determinantes Sociales

Según la encuesta de niveles de vida del 2003, cerca de cuatro de cada 10 personas viven en pobreza total (36,8% hab. con un consumo total de B/. 953 por persona al año) y, del total de la población el 16,6% (508.700 hab. con un consumo total de B/. 534 por persona al año) se encuentran en situación de pobreza extrema⁶. Los niños y niñas de Panamá, menores de 6 años, son los más afectados por la pobreza. Tres de cada diez se encuentran en pobreza extrema (29,2% de niños entre 0 a 5 años) y más de la mitad en situación de pobreza total (54,1% de niños entre 0 a 5 años).

La distribución del consumo por persona, en el año 2003, es muy desigual, con un coeficiente Gini de 0,47. El escaso nivel de consumo del primer quintil de población (4% del consumo total, consumo anual promedio B/. 371 por persona) implica que por cada Balboa que consume una persona del quinto quintil (51,9% del consumo total, consumo anual promedio B/. 4.803 por persona), una del primero consume solamente 8 centavos. En otras palabras, las personas pertenecientes al quintil más alto de consumo, consumen 13 veces lo que consumen las del primero.

Al 2005, la población económicamente activa (PEA) es de 1.325.150 personas (63,3% de la población de 15 y más años), el 86,4% de la PEA se encuentra ocupada, pero el 43% de ellos en actividades informales⁷. El nivel de desempleo alcanzó el 9,8% (7,6% de los hombres y 13,3% de las mujeres). La mediana del salario mensual, de los empleados no indígenas de 15 y más años de edad, se situó en B/. 322,3. Los promedios de ingreso anual en las provincias se movieron en extremos como el de la comarca Ngöbe Bugle con B/. 370,5 (varones: B/. 513 y mujeres: B/. 228) y la provincia de Panamá con B/. 3.138 (varones: B/. 3.977 y mujeres: B/. 2.299).

Panamá tiene un Desarrollo Humano alto⁸, 0,804 (ocupa la posición 56 de 177 países evaluados) y un índice de pobreza humana que alcanza el 7,7% (ocupando la posición 9 de 103 países en desarrollo). Sin embargo, el análisis de las brechas para cada

componente del IDHP revela que la dimensión con mayor adelanto y menor disparidad es la *esperanza de vida al nacer*, en la que la provincia con menor progreso (Comarca Emberá, 0,657) tiene un logro del 76,4% de la provincia con mayor progreso (Panamá, 0,860); en la dimensión *educación* la brecha se profundiza: la provincia con menores resultados (Comarca Ngöbe, 0,396) alcanza un logro del 51,8% de la provincia con mayor adelanto (Panamá, 0,764), mientras que la dimensión *nivel decente de vida* (que integra los indicadores de ingreso, empleo, vivienda y servicios básicos) presenta el menor logro relativo y la más alta disparidad, así la provincia con menor logro (Comarca Emberá, 0,108) alcanzó el 17,9% de la provincia con mayor nivel de logro (Panamá, 0,605)⁹.

Indicadores socio demográficos según provincias agrupadas por su Índice de Desarrollo Humano. República de Panamá, 2005

Cuartil de Desarrollo Humano	Provincia / Comarca	Índice de Desarrollo Humano (2002)	Ingreso medio anual per capita (2000)	Relación de dependencia (x 1000 personas)	Edad mediana (años)	Tasa global de fecundidad	Tasa de mortalidad infantil (por 1,000 nacidos vivos)	Esperanza de vida al nacer total (años)	Tasa media anual de crecimiento (por 100 personas)
Mas bajo {0.416}	Ngöbe Guble	0.400	124	977.1	16.6	4.68	46	68.21	2.61
	Emberá	0.416	364	997.2	16.6	5.03	52.79	66.41	0.38
	Kuna Yala	0.468	352	877.3	20.2	3.52	47.26	70.92	0.47
Bajo {0.621}	Darién	0.536	824	794.8	19.9	4.19	37.16	70.24	0.81
	Bocas del Toro	0.629	1,034	782.8	19	3.86	25.84	71.87	2.33
	Veraguas	0.634	1,080	658.2	25	2.95	16.81	74	0.31
Alto {0.678}	Coclé	0.649	1,110	667.2	24.4	3.06	19.5	75.28	1.18
	Colón	0.695	1,899	595.4	24.3	2.78	18.7	73.02	1.62
	Herrera	0.702	1,558	554.7	29.8	2.27	15.12	76.72	0.45
Mas alto {0.734}	Chiriquí	0.704	1,527	591.1	26.3	2.58	16.04	76.39	1.06
	Los Santos	0.724	1,632	513.7	33.1	1.99	14.74	76.78	0.44
	Panamá	0.743	2,957	492.5	27.6	2.26	11.69	77.25	2.13

Fuente: Contraloría General de la República, PNUD. Ref. 9

2. FUNCIONES DEL SISTEMA DE SALUD

2.1. RECTORÍA

La Constitución Política de la República de Panamá, en sus artículos 109 y 110 establece la obligatoriedad del Estado de asegurar el acceso de toda la población panameña a servicios integrales de prevención, curación y rehabilitación. Este mandato de la Carta Magna se traduce posteriormente en el Decreto de Gabinete N° 1 del 15 de enero de 1969, que crea el Ministerio de Salud (MINSa) y lo consagra como la Autoridad Sanitaria Nacional (ASN) y por ende consignatario de las cuatro funciones básicas que le competen. Sin embargo, algunas de ellas se encuentran separadas y concentradas en otras organizaciones gubernamentales a saber; 1. La Caja de Seguro Social (CSS), delegataria de la función de aseguramiento y seguridad social y 2. El Ministerio de Economía y Finanzas (MEF), quien es responsable por el manejo financiero del país incluido la función de financiamiento del Sector Salud.

2.1.1. Conducción de la Política General de Salud

El MINSa conserva las funciones de conducción, aunque algunas de ellas compartidas con otras entidades como es el caso; el Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud (ICGES), creado mediante la ley 78 del 17 de diciembre de 2003, responde por la conducción en el área de investigación científica y tecnología en materia de salud; el Consejo Técnico de Salud, actualmente encargado de ofrecer asesoría al Ministerio de Salud para el otorgamiento de la autorización o permiso para el libre ejercicio de la profesión médica y afines, en conjunción con la Universidad de Panamá; la Autoridad Nacional del Ambiente (ANAM) encargada junto con el MINSa de la regulación ambiental; la función de prestación de servicios de salud, que de igual manera es compartida con el sector privado, la CSS y ONGs, entre otros.

Sin embargo, esta aparente separación de funciones responde al modelo segmentado/fraccionado del Sistema de Salud del país, más que a un proceso de reforma estructurado y sistemáticamente implementado, por lo que la duplicidad de funciones, procesos y la segmentación de planes y servicios se encuentran aún presentes. Adicionalmente, el MINSa tiene entre sus funciones la rectoría del Instituto de Acueductos y Alcantarillados Nacionales (IDAAN), creado por la ley 28 del 29 de diciembre de 1969 que tiene la función de garantizar la construcción de acueductos y alcantarillados en poblaciones mayores de 1.500 habitantes. En este aspecto, el MINSa atiende las necesidades de las comunidades con menos de 1,500 habitantes, a través de fondos

nacionales, de cooperación multi o bilateral. En la práctica se presentan dificultades de tipo económico, además para ejercer las funciones de vigilancia y control de la calidad de los servicios.

Referente a las funciones específicas, en el área de planificación, no existe un sistema unificado sectorial y por lo tanto el MINSA y la CSS formulan, implementan, monitorizan y evalúan sus propios planes, proyectos y programas individualmente, apoyándose en algunas ocasiones específicas uno al otro. Las políticas en salud son elaboradas quinquenalmente por el MINSA, en cuyo proceso de elaboración no participan generalmente las otras organizaciones y sub-sectores por lo que su ámbito de aplicación es institucional. La última versión fue elaborada y publicada en un folleto de libre y amplia distribución en el país, que consta de ocho políticas:

1. Reforzar la capacidad de conducción del Ministerio de Salud.
2. Fortalecer el Modelo de Atención Familiar, Comunitario y Ambiental
3. Garantizar ambientes saludables y sostenibles
4. Fortalecer la Estrategia de Atención Primaria Ambiental
5. Instrumentar nuevos modelos de participación ciudadana
6. Transformar la Gestión Sanitaria
7. Fortalecer el Sistema de Recurso Humano en Salud
8. Impulsar la Investigación en Salud.

Como se puede deducir del listado anterior, el MINSA ha priorizado el fortalecimiento de la ASN que precisamente busca fortalecer el rol rector, así como de la atención primaria como pilar operativo de su política quinquenal, como quedó establecido en el primer y segundo lineamiento de la política dos, que propugna el desarrollo de la estrategia de atención primaria en salud, con enfoque de género y derechos humanos, en todos los niveles de gestión del sistema de salud. Se complementa con las políticas segunda y quinta dirigidas a fortalecer la promoción de la salud y la participación ciudadana en la producción social en salud, respectivamente.

Adicionalmente el documento en mención, define los actores institucionales y sus responsabilidades con el logro de los objetivos nacionales de salud, que están claramente alineados con los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), especialmente en lo concerniente a reducción de la mortalidad materna, reducción de la mortalidad infantil y la lucha contra el VIH/SIDA. Finalmente, el documento contiene una explicación de los mecanismos diseñados para monitorear y evaluar el impacto de las políticas de salud, los cuales han sido denominados "Convenios de Gestión".

Estos convenios reflejan compromisos adquiridos, el cumplimiento de metas específicas previamente establecidas en los Planes Regionales Estratégicos Integrados (MINSA-CSS), elaborados por las 14 regiones de salud. También han firmado Convenios de Gestión con el MINSA los cuatro hospitales nacionales. Este módulo de rendición de cuentas, está iniciando su segundo año de aplicación y enfrentando su primera evaluación, por lo que es prematuro hablar de sus resultados.

Sistemas de Información

Referente al sistema de información, si bien el MINSA posee su propio sistema, el vocero oficial del estado en este tema es la Contraloría General de la República y allí confluye información de diferentes fuentes como el mismo MINSA; el Registro Civil (hechos vitales); el Ministerio de Economía y Finanzas (MEF); y la Caja del Seguro Social (CSS) sólo por mencionar los más importantes. En este orden de ideas, si bien el MINSA recolecta y analiza información relevante sobre el estado de salud de la población; sin embargo, existen otras instancias de captación y análisis de información sin que esta sea necesariamente compartida con el MINSA de una manera sistemática y permanente; razón por la cual se gestiona de una manera centralizada y fraccionada.

Recientes estudios han demostrado la necesidad de implementar mecanismos que permitan relacionar la salud de la población con sus características socioeconómicas para identificar desigualdades y exclusiones de grupos vulnerables. Se ha identificado, la necesidad de incentivar una cultura sistemática del uso de la información en el proceso de toma de decisiones, especialmente de manera descentralizada.

En este contexto, podríamos afirmar que si bien el sistema de información en salud panameño ha permitido un conocimiento general de la situación de salud de las comunidades y ha sido suficiente para llenar los requerimientos básicos de información del país, recientes evaluaciones realizadas han demostrado que posee importantes falencias que deben ser corregidas en el futuro mediano. Se ha demostrado por ejemplo, que el sub-registro de hechos vitales en zonas urbanas puede alcanzar hasta un 25%. Adicionalmente, se ha demostrado que la estructura de los instrumentos y métodos de recolección de información no permiten una completa integración de información asistencial entre la CSS y el MINSA y mucho menos con los proveedores de servicios privados, lo cual incrementa el sub-registro existente.

De igual manera, esta información en muchos de los casos, es procesada de manera manual, no se encuentra desagregada por grupos étnicos y/o socio-económicos, ni geográficamente hasta lugares poblados, impidiendo, la medición de desigualdades internas, que parecieran ser una parte muy importante de la problemática social del país.

Para corregir esta falencia, este año, el MINSA en colaboración con las demás entidades participantes del sistema de información y la OPS/OMS en Panamá, desarrolló y presentó una propuesta a la Red de Medición en Salud (HMN), que fue aprobada y está siendo implementada desde el 2006.

2.1.2. Regulación, Vigilancia y Participación Social

En el tema de la regulación y vigilancia, es importante mencionar que esta función esta a cargo de la Dirección General de Salud del MINSA (DIGESA), quien concentra gran parte de las funciones que como ASN el Ministerio realiza en el país. Las direcciones de Promoción y Prevención en Salud, Provisión de Servicios, Farmacia y Drogas y el departamento de Protección de Alimentos, llevan a cabo las labores de regulación en salud pública, tal como lo contempla legalmente el Código Sanitario de 10 de Noviembre de 1947, con limitaciones para la aplicación de sanciones, frente a lo cual se aprobó en el 2006 la Ley de Jurisdicción Coactiva. A lo largo del tiempo, se han efectuado varios intentos fallidos por reformar integralmente el Código Sanitario.

En este marco jurídico, la DIGESA debe velar por la salud poblacional y ambiental y mantener las funciones de regulación y de vigilancia de la salud, ejecutando procesos técnicos relacionados con la regulación en materia de investigación, desarrollo tecnológico, ética, bioseguridad, control de gestión en la prestación de los servicios, control de alimentos y aquellos relacionados con la vigilancia epidemiológica, entomológica y zoonótica. Si bien la DIGESA ha realizado tradicionalmente esta función de una manera centralizada, la actual administración, ha considerado a través de la estrategia de participación social, involucrar la comunidad en estos procesos y definirla como uno de los pilares de la política de salud.

En este sentido, se han fortalecido los denominados “Comités de Salud” y las “Juntas Administradoras de Acueductos Rurales”, que son la expresión local de los procesos de participación comunitaria en el país. Ambas instancias fueron creadas mediante normativa legal y con el fin de incentivar la participación de la comunidad en los procesos de identificación de problemas, planificación, ejecución, administración, regulación y evaluación de acciones, de las unidades operativas. Otras formas de participación han sido incentivadas como aquellas que se realizan a través de líderes y grupos comunitarios, implantando estrategias de grupos voluntarios de salud, tales como los Promotores y los Guardianes de la Salud.

Actualmente, el Gobierno Nacional, ha involucrado a los grupos comunitarios y de interés en la formulación, ejecución y control de programas de salud para adolescentes, adultos mayores, diabéticos, hipertensos y convivientes con VIH/SIDA, entre otros. También lo son la Comisión Nacional de Salud Sexual y Reproductiva y el primer Consejo Nacional

Consultivo para la Integración Social de las Personas con Discapacidad y sus Familias (CONADIS). Este último, es presidido por el Señor Presidente de la República y los Ministros de Estado y cuenta con la participación de múltiples organizaciones de la Sociedad Civil, a la fecha ha elaborado el Plan Estratégico Nacional para periodo 2005-2009.

