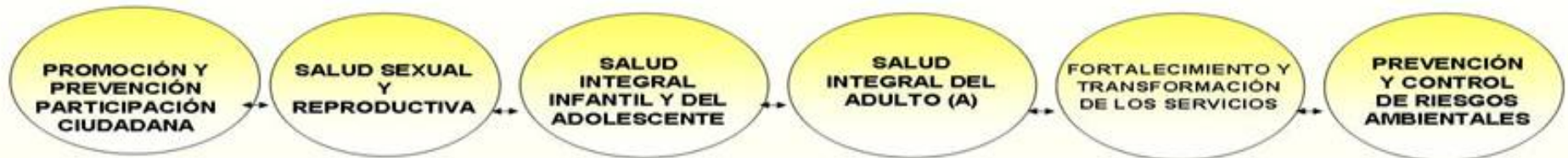


POLÍTICAS Y ESTRATEGIAS DE SALUD 2005-2009

MINISTERIO DE SALUD
LINEAS DE ACCIÓN
PILARES OPERATIVOS DEL SISTEMA DE SALUD



Objetivos de Desarrollo del Milenio	
Investigación y desarrollo tecnológico	Previsión y contingencia
Coordinación Interinstitucional	
Administración eficiente y moderna – Descentralización	
Expectativa de vida con calidad y humanismo	

MINISTERIO DE SALUD – PANAMÁ



Objetivos, Políticas, Lineamientos y Estrategias de Salud

2005 - 2009



AUTORIDADES NACIONALES:

LICENCIADO MARTÍN TORRIJOS ESPINO
PRESIDENTE DE LA NACIÓN

DOCTOR CAMILO ALLEYNE MARCHALL
MINISTRO DE SALUD

DOCTORA DORA JARA GÓMEZ
VICE MINISTRA DE SALUD

DOCTOR LUIS FRANCISCO SUCRE MEJÍA
SECRETARIO GENERAL DE SALUD

DOCTOR ALBERTO AMARIS-PRETEL
DIRECTOR NACIONAL DE POLÍTICAS DE SALUD

LICENCIADA EUSEBIA CALDERÓN M. DE COPETE
SUBDIRECTORA NACIONAL DE POLÍTICAS DE SALUD

EQUIPO DE DIRECCION:

DOCTOR CIRILO LAWSON COLLYMORE
Director General de Salud Pública

DOCTOR VALENTIN CORRALES VALLES
Director de Provisión de Servicios de Salud

LICENCIADA MAYANIN RODRIGUEZ CAICEDO
Directora Nacional de Promoción de la Salud

LICENCIADA MIRNA MARTINEZ DE SANTAMARIA
Directora Nacional de Enfermería

DOCTOR LUIS GARRIDO SÁNCHEZ
Director Nacional de Vigilancia y Regulación de Salud

LICENCIADO HUMBERTO ARANGUREN BELTRÁN
Director Nacional de Administración y Finanzas

LICENCIADO JUÁN BATISTA VEGA
Director Ejecutivo Del Proyecto MINSA-BID

INGENIERO NICOLÁS ALVARADO QUINTANA
Director Ejecutivo del Proyectos de Salud Rural-Banco Mundial

LICENCIADA PAMELA WILLIAMS DE GARCÍA
Directora Nacional de la Dirección Integral de Recursos Humanos

INGENIERO RAÚL VALLARINO ARANGO
Director Nacional de Infraestructura Sanitaria

LICENCIADO JUÁN KOSMAS SIFAQUI
Director Nacional de Asesoría Legal

DOCTOR PABLO SOLIS GONZÁLEZ
Director Nacional de Farmacia y Drogas

LICENCIADA IRIS GONZÁLEZ DE VALENZUELA
Directora Nacional de Discapacidad

LICENCIADA ILONKA PUZSTAI RAMDEEN
Directora Nacional de Asuntos Internacionales

LICENCIADA MARÍA DEL PILAR FERNÁNDEZ DE MONCADA
Directora Nacional de Organización y Desarrollo Institucional

LICENCIADA MIRIAM RODRÍGUEZ DE HIM
Directora Nacional de Comunicación Social

COMISIÓN DE TRABAJO

LICENCIADA EUSEBIA CALDERÓN M. DE COPETE
Subdirectora Nacional de Políticas de Salud

DOCTORA ITZEL SMITH VÁSQUEZ
Jefa del Departamento de Atención Hospitalaria
Dirección Nacional de Provisión de Servicios

DOCTORA CAROLINE NILES SPLATT
Jefa del Departamento de Atención en la Red Primaria.
Dirección Nacional de Provisión de Servicios

LICENCIADA MARIA ELENA CORRALES GÓMEZ
Jefa del Departamento de Fomento de la Salud.
Dirección Nacional de Promoción de la Salud

INGENIERA DAIRA JIMÉNEZ PEÑA
Jefa de Planificación y Presupuesto.
Dirección Nacional de Infraestructura

LICENCIADA HAYDEE JUSTAVINO DE JURADO
Asistente Administrativa
Dirección Nacional de Administración y Finanzas

LICENCIADO PABLO CARRILLO SILVESTRI
Asistente Administrativo
Dirección Nacional de Recursos Humanos

COLABORADORES

DOCTORA GUADALUPE VERDEJO PIVET
Representante de la OPS- OMS de Panamá

DOCTOR GUSTAVO VARGAS BEDOYA
Asesor de Servicios y Sistema de Salud

LICENCIADO EMILIO A URELIO MESSINA GARCÍA
Asesor en Sistemas y Servicios de Salud

DOCTORA MARILUZ RODRIGUEZ ALVAREZ
Asesora en Desarrollo de Sistemas de Salud



Presentación

Los objetivos, políticas, lineamientos, estrategias y el marco de acción están encaminados a desarrollar la visión “Salud igual para todos, con todos, en el siglo XXI”, para implementar el Programa Integral de Reformas y Modernización del Sistema Nacional de Salud.

La transformación del sistema de salud de la República de Panamá está dirigida a promover la salud para el desarrollo integral, tomando en cuenta los ámbitos económicos, políticos, sociales, culturales y ambientales que determinan el estado de salud de la población que habita el territorio nacional.

Los planes, programas y proyectos están orientados a la solución de los problemas sanitarios identificados en el Diagnóstico Situacional de Salud y las necesidades sentidas por la población.

Las funciones de Rectoría, Financiación, Aseguramiento, Provisión de Servicios y los resultados de las mismas, medidas en términos de productos esperados, constituyen el principal objetivo-meta para el desarrollo del sistema sanitario.

*Este objetivo-meta se enmarca en el contexto general que orientan las políticas de desarrollo económico y social del gobierno que preside el **Excelentísimo Señor Martín Torrijos Espino**, Presidente de la República, quien reconoce que el nivel de desarrollo de un país se vincula, necesariamente, a la calidad y eficiencia del sistema de salud y que las condiciones de salud, a su vez, están determinadas por factores económicos, sociales, ambientales y biológicos, así como también por la madurez de la sociedad, el desarrollo cultural y los conocimientos, actitudes y prácticas de la población.*

Tiene como plataforma los principios de Equidad, Eficiencia, Eficacia, Calidad, Sostenibilidad, Participación, Transparencia y Rendición de Cuentas.

La concreción del objetivo-meta operacionaliza las acciones sanitarias pertinentes, orientadas a alcanzar la integración de las actividades sanitarias entre los equipos de los diferentes niveles del sistema: locales, regionales y nacionales, con la participación ciudadana organizada, para producir su propia salud.

La misión institucional está formulada sobre las bases de las acciones que el sistema de salud deberá proyectar y ejecutar hacia el logro de los objetivos, políticas, lineamientos estratégicos y líneas de acción coherentes con las necesidades de la población; el plan de gobierno; el cumplimiento de los compromisos de los Objetivos para el Desarrollo del Milenio, desarrollados de forma explícita, a través de los pilares operativos, que constituyen los ejes fundamentales de impacto sobre la salud en el país.

Estos pilares operativos hacen referencia a:

- *La promoción de la salud, la prevención de enfermedades y la participación ciudadana en los servicios de salud, que viabilizan la instrumentación de la estrategia de atención primaria.*
- *El énfasis en las acciones que aseguren la salud sexual y reproductiva, tendientes a disminuir las tasas de morbilidad y mortalidad, asegurando poblaciones con capacidad productiva y rendimiento social para la vida.*
- *La priorización de las acciones sanitarias dirigidas a la población infantil y adolescentes, sin exclusión, para incidir favorablemente en la disminución de los daños a la salud.*
- *La reorientación de los programas y servicios dirigidos a la población adulta, fundamentalmente a las personas de la tercera edad, trabajadores informales, personas con discapacidad, a las personas que padecen de enfermedades crónicas para mejorar su calidad de vida.*

- *La prevención y control de riesgos ambientales enfatizando sobre los que tienen mayor potencial epidémico como las enfermedades transmitidas por vectores y otros.*
- *El fortalecimiento de la capacidad instalada conducente a la conformación de una red unitaria de servicios públicos de salud, articulada por niveles de prevención y grados de complejidad, para el logro del acceso universal a la salud.*
- *La transformación de los servicios de salud para el desarrollo de las funciones de rectoría, aseguramiento, provisión y financiación de los servicios de salud.*

El conjunto de los objetivos nacionales de salud formulados para el quinquenio, las políticas que marcan hacia dónde vamos y las estrategias que nos indican cómo hacerlo, constituyen los medios que hemos de emplear para su alcance, para concretar los productos de impacto de las diferentes acciones que desarrolle el sistema sanitario en conjunto con otros sectores de la sociedad, en beneficio de la salud integral de la población.

La consolidación operativa de estas acciones previstas se deberá formalizar en un Plan Estratégico Nacional, Planes Operativos Regionales y la Programación Local de las actividades y recursos necesarios que logre el objetivo-meta trazado y los resultados esperados de las acciones de salud.

Este documento marco político-estratégico orienta las acciones sanitarias a ejecutar en el quinquenio 2005-2009, de tal manera que, una vez ejecutado y evaluado, constituya un esfuerzo efectivo de alcance social, que reduzca las desigualdades en el país.

*Dr. Camilo Alleyne M.
Ministro de Salud*

INDICE:

<i>RESUMEN METODOLÓGICO</i>	13
<i>INTRODUCCIÓN</i>	14
<i>CAPÍTULO I RESUMEN DE ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD Y RETOS</i>	18
<i>CAPÍTULO II SISTEMA NACIONAL DE SALUD</i>	43
<i>PARTICIPACIÓN SOCIAL</i>	48
<i>COMPROMISOS DEL GOBIERNO NACIONAL</i>	52
<i>VISIÓN, MISIÓN</i>	55
<i>PRINCIPIOS Y VALORES</i>	56
<i>OBJETIVOS PRIMORDIALES Y EJES TRANSVERSALES</i>	57.. 58
<i>CAPÍTULO III CUMPLIMIENTO DE COMPROMISOS A TRAVÉS DE CONVENIOS DE GESTIÓN</i>	60
<i>CAPÍTULO IV PILARES OPERATIVOS DEL SISTEMA SANITARIO</i>	62
<i>CAPÍTULO V OBJETIVOS, POLÍTICAS, LINEAMIENTOS Y ESTRATEGIAS DE SALUD</i>	64

RESUMEN DE LA METODOLOGÍA PARA LA ELABORACIÓN DE LAS POLÍTICAS DE SALUD.

Las políticas de Salud que regirán este periodo correspondiente al quinquenio 2005-2009 en la nación, son producto de un profundo proceso de revisión y análisis del Diagnóstico Situacional de Salud del país con la experiencia de regresar a las comunidades, a través de la modalidad operativa de extensión de coberturas llamada “Caravana de la Salud”, donde se fortalecieron los vínculos con la población y sus estructuras comunitarios mediante el desarrollo de los Encuentros Comunitarios con líderes y la sociedad civil reactivándose los Comités de Salud y la Juntas Administradoras de Acueductos Rurales.

Se incorporaron los compromisos del Gobierno de “Patria Nueva”, bajo la dirección del **Excelentísimo Señor Presidente, Licenciado Martín Torrijos Espino** y la revisión de políticas de la nación en los últimos quince años de cara a los retos actuales que plantean las necesidades en salud de las comunidades en nuestro país, los actuales procesos de reformas en el estado y en el sector salud, los Objetivos para el Desarrollo del Milenio, las orientaciones de la Organización Panamericana de la Salud y la revisión de las políticas y otros compromisos regionales de los países de América Latina.

El Ministro de Salud, Doctor Camilo Alleyne definió “Seis Pilares Operativos” como marco de acción de su gestión y asignó a un equipo de trabajo multidisciplinario, la responsabilidad de liderar y definir la metodología de trabajo, además de establecer la Visión, Misión, Valores, Principios, Objetivos Primordiales y los Ejes Transversales del Sistema, así como su posterior divulgación en todos estamentos del Sistema Nacional de Salud y los sectores e instituciones afines para establecer las acciones que operacionalizarán las estrategias y los lineamientos para lograr las Políticas de Salud desarrolladas e implementadas.

La Organización Panamericana de la Salud y su representación en el país han ofrecido apoyo bibliográfico y consulta técnica para la consecución de este documento.

El equipo técnico responsable ha mostrado un elevado nivel profesional y alto compromiso con tan importante tarea que busca la **“Salud igual para todos y con todos, en el siglo XXI”**.

INTRODUCCIÓN

La salud representa un objetivo fundamental de la política de Gobierno, que busca la “**Salud igual para todos y con todos, en el siglo XXI**”, ampliando el acceso a los servicios con calidad y calidez, disminuyendo las desigualdades que existen en salud a lo largo y ancho del país.

EL CONTEXTO GLOBAL:

Los gobiernos deberán afrontar un desafío adicional en sus políticas y prioridades, producto de los cambios que se avizoran en el contexto global y que afectan los sistemas de salud en el mundo. Tan sólo señalaremos algunas cuestiones claves para las que se requiere un pensamiento innovador en un futuro próximo.

- El **envejecimiento de la población** afectará la dinámica de los servicios de salud y requerirá mayor investigación sobre los problemas que afectan a los mayores; sus derechos y expectativas, el rol de la familia y las redes sociales en su cuidado, atención y bienestar, así como las implicaciones financieras para el sistema. A mayor expectativa de vida, mayor tasa de dependencia de ancianos y menor aporte relativo al sistema, sumado al incremento de los costos en los tratamientos de larga duración.
- La **globalización** como fruto de la interacción de la actividad humana en sus dimensiones: política, económica, social cultural y tecnológica, de orden supranacional, con reducciones asombrosas de la relación espacio/tiempo, trae nuevos riesgos sanitarios por el paso e intercambio de personas, bienes, servicios y capital y requiere presencia, definición y transparencia en nuevos espacios de acuerdo regional y global.
- El **cambio epidemiológico** en el peso de las enfermedades redireccionaliza las prioridades: de trasmisibles a crónicas, de los jóvenes a los viejos y alerta sobre la amenaza de enfermedades nuevas o recurrentes. Más cáncer por el envejecimiento, más accidentes en los jóvenes, mayor obesidad, mayores problemas de salud mental, más adicción a sustancias lícitas como el tabaco y el alcohol y a sustancias ilícitas; mayor violencia familiar y social, mayor preocupación pública por la seguridad de los alimentos. La pandemia del SIDA continúa su marcha, a la espera de una tecnología más eficaz para su prevención y tratamiento, así como la de influenza aviar, SARS, entre otras.

- El **incremento de las expectativas públicas**, fruto del mayor conocimiento que provee la informática, exigirá trabajar con un público más informado y con medios masivos de comunicación muy activos y críticos. El incremento del poder de los consumidores traerá mayores desafíos para los profesionales y expertos en salud y la exigencia de evidencias firmes para el respaldo de sus desempeños.
- Los **avances de la ciencia y del conocimiento** con su nuevo potencial terapéutico, traerán dilemas éticos y de regulación y control de nuevos productos, en campos como la genética, la bioingeniería, la robótica, la telemedicina, la biotecnología, entre otros vislumbrables. El profesional de ciencias de la salud deberá adaptarse a las exigencias emergentes. El **aumento del rol de la tecnología** en la atención de la salud, así como en el autodiagnóstico, autotratamiento y tratamiento en el hogar, exigirá una mayor evaluación en término de costos y eficacia. En la atención de la salud se esperan cambios: de la atención terciaria y secundaria a la primaria y de ésta a las estrategias preventivas y al estilo de vida.
- **Nuevas exigencias en materia de aprendizaje** para el personal de salud, el que deberá adaptarse a los nuevos conocimientos, técnicas y formas de trabajo y a los consiguientes cambios de los roles profesionales. Los responsables por la capacitación deberán innovar, en estrecha asociación con los centros formadores.

CONTEXTO NACIONAL:

Este documento describe los lineamientos, políticas y estrategias que garantizan el logro de la gestión en salud del Señor Presidente de la República, **Licenciado Martín Torrijos Espino**.

El Ministerio de Salud asume este compromiso con responsabilidad, como ente Rector de la salud panameña y toma la decisión inmediata para accionar sobre los problemas sanitarios que afectan a las comunidades, impulsando un nuevo modelo de atención familiar, comunitario y ambiental, reconociendo y aceptando la participación ciudadana como un eje fundamental para alcanzar el bienestar que deseamos.

La salud es una de las condiciones más importantes para la vida y un componente fundamental del desarrollo. Ninguna concepción de la justicia social que acepte la necesidad de una distribución equitativa y de una formación eficiente de las posibilidades humanas puede ignorar el papel de la salud en la vida humana y en las oportunidades de las personas para alcanzar una vida digna, sana, sin enfermedades y sufrimientos evitables ni mortalidad prematura.

La ejecución de estas políticas constituye un esfuerzo necesario que facilita una amplia participación en la construcción de políticas públicas sanitarias, acordes con la realidad y cultura de los nacionales y extranjeros en todo el territorio. Servirá como marco de referencia para el desarrollo de un proceso renovado que logre la eficiencia y calidad de los servicios de salud.

CAPITULO I



ANALISIS DE SITUACION DE SALUD

RESUMEN DEL ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE SALUD Y RETOS

CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA REPÚBLICA DE PANAMÁ

La República de Panamá se encuentra localizada en el Hemisferio Norte, en la zona intertropical cercana al Ecuador. Panamá tiene la forma de una S mayúscula acostada y presenta una dirección de este a oeste, contraria a la dirección del resto de los istmos centroamericanos, los cuales van de norte a sur. Limita al norte con el Mar Caribe, al este con la República de Colombia, al sur con el Océano Pacífico y al oeste, con la República de Costa Rica. El Istmo de Panamá es el más oriental, angosto y bajo de los istmos de América Central con una anchura mínima de 82 km. Como se aprecia en el siguiente mapa.