2.1.3. Gestión de la Cooperación Internacional

La gestión y negociación de la cooperación internacional, está a cargo del Ministerio de Economía y Finanzas (MEF), en estrecha colaboración con el Ministerio de Relaciones Exteriores y de la oficina de Coordinación de la Cooperación Internacional de la Presidencia de la República. Sin embargo, cada ministerio posee oficinas de cooperación internacional, quienes se encargan de la coordinación interna, del asesoramiento en el diseño de proyectos y del seguimiento de los compromisos internacionales adquiridos por ellos. Producto de la gestión de estas dependencias, existen varios tipos de recursos externos en Panamá que pueden clasificarse de la siguiente manera:

Cooperación bilateral

Este tipo de cooperación debería implicar negociaciones directas y alineación de agendas con los países donantes, sin embargo, en muchos de los casos, este tipo de inversión responde a los intereses de cada una de estas agencias y ejecutados de manera dispersa a lo largo del país.

- a) La cooperación bilateral reembolsable, basada en créditos de gobierno a gobierno, implica financiamiento de capital físico, equipamiento, insumos, que involucran la participación de grupos económicos y empresas de los países donantes, como proveedores de servicios, insumos, equipos, o como ejecutores directos de las obras. En este sentido, podemos señalar el Plan de Saneamiento de la Bahía de Panamá, que no sólo tiene importancia turística, sino sanitaria y que será financiada conjuntamente por la banca internacional y el Gobierno de Japón. El aporte inicial de la banca internacional para la primera fase está en el orden de los US\$45 millones de dólares.
- b) La cooperación bilateral no reembolsable, donde la transferencia de recursos de cooperación eventualmente conlleva la obligación de poner una contraparte en especie o efectivo. Dentro de esta modalidad se encuentran las negociaciones con: la Embajada de Japón, la Embajada de Canadá, la Embajada de los Estados Unidos

de Norteamérica, la Agencia de Ayuda Internacional de los Estados Unidos (USAID), la Comisión Económica Europea (CEE), la Agencia Japonesa de Cooperación Internacional (JICA), y la Agencia Española de Cooperación Internacional (AECI). Un ejemplo concreto en este campo lo constituyen las gestiones del Ministerio de Salud con el gobierno de los Estados Unidos para el fortalecimiento del Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud, en el diagnóstico laboratorial de enfermedades infecciosas emergentes y reemergentes, así como el desarrollo de un laboratorio de alta seguridad P3. Otros ejemplos de este tipo de cooperación en Panamá son los proyectos financiados por JICA en los temas de Hemored (actualmente sin ejecución) y mejoramiento de la calidad de la red prestadora en el área mesoamericana. (actualmente en ejecución en las comarcas indígenas), así como los proyectos de Mejoramiento de la Calidad en hospitales y regiones seleccionadas que incluyen un componente importante de capacitación del recurso humano. De igual forma, se ha conformado una comisión técnica en el MINSa para elaborar un proyecto de implementación de Programa de Tamizaje Neonatal Universal, de ámbito nacional cuyo centro de referencia es el Hospital del Niño con la finalidad de prevenir las causas prenatales, metabólicas, endocrinas e infecciosas que causan discapacidad y generadoras de altos costos socioeconómicos en el país.

Cooperación multilateral

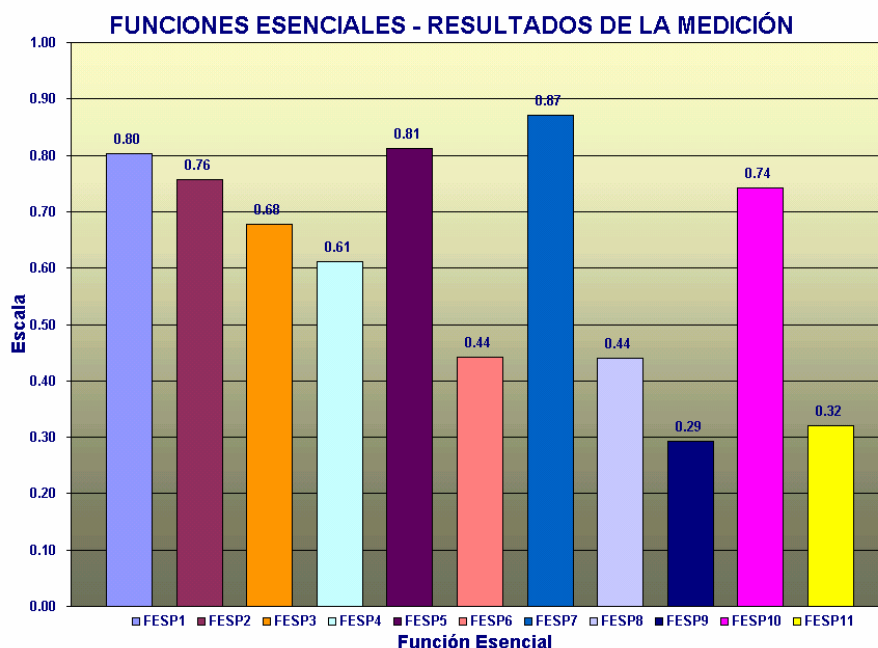
- a) La cooperación multilateral reembolsable: actualmente el Ministerio de Salud está participando de dos (2) préstamos con el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) por un valor de US\$80 millones: el primero por US\$50 millones, con un aporte externo de US\$45 millones y que será destinado a la canalización y tratamiento de aguas servidas de los barrios que aún vierten sus desechos a la Bahía de Panamá (anteriormente mencionado) y un segundo préstamo, por un valor total de US\$50 millones (US\$35 millones de aporte externo) destinado al financiamiento del Programa Multifase de Transformación Institucional del Sector Salud. Este proyecto, cuyo aporte es muy significativo para el MINSa, inició su primera fase en el año 2002 y se prevé continúe hasta el año 2007, cuando se negociará una segunda fase. En términos generales, el proyecto posee tres sub-componentes claramente diferenciados; el número uno con un porte de US\$5.8 millones y que apuntan al fortalecimiento del rol rector del MINSa; el número dos, posee el aporte más significativo (US\$28 millones) para financiar la ampliación de coberturas a regiones desprotegidas mediante el modelo de contratación de Organizaciones Externas (OE) y el establecimiento de un Plan Integral de Servicios de Salud (PAISS) y finalmente

el número tres que con un monto de US\$10 millones, financia la transformación de los servicios de salud, para incrementar su productividad. Una rápida revisión de la distribución financiera y de ejecución del mismo, muestra que el sub-componente dos posee el mayor peso relativo y mejor porcentaje de ejecución a la fecha (US\$27.1 millones y 79%), lo cual es confidente con el énfasis que el Gobierno actual esta realizando a la lucha contra la pobreza y la exclusión social.

- b) La cooperación multilateral no reembolsable: Panamá no es considerado como un país prioritario para recibir fondos de la gran mayoría de agencias cooperantes y por ende, el peso relativo de recursos no reembolsables en el Presupuesto General de Salud no ha superado el 1% (US\$10.000.000 al año) en los últimos 10 años, según información de la Dirección Nacional de Asuntos Internacionales del Ministerio de Salud. Adicionalmente y por las mismas razones, el país tampoco clasifica para mecanismos de alivio de la deuda u otros fondos globales tales como los **PRSP, GAVI, CIII**; el Fondo global de lucha contra la TBC, Malaria y VIH/SIDA sólo destinó US\$570.000 para la financiación del componente de TBC, cuya ejecución finaliza este año. La Red de la Medición en Salud (HMN) destinó US\$ 100.000 para fortalecer el sistema de información en salud. En general, se puede afirmar que el gobierno panameño trabaja para mantenerse en la categoría de país objeto de cooperación internacional no reembolsable, mediante el establecimiento de alianzas estratégicas a nivel regional e internacional, aprovechando espacios de actuación en los foros internacionales, de acuerdo a las prioridades del país establecidas en el Plan de Gobierno. Referente a la presencia de agencias del Sistema de las Naciones Unidas, de acuerdo con la información actual, la OPS/OMS, el PNUD, UNICEF, UNFPA, ACNUR, PMA, ONUSIDA, y la FAO, poseen oficinas y representantes acreditados en el país, cuya cooperación incluye la perspectiva de género y los Objetivos de Desarrollo del Milenio, en pro de aumentar y generalizar el ejercicio de la libertad individual y del acceso a las oportunidades de vida.

2.1.4. Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP)

Con el apoyo de OPS/OMS, el Ministerio de Salud de Panamá realizó, en el 2001, la primera medición de las Funciones Esenciales en Salud Pública (FESP), cuyos resultados fueron editados y distribuidos. Sin embargo, de acuerdo con fuentes oficiales, este documento no fue ampliamente distribuido, ni existen evidencias del desarrollo o la implementación de un plan de mejoramiento, por lo que se estima un bajo nivel de seguimiento.



Un análisis general del gráfico anterior, que resume el resultado obtenido de esa medición, permite deducir que de las once FESP estudiadas la función siete (7) “Evaluación y promoción del acceso equitativo a los servicios de salud necesarios” con un puntaje de 0.87, y la función cinco (5) “Desarrollo de políticas y capacidad institucional de planificación y gestión en salud pública” con un puntaje de 0.81 resultaron ser las mejores evaluadas; resultado este que es congruente con los esfuerzos realizados por el MINSA para mejorar los mecanismos de planificación y entrega de servicios de salud a las poblaciones pobres.

Sin embargo, como se verá más adelante no significa esto que los servicios sean de óptima calidad como queda evidenciado cuando vemos como al otro lado del espectro, se ubicaron las funciones nueve (9) “Garantía y mejoramiento de la calidad de servicios individuales y colectivos” con un puntaje de 0.29 y once (11)- “Reducción del impacto de emergencias y desastres en salud” con un puntaje de 0.32, respectivamente. Aunque no es tan simple de explicar en estos términos, la baja puntuación obtenida por la función once pudiera deberse a la relativa baja ocurrencia de desastres en este país, si se compara con sus vecinos de la sub-región. Sin embargo, en los últimos años, el país ha sufrido inundaciones en el sector oeste y este de la Provincia de Panamá, con las consecuentes pérdidas de vidas humanas y económicas que se han relacionado más a la falta en el cumplimiento de los criterios técnicos urbanísticos y sanitarios que al mismo desastre en si.”

El puntaje obtenido por la función nueve muestra la pérdida progresiva de la función rectora propia de la fragmentación gerencial que induce la segmentación de planes y programas con detrimento de la calidad de los servicios ofrecidos a las poblaciones más pobres. Esto se verá claramente reflejado cuando veamos el gran peso que en la financiación del sector, tienen los recursos catalogados como “gastos de bolsillo” y que

muestran como este efecto regresivo es una clara expresión de la baja calidad de los servicios ofrecidos o la exclusión de ciertas comunidades y/o grupos poblacionales a los servicios estatales.

El resto de las funciones con excepción de la función uno (1) "Monitoreo, evaluación y análisis de la situación de salud", que con un puntaje cercano a 0.80 se ubicó en el cuartil de desempeño medio superior, pero a pesar de esta relativa "buena" evaluación ameritan un análisis más detallado por las implicaciones que tiene a mediano y largo plazo, la presencia o no de esfuerzos estatales de inversión, en el contexto de un proceso de fortalecimiento de la salud pública en el país, tema este que será retomado en una segunda medición y elaboración de un plan conjunto de mejoramiento que el MINSA junto con OPS-OMS esta implementando para el segundo semestre del año 2006.

2.2. FINANCIAMIENTO Y ASEGURAMIENTO

2.2.1. Financiamiento

De acuerdo con cifras publicadas por la OMS, con un gasto en salud estimado para el 2004 de \$ 1.154 millones de Dólares, Panamá es uno de los países de la región que proporcionalmente destina uno de los mas altos porcentajes de su producto interno bruto para la salud (8.4% en el 2004). De esta cantidad se estima que para el mismo año, cerca de \$ 360 millones (31%), fueron aportados directamente de los bolsillos de los ciudadanos, bien sea como compra directa de bolsillo o pago de seguros prepagados. El resto de los recursos (cerca de US\$794 millones), son financiados casi de manera equitativa entre el Sistema de Seguridad Social (\$ 363 Millones) y el Ministerio de Salud (US\$431 millones). Si lo miramos como inversión per capita, el estado panameño destinaría cerca de US\$363 dólares por persona por año.

Si analizamos los montos informados por el MINSA de los recursos que son financiados con inversión externa en salud, vemos como durante los últimos siete años, esta clase de recursos no retornables, no superaron los US\$10 millones de dólares al año, lo que representa menos del 1% de total. Esto es coincidente con el hecho que debido a los importantes logros en el PIB per capita, la mortalidad infantil y los porcentajes relativamente bajos de pobreza total, el país no es considerado como prioritario para la inversión de agencias de cooperación externa.

Estos recursos, como se puede observar, en su gran mayoría provienen del erario público, o de los aportes obrero patronales y en un alto porcentaje dedicados al pago de las nominas (hasta 70%) y el subsidio a la oferta a través de las 14 regiones sanitarias y la red de prestadores públicos y de la CSS, respectivamente. El proceso de negociación y

aprobación de los presupuestos finales aunque tiene algunas diferencias entre las dos entidades, en su gran mayoría es establecido por estimados históricos y sometido a aprobación inicial al MEF quien a su vez lo consolida con el resto de dependencias estatales y lo somete anualmente a la Asamblea Legislativa, quien luego de un debate matizado por intereses políticos y técnicos lo aprueba con o sin modificaciones.

Para el caso de la CSS, el presupuesto es aprobado por la Junta Directiva de esa entidad, donde además de las dos partes (obreros y patronos) tienen asiento otras entidades, como los Ministerios del Trabajo, Salud y Economía y Finanzas. Una vez aprobado este presupuesto es dividido en dos grandes rubros a saber; de funcionamiento (95%) e inversión (5%) y distribuidos a la red, acorde con estimados históricos y recientemente posterior (para el caso del MINSA) a la firma de los Convenios de Gestión y los intereses propios del Ministro o Director de la entidad respectivamente. Incrementos de la asignación presupuestaria se darán en función de la ejecución, negociación y sustentación de necesidades, a través de créditos adicionales y extraordinarios, utilizando el mismo mecanismo.

El control del uso de los recursos es ejercido por la Contraloría General de la República y es de carácter previo a la ejecución del gasto. Los hospitales de III nivel y los Institutos especializados de carácter nacional, poseen una figura administrativa denominados “patronatos” presididos por una junta directiva, encabezada por el Ministro de Salud o su delegado. Estas “juntas” se consideran autónomas para ejercer la función ejecutiva de la entidad cuyo representante legal es un gerente escogido por ellos, pero posesionado por el Ministro de Salud.

Otras fuentes de recursos para la Red Pública del Ministerio está representada por las cuotas de recuperación o co-pagos, cuyo monto es generalmente determinado por los patronatos, pero que en términos generales no representa más allá del 1% del costo real del servicio, ni más del 5% de los recursos disponibles. Estos co-pagos aplican para servicios de primer nivel, sin embargo, cuando se trata de población sin capacidad de pago al momento de recibir una atención, la misma no le es negada. En general, el actual Gobierno ha desmontado gradualmente esta práctica, pero en muchos de los casos sin dar fuentes alternas de ingreso, lo cual ha comprometido seriamente la estabilidad financiera de los hospitales públicos y de toda la red de servicios del MINSA.