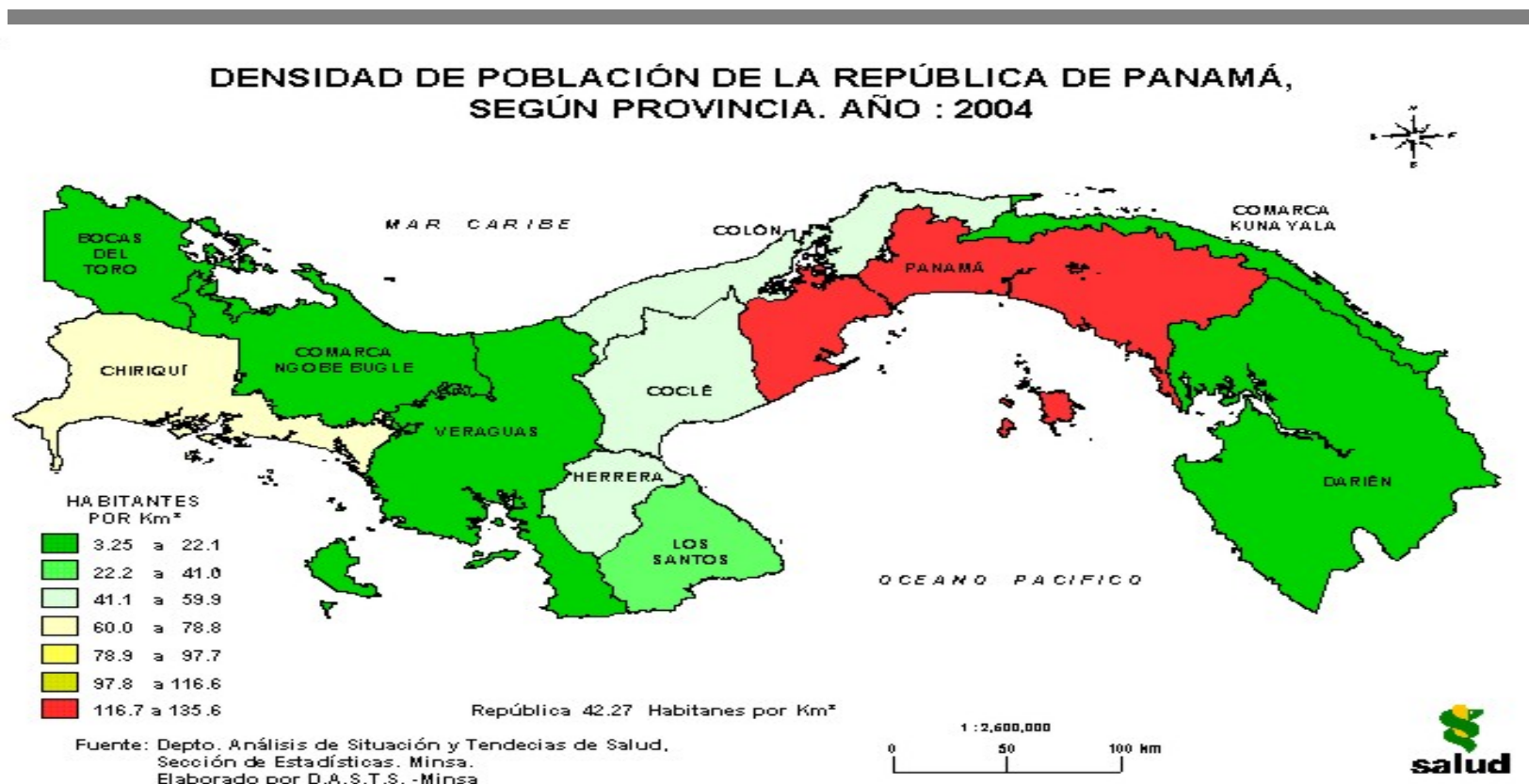
MAPA N° 1:



Panamá posee un territorio continental e insular de 75,517 kilómetros cuadrados (km²) y una población de 3.172.360 habitantes (al 1 de julio de 2004), con una densidad de 42.3 habitantes por kilómetro cuadrado y un crecimiento poblacional anual de 1,80 por ciento.

Las provincias con mayor densidad de población son: Panamá, Colón, Chiriquí y Coclé; en el otro extremo se ubican las de Darién y Bocas del Toro y la Comarca Kuna Yala. (Mapa N°2).

MAPA N° 2:

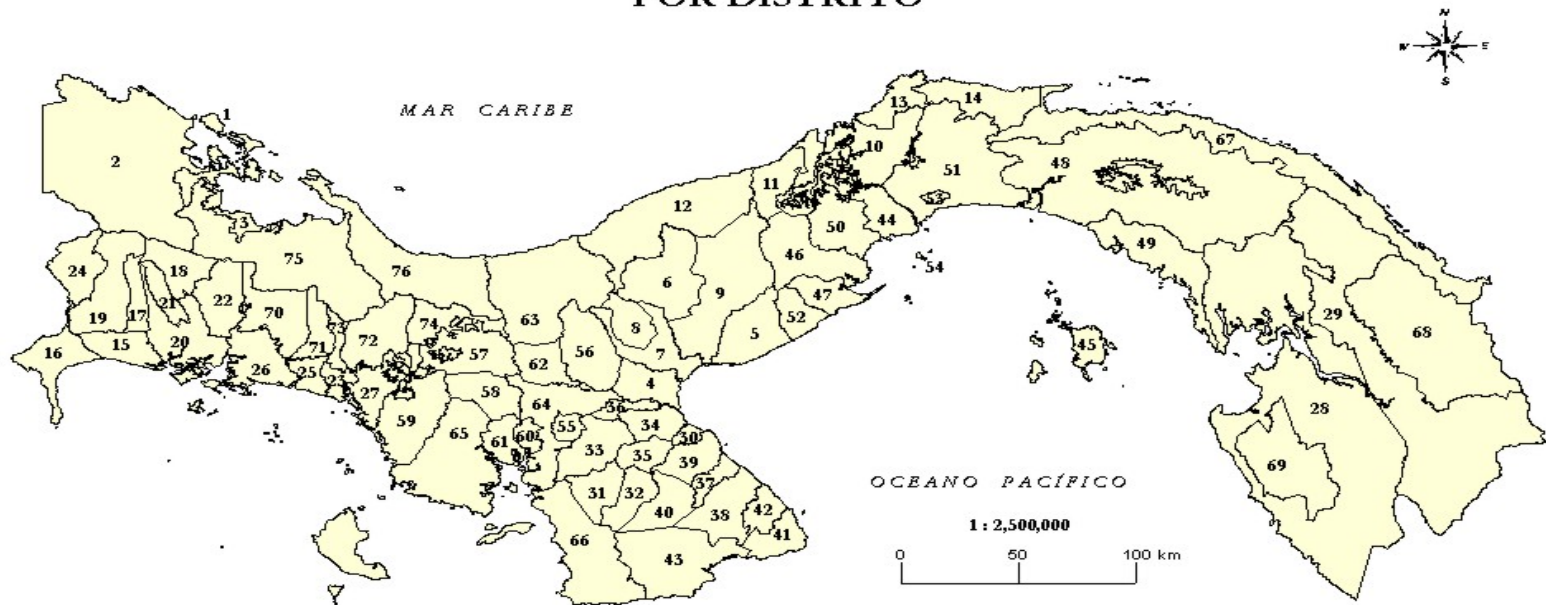


Con fundamento en las características geográficas, la tradición histórica, los regionalismos y el ordenamiento jurídico vigente, el territorio se divide en nueve provincias (Bocas del Toro, Coclé, Colón, Chiriquí, Darién, Herrera, Los Santos, Panamá y Veraguas), 75 distritos o municipios, 620 corregimientos (dos de ellos son comarcales: Kuna de Madungandi y Kuna de Wargandi) y cuatro comarcas indígenas (Kuna Yala, Emberá, Kuna de Madungandi y Ngöbe-Buglé). (Mapa N°3).

A su vez, el sector salud cuenta con 14 Regiones Sanitarias, de las cuales las de mayor densidad de población son la Metropolitana, la de San Miguelito y Panamá Oeste; en el otro extremo se encuentran Darién, Panamá Este y Bocas del Toro, principalmente las áreas indígenas. Para el año 2004, se estima que el porcentaje de población urbana era del 62.0%.

MAPA N° 3:

DIVISIÓN POLÍTICO ADMINISTRATIVA DE LA REPÚBLICA DE PANAMÁ POR DISTRITO



ORDENAMIENTO NUMÉRICO DE LOS DISTRITOS SEGÚN PROVINCIAS EN LA REPÚBLICA DE PANAMÁ:

Bocas del Toro :	Colón :	19- Bugaba	29- Pinogana	35- Las Tablas	45- Chetepo	55- La Mesa	Comarca Emberá :
1 - Bocas del Toro	10- Colón	20- David	Herrera :	39- Los Santos	49- Chiriquí	59- Las Palmas	65- Cémaco
2 - Changuinola	11- Chagres	21- Dolega	30- Chitré	40- Macaracas	50- La Chorrera	69- Sambú	Comarca Ngöbe Buglé :
3 - Chiriquí Grande	12- Donoso	22- Gualaca	31- Las Minas	41- Pedasí	51- Panamá	61- Río de Jesús	70- Besiko
Coclé :	13- Portobelo	23- Remedios	32- Los Pozos	42- Pociá	52- San Carlos	62- San Francisco	71- Mironó
4 - Aguadulce	14- Santa Isabel	24- Renacimiento	33- Ocu	43- Tonosí	53- San Miguelito	63- Santa Fé	72- Muna
5 - Antón	Chiriquí :	25- San Félix	34- Parita	Panamá :	54- Taboga	64- Santiago	73- Nole Duima
6 - La Pintada	15- Alanje	26- San Lorenzo	35- Pesé	44- Arraiján	Veraguas :	65- Soná	74- Nuncun
7 - Natá	16- Barú	27- Tulé	36- Santa María	45- Balboa	55- Atalaya	66- Mariato	75- Kankinti
8 - Olá	17- Boquerón	Darién :	Los Santos :	46- Capirra	56- Calobre	Comarca Kuna Yala :	76- Kusapin
9 - Penonomé	18- Boquete	28- Chirigana	37- Guararé	47- Chame	57- Cañazas	Comarca Kuna Yala :	



CARACTERÍSTICAS FÍSICO-POLÍTICAS DEL PAÍS.

Panamá posee un clima propio de la zona intertropical, uniforme a 10° C a lo largo de todo el año, promediando los 27° C., con una marcada diferencia entre las dos estaciones existentes: la estación lluviosa y la seca, referidas comúnmente como invierno y verano, respectivamente; la primera se extiende de mayo a diciembre, a la que sigue la estación seca, llamada “verano”, caracterizada por la presencia permanente de vientos alisios. Las lluvias de nuestro país se caracterizan por ser muy intensas y de corta duración. El valor promedio anual de la precipitación en el Istmo es de 2,000 mm. Cabe destacar que existe una variación importante en el promedio de humedad en el aire, en la cual influyen las grandes masas oceánicas del Atlántico y del Pacífico. Además, debido a lo angosto de la franja que separa estos océanos, el clima está determinado por una gran influencia marítima. Son estas condiciones de alta precipitación, junto a las altas temperaturas los factores propicios para la existencia de una gran variedad de insectos transmisores o vectores de distintas enfermedades tropicales, como la malaria, el dengue, la leishmaniasis y la enfermedad de Chagas, entre otras.

Existen en Panamá varias cadenas montañosas, entre la que se destaca la Cordillera Central por su extensión, altura e influencia, tanto en las condiciones físicas (temperatura, precipitación y movimiento de masas de aire) como en la distribución de la población. La Cordillera Central divide al Istmo en dos vertientes: la del Pacífico y la del Atlántico.

A lo largo de la vertiente del Caribe, la población es escasa, salvo algunas áreas de la provincia de Bocas del Toro, Colón y la Comarca de Kuna Yala en donde existen centros de concentración notables de población. Han sido los elementos naturales como la alta precipitación durante todo el año, el relieve quebrado y la acidez de los suelos los que han mantenido esta vertiente con una baja densidad de población.

Por otra parte, la mayor parte de la población panameña (aproximadamente el 75%) se encuentra localizada a lo largo de la vertiente del Pacífico. En esta zona convergen condiciones físico-geográficas favorables, como la presencia de valles fértiles y llanuras extensas, abundantes recursos hídricos, una temporada seca marcada, suficiente radiación solar y alto potencial pesquero los que han hecho posible el desarrollo de las actividades agropecuarias e industriales.

Sobre la vertiente del Pacífico existen tres centros importantes de concentración de la población panameña:

1. La Región Metropolitana, la cual incluye las grandes ciudades de Panamá, Colón, La Chorrera y Arraiján (con más del 50% de la población nacional).
2. El área de las provincias centrales en la que se destacan las ciudades de Chitré, Las Tablas, Los Santos, Santiago, Aguadulce y Penonomé.
3. El área occidental de Chiriquí con centros como David, La Concepción y Puerto Armuelles.

La migración de las áreas rurales hacia los centros urbanos, especialmente hacia la zona metropolitana, merece una mención especial; pues este proceso se ha acentuado en las últimas dos décadas. El fenómeno de la migración rural-urbano ha traído como consecuencia un desbalance significativo entre el área metropolitana y el resto del país, que ha originado problemas ambientales relacionados con el crecimiento desordenado de la ciudad de Panamá, que cada día absorbe, a su paso, áreas boscosas de enorme interés para el funcionamiento del Canal y entre otros, los relacionados con el saneamiento básico (agua potable, disposición sanitaria de excretas y desechos sólidos).

ESTADO SOCIOECONÓMICO DE PANAMÁ

Según informe de la Contraloría General de la República del año 2002, la pobreza ha sido identificada como uno de los principales problemas sociales del país, identificándose como causa principal la iniquidad en la distribución del ingreso y del consumo, en conjunto con una infraestructura deficiente.

"Panamá es uno de los países con la peor distribución de la riqueza en la región y el mundo"¹. Según el Informe Nacional de Desarrollo Humano, el 40,5% de los panameños viven bajo la línea de pobreza y el 26,5% en condiciones de pobreza extrema, situación que se ha mantenido con escasas variaciones desde la década del 70 y que llegó a su peor momento en 1990. Ese mismo informe estima que en la Provincia de Panamá es donde vive el mayor número de personas en situación de pobreza extrema, seguida por las comarcas indígenas. Sin embargo, Darién, Veraguas y Coclé son las provincias con mayor profundidad e intensidad de la pobreza.

¹ Objetivos de Desarrollo de! Milenio, Primer Informe de Panamá. Gabinete Social. Enero 2003

El Índice de Desarrollo Humano de Panamá no evidencia variaciones importantes; sin embargo, ubica al país, con todas sus desigualdades internas, dentro del grupo de países considerados como país en transición con un índice de desarrollo humano mediano. Un análisis del Índice de Desarrollo Humano 2002 ubicó a los distritos con cierto dinamismo económico como los distritos con nivel de desarrollo medio, a saber: cabeceras de provincias (Santiago y Las Tablas), asiento de agroindustrias (Aguadulce, Natá y Pesé); de explotaciones agrícolas a gran escala, (Barú, Changuinola y Boquete); o de atractivo turístico (San Carlos, Chame y Taboga). Algunos son pequeños distritos satélites de otros que albergan ciudades de cierta importancia, (Bugaba, Antón, Chepo y Santa María)².

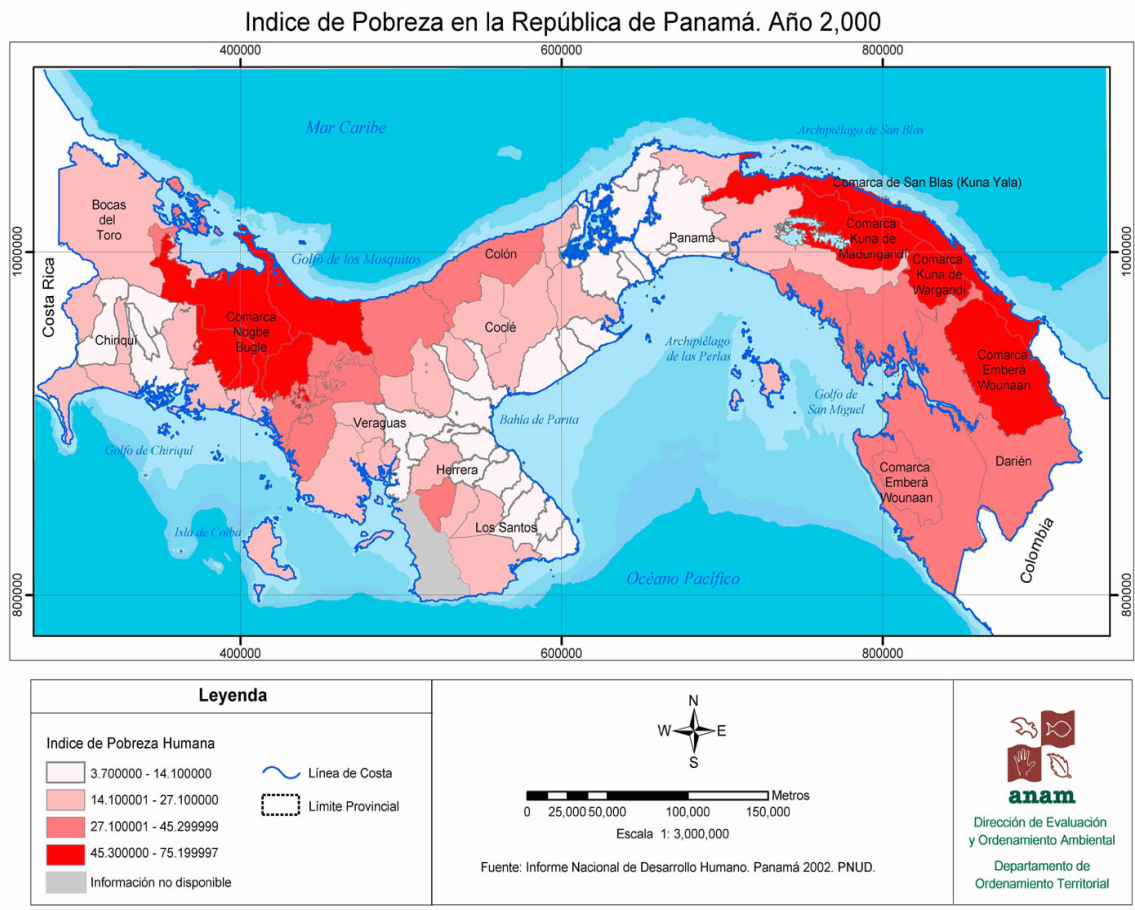
Se identificaron 35 distritos con un nivel de desarrollo bajo, siendo ésta la categoría que incluye a más del 50% de todos los distritos del país, en la cual se agrupan aquellos muy rurales, aunque en algunos se localizan pequeños centros urbanos, tal es el caso de Capira, Guanaca, Macaracas, Soná y Bocas del Toro.