Existen otros recursos provenientes de los convenios de prestación de servicios entre la CSS y el MINSA que operan en instalaciones de salud de primer, segundo o tercer nivel, que ofrecen servicios a población asegurada y no asegurada, según sea el caso, con base a los productos y servicios de salud definidos en la cartera de servicios establecida, a costos previamente convenidos. Aunque este mecanismo no es muy ágil ni eficiente, pues la red pública no puede identificar los afiliados a la CSS, y la recuperación es muy lenta,

significa algunos pocos recursos que son administrados directamente por la región o los patronatos para el caso de los hospitales nacionales. Caso especial lo representa el Hospital San Miguel Arcángel (HISMA) en donde debido a su modelo de gestión, el aporte de los recursos es compartido entre la CSS y el MINSA, siendo depositados a un fondo común manejado por la Coordinadora Nacional de la Salud (CONSALUD), como ente externo. Estos recursos son utilizados para pagar la atención de los afiliados a ese hospital que a su vez es administrado por un ente privado (Subsidio demanda).

2.2.2. Aseguramiento

Panamá cuenta con un sistema de seguridad social clásico Bismarkiano administrado por la CSS. Este mandato proviene de dos elementos: el primero surge de la Constitución Nacional, la cual consagra el derecho de los ciudadanos a la seguridad social mediante el artículo 109 y un segundo elemento constituido por la Ley Orgánica de la Caja de Seguro Social, formulada inicialmente en 1954, la cual fue modificada por la ley 51 del 2005 recientemente aprobada y que busca garantizar la sostenibilidad financiera del seguro de Invalidez, Vejez y Muerte (IVM). Como era de esperarse con este tipo de reforma del sector de pensiones, las modificaciones más importantes introducidas están en directa relación con incrementos en el techo de cotización, el número de semanas requeridas y la edad de jubilación, al tiempo que introdujo el régimen de ahorro personal, pero administrado por la misma CSS. Sin embargo, en el artículo 134 de la Ley N° 51, se establece la obligatoriedad de la CSS de adelantar programas preventivos y coordinar acciones y servicios con el MINSA, que podría ser el inicio de un proceso de integración funcional en el futuro, especialmente en la ciudad capital.

La Caja de Seguro Social como ente autónomo e independiente adscrita al Sector Salud, tiene por objeto garantizar a los asegurados el derecho a la seguridad de sus medios económicos de subsistencia, en los casos de enfermedad, maternidad, invalidez, subsidios de familia, vejez, viudez, orfandad, auxilio de funerales, accidentes de trabajo, enfermedades profesionales y de conformidad con los términos, límites y condiciones establecidos en la Constitución, la Ley y las posibilidades financieras de la Institución.

La Ley Orgánica de la CSS establece las modalidades de afiliación y el grupo de beneficiarios del sistema. En general, existen dos tipos de afiliados: los afiliados obligatorios, constituidos por los trabajadores formales del sector público y privado; los trabajadores independientes que brinden sus servicios al Gobierno; o de manera formal a la empresa privada; y los afiliados voluntarios, personas al servicio de organismos internacionales, personas al servicio de misiones diplomáticas, personas que no están sujetas al régimen obligatorio y trabajadores menores de edad con iguales beneficios que los mayores de edad.

En general, se describen como beneficiarios, el cónyuge o compañero/a permanente y sus dependientes hasta la mayoría de edad (18 años o hasta los 25 años, si se trata de estudiantes debidamente comprobados), siempre y cuando no exista la figura de emancipación voluntaria y estén inscritos en el sistema educativo formal del país. Los dependientes con discapacidad son beneficiarios de por vida.

Año	Población Total	Población Económicamente Activa	Total de Población Asegurada	% de Asegurados del Total de la Población
1990	2.398.042	820.005	1.214.660	50.7%
2000	2.815.644	1.088.974	2.011.352	71.4%
2004	3.172.360	1.357.272	2.003.108	63.1%
2005	3,228,186	2,555,501	2,121,838	65.7%

De acuerdo con este cuadro, la CSS cubriría nominalmente un 60% de la población. Sin embargo, las coberturas reales no se conocen con exactitud dadas algunas características: 1. La CSS no actualiza con la suficiente periodicidad las personas derechohabientes y por tanto sus datos pueden no coincidir con la realidad; 2. La CSS no comparte sus bases de datos con el sistema público, por lo cual los afiliados y derechohabientes hacen uso de la red pública del MINSA o de la CSS y en muchos de los casos acuden a ambos servicios; y 3. La red del MINSA es totalmente abierta y mucho más amplia geográficamente hablando siendo en algunos sitios la única existente. Si bien existen convenios de compensación y algún grado de integración operativa informal entre los dos grandes prestadores en las áreas del interior país, los mecanismos que permitan identificar la población afiliada son el carné de seguro social y la ficha, los que en ocasiones no están actualizados, afectándose el sistema de facturación para la compensación de costos por prestación de servicios. En la Ciudad de Panamá, únicamente existen contratos de prestación de servicios con la CSS en el Hospital del Niño y en el Instituto Oncológico Nacional. Además, a través de CONSALUD con el Hospital San Miguel Arcángel, donde se aplica la sectorización y la categorización de los usuarios basados en su situación socioeconómica y su afiliación a la seguridad social.

Los beneficios que brinda el régimen de seguridad de la CSS comprenden los siguientes riesgos: riesgo de enfermedad y maternidad con prestación de servicios de salud preventivos, de recuperación en los tres niveles de atención y de rehabilitación por cualquier contingencia incluida las enfermedades consideradas catastróficas o de alto costo,

y en igualdad de condiciones para derechohabientes y afiliados. Adicionalmente, la CSS realiza prestaciones económicas consistentes en el pago de subsidio a los afiliados que sufran una enfermedad o lesión que les produzca incapacidad temporal para el trabajo, que no sea producto de una enfermedad o accidente laboral y de un subsidio de maternidad que cubra el periodo de reposo que se le reconoce a la empleada grávida (90 días); riesgo de invalidez; contingencia de retiro por vejez y riesgo de muerte.

La CSS presta la mayoría de los servicios de salud, a través de su propia red con personal asalariado; excepcionalmente compra servicios de salud a terceros incluidos el sector público y privado bajo la modalidad de pago por actividad realizada. Por tratarse de un organismo jurídicamente independiente, realiza sus compras de manera directa, mediante negociaciones con proveedores nacionales e internacionales. De manera ocasional, realiza compras conjuntas con el MINSA, aunque no existen mecanismos sistemáticos de integración formal, en esta ni en otras áreas de compras o suministros.

El MINSA en cumplimiento de su mandato constitucional debe garantizarla atención integral en los tres niveles de atención, incluida la provisión de medicamentos a todo aquel, que asista a sus instalaciones independientemente de su estatus y o capacidad de pago. Sin embargo, en la medida que el país no cuenta con un paquete unificado de servicios mínimos y de prestación obligatoria, la cantidad, tipo y calidad de los servicios obtenidos está limitada a la capacidad y recursos con que cuente la entidad que presta el servicios y varía notoriamente de un lugar o nivel de atención a otro (segmentación de planes de salud).

Igual situación ocurre con los seguros pre-pagos que en su totalidad operan en Panamá, bajo el esquema de reembolso o descuentos variables del tipo, valor y compañía aseguradora. Al no estar reglamentados, los niveles de coberturas que cobran son también variables.

2.3. PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

2.3.1. Oferta y Demanda de Servicios de Salud

La red de servicios de salud del país está conformada por tres grandes sub-sectores: el público, el de seguridad social y el privado (no existen datos). El sistema público está dividido en 14 regiones sanitarias en donde tienen presencia paralela tanto la red pública del MINSA como de la CSS. En términos generales, esta red debería ser suficiente para cubrir la totalidad de la población panameña. Sin embargo, existe una irregular distribución tanto de la red como del recurso humano con una concentración mayor en las cabeceras urbanas y una fragmentación del sistema con segmentación en la cartera

de servicios en detrimento de la población, especialmente no afiliada a la seguridad social, que vive en zonas apartadas y/o rurales.

Con la información actualmente disponible, no es posible determinar que porcentaje de la población tiene garantía de acceso a los servicios de salud. Existen evidencias de que las poblaciones indígenas y aquellas que habitan en zonas apartadas, no poseen acceso debido a barreras económicas (costos anexos y gasto de bolsillo), geográficas y sobre todo por falta de infraestructura y personal técnico disponible. No hay datos estadísticos por sexo o étnias de coberturas reales y la demanda insatisfecha no es medida sistemáticamente.

Entidades de salud del MINSA

Tipo de instalación	Cantidad
Hospitales nacionales especializados	4
Institutos nacionales especializados	1
Hospitales regionales	14
Hospital Nacional para Enfermedades Crónicas	1
Hospitales rurales	11
Hospital Regional Integrado MINSA/CSS	1
Poli centros	3
Centros de salud	185
Sub-centros de salud	110
Puestos de salud	455
Centros de promoción de la salud	7
GRAN TOTAL	792

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

Entidades de de salud de la CSS

Tipo de instalación	Cantidad
Hospitales nacionales especializados	2
Hospital Nacional para Enfermedades Crónicas	1
Hospitales sectoriales	8
Policlínicas	25
Unidades locales de atención primaria	13

Centros de atención y prevención	27
GRAN TOTAL	76

El MINSA y la CSS armonizan los planes de acción y los modelos de gestión de sus propias Instituciones prestadoras de salud, con un cierto grado de desconcentración de funciones en las regiones sanitarias, los cuatro hospitales nacionales y las clínicas especializadas de la CSS. Sin embargo, la gestión puede definirse como centralizada y con una estructura fuertemente jerárquica.

Actualmente, en el Plan de Gobierno, se plantea desarrollar un sistema único de servicios públicos de atención de salud y de cobertura universal, mediante la unión operativa del MINSA y la CSS, pero no se han establecido los mecanismos para su logro, ni la reciente modificación del estatuto de la CSS define un modelo claro para ello. El MINSA establece y revisa periódicamente los Planes de Atención Integral de Servicios de Salud (PAISS) a poblaciones dispersas y vulnerables, que en la actualidad ambas entidades se encuentra en el proceso de habilitación, certificación y acreditación de sus hospitales. Se promueve y asegura que los niveles de atención primaria, secundaria y terciaria estén integrados y coordinados en cada régimen y el MINSA está adelantando un proceso de reorganización de la red de los servicios de salud, actualizando los protocolos de atención primaria y hospitalaria como base para el establecimiento del sistema único de referencia y contrarreferencia.

Programas a poblaciones vulnerables:

El MINSA a través de las Direcciones Nacionales de Provisión de Servicios de Salud y de Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad y la Oficina Nacional para la Salud Integral de la Población con Discapacidad, han desarrollado e implementado programas, para atender las necesidades de estas poblaciones, tales como; de Salud Mental, de Salud Sexual y Reproductiva, de Atención Integral al Ambiente, de Atención de la Niñez, la Adolescencia, la Población Adulta, las personas con discapacidad y la Salud Maternal, entre otros. Todos estos programas hacen parte de la oferta en salud que el Ministerio ofrece de manera gratuita a toda la población y a través de sus instalaciones y en los tres niveles (incluidos medicamentos) y la CSS a sus afiliados y beneficiarios con su propia red.

Mención especial merece la estrategia de la Presidencia de la República denominada “Sistema de Protección Social- Red de Oportunidades”, que tiene como objetivo incrementar las capacidades de cerca de 76,590 hogares en pobreza extrema. La oferta en salud de este sistema, está basada en la prestación de servicios en la comunidad, de manera gratuita y regular a las poblaciones distantes y excluidas, usando como

mecanismos la contratación de Organizaciones Externas (OE) o mediante métodos institucionales como las Ferias, Caravanas de la Salud y Giras Integrales. La CSS debe participar ofreciendo algunos servicios en áreas donde el MINSa no cuenta con capacidad instalada para atender a estos grupos, sin embargo la coordinación se ve dificultada dado que la CSS no participa regularmente en las reuniones destinadas a atender este tema.

2.3.2. Gestión de Recursos Humanos en Salud

A mediados de los años ochenta y hasta finales de los noventa (1999) el MINSa realizó una buena gestión y caracterización de su fuerza laboral, convirtiéndose en líder de la región en el tema. Sin embargo, este al igual que otros temas relevantes, como ASN, han perdido importancia a lo interno del Ministerio, perpetuando, entre otras cosas, la desigual distribución geográfica del recurso con detrimento de las regiones más apartadas y pobres del país: esta situación se da a pesar de los incentivos económicos que el país posee para incentivar la migración interna de profesionales y que entre otras, prevé una bonificación permanente de hasta el 40% del salario base. Estudios del MINSa han demostrado, que el número de recursos por 100.000 habitantes es hasta diez veces menor en las comarcas indígenas, si se compara con el resto del país.

Por otro lado, a finales del año 2005 se inició la certificación del recurso humano, a través de la promulgación de la normativa de la ley 43 del 2004 que crea los Consejos y Procedimientos Interinstitucionales de Certificación y Re-certificación de las profesiones de salud, estos procesos fueron detenidos a mediados del año 2006 una vez el MINSa derogó la reglamentación de la mencionada ley, mediante el Decreto Ejecutivo 329 del mismo año. Se espera que el proceso sea retomado en el futuro mediano.

El siguiente cuadro, ilustra acerca de la cantidad y origen laboral del recurso humano en el país.

Recurso humano en salud de la República de Panamá y su distribución institucional

DIRECCION NACIONAL DE POLITICA SECCION DE REGISTROS MEDICOS Y ESTADISTICAS DE SALUD RECURSO HUMANO DE LA REPUBLICAS DE PANAMA MINSa, C.S.S. AÑOS 2005 1/												
DEPENDENCIA	TOTAL PAIS	MEDICO GENERAL	MED. INTERNO	MEDICOS ESPECIALISTA	ODONTOL OGO	ENFERMERA	LABORAT ORISTA	FARMACE UTICO	NUTRICION ISTA	REMES	TECNICOS	ADMINISTRATIVO
TOTAL	255162	1373	278	2344	884	3375	831	683	81	1569	6518	7226
MINSa	8622	466	74	477	396	1241	178	85	18	496	2738	2453
C.S.S.	14050	861	48	1562	463	1700	583	581	61	957	3309	3925
PATRONATO	2229	36	156	296	9	428	66	15	2	103	413	705
J. COM-COM.SALUD	254	10	0	9	16	6	4	2	0	10	54	143
OTROS	7	0	0	0	0	0	0	0	0	3	4	0

Incluye todas las Instalaciones del MINSa
1/ Esta información es hasta Febrero del 2005
2/ No incluye al Hospital Rafael Esteves de Coclé, HSMA de San Miguelito
Fuente: Registros Médicos y Estadísticas de Salud

2.3.3. Medicamentos y Otros Productos Sanitarios

Aunque el país no cuenta con un observatorio de medicamentos esenciales, si existe una política nacional de medicamentos y equipos médico quirúrgicos recientemente incorporada en una ley y dirigida a permitir el acceso de medicamentos de calidad que cumplan con los criterios de bioequivalencia e intercambiabilidad, como un mecanismo de abaratamiento de los costos; actualizar de manera periódica el listado de medicamentos esenciales, para disminuir la carga que ellos representan al sistema y asegurar su equitativa disponibilidad en las diferentes regiones; unificar criterios de compras nacionales y establecer el precio único nacional, incluyendo a la CSS, para racionalizar los recursos; y ejercer un control estricto de los proveedores de estos insumos y de elementos medico-quirúrgicos de interés en Salud Pública, mediante la implementación del registro sanitario previo y único, complementado con sistemas de monitoreo post-venta o de tecno y fármaco vigilancia. Igualmente en el área de protocolos de atención, las dos entidades se encuentran actualmente en este proceso y poseen protocolos unificados para el manejo de patologías de interés en Salud Pública tales como la TBC, malaria y el VIH/SIDA.

2.3.4. Equipo y Tecnología

La inversión que realiza anualmente el MINSA en mantenimiento y provisión tecnológica (menor al 0.6% de su presupuesto), está en directa relación con la ausencia de un plan definido en esta área. De igual manera, existen falencias muy importantes en el área de calidad que están iniciando a ser corregidas con la promulgación e inicio de implementación de un Programa Marco de Evaluación y Mejora de la Calidad de Atención, que adelanta el Ministerio en conjunto con el ICGES y financiado por JICA. Este programa incluye el desarrollo de proyectos de mejora de la calidad de la atención, en 24 instalaciones de salud (incluye las Regiones de Salud de Coclé, Colón, Panamá Este y Panamá Oeste), en 16 centros de salud y en 4 hospitales de dichas regiones, que incluye además la implantación de un sistema de recepción de quejas y de encuestas de satisfacción al usuario externo. Paralelamente, con apoyo de OPS, el país inicio el pasado año, la implementación del sistema de gestión de la calidad de laboratorios y el Sistema Nacional de Suministro y Transfusiones de Sangre bancos de sangre, que terminará su fase de capacitación e implementación a fines del año 2006.

3. MONITOREO Y ANÁLISIS DE LOS PROCESOS DE CAMBIO/REFORMA

3.1. EFECTO SOBRE LAS FUNCIONES DEL SISTEMA DE SALUD

Si bien el proceso de reforma del sector salud en Panamá, cuya historia se remonta a los años 90, tuvo como principios rectores la unificación del sistema, la integralidad en la prestación del servicio, la búsqueda de la equidad, la universalidad del acceso y la mejoría de la eficiencia (como en el resto de la región), el proceso de reforma no ha tenido las connotaciones de cambio radical buscadas ni el impacto esperado. Por el contrario, producto del vaivén político y la falta de continuidad en la política, el proceso se circunscribió sólo a una región de salud del área metropolitana de la ciudad de Panamá, iniciada como piloto y conocida como Región de Salud de San Miguelito, Las Cumbres y Chilibre, particularmente en el Hospital San Miguel Arcángel, por lo cual su impacto se circunscribe a esa región. Esta falla en la extensión del proceso ha perpetuado la segmentación y fragmentación del sistema, eternizando la exclusión de extensas poblaciones marginales del acceso a servicios básicos de salud y por consiguiente las profundas inequidades internas en el país.

En este orden de ideas, este capítulo circunscribirá su análisis a lo ocurrido en este proceso piloto, teniendo como base que no ha ejercido cambios en el modelo general existente y que por lo tanto sus logros no son extrapolables a otras áreas geográficas del país. Históricamente, este proceso tiene sus orígenes en un documento, que constituyó parte importante del plan de gobierno de la gestión gubernamental 1994-1999, titulado “Política Pública: Desarrollo Social con Eficiencia Económica” y también en la Política de Salud” publicado en el mismo periodo. A la finalización del periodo de gestión (1999), se había dado inicio al proyecto piloto pero no se encontraba totalmente finalizado, razón por la cual su continuidad estaba ligada a la voluntad política del gobierno entrante.

Luego de una serie de procesos de negociación que implicaron cambios en el modelo original, el equipo asesor de la gestión entrante, decide incorporar el proyecto piloto en su Política Pública 1999-2004 denominado “Políticas y Estrategia de Desarrollo Social”, con lo cual se aseguró la terminación de su implementación a fines del año 2005, modelo que ha permanecido sin mayores modificaciones desde entonces. Como parte del proyecto piloto, entre los años 2001 y 2002, con recursos del crédito del Banco Mundial, se logró la creación de 14 unidades de planificación e información conjunta MINSA/CSS en las 14 regiones sanitarias del país, con el fin desarrollar un Plan Estratégico Sectorial y se logró la firma del Convenio de Coordinación Interinstitucional MINSA/CSS. Producto de lo anterior, unos pocos meses después (fines 2003), se dio inicio a otro proyecto piloto conocido como

“El Observatorio de Herrera”, que fue suspendido a fines 2004 tarde para permitir que el gobierno entrante decidiera sobre la pertinencia o no de su implementación.

Desafortunadamente estos procesos integracionistas no contaron con la voluntad política necesaria para que fueran considerados como parte fundamental del plan de salud del nuevo gobierno. Clara muestra de ello, es el hecho de que el tema de la unificación no fue tomado con la suficiente profundidad durante la discusión de la nueva Ley Orgánica de la CSS aprobada a finales del 2005. Producto de lo anterior la nueva ley no sólo hace una ligera mención de “la necesidad de la planificación conjunta institucional” sin profundizar en la necesidad de integrar, sino que a juicio de expertos se aleja más de esta posibilidad, ante posiciones proteccionistas de los intereses de la CSS. A pesar de que la unificación del sistema permanece en Plan de Gobierno y en las Políticas de Salud actuales, desde el 2004 se hacen notar dificultades para retomar el tema de una reforma sectorial.

Es claro pues, que además de la coyuntura política de un gobierno democrático y la ola reformista de los 90 en la región, existieron también razones técnicas que facilitaron el inicio del proceso y más específicamente la decisión de tomar la Región Salud de San Miguelito, Las Cumbres y Chilibre como área demostrativa o plan piloto. Entre las más importantes tenemos: 1) En la Región se estaba llevando a cabo la construcción de un nuevo hospital de segundo nivel que se constituía en la oportunidad perfecta de probar un nuevo modelo de gestión hospitalaria. 2) Por sus características socio-económicas (Población migrante de clase obrera trabajadora) existía un importante número de personas cerca de 400.000, de las cuales la mitad está afiliada a la CSS, que tenían acceso limitado a servicios de salud ante el déficit de infraestructura que poseía la zona, 3) que existían importantes antecedentes de participación social y comunitaria y, 4) un personal con competencias desarrolladas para el abordaje de un modelo de Atención Primaria de Salud (APS).

En el contexto de esta coyuntura política y con estos insumos se implementó un modelo integrado de prestación de servicios de salud en el hospital, que en términos generales no sólo separa la función de prestación de la función de aseguramiento, si no también de la financiación, logrando incrementos importantes en la eficiencia y cobertura de los servicios ofertados. En otras palabras, podría afirmarse que el cambio más significativo del modelo se centró en el esquema de distribución y utilización de los recursos. En este nuevo modelo los recursos serían utilizados para subsidiar mayoritariamente la demanda en lugar de continuar financiando la oferta.

Este cambio implicó cambios estructurales y funcionales tales como: 1) La creación de un ente jurídico comprador – financiador independiente (CONSALUD), en donde la CSS y el MINSA, entre otros colocarían sus aportes (US\$6.5 millones c/u/año). 2) Una transformación de su estructura jurídica y normativa; El HISMA es un hospital público

(construido y equipado por el MINSA) pero regido por el derecho privado y quien es además de administrador de sus instalaciones, contrata servicios a empresas privadas prestadores de los servicios de salud (médicos, laboratorio, Rx etc.). 3) CONSALUD paga por actividades pre-pactadas y paquetes integrales al HISMA. 4) La red de primer nivel esta conformada por instalaciones de la CSS y del MINSA.

El HISMA presta servicios hospitalarios a todos los habitantes afiliados al hospital residentes en el área y categorizados como "A" en la clasificación socioeconómica de los pacientes no asegurados y los pacientes asegurados de la Región son atendidos de manera gratuita. El resto de los pacientes no asegurados debe pagar un co-pago según tarifa y condición socioeconómica establecida. 5) Para establecer sus relaciones entre redes la región posee un sistema unificado de referencia y contra referencia denominado SURCO. Y 6) las compras y modelos de contratación, en el Hospital San Miguel Arcángel, se rigen por el derecho privado.

Referente a la separación de funciones como ASN, a pesar de que la ley 27 de marzo de 1998 creó la Coordinación Nacional de Salud (CONSALUD) como un órgano jurídico de carácter descentralizado, encargado de separar la función financiamiento de la prestación de servicios de salud en todo el país, este no ha sido implementado y su ámbito de acción está circunscrito al HISMA. Los cambios han estado relacionados con la conducción en donde dos entidades han tomado parte del rol de conducción del MINSA. Uno de ellos, entidad autónoma desde el 2004, "Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud" (ICGES) quien asumió el rol de conducción de la investigación en salud y la otra, es el Instituto de Acueductos y Alcantarillados Nacionales (IDAAN) que como su nombre lo indica le compete la prestación de servicios de agua potable y disposición sanitaria de aguas servidas y residuales, en poblaciones de más de 2.500 habitantes.

Como parte de un programada de fortalecimiento de la gestión hospitalaria financiado con recursos del crédito del Banco Mundial, se ha dado continuidad al fortalecimiento del rol de los patronatos y de la dirección de los hospitales: HISMA, Hospital Santo Tomás y José Domingo de Obaldía. Además se han instaurado convenios de gestión entre el MINSA y hospitales nacionales como el Instituto Oncológico Nacional y el Hospital Santo Tomás, los dos administrados por la figura patronatos. En ambas situaciones, para garantizar un flujo de recursos acorde con el desempeño de las entidades. Sin embargo, la Ley 4 por la cual se crea un modelo de gestión pública descentralizado continúa sin implementación a pesar que fue aprobada cinco años atrás.

A pesar que la constitución panameña, vigente desde 1972 y reformada por última vez en el 2005, ordena la integración orgánica y funcional del sistema de salud panameño, ésta continúa inconclusa, pues en la última reforma del código de la seguridad social, se

incluye un artículo que ordena la coordinación conjunta entre ambas instituciones. Por tanto, se continúa con la duplicidad en la prestación de servicios de atención de salud y la CSS sigue manejando lo concerniente al aseguramiento.

El Derecho a la Salud y el Aseguramiento

Como se mencionó anteriormente, la salud es un derecho constitucional conexo al derecho a la vida en Panamá y por tanto el Estado debe garantizar todos los medios posibles para su conservación. En este orden de ideas éste es un derecho inalienable de la población panameña que se ha mantenido en las mismas condiciones desde la promulgación de la constitución en 1946. En la búsqueda de satisfacer los derechos ciudadanos en el campo de la salud, en los últimos cinco años, los diferentes gobiernos han realizado esfuerzos para incrementar el acceso y por tanto disminuir la exclusión, especialmente en poblaciones pobres y vulnerables. Ejemplos concretos de estas políticas son:

- a) la creación y puesta en marcha de un plan básico de salud denominado “Plan de Atención Integral de Servicios de Salud (PAISS)” que incluye actividades de promoción en salud, protección específica, detección precoz, de recuperación y rehabilitación de primer nivel, que es llevado a las comunidades mediante las giras de atención integral y las ferias de la salud (institucionales y con personal del MINSAL), por ONGs, inicialmente, hoy día brindadas por Organizaciones Extra Institucionales (OE), en áreas donde la oferta del MINSAL es inexistente;
- b) Las Caravanas de la Salud; las cuales fueron creadas por el gobierno actual como parte de la respuesta ministerial a la extensión de coberturas de servicios de salud, prestan servicios de segundo nivel (incluidas cirugías ambulatorias) que no se encuentran en el PAISS, ni pueden ser prestados por los dos mecanismos antes descritos;
- c) El “Sistema de Protección Social de Panamá”, es un programa que lleva a comunidades desprotegidas servicios de salud orientados a la atención de población en pobreza extrema; y
- d) Aprobación de normas y políticas públicas, como aquellas relacionadas con la declaración de gratuidad priorizadas para poblaciones indígenas especialmente vulnerables, personas con discapacidad y población materna infantil.

Sin embargo, estas políticas parecieran no ser suficientes para disminuir la exclusión y las inequidades en salud, que continúan presentes.

Modalidades de descentralización

El proceso de firma de los convenios de gestión ha continuado siendo implantado y a la fecha las 14 regiones de salud, y los cuatro hospitales nacionales han firmado los convenios como pre requisito para la asignación presupuestal anual que puede interpretarse como una transferencia gradual y progresiva de responsabilidades, competencias y recursos a las regiones. La CSS no ha dado ningún paso en este sentido. Panamá continúa teniendo un modelo de gerencia centralizado con desconcentración de algunas funciones gerenciales a nivel público. En el caso del Instituto Oncológico Nacional, del Hospital Santo Tomás y del Hospital del Niño, su legislación no los obliga a la suscripción de estos convenios para que le sean entregados los recursos financieros que se les ha asignado en la Ley de Presupuesto del Estado.

Participación y control social

Las políticas en salud desde 1997 hasta el 2009 establecen de manera clara la intención del gobierno actual de fortalecer los mecanismos de participación social en el sistema de salud, con un incremento progresivo del modelo de participación netamente operativo a un modelo de cogestión de los servicios (patronatos y Juntas Administradoras de Agua). De esta manera, el incremento de la participación social y comunitaria ha sido uno de los aspectos de la reforma más trabajados en la que ha logrado la conformación de más de 40 consejos de salud familiar en la Región de Salud de San Miguelito, Las Cumbres y Chilibre y más de 400 en el resto del país, mediante la reciente estrategia de formación de guardianes de la salud.

Financiamiento y gasto

El esquema de financiamiento del HISMA continúa sin modificaciones y sus más grandes fuentes de financiamiento continúan estando representadas por el MINSA y la CSS. A nivel general, a pesar de que el porcentaje neto del PIB ha sufrido algunas pequeñas variaciones con tendencia a la disminución, el monto total de recursos se ha incrementado en los últimos cinco años debido al crecimiento sostenido del PIB, manteniendo a Panamá como uno de los países con mayores gastos en salud. Sin embargo, este incremento no se debe ni a la creación de nuevas fuentes de financiamiento, ni se han correspondido con incrementos en las coberturas o mejoras reales del estado de salud, como fue establecido en el capítulo II. El proceso de compensación de costos por servicios prestados a la población asegurada y no asegurada atendida en las instalaciones del MINSA o de la CSS continúa aunque la tendencia futura, producto de la reforma a la seguridad social, es a disminuir la utilización de servicios externos y por ende las transferencias de recursos de la CSS al MINSA.