En el grupo con un nivel muy bajo de desarrollo se sitúan 4 distritos, cuyos índices fluctúan en un rango del 20,0% para Cañazas y el 13.6% para Sambú. En esta categoría también se encuentran Cémaco y Tolé, todos distritos donde se concentra una alta proporción de la población indígena panameña, constituyéndose en el grupo humano nacional con más bajo desarrollo relativo en el país y con mayores índices de pobreza.

Una distribución espacial de este índice se recoge en el mapa levantado por la Autoridad Nacional del Ambiente, en el año 2000, en el cual se ubican las Comarcas Indígenas como las de mayor índice de pobreza, seguidas de la provincia de Darién, algunas áreas de la región Este de la provincia de Panamá, el norte de Coclé y Veraguas y algunos distritos de la provincia de Herrera. Es destacable que son las áreas indígenas las que cuentan con la mayoría de los recursos naturales y ambientales disponibles en el territorio nacional.

² Objetivos de Desarrollo de! Milenio, Primer Informe de Panamá. Gabinete Social. Enero 2003

MAPA N°4



Es claro que la iniquidad en la distribución de la riqueza es una de las características económicas más importantes del país, ello que hace que cerca del 40% de la población panameña sea pobre y que, de ella, la mitad se encuentre en pobreza extrema. Esta situación se refleja en la búsqueda social por una mejor calidad de vida, por parte de la mayoría de los grupos que integran la sociedad panameña, cada vez más insatisfecha. Panamá es un país en el que no se resuelven las necesidades prioritarias para el desarrollo integral, sólo se atienden los aspectos básicos relativos a la sobrevivencia de los grupos humanos, con mayor nivel de postergación.



El Gobierno nacional y el Ministerio de Salud en las comunidades donde hay mayor índice de pobreza

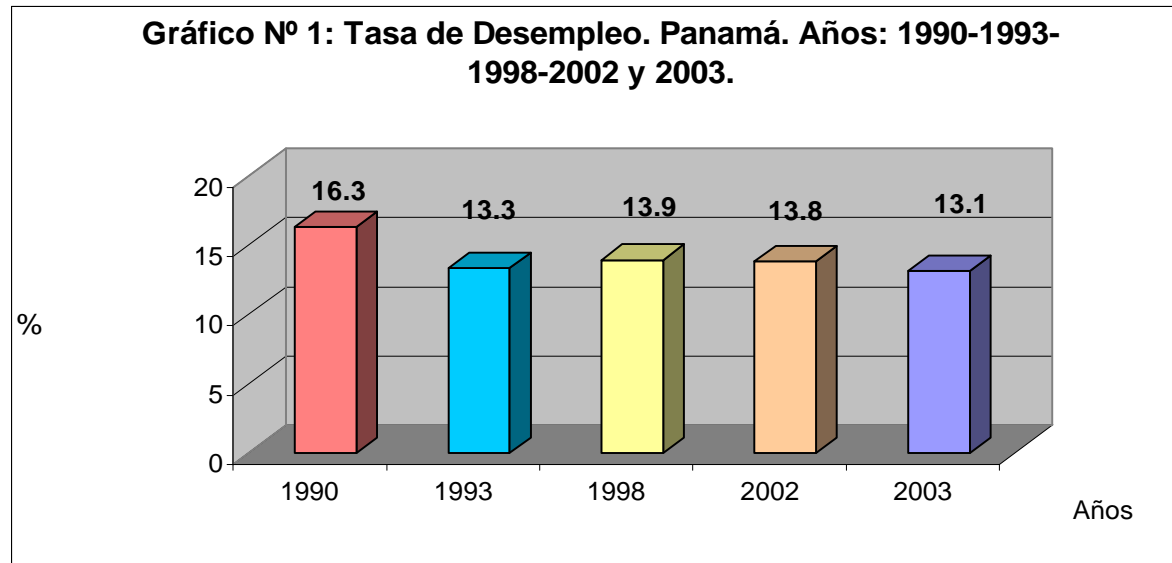
La población económicamente activa para 1997 es 1.1 veces mayor que para 1993 y 2.0 veces mayor en el 2000 que en 1993, situación que evidencia un ligero y constante crecimiento de la misma. En este contexto, la proporción promedio de mujeres en la población económicamente activa del país es de tan sólo el 34.71%, aunque, en los años 2000 y 2002 la relación hombre–mujer es de 1:1. El trabajo infantil se caracteriza por la sobrecarga laboral, la mala remuneración y porque es subvalorado.

**Cuadro Nº 1: Población Económicamente Activa por Sexo, según Año.
República de Panamá. Años 2000-2002**

Años	Sexo					
	Total		Masculino		Femenino	
Total	Nº	%	Nº	%	Nº	%
1993	940,301	100.0	620,678	66.0	319,623	33.4
1997	1,049,371	100.0	661,894	64.8	359,022	35.1
2000	1,161,612	100.0	777051	66.9	384561	33.1
2001	1,122,347	100.0	730,272	65.1	392,075	34.9
2002	1,221,914	100.0	774090	63.3	447824	36.7

Fuente: Contraloría General de la República. Año 2002

El desempleo adquirió ribetes dramáticos, a partir de la crisis de finales de los años 80; declinó su intensidad desde 1989 hasta 1993, período en el cual la tasa de desempleo abierto decreció en forma sostenida de 16.3% a 13.3%, no encontrándose diferencias significativas, según estimaciones nacionales para 1998, cuando sus valores fueron del 13.9%. El año 2003 registró cifras similares a las de 1993. En los hombres se reflejó un porcentaje de desocupación del 11.2%, mientras que en las mujeres este porcentaje fue un 19.2%. El desempleo en el área urbana era de 16,5% y en el área rural de 8.7%, según esta encuesta. Al mismo tiempo, la tasa de desempleo era casi el doble en los residentes urbanos pobres que en los no pobres.



Fuente: Contraloría General de la República. Año: 2002

En el censo del año 2000 se identificó que el 92.3% de la población panameña con 10 y más años es alfabeta. Del 7.6% de la población analfabeta el 86.5% tiene 20 y más años de edad. El análisis del comportamiento del analfabetismo, según sexo indicó que por cada 1.1 mujeres analfabetas hay un hombre analfabeto, lo que sugiere una ligera desigualdad de género en lo relacionado con esta variable.

La población indígena y los residentes de las provincias de Bocas del Toro y Darién presentan la más amplia brecha en sus indicadores demográficos y de desarrollo humano, concentrando la mayor iniquidad. Su expectativa de vida tiene un rezago de cerca de 25 años, al igual que la mortalidad infantil, con respecto al promedio nacional. De igual forma, concentran la mayor desigualdad de género y las tasas más elevadas desempleo y de empleo informal. (Cuadro N° 1. Anexo)

DIVISIÓN POLÍTICA.

Con fundamento en las características geográficas, la tradición histórica, los regionalismos y el ordenamiento jurídico vigente, el territorio se divide en: nueve provincias, 75 distritos o municipios, 620 corregimientos (dos de ellos son comarcales: Kuna de Madugandi y Kuna de Wargandi) y cuatro comarcas indígenas (Kuna Yala, Emberá, Kuna de Madungandí y Ngöbe-Buglé). A su vez, el sector salud cuenta con 14 Regiones Sanitarias.

CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN PANAMEÑA.

MAPA N° 3:



La población panameña se estimó, hasta el 1 de julio de 2004, en 3, 172,360 habitantes, siendo mayor la proporción de hombres (50.4%) que de mujeres (49.6%). En las zonas urbanas se concentra el 62.0% de la misma y el 38.0% restante, en las zonas rurales. El 30.7% es menor de 15 años, el 63.5% de 15 a 64 años y el 5,8% de 65 años y más. Según el censo de 2000, la población indígena panameña está representada por 150,772 habitantes, que corresponde al 5.1% de la población total. Para el 2004, esta población se mantiene en el 5.5%.

Dada las particularidades geográficas del país y el marco histórico nacional, la población panameña está constituida por diversos grupos humanos, entre los que se cuentan:

Grupos No Indígenas: Estos constituyen el 94.9% de la población total del país, para el año 2003. Los grupos no indígenas incluyen:

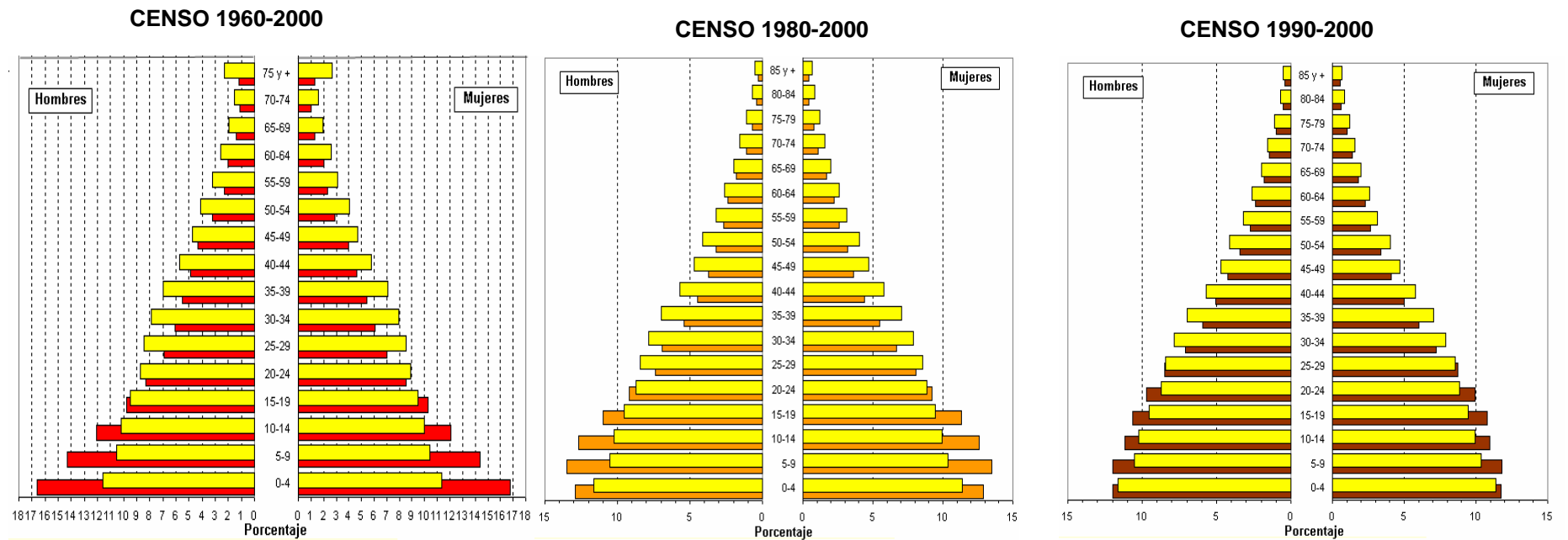
- Grupo Hispano Indígena que es uno de los grupos humanos de mestizaje mayoritario;
- Población Afro-Colonial, descendientes de los esclavos africanos traídos durante la conquista y colonización española.
- Población Afro-Antillana, descendientes de los trabajadores antillanos de habla francesa o inglesa.

Grupos Indígenas: En el año 2004, estos grupos constituyen aproximadamente el 5.5% de toda la población y lo conforman 5 grupos claramente definidos, Kuna, Emberá y Wounaan, Ngöbe Buglé, Bri Bri y Naso de los cuales, según el censo del 2000, los Ngöbe Buglé representaban el 64.5% de la población indígena del país y para el año 2004, cerca de 2 de cada 3 indígenas pertenecen a la etnia Ngöbe Buglé.

Según la Contraloría General de la Republica, la estructura de la población continúa en un proceso de cambio gradual y progresivo. Dichos cambios se reflejan en el incremento de la población en edad productiva, de la población con 65 y más años y en la persistencia de las tendencias migratorias del campo hacia la ciudad. En el 2003, el 31.0% de la población tiene menos de 15 años, para una relación de dependencia con respecto a los mayores de 65 años de 57.9%. La estructura por grupos de edad en el país, tiene rasgos que caracterizan a las poblaciones en proceso de envejecimiento, producto de la disminución de la fecundidad y un aumento significativo de la esperanza de vida al nacer. Es por ello que cualquier proceso de renovación del Sistema Nacional de Salud deberá considerar todos estos elementos; pues cada uno de ellos plantea retos distintos y la necesidad de abordarlos de manera particular.

Las proyecciones demográficas por provincia, también muestran cambios en el ritmo de crecimiento y estructura por sexo; como consecuencia del proceso de transición demográfica. Se proyecta que la provincia de Panamá concentrará, en el año 2015, más de la mitad de la población del país, debido al crecimiento natural y la atracción de población del resto de las provincias; en tanto que Bocas de Toro y Darién duplicarán la población que presentaban en 1990 para el 2015, debido a las altas tasas de fecundidad y a la inmigración.

Grafico Nº 2 Estructura Comparativa de la población de Panamá por edad y sexo



La República de Panamá se encuentra en plena transición demográfica, presentando una tasa de crecimiento natural de moderada a baja, que se explica por el comportamiento de los indicadores de natalidad, fecundidad y mortalidad. Sin embargo, existen diferencias en el comportamiento de este indicador en las diferentes provincias del país.

En síntesis, la proporción de población de menos de 18 años se mantiene alrededor del 40%, para los años 2000 y 2004, con una estructura poblacional aún joven; no obstante, la mayoría de la población (60%), está en plena transición hacia el envejecimiento, observándose, además, una paulatina reducción de la proporción de la población menor de 15 años y un índice de envejecimiento de 27.7%.

El desarrollo social y económico del país guarda estrecha relación con los factores que condicionan y determinan el nivel de salud de la población panameña. Los aspectos ambientales son cada vez más, un factor que influye favorable o desfavorablemente, según sea el caso, en la salud de las personas. La evidencia científica ha demostrado que la vigilancia y control de riesgos inherentes a la contaminación del ambiente físico y social, de los alimentos, del agua y del aire, entre otros redundan en un mejor nivel de salud de la población y del propio ambiente.

La estructura de la población continúa en un proceso de cambio gradual y progresivo. Dichos cambios se reflejan en el incremento de la población en edad productiva, de la población con 65 y más años y en la persistencia de las tendencias migratorias del campo hacia la ciudad. En el 2003, el 31.0% de la población tiene menos de 15 años, para una relación de dependencia con respecto a los mayores de 65 años de 57.9%. La estructura por grupos de edad de nuestro país, tiene rasgos que caracterizan a las poblaciones en proceso de envejecimiento, producto de la disminución de la fecundidad y un aumento significativo de la esperanza de vida al nacer. Es por ello que cualquier proceso de renovación del Sistema Nacional de Salud, deberá considerar todos estos elementos, pues cada uno de ellos plantea retos distintos y necesidad de abordarlos de manera particular.

Los cambios de las variables demográficas se dan como efecto de las variaciones en el patrón epidemiológico en la segunda mitad del Siglo XX, así como de las transformaciones sociales, tanto en sus componentes de salud y educación, como de la comunicación, del desarrollo de tecnologías y de los cambios en los aspectos económicos de orden nacional e internacional.

Las proyecciones demográficas por provincia, también, muestran cambios en el ritmo de crecimiento y estructura por sexo; como consecuencia del proceso de transición demográfica. Se proyecta que la provincia de Panamá concentrará en el año 2015 más de la mitad de la población del país, debido al crecimiento natural y la atracción de población del resto de las provincias y que, Bocas de Toro y Darién duplicarán la población que presentaban en 1990 para el 2015, debido a las altas tasas de fecundidad y la inmigración.

En otro orden de ideas, es claro que la iniquidad en la distribución de la riqueza es una de las características económicas más importantes del país, ello que hace que cerca del 40% de la población panameña sea pobre y que, de ellas, la mitad se encuentre en pobreza extrema. Esta situación, se refleja en la búsqueda social por una mejor calidad de vida por parte de la mayoría de los grupos que integran la sociedad panameña, cada vez más insatisfecha. Panamá es un país en el que no se resuelven las necesidades prioritarias para el desarrollo integral, sólo se atienden los aspectos básicos relativos a la sobrevivencia de los grupos humanos con mayor nivel de postergación.

Esta situación se refleja, de igual manera, en el Índice de Desarrollo Humano de Panamá, que no refleja variaciones importantes; sin embargo, sitúa al país, con todas sus desigualdades internas, dentro del grupo de países considerados como de desarrollo humano mediano.

La sociedad panameña refleja en todos los órdenes los efectos que le produce una crisis de carácter global, la cual encuentra formas de expresión, a través de patologías sociales como el aumento de las conductas violentas, problemas de adaptación social, aumento de las formas de expresión del estrés en la salud física y emocional de los individuos y los grupos sociales y el incremento de las muertes violentas.

Como resultado de todo lo anterior, encontramos que el hacinamiento en hogares y comunidades con espacios reducidos, poco ventilados, deficiente estructura sanitaria, y pocas o ninguna oferta cultural (espacios abiertos, parques, teatro, deportes) genera situaciones de agresividad, violencia y poca solidaridad; aislamiento y conductas de inadaptación social, tal es el caso del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, por ejemplo, desesperanza aprendida y pobre autoestima, que agravan la salud física, social, mental y emocional de la población. Los aspectos antes enunciados son factores de riesgo que se asocian con las principales causas de muerte, afectando a los panameños y panameñas desde la década del 80 y que, por consiguiente, generan deterioro a la salud, no sólo individual, sino también familiar y comunitaria.

La población indígena y los residentes de las provincias de Bocas del Toro y Darién presentan la más amplia brecha en sus indicadores demográficos y de desarrollo humano, concentrando la mayor iniquidad. Su expectativa de vida tiene un rezago de cerca de 25 años, al igual que la mortalidad infantil con respecto al promedio nacional. De igual forma, concentran la mayor desigualdad de género y las tasas más elevadas desempleo y empleo informal.