Oferta de servicios

En la RSSM se cuenta con una cartera de servicios de salud diferenciada para hombres y mujeres, en donde se enfatizan los problemas de salud específicos de cada uno. Actualmente, el Centro de Salud de San Isidro ha ampliado su horario de atención a 24 horas, incluyendo la extensión del horario de consulta a sábados y domingos y con extensiones horarias de lunes a viernes en otros centros de salud, para incentivar la consulta masculina a los centros y mejorar la oportunidad de atención. Esta estrategia ha sido también implementada en otras regiones sanitarias dentro de la estrategia de ampliación de coberturas del MINSA.

En la actualidad, el Patronato del HISMA, subcontrata catorce (14) empresas externas entre ellas de; servicios médicos de cirugía, medicina interna, ginecología obstetricia y pediatría mediante una modalidad de contrato que incluye el establecimiento de indicadores de desempeño y de producción, como parte de su estrategia de incremento de su cartera y oferta de servicios. A nivel general, además de la ampliación y readecuación de horarios (hasta extenderlo a 7 días por 24 horas en algunos sitios), el actual Gobierno ha iniciado una campaña de recuperación de las instalaciones deterioradas con lo cual se ha logrado un pequeño incremento de la oferta.

Por su parte, la CSS, como producto de la nueva ley, ha iniciado un proceso de transformación de sus servicios de salud buscando la coordinación operativa con el MINSA y la introducción del nuevo modelo propuesto. Los cambios más importantes son: a) La transformación de un modelo de recuperación de la salud individual a un modelo con enfoque poblacional y familiar que incluye la incursión de la entidad en labores propias de Salud Pública; b) La definición de la cartera de servicios y por ende de recursos por nivel de complejidad y la estandarización a nivel nacional de estos criterios; c) La operativización del concepto de calidad y la implementación a nivel nacional; d) La introducción del término participación comunitaria en la gestión de salud y e) La creación de normas jurídicas que permita la prestación de servicios asistenciales, complementarios al MINSA, para poblaciones vulnerables o desprotegidas no afiliadas.

Evaluación de resultados

Existen varios hechos especiales que deben tenerse en cuenta antes de entrar en profundidad en este punto. En primer lugar, no ha existido en Panamá un proceso sistemático y ordenado de Reforma en Salud. Por el contrario el proceso ha sido pleno de hechos aislados y discontinuos. En segundo lugar, no ha transcurrido un tiempo prudencial para medir el impacto en la salud de la población de la RSSM, que la reforma pudo producir. Finalmente; posterior a la evaluación inicial realizada por OPS-OMS en los años 1999-2000,

se han realizado dos evaluaciones esporádicas, aisladas por medio de consultorias pagadas por el MINSA con recursos del BM, lo cual dificulta el seguimiento de los cambios. Sin embargo, después de varias discusiones internas del grupo encargado de la elaboración de este capítulo, se decidió utilizar el modelo de evaluación sistémica, que implica tomar en cuenta: insumos, procesos y resultados, para valorar los progresos obtenidos.

Para iniciar este proceso de manera general, se decidió valorar en este punto, la gran cantidad de insumos instrumentos, herramientas y metodologías que se han elaborado como parte del proceso de Reforma Sectorial de la RSSM en su búsqueda de la eficacia y que se han extrapolado a otros hospitales y regiones sanitarias del país. Entre ellos se destacan; el documento modelo de atención familiar comunitaria y ambiental; los lineamientos para la reorganización de la red de provisión de servicios MINSA/CSS, los acuerdos de coordinación interinstitucional MINSA/CSS, los protocolos de atención del HISMA y el de atención de la embarazada para la RSSM, el sistema único de referencias y contrarreferencias, el contrato programa CONSALUD-HISMA, los compromisos de gestión, los estándares de habilitación y de certificación de prestadores de servicios, el análisis de Situación de Salud con enfoque de género en la RSSM; la identificación de los usuarios de los servicios de salud de la RSSM (carnetización) y la categorización de la población según procedencia para facilitar el acceso de la población en extrema pobreza. Es importante resaltar que todos estos documentos/herramientas han sido implementados y susceptibles de ser puntualmente evaluados de manera integral y/o aislada.

En campos específicos podemos anotar: **con relación a la calidad** percibida se contrató en el año 2004 y 2005 a una reconocida empresa privada del ramo para que realizara, posterior a una campaña de mercadeo social, evaluaciones iniciales, medias y finales sobre la percepción de los usuarios de la RS en la RSSM. Una conclusión interesante de la empresa estuvo relacionada precisamente con la ausencia de mecanismos sistemáticos que se utilizan para medir la satisfacción del usuario que se atiende en el HISMA y por tanto la necesidad de divulgarlos. Esto motivó que en el HISMA y en la RSSM se divulgará el resultado de la realización de encuestas de percepción de usuarios cada seis meses y de un sistema de recepción de quejas. Modelo este, actualmente en vía de adopción por la CSS.

De igual manera, en abril de 2004, a través del Proyecto de Reforma MINSA-Banco Mundial se realizó una segunda evaluación del Modelo de Gestión del HISMA. Se comparó este con seis hospitales públicos con administración tradicional y se evaluaron los resultados. El HISMA mostró los mejores indicadores en las variables de producción, calidad y gestión, lo que permitió concluir que **en el ámbito de la gestión gerencial la eficacia y la eficiencia**, las diferencias en el desempeño son altamente positivas para el

HISMA y que responden al nuevo modelo de gestión implantado. Adicionalmente, se estableció que la categorización de la población, según el lugar de procedencia, favorece la equidad y que la existencia de un contrato-programa favorece la eficiencia y la rendición de cuentas. El HISMA es el único hospital del país que rinde cuentas y que ha mantenido el presupuesto asignado estable, desde hace siete años y que ha presentado mejorías en la producción de servicios.

En el ámbito de participación y control social, los resultados son igualmente halagadores. El modelo establecido desde 1999, incluyó la conformación del Consejo de Gestión del HISMA, máxima autoridad dentro del Patronato de esa entidad, con la participación de la sociedad civil, representantes de gremios, clubes cívicos, autoridades municipales, empleados de salud, MINSA, CSS, y patronos, entre otros. Esta experiencia se ha extendido exitosamente a otros patronatos como el del Hospital Santo Tomás, de más reciente creación el del Hospital José Domingo de Obaldía, ambos patronatos contribuyendo a mejorar el rol administrativo y de control de gestión. Además del notable incremento de los Consejos de Salud, descritos anteriormente, se está trabajando en la implementación de los Guardianes de la Salud, anteriormente llamados promotores de la salud y vigilantes de la salud, cuya función es similar en la organización. A manera de resumen cronológico se ha elaborado la siguiente tabla que describe los momentos de cambio y los actores involucrados. Como se puede observar, el sector privado no ha participado de ninguno de los procesos, ni como actor o parte de la reforma, por lo que aún no ha sido modificado su esquema.

Momentos de los procesos de cambio e incidencia

Funciones sistemas de salud	Período 1990-1994			Período 1995-1999			Período 2000-2005		
	Público	Privado	Seguro Social	Público	Privado	Seguro Social	Público	Privado	Seguro Social
Rectoría	✓	✓	✓	✓ ***	✓	✓	✓ ⌚	✓	✓
Financiamiento	✓ Ⓟ	☒	Ô ☒	☑ Ⓟ ✓	☒	☑ Ô ☒	☑ Ⓟ ✓	☒	Ô ☒
Aseguramiento	Ô	Ô	Ô	Ô	Ô	Ô	Ô	Ô	Ô
Provisión de servicios	✓	☒	Ô	Ⓟ ✓	☒	Ô	Ⓟ ✓	☒	Ô

Fuente: grupos focales

✓ = MINSA ⚡ = NO APLICA Ô = CSS ☒ = PRIVADO Ⓟ = PATRONATO (HISMA) ☑ = MINSA/CSS CONSALUD

***proceso de desconcentración en Región Metropolitana y San Miguelito

⌚ Convenios de gestión en las regiones.

En el ámbito del mejoramiento al acceso, la información existente no permite documentar de manera concluyente si ha existido o no reducción en la brecha de acceso a los servicios de salud. Sin embargo, las evaluaciones del BM enunciadas anteriormente se han demostrado que la población no asegurada de la Región de Salud de San Miguelito es la población que más acude al Hospital Integrado San Miguel Arcángel y que la Población afiliada de la región a pasado del 50% en 1990 a 63.1% en el 2004, lo cual representa un incremento real de 13 puntos porcentuales. Por otro lado, no hay información que permita sustentar mejoras del acceso mediante eliminación de barreras idiomáticas o culturales. Esto es compatible con el hecho que la reforma se llevó a cabo en el área metropolitana, donde no existe una población indígena significativa.

En resumen, podría asegurarse que si bien en discurso, el gobierno actual está interesado en adelantar un proceso de reforma sectorial que unifique el sistema público, existen actores, que asumen un rol indiferente (CSS) y otras posiciones contrarias (gremios económicos, sindicatos, etc.) que se oponen al proceso de unificación que implique modificaciones financieras de la CSS. Si estas barreras no son superadas en el futuro mediato, la experiencia piloto no logrará expandirse y por tanto el proceso de reforma finalizará.

3.2. EFECTO SOBRE LOS PRINCIPIOS ORIENTADORES DE LAS REFORMAS DEL SECTOR SALUD

Es importante señalar que a pesar que no se cuenta con información específica de país para valorar el impacto de la Reforma Sanitaria, (RS) si podemos mostrar algunos resultados de medidas aplicadas que permiten la sostenibilidad de los cambios impulsados ya que aspectos importantes de esta RS se le han dado continuidad entre ellos tenemos:

Equidad en Acceso

El haber realizado un análisis de situación con enfoque de Género, permitió conocer necesidades específicas de los hombres, como las limitaciones de acceso por razones horarias es así como se decide implantar extensiones horarias los días de semana y la apertura de Centros de Salud los fines de semana, para mejorar las oportunidades la atención. Las extensiones horarias para ampliar cobertura, continúan en las instalaciones de Salud de la RSSM. Ya mencionemos anteriormente las caravanas y ferias de la salud organizadas, al final del año 2004,2005 y 2006, que permiten el acceso igualitario a la población.

Este año 2006 se ha dado inicio al Sistema de Protección Social (SPS), dirigido a pobres y a pobres extremos, con la finalidad de ampliar coberturas de atención a la población priorizada, para mejorar el acceso a los servicios básicos de salud, vinculado así programas y proyectos de las diferentes Instituciones Públicas a través de una Red de Protección Social. El sistema de Protección Social tiene como objetivo reducir la vulnerabilidad Social en las familias en pobreza extrema, propiciando equidad en el acceso a los servicios de salud.

Equidad de Cobertura

El modelo de atención primaria familiar, comunitaria y ambiental, propicia la estrategia de atención primaria en salud, la Promoción de la Salud y de los servicios que se brindan, en la Región de Salud de San Miguelito; los promotores y los equipos de salud. Han incrementado sus actividades cuanto comparamos los años 2004-2005-2006.

Calidad Técnica

Entre 1999 y 2000 todo los Centros de Salud de la RSSM, han firmado compromisos de gestión instrumento de planificación, orientado hacia la calidad, además se trabajó un protocolo de atención a la embarazada en búsqueda de mejorar la calidad del servicio que brindamos; el HISMA tiene protocolos para las especialidades básicas que se utilizan desde diciembre de 1998, los mismos se elaboran ante de la apertura para la atención de la población usuaria del HISMA. Igualmente desde el nivel central, se realiza en todas las regiones del país, auditorias de expedientes para fomentar la gestión y atención sanitaria de calidad.

Durante los años 2005-2006 el nivel central del Ministerio de Salud ha firmado convenio de gestión con las 14 regiones de salud, en el considerando del documento se explícita, que el proceso de modernización institucional, tiene como objetivo básico, la búsqueda de la calidad, eficiencia y eficacia en la provisión de servicio de salud, el convenio involucra aspectos como: la producción, la evaluación, del desempeño, incentivos, certera de servicios, indicadores de evaluación, protocolo de monitoreo y evaluación, la sectorización, los equipos básicos de salud, protocolo de atención, asistencia de buzón de reclamos y sugerencias, encuestas de satisfacción de usuarios/as, organización de comités consejos, juntas y redes de apoyo a la participación social, entre otros, todos estos aspectos son parte de los cambios impulsados por la RS.

Calidad Percibida

En el HISMA se realizan encuestas de percepción de usuarios/as cada 6 meses, el 85% de la población que acude al HISMA, manifestar estar satisfechos con la atención

recibida. Igualmente la RSSM, aplica encuesta de percepción de usuarios en los Centros de Salud, lo que permite la incorporación de mejoras en la gestión sanitaria. Actualmente los convenios de gestión establecen en la existencia de buzón de reclamos y sugerencia por instalación de salud, para las 14 regiones de Salud, además la realización de encuestas de satisfacción de usuarios.

Eficiencia en la Asignación de Recursos

Cada institución elabora un POA, en donde resume la programación de sus actividades, en función de su cartera de servicios y formula el presupuesto atendido a la estructura de producción necesaria para la ejecución presupuestaria, luego se integra en el ámbito regional, para finalmente distribuir el presupuesto entre el nivel nacional y las regiones. El proceso presupuestario que se desarrolla, va orientado a la obtención de Productos específicos, el piloto de reformas sanitaria, ha contribuido al manejo e internalización de conceptos teóricos y la necesidad de implantar cambios para mejorar la gestión.

Eficiencia en la Gestión de Recursos:

El HISMA es el único hospital de país en donde se ha dado una contención de gasto, desde 1998 hasta la fecha, se mantienen esta contención en menos de 13 millones, el hospital rinde cuentas, se miden las actividades, el rendimiento, el desempeño la producción y se cuenta con protocolos de atención estandarizados.

Efectividad

El modelo de gestión del HISMA, fue comparado con seis hospitales públicos con administración tradicional en el año 2004, el HISMA mostró mejores indicadores en las variables de producción, calidad y de Gestión. Adjuntamos cuadro que establece, el valor de la referencia y los resultados obtenidos por los hospitales, que participaron en el estudio.

Sostenibilidad

Recientemente se publicaron las Políticas de Salud para el quinquenio 2005-2009, en el documento se plantea la necesidad de fortalecer el modelo familiar, comunitario y ambiental, la necesidad de fortalecer el Sistema de Información de tal suerte que utilicemos el enfoque de género en los análisis de Situación de Salud dar continuidad a la conformación de equipos básicos de salud, continuar con la habilitación, certificación y acreditación, entre otros. Así observamos que todos los aspectos importantes de la reforma, que se han mencionado anteriormente y que han sido impulsados por el proceso de RS, han sido contemplado en el documento, beneficiando así su sostenibilidad y dando

continuidad al proceso iniciado en la RSSM región modelo y piloto en cuanto a RS, para el resto del país, garantizando la sostenibilidad del proceso con recursos propios.