Desde hace más de 10 años, el desempleo se mantiene alrededor del 14% y el trabajo infantil se caracteriza por la sobrecarga laboral, la mala remuneración y porque es subvalorado.

ESTADO DE SALUD DE LOS PANAMEÑOS.

MORBILIDAD:

La población panameña tiene como primera causa de enfermedad la diarrea y gastroenteritis, relacionadas con la falta de cloración del agua en los acueductos rurales, muy seguida están las enfermedades respiratorias, afectando especialmente, a la población infantil, asociadas a los cambios climáticos y a la contaminación ambiental. La Hipertensión Arterial y los problemas de obesidad han aumentado, por deficiencias en los hábitos alimentarios. El inicio de las relaciones sexuales a temprana edad, la promiscuidad, ha generado problemas no sólo de embarazo precoz, sino de Enfermedades Pélvicas, entre otras.

El Dengue es una enfermedad reemergente en Panamá, las regiones de mayor riesgo acumulado durante el período 1993-2003 son, en orden descendente, las de Panamá Oeste, Metropolitana, Los Santos, Herrera, San Miguelito y Chiriquí con un rango en las tasas de incidencia entre 1909.2 y 359.8 casos por 100,000 habitantes. Las Regiones de Darién, Kuna Yala, Veraguas y Ngöbe Buglé no reportaron casos de Dengue. La Región Ngöbe Buglé no reporta casos desde hace 3 años (2001 - 2003). El sistema de vigilancia de febriles presenta serias debilidades, pues el porcentaje de resultados indeterminados para las muestras sanguíneas supera el 50%.

Las campañas encabezadas por el MINSA han revertido esta situación para el 2005 con un intenso programa de eliminación del vector adulto y de los criaderos con un importante apoyo comunitario y una reducción sensible en los índices de infestación por el vector.





La Malaria, enfermedad endémica en algunas regiones de nuestro país, presentó un brote en el año 1998. En el 2003, sus cifras alcanzan valores semejantes a los del año 1964 (144 y 150 casos por 100,000 habitantes, respectivamente) con una tasa de incidencia 7.6 veces mayor que la de 10 años atrás; siendo tasa de incidencia más alta registrada, al menos en los últimos 14 años. Durante el periodo 95-98, la proporción de casos de malaria por Plasmodium falciparum se incrementó de 2.5% a 11.9%. En el 2003, fue de 14% con respecto al total de casos, situación que incrementa el riesgo de muerte por esta causa.

La Tuberculosis Pulmonar se ha incrementado asociada a la pobreza y es la infección oportunista más frecuente relacionada con el SIDA. Para e 2003 se han registrado 1,427 casos, y para el 2,004 1,391 casos.

El SIDA ha sufrido un aumento progresivo, abrupto y significativo a partir del año 1992, con una concentración de casos en las provincias de Colón, Panamá y San Miguelito, observando un mayor predominio de casos en población heterosexual y una letalidad elevada. Para el 2003 se han registrado 688 casos y para el 2,004 553 casos.

El impacto de las acciones de vacunación en Panamá, que ha sido significativo, es una de las acciones de mejor costo-beneficio en la prevención de enfermedades. Panamá ha demostrado, a través del tiempo crecientes coberturas, alcanzando las metas establecidas por OPS/OMS, por encima del 95%.

Se ha logrado erradicar la viruela desde hace años, la fiebre amarilla urbana desde 1905, fiebre amarilla selvática desde 1947, la poliomielitis desde 1972, la difteria desde 1984, sarampión desde 1998. A pesar de que otros países continúan registrando casos de rubéola, Panamá desde 1999 no presenta casos de rubéola congénita y desde el 2002 no presenta casos de rubéola.

Otra meta a alcanzar es el control del tétano neonatal en donde los países deben lograr una tasa de 1 caso por 1,000 nacidos vivos. En Panamá, desde hace más de 5 años mantiene tasas entre 0.2 a 0.3 casos por 1,000 nacidos vivos y hasta el momento, para el 2005 no se han registrado casos. Es importante señalar que en el país, a nivel regional y nacional, no todos los corregimientos presentan coberturas de éxito, por lo que se están realizando estrategias masivas en las provincias que presentan coberturas por debajo del 95% como: la provincia de Veraguas (Corregimiento de Montijo y Santa Fé), en la provincia de Chiriquí (Renacimiento), en Coclé (Olá y Natá), en Chepo (Corregimiento de Balboa) y además, en la urbe de la provincia de Panamá y el distrito de San Miguelito. Entre los factores que afectan las coberturas el alto movimiento migratorio y los cálculos de población elaborados por la Contraloría, cuyo denominador se aleja de los nacimientos reales que tiene el país, los cuales van en descenso.



MORTALIDAD:

CUADRO Nº 2: PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD ATENDIDA SEGÚN GRUPO DE EDAD EN LAS INSTALACIONES DEL MINISTERIO DE SALUD EN LA REPÚBLICA. AÑO: 2004

CAUSAS	CODIGOS CIE X 1/	Nº	TASA 2/
Diarrea y Gastroenteritis	A09	795911	25088.9
Rinofaringitis (Resfriado Común)	J00	142195	4482.3
Influenza	J10 - J11	68752	2167.2
Enfermedad Cavity bucal	K00 - K14	64746	2040.9
Caries Dental	K02	33789	1065.1
Infecciones de Vías Urinarias	N39.0	24534	773.4
Faringitis Aguda	J02	20428	643.9
Infección de Vías Respiratorias.	J22	18798	592.6
Parasitosis	B82.9	15460	487.3
Hipertensión Arterial	I10	13845	436.4
Anemias	D50 - D64	13144	414.3
Obesidad	E66	13041	411.1
Enfermedad e Infección de la Piel	L08	12225	385.4
Pioderma y Piodermitis	L08.0	11929	376.0
Gastritis	K29	11303	356.3
Traumatismo	T08 - T14	11114	350.3
Bronquitis y Bronquiolitis	J20 - J 21	9972	314.3
Vaginitis y Vulvovaginitis 3/	N76 - N77	9781	696.3
Enfermedad e Infección Órganos Pélvicos 4/	N73	9768	1028.3
Lumbalgia y Lumbago	M54.5	7191	226.7
Otras Causas		358340	11295.7

1/ Con base en la Lista de Morbilidad de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (Décima Revisión)

2/ Tasa por 100,000 Hab.

3/ Población femenina de 5 años a 60 años y más

4/ Población femenina mayor de 20 años a 60 años y más

Fuente: Departamento de Análisis de Situación y Tendencias de Salud, Registros Médicos y Estadística. MINSA.

Por otro lado, el análisis de la situación de salud ha incorporado algunos indicadores que tratan de medir el nivel de salud de la población; sin embargo, en Panamá, al igual que en otros países del mundo, se toma como referencia la enfermedad y la muerte; pues continúa siendo un indicador útil para evaluar el estado de salud de la población en su conjunto. La mortalidad refleja diferencias entre los diferentes espacios geográfico – poblacionales, entre los distintos grupos de población y ha permitido analizar el comportamiento y tendencias de los diferentes daños que inciden en la salud poblacional y ambiental.

Este análisis de la mortalidad general, permite concluir que Panamá se encuentra en una transición epidemiológica, con el consecuente cambio en el perfil de las enfermedades; mientras la mortalidad general por enfermedades infectocontagiosas

tiende a disminuir, la mortalidad general por enfermedades crónicas y degenerativas aumenta progresiva y sostenidamente. Paralelamente, se presenta la emergencia y reemergencia de enfermedades como el Hantavirus, SIDA, Dengue, Malaria y Tuberculosis, por mencionar algunas.

La tasa de mortalidad general, desde el año 1980, se ha mantenido alrededor de 4.0 muertes por 100,000 habitantes. Entre las cinco principales causas de muerte se encuentran: los Tumores Malignos, los Accidentes, Suicidios y Homicidios y Otras Violencias, las Enfermedades Cerebrovasculares, el Infarto Agudo del Miocardio y ciertas afecciones en el menor de un año, en las cuales se alternan las primeras posiciones desde la década del 80, siendo las causas externas y los Tumores Malignos las que tienen mayor impacto en la pérdida prematura de años de vida.

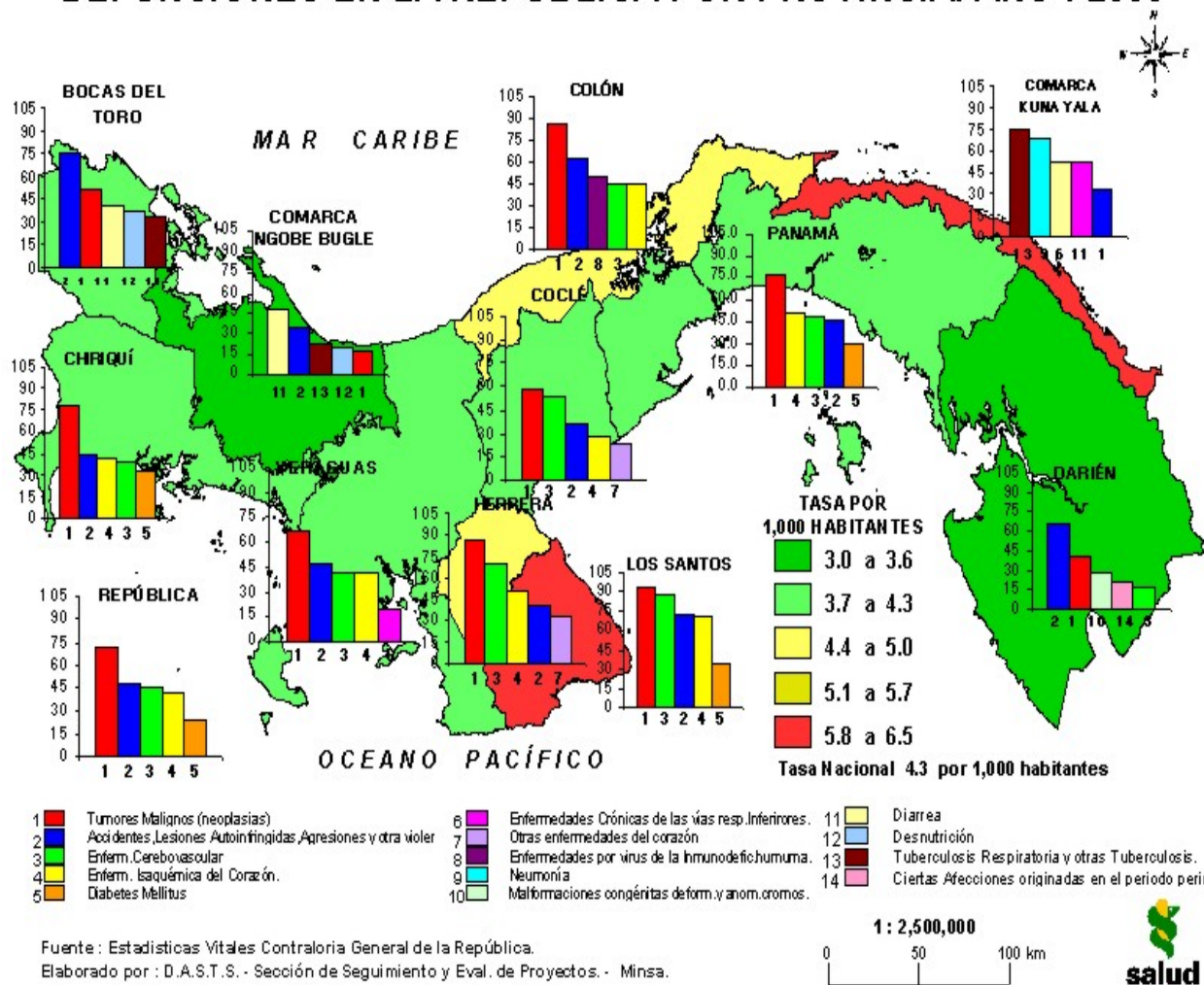
En tal sentido, los tumores malignos de cuello de útero, próstata, mama, estómago, colón, tráquea, bronquios y pulmón presentan la mayor incidencia y mortalidad por cáncer; en tanto que los accidentes tienen el mayor peso proporcional dentro de las causas externas, seguido por los homicidios y suicidios.

A partir del año 80, comenzó a reducirse las tasas de mortalidad infantil, siendo la ampliación de la cobertura del programa, la existencia de redes más extensas de saneamiento ambiental e infraestructura básica, el incremento de la cobertura del sistema educativo algunos de los factores que han tenido mayor incidencia en el descenso de la mortalidad infantil. Las muertes que ocurren en el primer año de vida suelen ser motivadas, en gran parte, por factores como: nacimientos prematuros, complicaciones obstétricas, malformaciones congénitas o por enfermedades de tipo infeccioso, con una mayor prevalencia de muertes en el área rural, particularmente, en las provincias de Bocas del Toro, Darién y las Comarcas Kuna Yala y Ngöbe Buglé, donde se reporta la más alta mortalidad infantil.

La mortalidad en niños entre 1 a 4 años ha tenido fluctuaciones con tendencia al aumento en los últimos años. Para el año 2002, murieron 303 niños, con una tasa de 1,1 por 1000 niños y para el 2004 murieron 320 niños, encontrándose entre las primeras causas la infecciones por parásitos, la diarrea y la desnutrición, notándose las provincias de Bocas del Toro, la Comarca de Ngöbe Buglé y Panamá como las más afectadas.

MAPA Nº 6:

TASA GENERAL Y DE LAS CINCO PRINCIPALES CAUSAS DE DEFUNCIONES EN LA REPÚBLICA POR PROVINCIA. AÑO : 2003



La tasa de mortalidad general registrada en las décadas de los años '30, '50 fue de 28.3 y de 15.2 muertes por 1,000 habitantes, respectivamente. En la década de los 80 alcanzó cifras de 4.1 muertes por 1,000 habitantes y para 1997, la tasa fue de 4.5 muertes por 1.000 habitantes. Esta tasa se ha mantenido en los años 2000 a 2003 en alrededor de 4.0 muertes por 1,000 habitantes. Para el 2003, arroja un valor de 4.9 para los hombres y 3.6 para las mujeres. Destaca que, al considerarse el ámbito provincial y comarcal en el 2003, el comportamiento de la mortalidad general indicó que el riesgo de morir es mayor en la provincia de Los Santos y la Comarca Kuna Yala que en la Comarca Ngöbe Buglé y Darién.

Cuadro N°3. Tasa de mortalidad* según causas de muertes específicas y demás causas en la República de Panamá. Años 1960, 1970, 1980, 1990

1960			1970		
Causa de Muerte	N°	Tasa	Causa de Muerte	N°	Tasa
Total	8387	779.8	Total	10225	712.0
1. Gastroduodenitis, enteritis y colitis	688	64.0	1. Enfermedades Isquémicas del Corazón	902	62.9
2. Enfermedades del Corazón	544	50.6	2. Accidentes Suicidios y Homicidios	754	52.6
3. Accidentes Suicidios y Homicidios	520	48.3	3. Neumonía	710	49.5
4. Enf. Propias de la Primera Infancia	562	52.3	4. Enteritis y otras Enf. Diarreicas	673	46.9
5. Tumores Malignos	470	43.7	5. Tumores Malignos	656	45.7
6. Neumonía	497	46.2	6. Enfermedades Cerebro vasculares	537	37.4
7. Todas las Demás Enfermedades Infecciosas y Parasitarias	395	36.7	7. Sarampión	303	21.1
8. Bronquitis	337	31.3	8. Tuberculosis	278	19.4
9. Tuberculosis	288	26.8	9. Bronquitis, Enfisema y Asma	273	19.0
10. Tos ferina	243	22.6	10. Otras Causas de Muerte en el Menor de un Año	220	15.3
11. Demás Causas	3843	357.3	11. Demás causas	4919	343.0
1980			1990		
Causa de Muerte	N°	Tasa	Causa de Muerte	N°	Tasa
Total	7959	410.5	Total	9799	405.3
1. Accidentes, Suicidios, Homicidios y Otras Violencias	1035	53.4	1. Tumores Malignos	1398	57.8
2. Tumores Malignos	1000	51.6	2. Accidentes, Suicidios, Homicidios y Otras Violencias	1232	51.0
3. Enfermedad Cerebro vascular	550	28.4	3. Enfermedad Cerebro vascular	964	39.9
4. Ciertas Afecciones Originadas en el Menor de un Año	490	25.3	4. Infarto Agudo del Miocardio	676	28.1
5. Infarto agudo del Miocardio	474	24.4	5. Ciertas Afecciones Originadas en el Menor de Un Año	550	22.7
6. Otras Enf. Isquemias del Corazón	434	22.4	6. Otras Enf. Isquemias del Corazón	417	17.2
7. Neumonía	313	16.1	7. Enf. de la Circulación pulmonar y Otras Formas de Enf. del Corazón	374	15.5
8. Infección Intestinal Mal Definida	239	12.3	8. Neumonía	299	12.4
9. Enf. de la Circulación pulmonar y Otras Formas de Enf. del Corazón	234	12.1	9. Diabetes Mellitas	266	11.0
10. Bronquitis Crónica y la no Especificada, Enfisema y Asma	171	8.8	10. Anomalías Congénitas	239	9.9
11. Demás Causas	3019	155.7	11. Demás causas	3381	139.8

Cuadro N°4. Tasa de mortalidad* (según causas de muertes específicas y demás causas en la República de Panamá. Años 2000 Y 2003

2000			2003		
Causa de Muerte	N°	Tasa	Causas de Muerte	N°	Tasa
Total	11841	414.6	Total	13248	425.1
1. Tumores Malignos	1938	67.9	1. Tumores Malignos	2239	71.8
2. Accidentes, Suicidios, Homicidios y Otras Violencias	1337	46.8	2. Accidentes, Suicidios, Homicidios y Otras Violencias	1492	47.9
3. Enfermedad Cerebro vascular	1201	42.1	3. Enfermedad Cerebro vascular	1391	44.6
4. Enfermedades Isquémicas del Corazón	1147	40.2	4. Enfermedades Isquémicas del Corazón	1319	42.3
5. Diabetes Mellitus	623	21.8	5. Diabetes Mellitus	784	25.2
6. Enf. Crónica s Vías Resp. Inferiores	494	17.3	6. Enf. Crónica s Vías Resp. Inferiores	534	17.1
7. Enf. por Virus Inmunodeficiencia Humana	489	16.9	7. Otras enfermedades del corazón	510	16.4
8. Ciertas Afecciones Perinatales	463	16.2	8. Enf. Por Virus Inmunodeficiencia Humana	424	13.6
9. Otras Enfermedades del Corazón	441	15.4	9. Neumonía	377	12.1
10. Malformaciones Congénitas	353	12.4	10. Malformaciones Congénitas	358	11.5
11. Demás causas	3355	117.4	11. Demás causas	3820	122.6

Tasa por 100,00 habitantes/ Fuente: Contraloría General de la República de Panamá. Departamento de Análisis de Situación y Tendencias en Salud. Ministerio de Salud. Año: 2004

La mortalidad materna mostró un descenso en la década del 50, hasta los inicios de los 80, debido al aumento de la cobertura del control prenatal y la atención profesional del parto; sin embargo, no se aprecian cambios positivos, ya que para el 2,000 la mortalidad materna aumenta, especialmente en las áreas de Panamá, seguida de las comunidades indígenas. Para el 2004, se observa un descenso en un 50%, con relación al 2003, sin embargo se mantiene tasas elevadas en las áreas indígenas, Los Santos y Darién.