3.4. ANÁLISIS DE ACTORES

Durante la realización de este análisis, se lograron identificar nueve actores sociales que se considera determinaron las principales características examinadas en el perfil del sistema de salud de la República de Panamá. De los mismos, siete fueron ubicados en la categoría de colectivos y dos en las individuales. De igual manera, cinco fueron clasificados como actores activos y cuatro como pasivos. Al examinar la posición de cada uno, en relación a la reforma del sector salud, se observaron diferencias significativas con un predominio en número absoluto de aquellos que mostraron una clara inclinación a “muy a favor” con tres protagonista obteniendo un puntaje de 15; seguidos de dos protagonistas con “algo a favor” (puntaje 8); posteriormente se ubicaron tres que mostraron posición neutra (puntaje 6) y finalmente uno en “clara oposición” con un puntaje de 2.

Al analizar los resultados anteriormente descritos usando la metodología propuesta se observó que: a) El grupo conformado por los que se oponen a los cambios de reforma presentaron el más alto índice obtenido (0.1). Esto se concatena con el hecho que dicho grupo esta conformado por colectivos poderosos de la sociedad panameña que influye notoriamente en la opinión ciudadana acerca de temas relevantes de interés nacional . Esos grupos corresponden a grupos cívicos tales como; el Frente Nacional Para la Defensa del Seguro Social, que aglutina a profesionales del sector educativo, salud, laboral, de las universidades, organizaciones políticas estudiantiles, asociaciones de educadores, sindicatos de trabajadores de la construcción y agremiaciones indígenas y campesinas que representan a la población marginada del país. Una clara muestra de su influencia fue la inducción a modificaciones del proyecto de ley N° 51 de la seguridad social mediante el uso de la paralización del país por más de 30 días que arrojó además perdidas millonarias a la economía panameña. Su discurso de oposición a la reforma está basado en la improvisación gubernamental y el sentido de pertenencia gremial de la CSS.

En el extremo opuesto y con el índice más bajo (0.04) se ubicó el grupo integrado por los actores sociales que precisamente apoyaron “muy a favor” las reformas del sector salud, entre los que se destacan; el Ministro de Salud, el Director de la Caja del Seguro Social y otras autoridades políticas del país. Esta polarización, se podría explicar por la históricamente demostrada falta de continuidad en el desarrollo de los procesos de reforma en el país por parte de los gobiernos, en la medida en que el grupo con el índice más bajo, a diferencia del anterior, se percibe con un nivel bajo en la política de continuidad de estos procesos. Este resultado es explicable en la medida en que este grupo, a diferencia

del anterior, no se ha identificado con una política de continuidad del proceso de reforma en el país. Por el contrario, ha quedado demostrado históricamente que la no implementación del sistema en su totalidad, se debe precisamente a la falta de voluntad política para dar continuidad a procesos que han sido iniciados en gobiernos anteriores.

En los lugares intermedios en orden descendente se ubicaron; a) El grupo que mostró una posición “neutra” con un índice de 0.07 que está constituido por las Juntas administradores de Acueductos Rurales (JAAR), los Comités de Salud y los patronatos de los Hospitales. Estos protagonistas tienen un impacto enorme en la medida que representa la participación comunitaria y social a todos los niveles del sector. Su “apatía” ha dejado sin oposición real a los grupos detractores. Si bien la causa de este comportamiento pudiera estar motivada en un deficiente proceso de divulgación, sensibilización e inducción del tema de la reforma, que genera una percepción distorsionada, también pudiera reflejar conflictos del proceso con los intereses de los patronatos de los hospitales del MINSA de mantener su autonomía; y b) El grupo “algo a favor” de las reformas, conformado por los consejos de familias en el distrito de San Miguelito y las organizaciones de pacientes con un índice de 0.06. Este grupo presenta determinantes y características muy especiales que son importantes de analizar. En primer lugar; son actores colectivos formados fundamentalmente por los clientes del sistema objeto de la reforma y por tanto su opinión refleja su experiencia. En segundo lugar; su intervención en los procesos de cambio traduce el nivel de identificación con los objetivos y de apoyo a las reformas propuestas que no están ligadas a un periodo cronológicamente específico de participación política, ni influenciadas por factores externos tales como mejoras salariales, o consolidación del poder o liderazgo. Por último señalar que en esta experiencia la participación del grupo de pacientes organizados y los consejos de familias fueron el resultado de una amplia divulgación de las características y alcances de los cambios en el sistema aunado a una efectiva participación de dichos grupos que permitió entender cuales eran los intereses, necesidades y demandas de dicha población y por tanto se constituye en evidencia del positivo impacto social que la reforma ha tenido en el distrito de San Miguelito.

Cuadro Índice de Autores

Pregunta N°	actor	TA		Total actores	PA					RA	
		Tipo			POSICION					ROL	
		Individual	colectivo		Muy a favor (5)	Algo a Favor (4)	Neutro (3)	Algo en contra (2)	En contra (1)	activo	pasivo
16	Gremios		X						X		X
	Médicos										
	Ministro de salud	X			X					X	
	Director	X			X						X
	General										
	CS										
	FRENADESO		X						X		X
	Concejos de familia San Miguelito		X			X				X	
	JAAR y comités de salud		X				X				X
	Patronatos hospitalares		X				X			X	
pacientes organizados		X			X					X	
Autoridades políticas		X		X					X		
Total de actores		2	7	9	15	8	6	0	2	5	4
Promedio						31 / 9 = 3.44					
/					1/8+9+7	1/	1/6+8	0	1/5+4=		
índice					0.04	8+7=	=-0.07		0.1		
						0.06					

ANEXO A – TABLAS Y ESTADÍSTICAS

**TABLA 1: POBLACIÓN ESTIMADA AL 1º DE JULIO DE LOS AÑOS
1990, 1995, 2000 Y 2005, SEGÚN SEXO**

Indicador	Población al 1º de julio			
	1990	1995	2000	2005
Población Total	2,410,916	2,670,413	2,948,023	3,228,186
Hombres	1,220,458	1,349,150	1,488,568	1,628,720
Mujeres	1,190,458	1,321,263	1,459,455	1,599,466
Población Urbana	1,295,390	1,564,815	1,834,240	2,050,965
Hombres	628,287	764,545	900,802	1,011,700
Mujeres	667,103	800,270	933,438	1,039,265
Población Indígena Censada y Estimada	194,269	239,750	285,231	345,621
Hombres	100,149	123,136	146,122	176,502
Mujeres	94,120	116,615	139,109	169,119
Porcentaje menor de 15 años	35.2	33.3	31.9	30.4
Hombres	35.4	33.6	32.2	30.8
Mujeres	35.0	33.0	31.5	30.0
Porcentaje de 60 años y más	7.2	7.5	7.9	8.7
Hombres	7.0	7.3	7.7	8.4
Mujeres	7.3	7.7	8.2	9.0

Nota: La población indígena de 1990 y 2000, corresponde a la censada. Para 1995 y 2005, se estimo en base a la tasa de crecimiento ínter censal por sexo.

Fuente: Boletín No. 7: Estimaciones y Proyecciones de la Población Total del País, por Sexo y Edad: Años 1950 - 2050. Dirección de Estadística y Censo. Contraloría General de la República.

TABLA 2: PRINCIPALES INDICADORES DEMOGRÁFICOS DERIVADOS DE LAS ESTIMACIONES Y PROYECCIONES DE LA POBLACIÓN POR QUINQUENIOS SELECCIONADOS

Indicador	Quinquenio			
	1990	1995	2000	2005
Tasa bruta de natalidad	26.17	24.60	23.42	22.00
Porcentaje de omisión	6.20	5.45	...	
Tasa global de fecundidad	3.04	2.83	2.75	2.66
Tasa bruta de mortalidad	5.35	5.21	5.12	5.10
Porcentaje de omisión	23.90	20.50	...	
Tasa de mortalidad infantil	28.30	25.35	22.18	19.41
Hombres	32.45	29.30	25.83	22.65
Mujeres	23.93	21.20	18.35	16.00
Porcentaje de omisión	38.40	35.55	...	
Esperanza de vida al nacer	72.37	73.33	74.26	74.74
Hombres	69.75	70.74	71.75	72.25
Mujeres	75.13	76.04	76.90	77.36
Tasa de crecimiento geométrico	2.07	2.03	1.92	1.75
Saldo migratorio	-3,500	9,500	9,500	6,000

Nota: La población indígena de 1990 y 2000, corresponde a la censada. Para 1995 y 2005, se estimó en base a la tasa de crecimiento ínter censal por sexo.

TABLA 3. ESPERANZA DE VIDA AL NACER SEGÚN REGIÓN DE SALUD – REPÚBLICA DE PANAMÁ. AÑOS: 1970-2002

Región	AÑOS				
	1970	1980	1990	1998	2000 -2005*
Total	65.24	70.07	72.2	74.13	77.4
Bocas de Toro	53.44	61.43	65.96	69.63	70.72
Coclé	64.79	68.45	71.00	73.89	74.38
Colón	61.47	67.28	70.18	73.35	71.97
Chiriquí	63.19	67.69	70.58	73.17	75.50
Darién	49.61	57.74	62.86	64.70	68.95
Herrera	65.28	70.52	72.42	74.74	75.80
Los Santos	68.03	72.05	73.84	75.84	75.86
Panamá	71.46	74.65	75.00	76.31	76.67
Veraguas	59.18	64.27	67.68	70.42	73.04
Kuna Yala				70.46	69.69
Ngobe Buglé					66.74
Emberá					64.78

*Estimaciones. Fuente: Contraloría General de la República. Año: 2005

**TABLA 4. ESPERANZA DE VIDA AL NACER. COMARCA KUNA YALA
REPÚBLICA DE PANAMÁ. AÑOS: 1995-2002**

Comarca Kuna Yala	1995	1996	1997	1998	2002
Total	69.61	69.89	70.17	70.45	68.7
Hombres	67.39	67.64	67.89	68.14	65.8
Mujeres	71.88	72.20	72.52	72.84	71.9

Fuente: Depto. de Análisis de Situación y Tendencias de Salud.
Sección de Estadísticas. MINSA 2002.

**TABLA 5: COMPORTAMIENTO DE ALGUNOS FACTORES DE RIESGO EN LOS
NACIMIENTOS VIVOS, SEGÚN ÁREA URBANO - RURAL:
AÑOS 1990, 1995, 1997, 2000, 2003 Y 2004**

Indicador	Población al 1º de julio			
	1990	1995	2000	2004
Prevalencia de bajo al nacer	8.1	8.7	8.2	8.8
Urbana	...	...	8.5	8.9
Rural	...	...	7.9	8.4
Partos con asistencia profesional	86.3	88.3	90.5	91.3
Urbana	99.3	...	99.6	99.7
Rural	75.4	...	81.3	77.8
Tasa de fecundidad en mujeres adolescentes (15-19 años)	87.9	89.8	91.9	81.5
Urbana	31.3	36.5	36.7	36.1
Rural	58.0	51.7	53.7	45.5

Fuente: Sección de Estadísticas Vitales. Dirección de Estadística y Censo. Contraloría General de la República.

**TABLA 6. TASAS DE INCIDENCIA DE LOS PRINCIPALES TUMORES MALIGNOS
REPÚBLICA DE PANAMÁ. QUINQUENIOS. 1990 A 2005**

(tasas por 100,000 habitantes)

TIPO DE CÁNCER	AÑOS							
	1990		1995		2000		2005 *	
	Nº	TASA	Nº	TASA	Nº	TASA	Nº	TASA
CUELLO DEL ÚTERO	623	81.0	670	76.9	586	58.6	801	71.6
GLANDULA PROSTATICA	200	25.6	400	45.3	640	63.4	648	57.5
MAMA FEMENINA	174	22.6	297	34.0	349	34.9	483	43.2
ESTOMAGO	272	11.3	276	10.4	300	10.2	496	15.4
COLÓN	109	4.5	125	4.7	197	6.7	247	7.6
TRAQUEA, BRONQUIOS Y PULMON	212	8.8	173	6.5	201	6.7	351	10.9
DEMÁS TUMORES MALIGNOS	1,189	49.6	1,469	55.8			2,918	78.0

* Datos estimados

TABLA 7: TASA DE MORTALIDAD EN LA REPÚBLICA, POR CAUSAS SELECCIONADAS, SEGÚN PERIODOS DE OBSERVACIÓN

Periodos	General	Materna	Enfermedades transmisibles	TBC	VIH / SIDA	Paludismo (malaria)	Enfermedades del aparato circulatorio	Tumores (neoplasias) malignos	Causas externas
1990	4.1	0.5	20.1	5.3	2.6	0.0	104.8	57.8	51.0
1995	4.2	0.8	18.3	6.7	11.2	-	111.2	60.9	59.7
2000	4.1	0.6	35.8	6.8	16.9	0.0	110.2	67.9	46.8
2004	4.2	0.4	31.7	5.8	14.0	0.1	119.1	72.7	43.5
Hombre									
1990	4.6	..	20.9	5.7	4.6	...	110.2	62.8	82.0
1995	5.0	..	20.7	8.9	18.0	-	121.6	68.8	96.4
2000	4.8	..	47.1	9.1	25.1	...	117.5	75.4	77.3
2004	4.9	..	39.5	6.9	20.5	1.0	126.8	75.5	71.5
Mujer									
1990	3.5	0.5	19.4	4.9	0.6	...	99.2	52.6	18.8
1995	3.4	0.8	15.8	4.3	4.2	-	100.6	52.7	22.2
2000	3.5	0.6	24.2	4.5	8.5	...	102.7	60.1	15.8
2004	3.6	0.4	23.7	4.6	7.4	1.0	102.1	69.7	15.0

Fuente: Sección de Estadísticas Vitales. Dirección de Estadística y Censo. Contraloría General de la República.

TABLA 8. TASA DE MORTALIDAD POR ENFERMEDAD CARDIO-CEREBRO VASCULARES. REPÚBLICA DE PANAMÁ. AÑOS: 1991-2000-2002
(tasas por 100,000 hab.)

Provincia	Años					
	1991		2000		2002	
	N°	Tasa	N°	Tasa	N°	Tasa
Total	2575	105.7	3000	105.1	3246	109.5
Bocas del Toro	39	37.9	60	42.6	46	45.9
Coclé	176	97.5	176	88.0	190	91.3
Colón	296	166.8	275	137.4	276	128.6
Chiriquí	329	85.2	400	92.3	417	110.1
Darién	13	26.9	18	27.5	20	39.3
Herrera	120	112.4	152	146.1	153	145.4
Kuna Yala	162	76.0	4	10.0	8	23.6
Los Santos	136	171.2	163	205.0	184	216.1
Panamá	1300	116.0	1529	111.8	1688	116.2
Veraguas	4	11.2	223	99.4	254	117.3
Ngobe Bugle	-	-	-	-	10	8.5

Códigos de Enfermedades cardio cerebro vasculares según CIE-X.