CUADRO N°5: MORTALIDAD MATERNA EN LA REPUBLICA DE PANAMÁ, POR ROVINCIA. AÑOS: 2000 - 2004 P/

Provincia	2000		2001		2002		2003		2004 P/	
	Nº	T 1/	Nº	T 1/	Nº	T 1/	Nº	T 1/	Nº	T 1/
País	40	0.6	49	0.8	44	0.7	42	0.7	27	0.4
Bocas del Toro	3	0.7	3	1.1	6	2.1	4	1.3	1	0.3
Cocle	2	0.4	4	0.9	0	0.0	1	0.2	1	0.2
Colón	3	0.6	6	1.2	5	1.0	3	0.6	0	0.0
Chiriquí	5	0.5	5	0.6	0	0.0	6	0.8	1	0.1
Darién	1	0.9	1	0.8	2	1.6	2	1.6	1	0.8
Herrera	1	0.5	0	0.0	1	0.5	0	0.0	1	0.6
Los Santos	1	0.8	1	0.8	1	0.8	0	0.0	1	0.9
Panamá	11	0.4	16	0.5	17	0.6	12	0.4	15	0.5
Veraguas	7	1.3	3	0.7	3	0.7	2	0.5	0	0.0
Kuna Yala	6	5.1	6	6.0	4	4.0	5	4.9	2	2.0
Ngöbe Buglé			4	1.8	5	2.3	7	2.8	4	1.3

P/ Cifras preliminares.
1/ Tasa por mil nacidos vivos



Gratuidad de la atención prenatal y del parto en mujeres pobres

Capítulo II



SISTEMA NACIONAL DE SALUD

SERVICIOS DE SALUD.

El **sector salud en Panamá** muestra la tradicional fragmentación de los subsectores público, privado y de la seguridad social, con escasa complementariedad y articulación de sus instituciones y establecimientos.

El Ministerio de Salud tiene por mandato constitucional, la responsabilidad de velar por la salud de la población y garantizar servicios que sean adecuados para el logro de este objetivo. Ejerce el rol de vigilancia y control de riesgos en materia de salud pública y ambiental, así como de regulación, control y vigilancia de farmacias y drogas. Además, oferta servicios de salud a toda la población panameña y ejecuta funciones de financiación, regulación, aseguramiento y provisión. Se estructura de forma desconcentrada y, a nivel territorial, se organiza en 14 regiones sanitarias y distritos sanitarios.

La Caja de Seguro Social provee servicios de atención directa a la población derechohabiente, así como los servicios de prestación económica, a través del desarrollo de los programas de invalidez, vejez y muerte. La población protegida por la seguridad social alcanzó, en el 2003, cerca del 60.0% de la población total y se estima que por cada jubilado o pensionado hay 5 trabajadores solidarios con él, y que por cada cotizante activo hay un promedio de tres dependientes o beneficiarios.

El **sector privado** se compone de prestadores directos y de entidades financiadoras o “prepagos”.

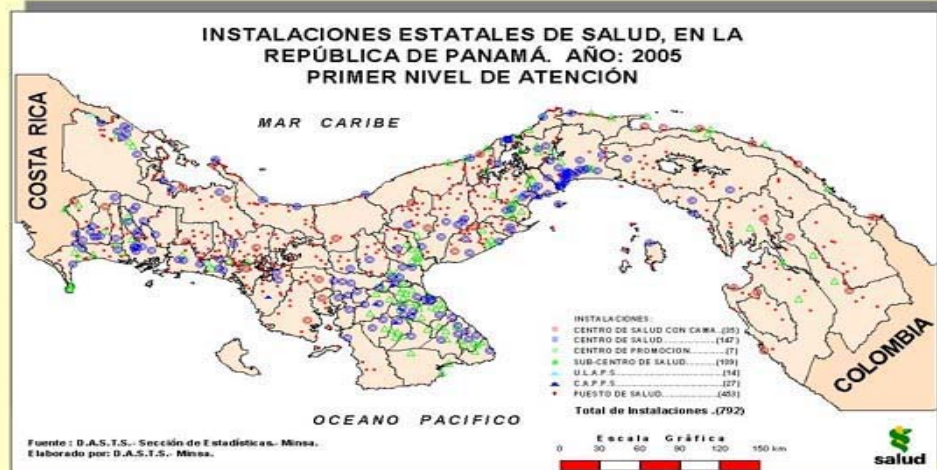
El **sector público** posee la mayor capacidad instalada del país, dependiendo sus establecimientos de la Jurisdicción Nacional y regional. Presta servicios a la totalidad de la población que los demanda sin exclusión, y cubre financieramente a la población no asegurada.

La atención de salud se lleva a cabo a través de establecimientos proveedores organizados en redes, según nivel de atención con distintos grados de complejidad y capacidad de resolución. Los establecimientos de la red de atención pública hospitalaria se clasifican de acuerdo con la complejidad de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos del proceso asistencial, en hospitales de primer, segundo y tercer nivel de atención. También se clasifican en establecimientos para la atención de enfermos agudos y crónicos.

El **modelo de atención** de la salud ha privilegiado desde hace décadas, el desarrollo de las actividades centradas en la especialización y el uso de la alta tecnología, en detrimento de los programas de promoción y prevención y del desarrollo

de redes de atención primaria. La organización sanitaria en la mayoría de las regiones está basada en la atención de la enfermedad en los centros hospitalarios.

LA RED PUBLICA DE SERVICIOS DE SALUD. PANAMA 2005



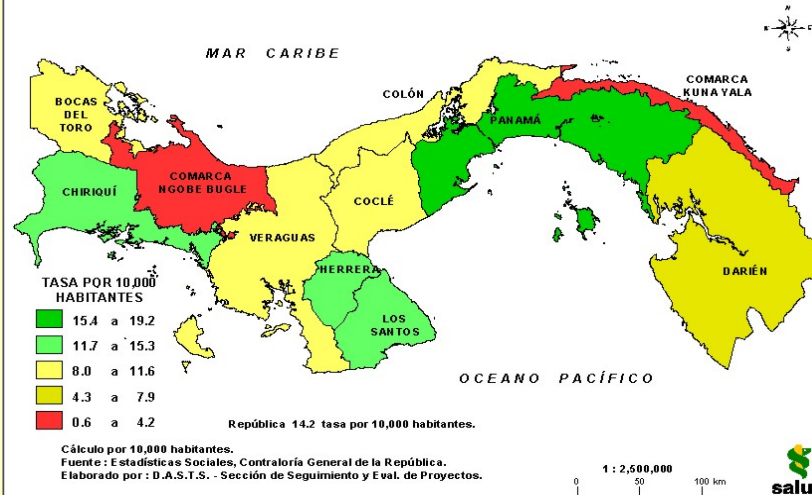
La Caja del Seguro Social y el Ministerio de Salud cuentan con más de 20,000 funcionarios de diversas calificaciones y competencias técnicas, que se constituyen en la fuerza de trabajo con capacidad para la generación de cambios en el sistema. También existe un conjunto de problemas para la gestión de las personas, tal es el caso del reclutamiento y selección, la carencia de sistemas de evaluación del desempeño e incentivos; la excesiva centralización de la gestión de esa fuerza laboral, la existencia de múltiples legislaciones, que generan iniquidad y duplicidad normativa en esta materia, la pobre articulación entre las necesidades de recursos humanos y la carencia de procesos sistemáticos de planificación para la formación, capacitación e ingreso al mercado de trabajo en salud, entre otros. Esta situación se refleja en la desigualdad geográfico-poblacional en la asignación de recursos humanos para la gestión administrativa y clínica, en los niveles administrativos y de atención.

Tanto la Caja del Seguro Social, como el Ministerio de Salud vienen desempeñándose como entes financiadores de los servicios de salud. El recurso financiero que permite la gestión sanitaria tiene como fuentes de financiamiento los recursos del gobierno central, que se obtienen por la vía de la recaudación de impuestos. De igual forma, los usuarios del sistema aportan, mediante cuotas de co-pago, que retornan vía cuentas bancarias específicas a las instalaciones de salud, donde los recursos fueron generados. Este co-pago no considera los costos reales en que se incurre al momento de la atención sanitaria y está condicionado a la posibilidad de pago de cada uno de los individuos y familias que demanden atención de salud.

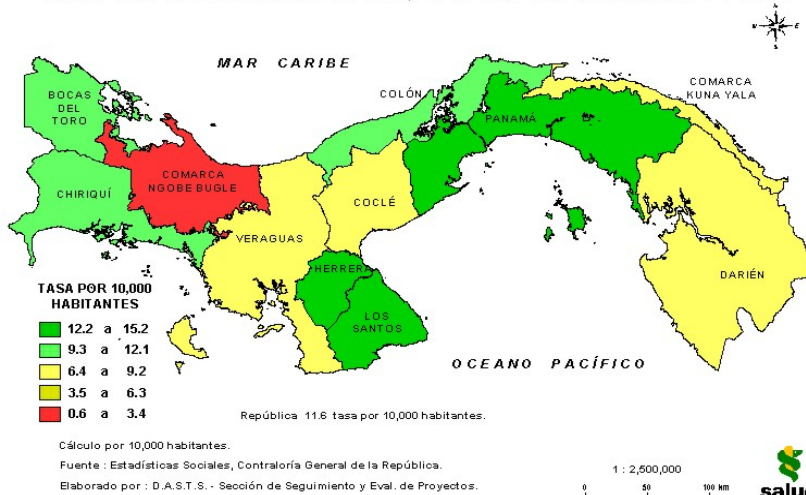
En algunas de las regiones sanitarias existe la coordinación funcional entre la Caja de Seguro Social y el Ministerio de Salud y se han establecido convenios entre la Caja de Seguro Social y algunos hospitales nacionales, tal es el caso del Hospital del Niño y el Instituto Oncológico. La Caja del Seguro Social no presta atención a pacientes que no sean beneficiarios; sin embargo, en los establecimientos del Ministerio de Salud el acceso no tiene restricciones.

DISTRIBUCION DE MEDICOS, ODONTOLOGOS Y ENFERMERAS POR PROVINCIA. PANAMA. 2003

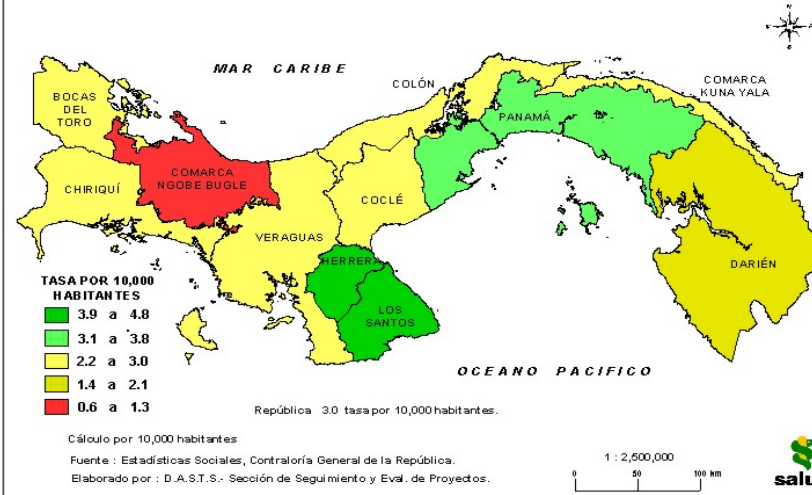
TASA DE MÉDICOS, POR 10,000 HABITANTES, EN LA REPÚBLICA DE PANAMÁ, SEGÚN PROVINCIA. AÑO : 2003



TASA DE ENFERMERAS, POR 10,000 HABITANTES, EN LA REPÚBLICA DE PANAMÁ, SEGÚN PROVINCIA. AÑO : 2003



TASA DE ODONTÓLOGOS, POR 10,000 HABITANTES, EN LA REPÚBLICA DE PANAMÁ, SEGÚN PROVINCIA. AÑO : 2003



Desde 1998, se ha introducido un nuevo modelo de gestión en el Hospital San Miguel Arcángel, institución pública integrada (Caja de Seguro Social-Ministerio de Salud), cuyo financiamiento se provee desde CONSALUD, con aportes financieros por parte de la Caja de Seguro Social y del Ministerio de Salud funciona con base a un contrato-programa, que establece costos por servicios prestados y un mecanismo solidario de co-pago que se fundamenta para la población no asegurada en su capacidad económica. La Caja del Seguro Social cubre el 100% de los costos de la población asegurada, que fue atendida en dicha instalación.

Otra fuente de financiamiento tiene que ver con el pago de servicios prestados en el campo de la salud pública; éstos ingresan al Ministerio de Salud Central o a la Unidad Ejecutora correspondiente, para ser utilizados en acciones específicas, que son, a su vez, la fuente de autogestión.

En cuanto al financiamiento de la seguridad social, el mismo es provisto mediante el pago de cuotas obrero patronales.

La actual administración plantea la modernización y reforma del sistema de salud y propugna la creación de un sistema único para la prestación de servicios y las consiguientes modificaciones funcionales a la estructura organizativa del Ministerio de Salud. Hoy día, el sistema de salud se ve afectado por la débil articulación de su red de servicios, pese a la existencia de una organización por niveles de atención y complejidad. De igual forma, persiste la duplicidad de funciones del Ministerio de Salud y de la Caja de Seguro Social.

Múltiples actores gestionan y prestan servicios de salud a la población entre ellos, el sector público, privado, la comunidad y organizaciones no gubernamentales.

La complejidad de los procesos de atención y los cambios del perfil epidemiológico contribuyen al incremento progresivo de los costos en los servicios de salud. A lo que se suma la ineficiencia e inefectividad del sistema. A todo esto se adiciona una práctica gerencial que continúa siendo centralizada, tradicional y carente de estímulos y recompensas hacia los trabajadores de la salud, con la consiguiente insatisfacción y desmotivación de las personas de la organización.

No se cuenta con un plan de inversiones orientado al mantenimiento de las instalaciones de salud; por tanto, independientemente de cuánto se invierta para mejorar la red de servicios, continúa el deterioro de las instalaciones y servicios, lo que limita su capacidad de respuesta y su calidad.

PARTICIPACIÓN SOCIAL EN PANAMÀ.

En Panamá, se han dado múltiples intentos dirigidos a promover la participación de la comunidad y de la sociedad civil en los procesos de producción social de la salud; no obstante, a la fecha no se ha logrado involucrar a la misma de manera sostenida.

A partir de la organización de los primeros Comités de Salud se da inicio a la participación comunitaria en el país, la cual estaba determinada por las autoridades de salud. Se circunscribía a promover la asistencia a los servicios de salud y en otros casos, a la de colaboración en los programas y proyectos del Ministerio de Salud.

Con la creación del Ministerio de Salud, en 1969 surge el Programa de Organización y Educación en Salud a la Comunidad, con el cual se fortalece la figura del Comité de Salud. Ello es así, puesto que el 29 de diciembre de 1970 se promulga el Decreto de Gabinete N° 401, por el cual se constituyen legalmente los Comités de Salud, se definen sus objetivos y se integra su labor a los programas del Ministerio de Salud. Este decreto faculta como persona jurídica al Comité de Salud y le confiere el nivel de organismo de interés público, como medio eficaz de defensa de los derechos en materia de salud. En la década de los 80, se produce en el país una desmovilización social y la participación de la comunidad se reduce significativamente. No obstante, se mantuvo algún tipo de coordinación con los Comités de Salud existentes en ese período.

Posteriormente, en la década del 90 se promueve la participación social mediante el trabajo con los grupos cívicos y se incorpora el concepto de sociedad civil, surge la figura del Promotor de Salud Comunitario remunerado, con el propósito de fortalecer la participación de la comunidad en el programa de control del Dengue. Además, se establecen las bases de una nueva estrategia de participación por medio de los Municipios Siglo XXI, cuyo fin fue incorporar a toda la sociedad, incluyendo a la empresa privada en los proyectos de desarrollo local.

Para esta época, se promulga el Decreto Ejecutivo N° 40 por el cual se crean las Juntas Administradoras de Acueductos Rurales. Estas juntas tienen un objetivo específico administrar y mantener los acueductos.



Comunidades organizadas a través de Juntas Administradoras de Acueductos rurales

Para el período 2005-2009, el Ministerio de Salud contempla entre sus políticas la Promoción de la Salud y el Fortalecimiento de la participación ciudadana. Se constituyen alianzas estratégicas y redes intersectoriales como apoyo a las acciones de promoción de la salud.

Se enfatiza la importancia de la participación ciudadana en el proceso de producción social de la salud. Se impulsa el desarrollo de los Corregimientos Sanos, los cuales representan la concreción de la política de la presente gestión del Ministerio de Salud. Se pretende con esta iniciativa mejorar la salud y la calidad de vida de la población del corregimiento, facultándolos para actuar por su propia salud. Al mismo tiempo, se capacita a líderes de la comunidad para que se constituyan en Guardianes de la Salud dentro de estos corregimientos, fomentando la organización y participación ciudadana, el autocuidado, la ayuda mutua y la creación de entornos saludables.



Comunidades organizadas Instalación de los Guardianes de la Salud.



Compromisos del gobierno



COMPROMISOS DEL GOBIERNO NACIONAL

El Gobierno Nacional reconoce la importancia de la Salud para la Vida, como un derecho humano y un deber inalienable de cada ciudadano residente en este país. Está consciente que la madurez política, el desarrollo social, cultural y económico del Estado influyen en la calidad y eficiencia del sistema sanitario y que la salud también se ve afectada por los factores biológicos-ambientales, los hábitos y prácticas de las poblaciones y el propio funcionamiento tradicional del Sistema de Salud.

Se plantea una “**Salud para el desarrollo**” estableciendo los vínculos entre salud y productividad para construir la “**Patria Nueva**” que tanto necesitamos, por medio de un Programa Integral de Reformas y Modernización del Sistema Nacional de Salud y así poder alcanzar la Visión de “**Salud igual para todos y con todos en el siglo XXI**”

Las Políticas de Gobierno permiten dar una mirada integral a otras Políticas para el Sector Social que, en forma directa o indirecta, guardan estrecha relación con la producción social de la salud.

Estas políticas son:

- ✚ Comunidades organizadas para el desarrollo
- ✚ Derrotar la pobreza extrema en las poblaciones indígenas
- ✚ Educar a los panameños para la vida
- ✚ La ruta hacia el Primer Mundo: Ciencia y Tecnología
- ✚ Cultura: hombres y mujeres como agentes de cambio
- ✚ Panamá: una potencia deportiva
- ✚ Cimentar la Caja de Seguro Social para siempre
- ✚ Ambiente saludable y sostenible a perpetuidad
- ✚ Un país seguro para crecer en paz
- ✚ Protección frente a desastres
- ✚ La familia: pilar de la sociedad
- ✚ Mujer: Igualdad de género como motor de desarrollo y equidad
- ✚ Juventud: a la vanguardia de los cambios
- ✚ Dignidad para los adultos mayores
- ✚ Los derechos de las personas con discapacidad

PARA LA CONCRECIÓN DE LAS POLÍTICAS DE GOBIERNO EN SALUD:

1. Se fortalecerá el Sistema Nacional de Salud, con la participación sinérgica de los sectores públicos, privados y de la sociedad civil, bajo la Rectoría del Ministerio de Salud; de igual manera, fortaleceremos los mecanismos de prestación de los servicios de salud.
2. Actualizaremos el sistema de regulación sanitaria.
3. Impulsaremos el desarrollo integral de los recursos humanos, mediante el desarrollo de los sistemas de méritos, evaluación del desempeño y capacitación permanente.
4. Devolveremos a los Comités de Salud su rol protagónico y los vincularemos, salvaguardando su autonomía, a las tareas organizativas y funcionales del sistema de salud
5. Apoyaremos la gestión realizada por las comunidades, en relación con la provisión de agua, eliminación de vectores, manejo de basura, letrínación y protección ambiental.
6. Promoveremos servicios integrales, la cogestión en la prestación de los servicios a niveles nacional, regional y local.
7. Fortaleceremos el autocuidado y la adopción de comportamientos o estilos de vida saludables, a través de los medios de comunicación y del empoderamiento de la población, con miras a la ejecución consciente de sus deberes en materia de salud.
8. Estableceremos el principio de equidad en la gestión de los servicios públicos de salud, a través de la adecuada asignación de recursos, según los problemas y necesidades sanitarias de las poblaciones.
9. Garantizaremos a la población el acceso a medicamentos de calidad y a costos razonables.
10. Garantizaremos la maternidad gratuita a las mujeres pobres y de extrema pobreza.
11. Garantizaremos a la población el acceso a medicamentos de calidad.
12. Daremos atención priorizada a la población infantil, a las embarazadas, adultos mayores y personas con discapacidad
13. Fortaleceremos la atención primaria, a través de la red de servicios públicos, con propósito preventivo.
14. Daremos prioridad a la acciones preventivas para la salud de los trabajadores.
15. Fortaleceremos los sistemas de vigilancia sanitaria dirigidos a la protección de la salud y al riesgo de enfermar.
16. Se realizarán giras integrales de salud en todo el país.
17. Apoyaremos y fortaleceremos la investigación científica, con desarrollo tecnológico e innovaciones en salud.
18. Desarrollaremos los programas de educación continua, vigilancia y control de la calidad en la prestación de los servicios.

- 19. Construiremos, equiparemos y pondremos un Hospital General Integrado en la Región Este del Distrito de Panamá.
- 20. Fortaleceremos las infraestructuras de las instalaciones de salud.



Cumpliendo con



las metas del Milenio

VISIÓN Y MISIÓN

VISIÓN
<i>“SALUD IGUAL PARA TODOS, CON TODOS, EN EL SIGLO XXI”</i>

MISIÓN
<i>“GARANTIZAR A TODA LA POBLACIÓN, CON ENFOQUE DE GÉNERO, EL ACCESO A LA ATENCIÓN INTEGRAL, A TRAVÉS DE SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD, HUMANIZADOS EN TODOS SUS NIVELES DE INTERVENCIÓN, BASADOS EN LA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN PRIMARIA, Y EL DESARROLLO DE LAS FUNCIONES DE RECTORÍA, GESTIÓN Y TRANSFORMACIÓN, PRIVILEGIANDO LA EQUIDAD, LA EFICIENCIA, Y LA CALIDAD CON CALIDES DURANTE LA ATENCIÓN, ASEGURANDO LOS PROCESOS DE TRANSPARENCIA EN EL USO DE LOS RECURSOS Y EL DESARROLLO DE LAS ACTUACIONES EN SALUD CON LA PARTICIPACION CIUDADANA, EN LA CONSTRUCCIÓN DE LAS CONDICIONES NECESARIAS PARA LA PRODUCCIÓN SOCIAL DE LA SALUD”.</i>

PRINCIPIOS Y VALORES.

PRINCIPIOS	VALORES
▪ Igualdad	Derecho a la salud integral de todos los individuos, sin diferencias sociales.
▪ Universalidad	Es la garantía de protección en salud para toda la población, sin discriminación alguna.
▪ Integralidad	Promoción de factores protectores y cobertura de todos los riesgos en la claridad de los diagnósticos y el resultado de los tratamientos en salud.
▪ Sostenibilidad	Mantener los planes, programas y proyectos de salud sobre la población y el ambiente de manera sostenida en el tiempo.
▪ Solidaridad	Contribución de los que más tienen, hacia las regiones y poblaciones que menos tienen.
▪ Responsabilidad	Deber individual, familiar y comunitario, basado en el autocuidado y la ayuda mutua para lograr la producción social de la salud integral.
▪ Participación ciudadana	Participación social en la cogestión de la salud, se entiende como la acción de actores sociales con capacidad, habilidad y oportunidad para identificar problemas, necesidades, definir prioridades, formular y negociar sus propuestas en la perspectiva del desarrollo de la salud. La participación comprende las acciones colectivas mediante las cuales la población enfrenta los retos de la realidad, identifica y analiza sus problemas, formula y negocia propuestas y satisface las necesidades en materia de salud, de una manera deliberada, democrática y concertada. (OPS)
▪ Interculturalidad	Una propuesta de salud intercultural con base programática en un modelo de atención de salud que contemple la interrelación cultural en un espacio geográfico y clínico determinado.
▪ Empoderamiento	Expansión y expresión de las capacidades latentes en las personas para que estén con condiciones de tomar control sobre las decisiones y acciones que afecten su vida.
▪ Salud para el desarrollo	Es el resultado de las acciones de salud que se realizan oportunamente sobre la población, permitiéndole al individuo alcanzar un máximo rendimiento personal, garantizando mayor productividad en beneficio de su desarrollo humano.
▪ Bioética	Respeto a los derechos y deberes humanos en salud, durante la prestación de servicios de

	salud.
▪ Transparencia	Alto nivel de compromiso, confianza y claridad en el uso de los recursos y en las actuaciones.
▪ Rendición de cuentas	Ofrecer los resultados, la información de planes, prioridades, objetivos, iniciativas, incluyendo la sustentación de las inversiones realizadas en salud. Los funcionarios tienen que responder por las políticas, acciones, incumplimiento de las tareas y omisiones en el uso de fondos.

OBJETIVOS PRIMORDIALES DEL SISTEMA SANITARIO	
Equidad:	Se refiere al derecho al acceso a la salud de cada ser humano, fundamentado en la justicia y la igualdad de oportunidades como principio ético.
Eficiencia:	Utilización óptima de los recursos sociales, económicos, administrativos y técnicos disponibles en beneficio de la salud de la población.
Eficacia:	Capacidad de impacto sobre los problemas prioritarios en salud, logrando indicadores exitosos.
Calidad y calidez:	Es la atención de los usuarios de manera oportuna, personalizada, humanizada, integral, continua y de acuerdo con los estándares aceptados, en procedimientos y prácticas, debidamente reglamentadas.

EJES TRANSVERSALES:	
La participación ciudadana	Se busca el ejercicio pleno de participación, de manera co-responsable y dinámica de todos los actores sociales, cumpliendo con un derecho constitucional, desde la planificación de los procesos en salud hasta la evaluación de los mismos.
Enfoque de género:	Reconocimiento de las diferencias individuales entre las personas, en términos de sus problemas y necesidades de salud, planificando acciones integrales adecuadas a sus particularidades biológicas, culturales y sociales, manteniendo el principio de igualdad de oportunidades entre ambos géneros.
Derecho humano:	En salud es uno de los derechos fundamentales de las personas a ser tratado con dignidad, a recibir una atención integral oportuna, con calidad, equidad y eficiencia, considerando los aspectos socio-culturales y económicos.
Enfoque intercultural:	Los servicios de salud consideran la cultura como un elemento básico para definir los programas de atención.

Capítulo III



Firma del Convenio Gestión
con la Región de Salud
Bocas del Toro

Convenios de Gestión

CUMPLIMIENTO DE COMPROMISOS A TRAVÉS DE CONVENIOS DE GESTIÓN

La visión del actual gobierno, sobre salud en el desarrollo, plantea claramente el papel a jugar por una población sana en el incremento del desarrollo económico y social del país. Por esa razón, la sociedad panameña debe hacer un gran esfuerzo por asegurar la solución a sus problemas de salud y fortalecer la atención primaria por medio de una red de servicios públicos, sobre todo, con propósitos preventivos, con una atención priorizada a la población infantil, a las embarazadas, adultos mayores y personas con discapacidad.

La respuesta efectiva a los problemas actuales de salud de la población panameña requiere la concienciación para la participación activa del conjunto de la sociedad en el fomento del autocuidado, la protección de la salud y la vigilancia de las condiciones que afecten la salud de la población, en forma ordenada y coordinada, de tal manera que permita la provisión de servicios de mejor calidad y eficiencia, con igualdad de oportunidades para toda la población.

Es necesario el desarrollo de instrumentos que permitan administrar los recursos de manera descentralizada y con autonomía de gestión, de acuerdo con las normas reguladoras establecidas por la asignación de recursos para orientar el cumplimiento de resultados y la transparencia en el financiamiento y la gestión de la provisión de los servicios de salud.

El objetivo de los convenios de gestión es crear una nueva cultura hacia la calidad y la eficiencia, modificando la forma de gestión de la red de proveedores públicos, a los que el Ministerio de Salud asignará recursos para brindar servicios de salud para la población bajo su responsabilidad, en acuerdo de objetivos previamente pactados; esto en función del mejoramiento de la gestión en salud, en el ámbito central del Ministerio y el ámbito del proveedor de servicios, como condiciones básicas para optimizar el uso de los recursos y para diseñar las estrategias dentro de la organización, con el fin de atender los principales problemas de salud de la población y del ambiente de su área de responsabilidad.

Ambas partes consideran oportuno formalizar, por escrito, sus compromisos, con el propósito de alcanzar los objetivos definidos en un convenio de gestión, que debe ser expresión del rigor de las actividades de los gestores públicos en esta responsabilidad, sin menoscabo de aquellos aspectos que, por su carácter de necesidad social, deben ser asumidos independiente de su costo y nivel de eficiencia; este aspecto constituye lo que se denomina eficacia social, no puede ser obviado en el marco genérico de los convenios de gestión.

CAPÍTULO IV



Líneas de Acción y Pilares Operativos del Sistema de Salud



MINISTERIO DE SALUD

LINEAS DE ACCIÓN

PILARES OPERATIVOS DEL SISTEMA DE SALUD



Capítulo V

Objetivos, Políticas, Lineamientos y estrategias



OBJETIVO 1

Fortalecer el sistema de rectoría en salud para el ejercicio de las funciones de la autoridad sanitaria nacional.

POLÍTICA 1

Reforzar la capacidad de conducción del Ministerio de Salud para la Regulación, Aseguramiento y Vigilancia Sanitaria en todo el territorio nacional.

1.1 LINEAMIENTO

Garantizar el Rol Rector del Ministerio de Salud en todos los niveles organizativos del Sistema Nacional de Salud con la participación sinérgica de todos los sectores: público, privado y sociedad civil.

Este lineamiento de políticas de salud tiene como propósito el ejercicio efectivo de la rectoría sanitaria. El marco jurídico vigente en Panamá confiere claramente el rol rector de la salud al Ministerio de Salud.

Las funciones básicas de rectoría son: garantizar la autoridad y conducción sanitaria, regular, monitorear y evaluar la provisión de servicios de salud públicos y privados; regular el sistema de financiación, regular la seguridad social y vigilar los fenómenos que afectan la salud pública, para el cumplimiento de las normativas que regulan la salud pública, generando acciones dirigidas a garantizar la transparencia y eficiencia en la gestión mediante una constante rendición de cuentas.

ESTRATEGIAS

1. Definición de las competencias y funciones de los diferentes componentes del sector salud.
2. Revisión, adecuación y divulgación del marco regulatorio de salud pública y de gestión de los servicios de salud.
3. Desarrollo de sistemas de vigilancia sanitaria innovadores que faciliten la conducción en salud.
4. Fortalecimiento de los procesos de vigilancia y control de los establecimientos e industrias de producción y procesamiento de alimentos.

5. Reorganización de la estructura orgánico - funcional del Ministerio de Salud.
6. Reforzamiento de las capacidades, conocimientos, habilidades, para la aplicación, conducción, vigilancia, aseguramiento y regulación sanitaria.
7. Adecuación de los modelos y contenidos formativos del capital humano en salud de conformidad con el perfil, necesidades y prioridades requeridas en el país.
8. Diseño de los mecanismos de acreditación de establecimientos prestadores de servicios de salud, según el nivel de atención y complejidad.
9. Modernización del sistema de información sanitaria para la toma de decisiones.
10. Establecimiento de mecanismos de monitoreo, supervisión y evaluación de políticas, planes, programas y proyectos del sistema nacional de salud.
11. Gestión de recursos nacionales e internacionales para el fortalecimiento de la capacidad técnica.
12. Conducción del financiamiento e inversión en salud, orientado hacia la equidad y el bienestar social.

OBJETIVO 2

Mejorar la accesibilidad de la población a los servicios de salud, reduciendo las iniquidades y favoreciendo a los grupos más vulnerables.

POLÍTICA 2

Fortalecer el Modelo de Atención Familiar, Comunitaria y Ambiental con una oferta de intervenciones efectivas en promoción, prevención, recuperación y rehabilitación, considerando el perfil demográfico y epidemiológico de la población.

2.1. LINEAMIENTO

Fortalecer 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 incorporan en este lineamiento elementos fundamentales que rescatan las acciones de promoción de la salud, detección y prevención de las enfermedades, mediante la implantación de un modelo de atención familiar, comunitario y ambiental; fundamentado en la participación social para enfrentar las desigualdades en salud y la resolución de problemas de salud relacionados con enfermedades transmisibles, no transmisibles, crónicas, emergentes, reemergentes y los síndromes sociales.

La provisión de los servicios basada en el cumplimiento de normas integrales de atención, para la satisfacción de la demanda de los usuarios, considerando la ética y un trato humanizado.

ESTRATEGIAS

1. Actualización, cumplimiento, seguimiento y evaluación de las normas de atención integral.
2. Reorganización y fortalecimiento de la red de servicios.
3. Incorporación de las dimensiones biológicas, psicológicas, espirituales, ambientales y sociales como ejes transversales en el desarrollo de las intervenciones de salud, individuales y colectivas.
4. Ampliación de la cobertura de servicios básicos de atención primaria dirigidos a la población con necesidades especiales, vulnerable y pobre.
5. Integración a los currículos de formación de los recursos humanos en salud los contenidos de Atención Primaria en Salud.
6. Establecimiento de mecanismos de asignación presupuestaria que aseguren el acceso a los programas de atención primaria en salud.
7. Focalización de la inversión en salud con criterio de equidad.
8. Establecimiento de la atención gratuita de la mujer pobre y de extrema pobreza en la atención prenatal y el parto.
9. Conformación de equipos básicos de salud para la cobertura de un número determinado de familias en áreas de difícil acceso.
10. Fortalecimiento de la participación de la comunidad en el proceso de planificación hasta la implementación de modalidades de atención de salud individual, colectiva, familiar y comunitaria.

11. Establecimiento de mecanismos de coordinación intra y extrasectorial.
12. Ampliación de la cobertura del Programa de Alimentación Complementaria y de Suministro de Suplementos de Hierro, Vitamina A, Ácido Fólico y otros.
13. Establecimiento de ofertas de servicios de salud, dirigidos a las familias beneficiarias del Sistema de Protección Social.

2.2. LINEAMIENTO

Ejecutar programas, planes y proyectos para el control integral y la reducción de daños y riesgos a la salud de la población.

Este lineamiento busca los mecanismos para intervenir planificadamente y con efectividad sobre riesgos y daños que están afectando la salud de la población, especialmente en enfermedades como el Dengue, la Malaria, Mal de Chagas, la Tuberculosis, el VIH/ SIDA entre otras.

ESTRATEGIAS

1. Fortalecimiento de la vigilancia, investigación, control de riesgos y de daños a la salud.
2. Fortalecimiento del programa de zoonosis a nivel nacional.
3. Incorporación de la participación de la comunidad y las autoridades locales para el control de los vectores.
4. Control de vectores mediante rociado intradomiciliario y en la comunidad.
5. Vigilancia de la calidad e inocuidad de los alimentos para consumo humano y animal.
6. Incremento de la cobertura de vacunación con énfasis en las áreas geográfico – poblacionales más susceptibles y de menor cobertura.
7. Revisión de los esquemas de vacunación acorde con el perfil epidemiológico de la población.
8. Incremento de programas de educación para la salud, dirigidos a la población de mayor riesgo.
9. Fortalecimiento de programas y proyectos especiales para: bancos de sangre, hemodiálisis, tratamientos para combatir enfermedades, etc.

10. Gestión de recursos nacionales y de la cooperación externa para el desarrollo de intervenciones de fomento de la salud, de vigilancia y control de las enfermedades emergentes y reemergentes.
11. Establecimiento de sitios centinelas permanentes en áreas de riesgo.
12. .Elaboración del mapeo de riesgo con la participación de las comunidades
13. Integración del sector educativo y de los medios de comunicación, como aliados estratégicos para la adopción de estilos y modos de vida sanos.
14. Suscripción de convenios con los medios de comunicación escrita, radiales y televisivos, para la difusión masiva de medidas de prevención y control de las enfermedades emergentes y reemergentes de mayor impacto en la salud pública panameña.