Fuente: Contraloría General de la República. Base de Datos de Mortalidad.

**TABLA 9. PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD POR CÁNCER
REPÚBLICA DE PANAMÁ. QUINQUENIOS: 1990 A 2005**

(tasas por 100,000 habitantes)

PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE POR CÁNCER	QUINQUENIOS							
	1990		1995		1999		2005-	
	Nº	TASA	Nº	TASA	Nº	TASA	Nº	TASA
CUELLO DEL ÚTERO	109	9.2	97	7.5	144	8.0	141	8.8
PIEL	7	0.3	5	0.2	5	0.5	12	0.4
GLANDULA PROSTATICA	136	11.2	182	13.7	231	16.6	241	14.8
MAMA FEMENINA	63	5.3	79	6.1	99	9.0	130	8.2
ESTOMAGO	174	7.3	193	7.3	213	6.9	279	8.6
COLÓN	69	2.9	82	3.1	130	5.0	126	3.9
TRAQUEA, BRONQUIOS Y PULMON	171	7.1	144	5.5	182	6.2	246	7.6
DEMÁS TUMORES MALIGNOS	669	27.9	819	27.7	792	31.0	1,137	34.6

* Datos estimados.

Tasas sin normalizar, en base a toda la población. Año 2000 según registros de la Contraloría.

**TABLA 10. PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD POR CÁNCER
REPÚBLICA DE PANAMÁ. QUINQUENIOS: 1990 A 2005**

(tasas por 100,000 habitantes)

PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE POR CÁNCER	QUINQUENIOS							
	1990		1995		1999		2005-	
	Nº	TASA	Nº	TASA	Nº	TASA	Nº	TASA
CUELLO DEL ÚTERO	109	14.2	97	11.1	117	11.7	141	12.6
PIEL	7	0.3	5	0.2	16	0.5	12	0.4
GLANDULA PROSTATICA	136	17.4	182	20.6	247	24.5	241	21.4
MAMA FEMENINA	63	8.2	79	9.1	131	11.6	130	11.7
ESTOMAGO	174	7.3	193	7.3	221	6.9	279	8.6
COLÓN	69	2.9	82	3.1	153	5.0	126	3.9
TRAQUEA, BRONQUIOS Y PULMON	171	7.1	144	5.5	186	6.2	246	7.6
DEMÁS TUMORES MALIGNOS	669	27.9	819	31.1	867	31.0	1,137	34.6

Nota: La tasa de Mortalidad de Cuello de Útero, Glándula Prostática, y mamas femeninas se recalcularon en base a la población de mayor riego mayores de 15 años.

TABLA Nº 11. REPUBLICA DE PANAMA
REGISTRO NACIONAL DEL CANCER
PRINCIPALES CAUSAS DE TUMOR MALIGNO POR SEXO, SEGUN AÑO DE OCURRENCIA
AÑOS: 1995 - 2002

AÑO DE OCURRENCIA	TOTAL		MASC		FEM	
	Nº	TASA	Nº	TASA	Nº	TASA
PULMÓN						
1999.....	214	7,6	156	11,0	58	4,2
2000.....	201	6,8	133	8,9	68	4,6
2001.....	202	6,7	145	9,6	57	3,8
2002.....	196	6,4	141	9,1	55	3,6
CUELLO DEL ÚTERO						
1999.....	763	79,8	..	..	763	79,8
2000.....	586	58,6	..	..	586	58,6
2001.....	539	52,7	..	..	539	52,7
2002.....	514	49,1	..	..	514	49,1
MAMA FEMENINA						
1999.....	316	33,1	..	..	316	33,1
2000.....	349	34,9	..	..	349	34,9
2001.....	372	36,4	..	..	372	36,4
2002.....	412	39,4	..	..	412	39,4
ESTOMAGO						
1999.....	301	10,7	184	13,0	117	8,4
2000.....	300	10,2	196	13,2	104	7,1
2001.....	289	9,6	176	11,6	113	7,6
2002.....	291	9,5	193	12,5	98	6,5
PROSTATA						
1999.....	620	64,4	620	64,4	..	..
2000.....	640	63,4	640	63,4	..	..
2001.....	653	63,2	653	63,2	..	..
2002.....	681	64,5	681	64,5	..	..
COLÓN						
1999.....	184	6,5	94	6,6	90	6,5
2000.....	197	6,7	94	6,3	103	7,1
2001.....	200	6,7	100	6,6	100	6,7
2002.....	222	7,3	111	7,2	111	7,3

Tasa: Calculada en base a la estimación de la población al 1º de julio, por 100,000 habitantes
Fuente: Registro Nacional del Cáncer

TABLA 12. IMPORTANCIA DE LAS CAUSAS EXTERNAS EN LA MORTALIDAD GENERAL. REPÚBLICA DE PANAMÁ. AÑOS: 1960-1970-1980-1990-2000-2003

Año	Nº de Muertes Totales	Muertes por Causas Externas		Posición de Causa	% de Muertes Por C.E
		Nº	Tasas		
1960	8387	520	48.3	3	6.2
1970	10225	754	52.6	2	7.3
1980	7959	1035	53.4	1	13.0
1990	9799	1232	51.0	2	12.5
2000	11841	1337	46.8	2	11.3
2003	13248	1492	47.9	2	11.3

Fuente: Contraloría General de la República. Año: 2003

TABLA 13. PROMEDIO DE DEFUNCIONES ANUAL, MENSUAL Y DIARIO DE MUERTES POR CAUSAS EXTERNAS. REPÚBLICA DE PANAMÁ. AÑOS: 1980- 2003

Año	Causas Externas	Homicidios	Suicidios	Accidentes de Tránsito	Otros Accidentes
Total	23034	3403	1526	7526	10579
Promedio Anual	1212	179	80.3	396	556.8
Promedio Mensual	101	15	6.7	33	46.4
Promedio Diario	3.4	0.5	0.2	1.1	1.5

Fuente: Departamento de Análisis de Situación y tendencias de salud. MINSA. 2005

TABLA 14. TASA ANUAL DE MUERTES POR CAUSAS EXTERNAS. REPÚBLICA DE PANAMÁ. AÑOS: 1980- 2000, 2003 (TASA POR 100,000 HABITANTES)

Año	Causas Externas		Homicidios		Suicidios		Accidentes de Tránsito		Otros Accidentes	
	Nº	Tasa	Nº	Tasa	Nº	Tasa	Nº	Tasa	Nº	Tasa
1980	1035	52.9	41	2.1	39	2.0	364	18.9	591	30.8
1981	949	49.5	48	2.4	37	1.9	361	18.1	503	25.6
1982	901	49.6	41	2.6	23	1.1	397	19.4	440	21.9
1983	1011	48.4	50	2.4	39	1.9	368	17.6	554	27.0
1984	1049	49.2	59	2.8	29	1.4	357	16.7	604	28.8
1985	956	49.2	109	5.3	53	2.4	362	16.6	432	20.2
1986	991	48.8	116	5.5	74	3.7	385	17.3	416	19.0
1987	1157	50.9	156	6.9	86	3.8	402	17.7	513	23.0
1988	1107	47.7	160	6.9	87	3.7	355	15.3	505	22.1
1989	1373	57.9	123	5.1	70	2.9	334	14.1	846	36.3
1990	1232	51.3	241	10.0	74	3.0	358	14.9	559	23.3
1991	1279	52.3	220	9.0	68	2.7	339	13.8	652	26.7
1992	1345	54.0	287	11.5	89	3.5	408	16.3	561	22.5
1993	1368	53.9	255	10.0	96	3.7	442	17.4	575	22.7
1994	1506	58.3	299	11.5	100	3.8	495	19.1	612	23.7
1995	1571	59.7	351	13.3	111	4.2	495	18.8	614	23.3
1996	1375	51.4	205	7.6	112	4.1	417	15.6	641	24.0
1997	1524	56.1	292	19.2	143	9.4	527	34.6	562	36.9
1998	1458	52.8	246	8.9	145	5.2	563	20.4	504	18.2
1999	1430	50.9	243	8.6	143	5.1	544	19.4	500	17.8
2000	1337	45.4	286	9.7	144	4.9	428	14.5	479	16.2
2001	1348	44.9	308	10.3	162	5.4	431	14.3	447	14.9
2002	1434	46.9	365	11.9	160	5.2	448	14.6	461	15.1
2003	1492	47.9	356	11.4	195	6.3	550	17.7	391	12.6

Fuente: Contraloría General de la República. Año: 2003

TABLA 15: TASA DE MORTALIDAD INFANTIL (POR MIL NACIDOS VIVOS) EN LA REPÚBLICA, POR CAUSAS SELECCIONADAS, SEGÚN PERIODOS DE OBSERVACIÓN

Periodos	Neonatal (0 - 28 días)	Post Neonatal (28 días a 11 meses)	Infantil (Menos de 1 año)	Post-Infantil (1 a 4 año)
Total de la República				
1990	12.0	6.9	18.9	6.1
1995	10.6	6.0	16.6	5.4
2000	9.7	7.0	16.7	5.9
2004	8.4	6.5	14.9	5.8
Afecciones originadas en el periodo perinatal (Trauma del nacimiento / asfixia y la prematuréz				
1990	8.9	0.2	9.2	..
1995	...	...	8.1	..
2000	...	...	7.1	..
2004	...	...	10.9	..
Enfermedades infecciosas intestinales (EDA)				
1990	0.1	1.0	1.0	0.5
1995	...	...	0.7	0.4
2000	...	...	0.7	0.4
2004	0.1	0.7	0.8	0.5
Enfermedades de las vías respiratorias agudas (IRA)				
1990	..	..	13	16
1995	..	..	9	26
2000	-	-	-	-
2004	-	-	-	-
Anomalías congénitas				
1990	121	80	201	18
1995	...	...	230	34
2000	164	127	291	31
2004	148	126	274	296
Deficiencias de la nutrición				
1990	-	35	33	22
1995	...	...	29	28
2000	-	-	-	-
2004	-	21	21	65

- Cantidad nula o cero

.. Dato no aplicable

... Información no disponible

Fuente: Sección de Estadísticas Vitales. Dirección de Estadística y Censo. Contraloría General de la República.

**TABLA 16. TASA DE MORTALIDAD INFANTIL POR AÑO SEGÚN PROVINCIA.
REPÚBLICA DE PANAMÁ. AÑOS: 1960-1970-1980-1990-2000-2003
(TASAS POR 1,000 NACIDOS VIVOS)**

Año	Total	Área		Provincias									
		Urbana	Rural	Bocas	Coclé	Colón (1)	Chiriquí	Darién	Herrera	Los Santos	Panamá	Veraguas	Kuna Yala
1960	56.9	53.1	59.3	70.6	59.04	81.4	61.6	56.3	45.0	49.6	47.7	62.4	-
1970	40.5	29.8	48.8	52.0	44.6	44.6	44.6	63.6	39.5	30.2	33.7	47.3	-
1980	21.7	19.4	23.9	37.3	26.3	20.5	26.0	12.4	23.2	14.2	19.7	16.8	-
1990	18.9	17.9	19.7	33.9	20.3	25.5	17.6	17.6	10.6	9.0	17.1	16.5	32.6
2000	16.7	ND	ND	27.2	15.5	16.8	18.6	32.4	11.5	14.7	14.9	13.1	27.3
2003	15.2	ND	ND	37.6	14.9	13.5	15.2	29.2	11.3	10.4	12.5	10.8	20.5

ND: A partir de 1999 no se reportan estas cifras según área.

Fuente: Estadísticas Vitales. Contraloría General de la República. Dpto. de Análisis de Situación y Tendencias de Salud. Ministerio de Salud. Año: 2000

**TABLA 17. TASAS DE MORTALIDAD PERINATAL POR AÑO SEGÚN PROVINCIA.
REPÚBLICA DE PANAMÁ. AÑOS: 1987-2003
(TASAS POR 1,000 EMBARAZOS)**

Año	Total	Área		Provincia									
		Urbana	Rural	Bocas	Coclé	Colón (1)	Chiriquí	Darién	Herrera	Los Santos	Panamá	Veraguas	Kuna Yala
1987	17.5	19.1	16.2	11.6	23.8	14.4	17.5	13.0	16.3	12.6	18.8	16.4	12.2
1988	16.8	18.7	15.3	14.8	24.0	8.8	18.9	14.1	16.3	14.7	17.5	13.8	20.6
1989	17.3	19.8	15.1	13.5	18.9	16.1	18.1	20.1	12.8	11.5	18.7	13.3	21.8
1990	18.1	20.9	17.2	12.9	19.5	22.0	19.9	9.2	16.2	9.6	19.2	15.8	5.7
1991	16.0	18.7	13.9	9.4	19.6	17.3	17.6	17.6	15.2	10.2	17.9	7.9	7.0
1992	17.2	18.9	15.6	13.1	19.6	15.0	17.9	15.5	18.1	11.9	18.8	13.2	13.5
1993	16.9	19.8	14.1	10.6	18.4	14.2	15.1	12.9	17.2	11.0	20.0	12.9	13.7
1994	16.8	19.0	14.6	13.6	14.9	20.0	16.1	13.1	12.5	14.4	18.3	11.7	14.9
1995	15.1	16.8	13.6	13.4	17.5	14.3	12.5	18.4	18.3	20.3	15.5	14.6	13.9
1996	14.5	--	--	15.8	13.4	13.4	15.7	18.0	15.3	16.2	14.7	12.0	13.9
1997	13.5	14.1	12.7	11.1	14.2	12.4	11.1	14.1	14.6	12.3	14.3	13.7	16.6
1998	12.3	14.0	11.2	12.9	12.1	6.2	12.6	10.7	14.4	13.2	14.1	7.7	6.5
1999	13.1			13.6	9.2	7.3	14.8	17.8	15.1	15.8	13.6	12.6	14.4
2000	12.3			14.9	14.5	9.1	13.0	19.4	13.8	14.6	11.3	12.4	14.4
2001	12.8			20.5	14.1	9.8	16.1	19.9	14.7	13.5	11.1	10.5	17.8
2002	11.9			11.3	12.0	14.1	13.8	20.0	10.2	11.9	10.7	12.0	10.9
2003	11.9			11.3	13.9	12.2	12.0	21.9	15.4	9.5	10.9	10.2	19.2

1/Fuente: Contraloría General de la República, Sección de Estadísticas Vitales. Depto. de Análisis de Situación y Tendencias de Salud. Ministerio de Salud. Año: 1999

TABLA N° 18

INDICADOR	1997				2003			
	total	urbana	rural		total	urbana	rural	
			no indígena	indígena			no indígena	indígena
Prevalencia anual de déficit nutricional moderado y grave en niños menores de 5 años (peso para edad)	6,8	2,9	6,8	21,0	6,8	4,2	5,6	21,2

FUENTE: Encuesta de niveles de vida. Ministerio de Economía y Finanzas

**TABLA 19. POBLACIÓN QUE VIVE CON MENOS DE 1 BALBOA (1) DIARIO.
REPÚBLICA: AÑOS 1997 Y 2003
(NÚMERO Y PORCENTAJE)**

Detalle	1997		2003	
	Población	Porcentaje	Población	Porcentaje
Total	2,732,316	100.0	3,063,500	100.0
Menos de 1 balboa diario	537,172	19.7	434,000	14.2
Mayor o igual a 1 balboa diario	2,195,144	80.3	2,629,500	85.8

(1) Un balboa es igual a 1 Dólar estadounidense

Fuente: MEF. Dirección de Políticas Sociales. Encuesta de Niveles de Vida de 1997 y 2003 – Edición revisada, junio 2005.