2.3. LINEAMIENTO

Dinamización de las intervenciones en todas las áreas programáticas de atención, para disminuir los problemas más críticos que afectan a la población.

Necesita flexibilizarse y adaptarse a las necesidades y capacidades de la población especialmente es los que viven en condiciones de pobreza y exclusión.

Los programas de atención se han quedando en el tiempo sin nuevas modalidades de acción, los problemas se han incrementado, las coberturas han disminuido, otras se han mantenido y algunas enfermedades reemergentes como la Tuberculosis, agravándose con elementos de drogo resistencia. El Sida se ha cobrado muchas vidas, los niveles de violencia han adquirido un carácter endémico y es responsable de una creciente proporción de muertes, la mortalidad materna en áreas indígenas mantiene las tasas que existían hace 40 años en el país, la mortalidad infantil menor de 5 años está relacionada con enfermedades intestinales, el consumo de tabaco y el alcohol y otras se observa a tempranas edades. La elevación de infestación con el mosquito Aedes Aegypti se da por los bajos niveles de responsabilidad de la población con su propia salud, por lo que hay que actuar movilizandoo de manera activa y diligente, el equipo de salud y la comunidad.

ESTRATEGIAS

1. Establecimiento del enfoque de genero en las políticas publicas para disminuir desigualdades
2. Revisión y adecuación de las normas integrales de atención con enfoque de género.
3. Aplicación de normas de atención en todos los niveles de intervención
4. Creación de nuevas modalidades para la intervención en las áreas programáticas
5. Fomento de las acciones de promoción y prevención antes del que ocurra el daño
6. Fomento de la organización y participación comunitaria en la producción social de la salud
7. Redistribución de los recursos humano técnico en salud de manera equitativa con relación a las necesidades poblacionales.
8. Implantación de normas de cumplimiento de horarios de trabajo en todos los niveles de atención
9. Extensión de coberturas en atención del parto por mano profesional, vacunación, citología cérvico-uterina, crecimiento y desarrollo, atención del adolescente, planificación familiar, atención de la puérpera y el recién nacido, entre otros.
10. Fortalecimiento de los programas de salud sexual y reproductiva, evitando las muertes maternas e infantiles.
11. Incrementar los recursos en el programa ambiental, realizando acciones paralelas sanitarias en las comunidades.
12. Establecimiento de nuevos horarios de atención y participación con las comunidades
13. Aplicación del método de enfoque de riesgos.
14. Generación de prácticas sociales organizadas en programas que impacten a la vida de la población.
15. Fomento de la capacidad organizacional local, para aumentar la habilidad de la gente a trabajar colectivamente.
16. organizándose y movilizandose recurso a fin de resolver los problemas de interés común.
17. Establecimiento de estrategias de riesgo – patologías y procedimiento de atención y prácticas.

2.4. LINEAMIENTO

Reducir la prevalencia de las enfermedades crónicas, sus complicaciones tempranas y su mortalidad prematura. Las enfermedades crónicas en su mayoría son evitables, por lo que éste lineamiento está encaminado hacia la prevención temprana, evitando el alto costo social que éstas enfermedades representan para el individuo, familia y sociedad.

ESTRATEGIAS

1. Adecuación de la capacidad de la red, con enfoque de género, para el diagnóstico precoz y tratamiento oportuno de las enfermedades crónicas.
2. Detección e intervención temprana para el control del cáncer cérvico-uterino, de mama, de pulmón, de próstata, de estómago y de colón; de las enfermedades isquémicas del corazón, la diabetes, la obesidad y de la hipertensión arterial.
3. Incremento de las intervenciones orientadas al mejoramiento de la calidad de vida del paciente con tumores malignos, enfermedades cardio-cerebrovasculares, insuficiencia renal crónica y Alzheimer, entre otras.
4. Ejecución de planes, programas y proyectos integrales en coordinación con otros sectores para el fomento de estilos de vida saludables que promuevan el deporte, la actividad física, el no fumar y la dieta saludable, para la disminución de la ocurrencia de enfermedades crónicas no transmisibles.
5. Vigilancia del comportamiento y control de los factores de riesgo asociados a la ocurrencia de enfermedades crónicas no transmisibles de alta prevalencia.
6. Fomento de la investigación de los factores de riesgos y protectores de las enfermedades crónicas de alta prevalencia.
7. Suscripción de convenios con los medios de comunicación escrita, radiales y televisivos, para la difusión masiva de medidas de prevención y control de las enfermedades crónicas no transmisibles de mayor impacto en la salud pública panameña.
8. Desarrollo de un plan estratégico nacional, multisectorial, con enfoque de género, para el control de las enfermedades crónicas no transmisibles con mayor prevalencia en el país.
9. Desarrollo de redes sociales para la prevención y control de las enfermedades crónicas no transmisibles.
10. Formación de grupos de autoayuda que contribuyan a mantener un nivel óptimo de salud.
11. Gestión de recursos nacionales y de la cooperación externa para el desarrollo de intervenciones de fomento de la salud, de vigilancia y control de las enfermedades crónicas no transmisibles.

2.5. LINEAMIENTO

Incrementar los esfuerzos nacionales y multisectoriales para el fomento de la salud mental, la prevención y atención Integral de las discapacidades.

Este lineamiento es básico, ya que la salud mental es una condición que no puede faltar en cada ser humano, para que pueda producir y desarrollarse. Los problemas de salud mental requieren un abordaje biosicosocial e integral de un equipo capacitado. Los esfuerzos están encaminados a la prevención y a la implementación del plan de salud mental.

ESTRATEGIAS

1. Implementación del Plan Nacional de Salud Mental, con enfoque de género, haciendo énfasis en la promoción, el aprendizaje de habilidades para la convivencia familiar, social y laboral; el manejo del estrés, la neurosis de ansiedad, la depresión y la prevención del suicidio.
2. Instrumentación de la estrategia de rehabilitación con base comunitaria y conformando equipos de salud capacitados para la detección temprana y el manejo ambulatorio de pacientes con discapacidades físicas y mentales.
3. Establecimiento de modalidades de atención, con enfoque de género, dirigidas a la desinstitucionalización del paciente con trastornos en su salud mental.
4. Coordinación en todo el territorio nacional de las iniciativas orientadas a la prevención y atención integral de las discapacidades.
5. Fomento de una conciencia social sobre los derechos de las personas con discapacidad y necesidades especiales, enfatizando en la igualdad de oportunidades y en sus potencialidades como fuerza de transformación y desarrollo humano.
6. Incorporación de mecanismos operativos de prestación de servicios en el modelo, con enfoque de género, que viabilicen la atención integral de personas con necesidades especiales.
7. Adecuación de las instalaciones de salud, con enfoque de género, para eliminación de las barreras arquitectónicas que limitan la atención integral de personas con necesidades especiales.
8. Reordenamiento de la oferta de servicios, con enfoque de género, para la inclusión de programas orientados a la atención integral de personas con necesidades especiales.
9. Incremento del apoyo de la cooperación bi y multilateral en el desarrollo de planes, programas y proyectos orientados a la prevención de las discapacidades y a la atención de personas con necesidades especiales.

10. Divulgación de la Ley No. 42 de 1999 que establece la equiparación de oportunidades.
11. Desarrollo de la red nacional, con enfoque de género, para el tamizaje prenatal y neonatal para la detección e intervención temprana de discapacidades físicas y mentales.

2.6. LINEAMIENTO

Desarrollar acciones de prevención y control para la reducción de la violencia, el consumo y adicción al tabaco, alcohol y otras drogas.

Este lineamiento busca favorecer la cultura de la no violencia. La violencia constituye un síndrome social que está afectando a gran parte de la población, desarrollándose un ciclo vicioso repetitivo empezando con el consumo del alcohol, el tabaquismo y el uso de otras drogas a tempranas edades, que terminan finalmente en violencias, que ocasionan daños y dejan secuelas o llevan hasta la muerte.

ESTRATEGIAS

1. Conformación de un Frente Nacional para la prevención, control y reducción de la violencia, así como del consumo y adicción al tabaco, alcohol y otras drogas
2. Desarrollo de alianzas estratégicas con organizaciones nacionales e internacionales, públicas y privadas vinculadas a la prevención y control de la violencia, así como del consumo y adicción al tabaco, alcohol y otras drogas.
3. Gestión de recursos nacionales y de la cooperación externa, para el fortalecimiento de acciones dirigidas hacia la búsqueda de soluciones a los problemas sociales.
4. Integración de la participación activa de las personas afectadas por la violencia, por el consumo y adicción a drogas en los programas y proyectos que se desarrollen para su efectivo control.
5. Desarrollo de la investigación en lo relativo a drogas y violencia para el fortalecimiento de la toma de decisiones y de nuevas intervenciones de promoción de la salud y prevención de daños.
6. Diseño de opciones integrales, con enfoque de género, para la cesación del consumo de tabaco, alcohol y otras drogas.

7. Establecimiento de mecanismos intersectoriales para el control y vigilancia sanitaria de los aspectos relativos a la oferta y a la demanda, así como de las consecuencias para la salud, con enfoque de género, secundarias a la toxicidad de productos de tabaco, alcohol y otras drogas.
8. Adecuación, con enfoque de género, de los sistemas multisectoriales de vigilancia y control de las violencias, el abuso psicológico, el abuso físico y sexual en niños y niñas.
9. Creación de redes nacionales y regionales para la prevención de la iniciación al consumo de tabaco, alcohol y otras drogas y de la violencia juvenil e intrafamiliar.
10. Incorporación de los medios de comunicación en la promoción y divulgación, con enfoque de género, de mecanismos de vigilancia y control de la violencia y del consumo de tabaco, alcohol y otras drogas.
11. Creación de bibliotecas virtuales que ofrezcan información a jóvenes y adultos sobre los riesgos y daños que ocasionan las drogas y la violencia a la salud de toda la población.
12. Integración de la atención de los adictos y de las víctimas y victimarios de violencia, con enfoque de género, en el nuevo modelo de atención.
13. Implementación, con enfoque de género, del Plan Nacional para el Control del Tabaco.
14. Participación activa en el Consejo Nacional para la Prevención de Delitos Relacionados con Drogas.

2.7. LINEAMIENTO

Fortalecer los procesos de promoción de la salud laboral, la vigilancia de los ambientes de trabajo y la atención integral del trabajador para la prevención y disminución de accidentes, riesgos y enfermedades laborales.

Esta es una responsabilidad que el Ministerio de Salud debe abordar, estableciendo estrategias que desarrollen acciones de promoción y prevención de accidentes laborales.

ESTRATEGIAS

1. Fortalecimiento de alianzas estratégicas intersectoriales para el desarrollo de capacidades técnicas dirigidas a la promoción de empresas saludables.
2. Desarrollo de un programa nacional integral de salud laboral con la participación de los trabajadores y empresarios.

3. Certificación de empresas saludables mediante el fortalecimiento de la seguridad e higiene en los ambientes de trabajo.
4. Desarrollo de mecanismos alternativos para la inclusión de trabajadores no cotizantes en los programas de salud ocupacional.
5. Priorizando en la prevención y el control de los accidentes laborales, el estrés laboral, la exposición al humo y consumo de tabaco, el consumo de alcohol, el VIH y la intoxicación por exposición a sustancias químicas.
6. Capacitación del equipo de salud en medicina del trabajo y salud ocupacional.
7. Vigilancia y control de factores de riesgos laborales como la carga laboral, el uso y exposición a sustancias y productos tóxicos y peligrosos, entre otros.
8. Monitoreo de la aplicación de normas de seguridad e higiene laboral.
9. Extensión de los servicios especializados de medicina laboral en las zonas de desarrollo industrial y agro industrial.
10. Desarrollo de investigaciones, en conjunto con universidades y organismos internacionales, en el campo de la Medicina del Trabajo.
11. Establecimiento de una regulación para la prevención y control de riesgos en los ambientes de trabajo.
12. Reforzamiento del sistema de vigilancia en los ambientes laborales.

OBJETIVO 3

Alcanzar la calidad de vida, previniendo tempranamente y bajo costo social los riesgos y daños a la salud.

POLÍTICA 3

Garantizar ambientes saludables sostenibles, aplicando los nuevos enfoques de promoción y mercadeo social de la salud, con la participación de otros sectores.

3.1. LINEAMIENTO

Reorientación de los servicios sanitarios hacia la promoción de la salud y mercadeo social, con participación comunitaria, como ejes fundamentales para la Atención Primaria.

La Promoción de la Salud es un eje horizontal que debemos desarrollar en todos los niveles de atención, apoyándonos con la comunidad y otros actores como las autoridades locales, organizaciones no gubernamentales y la empresa privada, logrando el compromiso compartido de la salud como responsabilidad de todos y todas.

ESTRATEGIAS

1. Establecimiento de un compromiso nacional para la promoción de la salud.
2. Establecimiento de políticas públicas saludables de apoyo a la promoción de la salud.
3. Elaboración del plan nacional, regional y local concertado con otros sectores de la sociedad.
4. Desarrollo de una estrategia de comunicación concertada y sostenida para las acciones de promoción de la salud.
5. Establecimiento de convenios con los medios de comunicación masiva.
6. Fomento del auto cuidado de la salud, a través de la práctica de estilos de vida y entornos saludables.
7. Conformación de comités intersectoriales y redes que fomenten la promoción de la salud.
8. Capacitación de los equipos básicos de salud en cuanto a métodos y enfoques para aplicar la promoción de la salud.
9. Incorporación de contenidos de promoción de la salud en planes, programas del sector educativo y a nivel de las escuelas formadoras de recursos humanos en salud.
10. Diseño de guías e instrumentos para dar seguimiento a las acciones de promoción de la salud.
11. Fortalecimiento de los espacios físicos para realizar las acciones de promoción de la salud, con la participación real de todos los actores sociales.
12. Promoción de la acción comunitaria en procesos de control, seguimiento y evaluación de las políticas, planes y programas de salud.
13. Formación y capacitación del recurso humano especializado en Promoción y Educación para la Salud para la transformación del perfil socio-epidemiológico de la población.
14. Incremento del presupuesto para realizar las acciones de promoción de la salud.
15. Desarrollo campañas masivas de promoción que lleguen a toda la población.
16. Fomento de la creación de espacios seguros, accesibles y adecuados para realizar la práctica de actividades físicas y recreativas.
17. Desarrollo del diagnóstico e investigaciones que permitan dirigir las acciones en promoción de la salud.
18. Implementación de un sistema de información que permita de manera práctica el desarrollo de las acciones de promoción de la salud en todos los niveles de atención.

OBJETIVO 4

Prevenir y proteger tempranamente a la población de riesgos a su salud por contaminación y otros factores ambientales.

POLÍTICA 4

Fortalecer la Estrategia de Atención Primaria Ambiental para la prevención y protección a la población de la exposición a los factores de riesgo originados por el deterioro, contaminación y catástrofes del ambiente.

4.1. LINEAMIENTO

Asegurar el suministro y acceso a agua potable a nivel nacional, para el control y reducción de los riesgos a la salud y el mejoramiento de las condiciones de vida de la población.

Este lineamiento garantiza el acceso y consumo de agua de calidad, lo que, además, nos permite bajar la incidencia de casos de morbilidad intestinal que en la mayoría de las regiones ocupan el primer o segundo lugar entre las causas de morbilidad y defunciones de los menores de cinco años.

ESTRATEGIAS

1. Dotación de agua potable, a nivel nacional, para el control y reducción de los riesgos a la salud y el mejoramiento de las condiciones de vida de la población.
2. Fortalecimiento de las estructuras comunitarias que apoyan la gestión del recurso agua, a través de las Juntas Administradoras de Acueductos Rurales.

3. Establecimiento de mecanismos alternativos de abastecimiento de agua segura para consumo humano en las comunidades rurales y urbanas de difícil acceso y en las áreas vulnerables a los cambios climáticos.
4. Incorporación de los principios de desarrollo sostenible, preservando los recursos naturales del medio ambiente.
5. Desarrollo de un Plan Multisectorial de Inversiones para la construcción de acueductos rurales.
6. Ampliación, rehabilitación y mejoramiento de los acueductos rurales.
7. Desarrollo de mecanismos de control de calidad de las aguas en sus distintas formas de uso.
8. Desarrollo de sistemas de vigilancia de la calidad del agua potable a nivel de sus fuentes, tratamiento, conducción, almacenamiento, distribución y comercialización.
9. Desarrollo de mecanismos multisectoriales para seleccionar y proteger de las fuentes de agua.
10. Fortalecimiento de la red nacional de laboratorios para cumplir con la vigilancia de la calidad física, química y biológica del agua suministrada a la población.
11. Orientación a la comunidad, a través de programas de promoción y educación sobre el uso racional del recurso hídrico y la importancia de la protección de las fuentes naturales de agua.
12. Realización de estudios de demanda y sustentabilidad de los recursos hídricos en las comunidades urbanas y rurales.

4.2. LINEAMIENTO

Garantizar el uso de tecnología apropiada en el manejo integral de los desechos peligrosos y no peligrosos, para la reducción de los daños a la salud de las personas debido a los efectos de la contaminación por estos productos.

El mal manejo de los desechos afecta directamente a la salud de la población. En Panamá existe un grave problema de recolección de basura, así como hábitos y prácticas humanas que aumenta su gravedad. Es necesario fomentar una cultura de limpieza en las comunidades, iniciando con los más pequeños en el hogar y en las escuelas.

ESTRATEGIAS

1. Fomento de alternativas innovadoras para la disposición final de desechos peligrosos y no peligrosos de las áreas urbanas y rurales.
2. Fortalecimiento de la participación multisectorial en la gestión descentralizada del manejo de desechos peligrosos y no peligrosos.

3. Incorporación del sistema de gestión integral de desechos hospitalarios basado en las normas nacionales vigentes y en las normas de bioseguridad en todas las instalaciones de salud públicas y privadas del país.
4. Ampliación de la cobertura de servicios de manejo integral de los desechos sólidos.
5. Gestión de los recursos necesarios para la implementación de la normativa de manejo de desechos hospitalarios peligrosos en las instalaciones de la red pública sanitaria.
6. Capacitación a los municipios de todo el país para el desarrollo de alternativas saludables de manejo y gestión de los desechos peligrosos y no peligrosos.
7. Capacitación a empresarios y trabajadores sobre el manejo integral de desechos peligrosos y no peligrosos.
8. Inspección de las empresas y organismos responsables del manejo de desechos peligrosos y no peligrosos como mecanismos de seguimiento y evaluación de esta práctica.
9. Capacitación a la comunidad para el ejercicio de sus competencias en la gestión integral de los desechos peligrosos y no peligrosos.
10. Reglamentación de los aspectos relacionados con la salud ambiental y de la ley marco para el manejo de los desechos peligrosos y no peligrosos.