TABLA 20. POBLACIÓN QUE VIVE CON MENOS DE 1 BALBOA (1) DIARIO POR ÁREA EN PORCENTAJE

Detalle	Área							
	Urbana		Rural (2)		Total		Rural Indígena	
Años	1997	2003	1997	2003	1997	2003	1997	2003
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Menos de 1 B/. diario	6.0	4.0	36.8	29.8	30.1	21.0	69.7	66.1
Mayor o igual a 1 B/.diario	94.0	96.0	63.2	70.2	69.9	79.0	30.3	33.9

(1) Un balboa es igual a 1 Dólar estadounidense.

(2) Rural Total es la suma de Rural no Indígena y Rural Indígena

**TABLA 21. INDICADORES DE EFICIENCIA INTERNA DE LA EDUCACIÓN PRIMARIA OFICIAL Y PARTICULAR POR GRADO, SEGÚN SEXO. AÑO ESCOLAR 2003
(EN PORCENTAJE)**

Indicadores	Promedio de I a VI		Mujeres		Hombres	
	2000	2003	2000	2003	2000	2003
Tasa de promoción	91.9	92.2	93.3	93.5	90.5	91.0
Tasa de repitencia	6.5	5.5	5.4	4.4	7.6	6.5
Tasa de deserción	1.6	2.3	1.3	2.0	1.9	2.6
Tasa de término	nd	86.7	nd	88.4	nd	85.1
Años de escolaridad por graduado	6.7	6.8	6.5	6.6	6.8	6.9

Fuente: MEDUCA. Dirección Nacional de Planeamiento Educativo. Departamento de Estadísticas. Estadísticas Educativas 2003.

TABLA N°. 22 . TENDENCIA DE ALGUNOS INDICADORES ECONOMICOS.

Indicador	Período quinquenal		
	1990-1994	1995-1999	2000-2004
PIB per cápita en USD, en precios constantes según año base	4,49	3,82	1,73
Gasto Público per capita*	-1,4	-0,22	2,88
Población Económicamente Activa (PEA):	3,6	1,96	5,7
PEA 15-59 años.*	4,15	1,29	5,57
PEA población ocupada *	2,91	2,68	6,24
Gasto Público total, como porcentaje del PIB **	-5,52	-2,63	1,03
Gasto Público en salud, como porcentaje del PIB **	-5,51	-7,96	-2,23
Gasto público en servicios de salud, como porcentaje del PIB ***			
Gasto Privado en salud *			
Gasto de bolsillo (% gasto total en salud) *			
Tasa de inflación anual	1,2	1,08	0,45
Remesa en términos de % PIB	9,74	5,46	58,78
Deuda externa % en relación al PIB	-11,15	0,82	1
Porcentaje de hogares con jefatura femenina	1,16	0,79	1,96
Servicio de la deuda externa % en relación al PIB	-5,68	5,87	-6,26

FUENTE(S):

Nota: utilizar la denominación ND cuando la información no esté disponible.

* Favor desagregar por sexo si se cuenta con esta información.

** Se refiere al gasto que el sector salud hace con el conjunto de instituciones que conforman el sistema público de salud

*** Se refiere al gasto en atención médica y salud pública. (Consultar clasificación funcional de gastos)

TABLA 23. NIVELES DE POBREZA*

Área	Personas en Condición de Pobreza (en miles)		
	Pobre	Relativa	Extrema
Total	1.128,4	619,7	508,7
Urbana	370,8	289,3	81,5
Rural	757,6	330,4	427,2
Pertenencia Étnica			
Indígena	232,9	213,0	19,9
Afro-Descendiente	ND	ND	ND
Otros	ND	ND	ND
Género			
Hombres			
Mujeres			

FUENTE(S): Encuesta de Niveles de Vida - 2003, Ministerio de Economía y Finanzas.

TABLA Nº 24: RECURSOS HUMANOS EN EL SECTOR SALUD

Tipo de Recurso Humano	Período		
	1990-1994	1995-1999	2000-2005
Razón de médicos por 10,000 hab.	11,7	12,6	13,5
Razón de Enfermeras (os) profesionales por 10,000 hab.	10,3	11,5	11,2
No. de matrícula Maestría en Salud Pública	26	16	8
Hombres	9	6	2
Mujeres	17	10	6
No. de graduados Maestría en Salud Pública	4	9	5
Hombres	1	3	1
Mujeres	3	6	4
No. de escuelas de Salud Pública	1	1	1
No. de universidades con Maestría en Salud Pública	1	1	1
Modalidades de contratación			

FUENTE(S): Boletines Sección 431- Servicios de Salud: Año 1990-2004.

TABLA Nº 25. TENDENCIA DE ALGUNOS INDICADORES SOCIALES

	Posición que el País ocupa según IDH	Población con acceso a agua potable (%)	Población con acceso a servicios de eliminación de excretas (%)	Población analfabeta** (%)	Tasa bruta escolaridad primaria	Tasa de deserción escolar	Tasa de trabajo infantil	Razón entre el ingreso del 20% superior y 20% inferior de la población*	Prevalencia de violencia intrafamiliar	Prevalencia de depresión
Períodos										
1990-1994		81,8	87,0	10,7	105,5	2,3	ND		ND	ND
1995-1999		ND	ND	ND	106,2	2,1	ND		ND	ND
2000-2005	61	89,23	91,7	7,5	109,3	1,8	7,6		ND	ND
Género										
Hombres		88,7	91,5	6,9	110,9	2,1	11,1		ND	ND
Mujeres		89,8	91,9	8	107,6	1,5	3,9		ND	ND
Total		89,2	91,7	7,5	109,3	1,8	7,6		ND	ND
Zonas geográficas										
Urbana		99,0	98,8	2,6		1,0	4,9		ND	ND
Rural		72,7	80,1	16,4		1,4	11,1		ND	ND
Pertenencia étnica***										
Blanca		ND	ND	ND	ND	ND	ND		ND	ND
Indígena		53,0	48,3	34,4		4,4	14,3		ND	ND
Mestiza		ND	ND	ND	ND	ND	ND		ND	ND
Afro-		ND	ND	ND	ND	ND	ND		ND	ND
descendientes		ND	ND	ND	ND	ND	ND		ND	ND
Otras		ND	ND	ND	ND	ND	ND		ND	ND

FUENTE(S): Índice de Desarrollo Humano, Boletín Sección- 012: Indicadores Sociales 1990-2001, Censos de Población 1990-2000, Boletín Sección 511 - Educación 1990-2004. Informe de la Encuesta de Trabajo Infantil, Dirección de Estadísticas y Censo, Contraloría General de la República.

Nota: utilizar la denominación ND cuando la información no este disponible.

TABLA 26. RECURSOS HUMANOS EN INSTITUCIONES DEL SECTOR PÚBLICO

<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> Período temporal Institución </div>	1990-1994			1995-1999			2000-2004		
	Médicos	Enfermeras	Enfermeras Auxiliares (1)	Médicos	Enfermeras	Enfermeras Auxiliares (1)	Médicos	Enfermeras	Enfermeras Auxiliares (1)
Total	2.550	2.281		2.948	2.705		3.600	3.115	

FUENTE(S):

Nota: utilizar la denominación ND cuando la información no esté disponible

*Favor de desagregar por sexo, si se cuenta con esta información

TABLA 27.- Análisis Comparado en Hospitales de Panamá

Indicadores	Valores del año 2002							Bekmar King
	HISMA	Nicolás Solano	Aquilino Tejeira	Cecilio Castellero	Joaquín Pablo	Luis Ch. Fábrega	Chepo	Valor Referencia
Gasto Medio por Egreso	433,70	550.51	358,74	633,83	413,48	496,94	893.07	358,74
Porcentaje de ambulatorización quirúrgica	49%	17%	53%	15%	10%	8%	n.d.	53%
Estancia Media	3.08	4.24	3.86	3.88	4.72	5.62	3.25	3.08
Porcentaje de intervenciones quirúrgicas de urgencia	29,5%	65,5%	57,3%	42,8%	53,6%	87,4%	n.d.	29,5%
Porcentaje de Ocupación	74,09%	59,8%	70%	66,4%	60,8%	75,28%	65%	75,28%
Porcentaje Cesáreas	25,6%	23,6%	22,78%	37,3%	37,8%	17,22%	15,36%	17,2%
Tasa General de Infecciones Nosocomiales	0,96	0,04	2,39	0,17	0,10	0,78	n.d.	Subreporte
Espera media (en días) en consulta externa	10"	23	53	82	11	69	n.d.	10
Espera media (en días) para intervenciones quirúrgicas	12"	130	120	145	110	145	n.d.	12
Presión de urgencia	78%	92%	85%	75%	80%	95%	----	78%
Existencia de un Sistema de referencia y contrarreferencia	si	no	no	no	no	no	no	si
Existencia de un mecanismo de quejas y reclamaciones	si	no	no	no	no	no	si	si

BIBLIOGRAFÍA

- Ministerio de Economía y Finanzas: "Políticas y Estrategias de Desarrollo, Social y Financiero con Inversión en el Capital Humano", Panamá, 1999.
- Ministerio de Economía Políticas y Estrategias de Desarrollo Social. Panamá, 1999
- Ministerio de Economía y Finanzas - Dirección de Presupuesto de la Nación. Panamá, 1998.
- Ministerio de economía y Finanzas - Dirección de Políticas Sociales: "El Gasto Público Social en Panamá", Panamá, 1998.
- Contraloría General de la República - Dirección de Estadística y Censo: "Indicadores Económicos 1993-1995", Panamá, 1996.
- Contraloría General de la República: "Censos Nacionales de Población y Vivienda/Características de la Población", Panamá, 1990.
- Contraloría General de la República: "Estadísticas Vitales/ Nacimientos Vivos y Defunciones Fetales", Panamá, Vol. II, 1995.
- Ministerio de Salud - Departamento de Registros Médicos y Estadísticas de Salud: "Estadísticas de Salud", Boletín Anual. Panamá, 1996.
- Ministerio de Salud - Departamento de Registros Médicos y Estadísticas de Salud: "Registro Nacional del Cáncer". Panamá, 1998.
- Banco Interamericano de Desarrollo, Unidad de Estadística y Análisis Cuantitativo. Diciembre 2000.
- Ministerio de Economía y Finanzas: "Encuesta Nacional de Niveles de Vida", Panamá, 1997.
- Ministerio de Economía y Finanzas - Departamento de Planificación Social: "Breve Informe Sobre la Situación de los Sectores Sociales en Panamá: 1992-1993", Documento de Trabajo No. 36, Panamá, 1994.
- Inter American Development Bank. Panama. Country Paper, April 2001.
- Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo: "Informe sobre Desarrollo Humano. 1999", New York, 1999.
- Ministerio de Salud - Departamento de Formulación, Monitoreo y Evaluación de Programas y Proyectos, Panamá, 1998.
- Ministerio de Salud: "Memoria Anual", Panamá, 1997.
- Caja de Seguro Social - Comisión de medicamentos: "Lista Oficial de Medicamentos", Panamá, 1997
- Hospital Santo Tomás: "Estadísticas del Banco de Sangre", comunicación vía facsímil, OPS-Panamá, 1998.
- Contraloría General de la República: "Panamá en Cifras 1992-1996", Panamá, 1997.
Ministerio de Economía y Finanzas: "Panamá, Informe Social 1997", Panamá, 1998.

Organización Panamericana de la Salud. Análisis de la Reforma en el Sector Salud de Panamá. Octubre de 1999.

Ministerio de Salud/Organización Panamericana de la Salud: "XII Reunión sobre enfermedades prevenibles por vacunas en Centroamérica", Panamá, 1998.

Contraloría General de la República: "Situación Social / Servicios de Salud". Panamá, 1996.
Contraloría General de la República: "Estadísticas Vitales / Defunciones", Panamá, Vol. III, 1995.

Ministerio de Salud - Departamento de Registros Médicos y Estadísticas de Salud: "Vigilancia de muertes maternas". Panamá, 1996.

Ministerio de Salud: "La Reforma y Modernización del Sistema Nacional de Salud de Panamá". Panamá, 1997.

Organización Panamericana de la Salud. División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud. Programa de Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud. Análisis de la Reforma del Sector Salud en Panamá. Junio de 1999.

Ministerio de Salud. Políticas y Estrategias de Salud 2000-2004.

Gaceta Oficial No. 23535. Panamá, Mayo de 1998. Gaceta Oficial No. 23201. Panamá, Enero 1997. Gaceta Oficial No. 23540. Panamá, Mayo de 1998.

Ministerio de Salud- Caja de Seguro Social. Situación de Salud de Panamá. Diciembre 1999.

-
- ¹ Contraloría General de la República, Dirección de Estadística y Censo. [Estadística Panameña. Situación Demográfica. Estadísticas Vitales: Volumen III – Defunciones, año 2004](#). República de Panamá, mayo 2005
- ² Contraloría General de la República, Dirección de Estadística y Censo. [Panamá en cifras: años 2000 – 2004](#). República de Panamá, noviembre 2005
- ³ CELADE. [Los pueblos indígenas en Panamá: Diagnóstico socio demográfico a partir del censo del 2000. Proyecto BID – CEPAL](#) “Los pueblos indígenas y la población afro descendiente en los censos”. Naciones Unidas. LC/W.20. Santiago de Chile, junio del 2005
- ⁴ Ministerio de Economía y Finanzas, Dirección de análisis y políticas económicas. [Estadísticas económicas 2005](#) República de Panamá, abril 2005.
- ⁵ CEPAL. [Anuario estadístico de América Latina y el Caribe, 2004](#). LC/G.2264-P/B Naciones Unidas. Santiago de Chile, abril 2005.
- ⁶ Ministerio de Economía y Finanzas, Dirección de políticas sociales. La pobreza en Panamá. [Encuesta de niveles de vida – 2003, principales resultados \(Edición revisada\)](#). República de Panamá, junio 2005.
- ⁷ Contraloría General de la República, Dirección de Estadística y Censo. [Cifras Definitivas de la Encuesta de Hogares 2005](#). República de Panamá, agosto 2005.
- ⁸ PNUD. [Informe sobre el Desarrollo humano 2005. La cooperación internacional ante una encrucijada, ayuda al desarrollo, comercio y seguridad en un mundo desigual](#). New York, 2005
- ⁹ PNUD, Panamá. [Informe Nacional de Desarrollo Humano, Panamá 2004. De la invisibilidad al protagonismo: la voz de la juventud](#), Panamá 2004