4.3. LINEAMIENTO

Desarrollar acciones multisectoriales orientadas a garantizar la adecuada disposición final de las excretas, aguas servidas y subproductos de tratamiento.

La disposición de las excretas es otro factor que afecta a muchas comunidades urbanas y rurales, por lo que los esfuerzos estarán orientados a garantizar los proyectos de manejo sanitario de la excretas y de las aguas servidas, con la participación de las comunidades.

ESTRATEGIAS

1. Divulgación de la normativa existente sobre la disposición final de excretas, aguas servidas, tratamiento y el manejo de los subproductos (aguas tratadas y los lodos).
2. Fomento de alternativas innovadoras para la disposición final de las excretas en las áreas urbanas y rurales.

3. Gestión de los recursos necesarios para la implementación de la normativa de disposición final de las excretas, aguas servidas, tratamiento y el manejo de los subproductos (aguas tratadas y los lodos).
4. Fortalecimiento de la participación multisectorial en la ejecución, cumplimiento de la normativa y en la ejecución de los proyectos de disposición final de excretas, aguas servidas, tratamiento y el manejo de los subproductos (aguas tratadas y los lodos).
5. Desarrollar proyectos de saneamiento urbano y rural mediante la construcción de alcantarillados sanitarios.
6. Aplicación de las disposiciones legales para el control del desarrollo de las inversiones públicas y privadas, relacionadas con la disposición de las excretas y de las aguas servidas.
7. Formulación de normas que permitan al Ministerio de Salud construir obras de saneamiento ambiental, utilizando tecnologías costo- efectivas.
8. Reevaluación de los proyectos de salud rural tomando en cuenta el componente de saneamiento ambiental.
9. Divulgación de las regulaciones existentes relacionadas al tratamiento de aguas servidas y excretas.
10. Monitoreo y supervisión del cumplimiento de la normativa existente.
11. Realización de un diagnóstico actualizado de la situación de aguas servidas y excretas, a nivel nacional.
12. Incorporación de la participación de la comunidad, los municipios, las ONGs y el sector privado en la vigilancia del cumplimiento de la norma.
13. Construcción de sistemas de disposición de excretas acordes a las necesidades de las comunidades.
14. Aseguramiento de la calidad sanitaria de las aguas superficiales y subterráneas, protegiendo las actividades de otros sectores que intervienen directamente en la calidad de vida de la población.
15. Incorporación, en todas las instalaciones de la red pública sanitaria, de sistemas sanitarios para la disposición final de las excretas, aguas servidas, tratamiento y el manejo de los subproductos (aguas tratadas y los lodos).
16. Ejecución del Proyecto de Saneamiento de la Bahía.

4.4. LINEAMIENTO

Desarrollar acciones multisectoriales, orientadas a la reducción de la contaminación del aire, agua y alimentos por factores químicos, físicos y biológicos para la reducción de los daños a la salud de las personas.

Se hace necesario controlar los factores físicos, químicos y biológicos que contaminan el ambiente humano y de animales para la reducción de daños a la salud.

ESTRATEGIAS

1. Cumplimiento de convenios internacionales, de los cuales Panamá es signataria.
2. Fortalecimiento de las capacidades institucionales necesarias para el abordaje integral de la calidad del aire.
3. Incremento de alianzas estratégicas intersectoriales para el desarrollo de capacidades técnicas e intervención de programas de vigilancia y control de la calidad del aire.
4. Coordinación de los programas de vigilancia y control de las Sustancias Agotadoras de Ozono (SAO) con instituciones nacionales e internacionales.
5. Elaboración e implementación del Plan Nacional para el Mejoramiento de la Calidad del Aire.
6. Implementación de las normas de calidad del aire en todo el territorio nacional.
7. Reforzamiento de las capacidades con conocimientos y herramientas innovadoras de efectividad comprobada para el control de la calidad del aire.
8. Creación e implementación de normativas de construcción de ambientes saludables.
9. Actualización de la normativa sobre generación y control de ruido.
10. Sensibilización de la población sobre los riesgos a la salud relacionados con la contaminación del agua, de los alimentos por plaguicidas y otros productos químicos.
11. Realización de investigaciones sobre los efectos de la contaminación en la salud.
12. Realización de un diagnóstico de la contaminación del aire por fuentes fijas del área metropolitana.
13. Sensibilización a la población sobre las causas y efectos de la contaminación del aire en la salud humana y sobre la degradación de la capa de ozono, el cambio climático y los desastres.
14. Capacitación a empresarios y trabajadores sobre los riesgos y daños a la salud que genera la contaminación del aire en los ambientes de trabajo.
15. Inspección y sanción a empresas que incumplan la normativa vigente.
16. Capacitación de la comunidad para su participación en la vigilancia y control de la calidad del aire.

4.5. LINEAMIENTO

Fortalecer el sistema de prevención, mitigación, preparación, respuesta y rehabilitación ante situaciones de emergencias y desastres.

Se contempla aspectos relacionados con situaciones de emergencias y desastres por las condiciones naturales y aquellas provocadas por el hombre; así como epidemias, que desencadenan efectos negativos a la salud de la población y al ambiente.

ESTRATEGIAS

1. Fortalecer la organización institucional para la prevención, preparación y respuesta a situaciones de emergencia y desastres.
2. Desarrollar acciones de prevención y educación con la participación de actores sociales y el equipo de salud.
3. Implementar planes operativos que aseguren en cada una de las regiones sanitarias acciones de prevención, mitigación, respuesta y rehabilitación, según necesidades de la población.
4. Creación de redes comunitarias preparadas para el manejo de situaciones de desastre.
5. Inclusión en los perfiles escolares contenidos que desarrollen temas de preparación ante momentos de emergencias y desastres.
6. Fomento de acciones orientadas a identificar, evaluar y reducir riesgos para la salud de la población en situación de desastres.
7. Implementación a nivel nacional del Sistema Institucional de Salud en Emergencias y Desastres (SISED).
8. Coordinación institucional, intrasectorial e intersectorial para la planificación e implementación de acciones tendientes a la reducción de los riesgos ambientales y sociales de situaciones de desastres en Panamá.

9. Planificación e implementación de los estudios de vulnerabilidad estructural, no estructural y funcional de las instalaciones de salud.
10. Diseño e implementación de planes para la prevención y mitigación de la vulnerabilidad en instalaciones de salud para su protección y reducción de daños en caso de emergencias y desastres.
11. Capacitación y desarrollo del recurso humano en materia de análisis de riesgo y gestión para la prevención, mitigación, preparación, manejo de las respuestas y la recuperación ante situaciones de emergencias y desastres.

OBJETIVO 5

Aumentar la participación ciudadana para el desarrollo de la producción social en salud.

POLÍTICA 5

Instrumentar nuevos modelos de participación ciudadana que incentiven las capacidades de autogestión, cogestión y producción de bienes y servicios, para el desarrollo humano.

5.1. LINEAMIENTO

Fortalecer la participación ciudadana, con enfoque de género, en los procesos de planificación, ejecución, seguimiento y evaluación de las acciones de salud y en la interacción social, a través de la ayuda mutua y el autocuidado para la producción de la salud y el fomento del capital social.

Este lineamiento es un eje transversal, que se encuentra presente en todas las políticas, buscando la armonización el ejercicio de la participación ciudadana en la toma de decisiones conjuntamente con el equipo.

ESTRATEGIAS

1. Desarrollo de mecanismos para la participación de los medios de comunicación en la promoción y mercadeo de la salud.
2. Desarrollo de nuevas estrategias que fomenten la participación ciudadana y la consulta social.
3. Formación de líderes comunitarios y Guardianes de la Salud que fomenten la promoción de la salud.
4. Fortalecimiento de los niveles de conciencia y participación organizada en la defensa y preservación de sus derechos y mejoramiento y mantenimiento del ambiente humano y natural.
5. Fomento de comunidades, escuelas sanas y corregimientos sanos.
6. Capacitación de los equipos básicos de salud en herramientas, métodos y técnicas innovadoras de efectividad comprobada para la integración ciudadana en la producción social de la salud.
7. Fomento de la participación del voluntariado en la solución de sus problemas de salud.
8. Conformación de redes sociales de autoayuda para la atención de problemas prioritarios que afectan la salud de la población y del ambiente.
9. Desarrollo de redes sociales para el control de factores de riesgo y para la difusión de factores protectores en materia de salud.
10. Capacitación de la población sobre sus derechos y deberes en salud y fomento de la abogacía como una estrategia clave para la promoción de la salud.
11. Fortalecimiento de los Comités de Salud, y las Juntas Administradoras de Acueductos Rurales, como elemento coadyuvante del capital social y expresión genuina y jurídica de la participación social en salud.
12. Reglamentación de los aspectos legales que regulan la participación ciudadana en los procesos de salud.
13. Establecimiento de convenios y alianzas con el sector empresarial, religioso y organizaciones comunitarias y no gubernamentales para la realización de programas y campañas de educación en salud, de fomento de la salud pública y prevención de enfermedades.

OBJETIVO 6

Garantizar una oferta de servicios que cubra las necesidades de la demanda, según niveles de intervención.

POLÍTICA 6

Transformar la gestión sanitaria, para el desarrollo de una oferta definida, por niveles de intervención para la provisión de servicios de salud pública con equidad, eficiencia, eficacia, calidad y sostenibilidad.

6.1. LINEAMIENTO

Mejorar la capacidad resolutive de la provisión de los servicios, garantizando el acceso, la calidad y la oportunidad en la atención toda la población.

Este lineamiento es importante, desarrollarlo ya que la red de servicios de salud carece de una adecuada coordinación e integración entre las instancias prestadoras de los servicios de salud, observándose duplicación de instalaciones y servicios al mismo tiempo y en el mismo espacio. Existen barreras arquitectónicas que afectan la atención de otros grupos poblacionales como las personas con discapacidad y barreras funcionales que contribuyen a las largas listas de espera para la atención en los servicios de salud y procedimientos quirúrgicos.

ESTRATEGIAS

1. Definición de una cartera de servicios de salud, por niveles de atención en cada región sanitaria del país, con enfoque intercultural y de género, basada en las necesidades, el perfil epidemiológico y características culturales, económicas y demográficas de la población.
2. Establecimiento de mecanismos para la reducción de las barreras de acceso, por falta de aseguramiento en grupos vulnerables y en zonas geográficas identificadas como prioritarias.
3. Extensión de coberturas de servicios de salud, mediante nuevas modalidades como la Caravana de Salud Integral.
4. Consolidación de los recursos de salud para evitar la duplicidad en la prestación de los servicios de salud de la población.

5. Diseño e implantación de una estructura de gestión para el sistema público de provisión de servicios de salud que unifique los servicios de salud del Ministerio de Salud y la Caja del Seguro Social en una red organizada por niveles de atención y complejidad.
6. Construcción de viabilidad política, administrativa y social para el desarrollo del sistema público unificado de provisión de servicios de salud.
7. Establecimiento de mecanismos de asignación presupuestaria que aseguren la articulación y funcionamiento efectivo del sistema.
8. Establecimiento de acuerdos con el Ministerio de Economía y Finanzas y el ente legislativo para cumplir con la política de financiación del Sistema Nacional de Salud.
9. Formulación y ejecución presupuestaria para el logro de los objetivos en la organización.
10. Aplicación de normas, estándares, protocolos y guías, que garanticen los estándares mínimos de calidad.
11. Establecimiento de una cultura de mejoramiento continuo de la calidad a nivel de las instituciones de salud, con énfasis en el trato digno con calidez.
12. Capacitación a gerentes y técnicos de salud en la teoría y práctica del mejoramiento de la calidad.
13. Aseguramiento de la satisfacción y protección del usuario externo e interno en la Provisión de Servicios de Salud.
14. Fomento de la participación de la comunidad en la provisión de la salud con calidad.
15. Organización de equipos de calidad para la mejora continua.
16. Reforzamiento de la capacidad diagnóstica de las instalaciones del primer nivel de atención.
17. Instrumentación del sistema de referencia y contrarreferencia a nivel nacional.

6.2. LINEAMIENTO

Modernizar las instalaciones de salud con una estructura física, equipamiento y servicios básicos, considerando las características socioculturales de la población, confortable para el usuario y con una programación arquitectónica funcional.

Se propone reestructurar las instalaciones de salud para responder a las necesidades de la población por lo que es de fundamental importancia su rehabilitación, modernización y adecuación por nivel de atención, orientado al cumplimiento de los estándares de habilitación y certificación para su acreditación.

ESTRATEGIAS

1. Uso apropiado de los servicios de atención a la población en urgencias, consulta externa y hospitalización, según niveles de intervención.
2. Optimización de los recursos técnicos y financieros en todos los niveles de atención.
3. Desarrollo de un sistema preventivo de mantenimiento de equipo e infraestructura y los servicios básicos.
4. Empleo de tecnología apropiada y recursos logísticos en las instalaciones del primer nivel de atención para la práctica cotidiana de acciones de promoción de la salud intra y extra muro.
5. Gestión de recursos del sector público y privado y de la propia comunidad para co-financiar las actividades de salud comunitaria y ambientales.
6. Vigilancia del cumplimiento de los estándares de habilitación y acreditación de las instalaciones de salud.
7. Mejoramiento de la imagen de las instalaciones de salud.
8. Eliminación de barreras arquitectónicas en las instalaciones de salud.

6.3. LINEAMIENTO

Asegurar el acceso y asequibilidad de la población, con enfoque intercultural y de género, a los medicamentos prescritos costo- efectivos, para la recuperación de la salud.

Se propone la implantación de protocolos únicos de atención, para la optimización del uso de los medicamentos.

Dotación de medicamentos básicos a las instalaciones de salud, especialmente a las del primer nivel de atención de acuerdo al perfil epidemiológico de la población

ESTRATEGIAS

1. Promoción del uso racional de medicamentos en todos los niveles del sistema.
2. Implementación de las guías o protocolos de atención de las patologías más prevalentes, en los tres niveles de atención con opciones de tratamiento farmacológico.
3. Aseguramiento de la existencia de medicamentos esenciales por nivel de atención y grados complejidad.

4. Renovación periódica de la Lista de Medicamentos Esenciales para el Sector Público de Salud, según niveles de atención y complejidad.
5. Fomento del mercadeo comunitario de medicamentos genéricos.
6. Orientación sobre el uso de medicamentos alternativos y populares de efectividad comprobada.
7. Establecimiento de mecanismos y estrategias de compra que permitan fortalecer la capacidad de negociación de precios con las empresas distribuidoras.
8. Reorganización del Sistema Nacional de Suministro de Medicamentos.
9. Fomento del desarrollo de mecanismos alternos para el suministro de medicamentos a la comunidad.
10. Desconcentración del Sistema Nacional de Fármaco –Vigilancia.
11. Educación a la comunidad sobre el uso y abuso de medicamentos.
12. Establecimiento de mecanismos sistemáticos para la medición del gasto y financiamiento en salud.
13. Desarrollo de estudios de costo-efectividad para la evaluación de tecnologías e intervenciones en salud.
14. Evaluación de la eficiencia, la calidad, la eficacia y la equidad de modalidades de gestión en salud.
15. Adecuación del modelo de atención a las condiciones etnolingüísticas y multiculturales de la población panameña.

6.4. LINEAMIENTO

Fortalecer con tecnología apropiada los procesos operativos y de soporte logístico en el sistema de salud para el mejoramiento de la articulación de la red de servicios, para el logro del acceso oportuno de la población a las intervenciones requeridas y para el intercambio de conocimientos e información en salud para la solución costo- efectiva de cada uno de los problemas del Sistema de Salud.

ESTRATEGIAS

1. Instalación de tecnología de alta capacidad resolutive en los establecimientos de mayor complejidad y según áreas geográficas prioritizadas.
2. Establecimiento en los hospitales nacionales y regionales de una red de información y comunicación en tiempo real, que utilice los sistemas satelitales de televisión, computadoras y tecnología digital.
3. Rediseño de los flujos de los procesos operativos y de soporte logística para su simplificación, agilización y efectividad.

4. Automatización de los procesos de atención priorizada a nivel hospitalario, consulta externa , centros de salud más complejos y a nivel extramuros.
5. Integración del expediente único informatizado en la red pública de servicios de salud.

6.5. LINEAMIENTO

Fortalecer la descentralización de la gestión del Ministerio de Salud.

Mejoramiento de la eficiencia de los programas, focalizando el gasto interaccionando con la oferta y la demanda.

Es necesario facilitar los procesos de democratización social.

La descentralización beneficia al sistema de provisión de servicios y permite la accesibilidad sin exclusión.

La descentralización en el Ministerio de Salud ha tratado de desconcentrar los núcleos de administración y de servicios; pero no se ha dado la cogestión de servicios de salud con la participación de la comunidad organizada.

Para lograrlo hay que realizar cambios y transformaciones en el ámbito institucional, financiero y de gestión.

Se debe estar claro que hay que redistribuir el poder con diversos actores sociales que intervienen en la producción de la salud, incluyendo la sociedad civil.

ESTRATEGIAS

1. Establecimiento de convenios de gestión para asignar recursos, orientar el cumplimiento de los resultados, la transparencia en el financiamiento y la calidad de la provisión de los servicios de salud.
2. Desarrollo de procesos prioritarios para la descentralización en el Ministerio de Salud.
3. Establecimiento de acuerdos, para la descentralización, con las unidades ejecutoras, regionales y locales del Ministerio de Salud, con el apoyo del Órgano Ejecutivo y el Órgano Legislativo para garantizar el marco regulatorio para su desarrollo e implementación.
4. Implementación de una nueva metodología de presupuestación por producto en todas las regiones sanitarias.
5. Mejoramiento del sistema de contabilidad de costos en el ámbito regional.
6. Desarrollo del sistema de monitoreo y evaluación de políticas, planes, programas y proyectos.
7. Modernización de los sistemas de gestión y financiación sanitaria.
8. Implementación de nuevas modalidades de gestión descentralizada de instalaciones, servicios y programas de salud.

9. Establecimiento de mecanismos efectivos de rendición de cuentas y la práctica de la transparencia en la gestión del sector.
10. Fortalecimiento de las capacidades con conocimientos y herramientas innovadoras de efectividad comprobada para la gestión sanitaria.
11. Administración de los recursos materiales y financieros en forma eficiente, oportuna y eficaz, a fin de que los servicios cuenten con recursos, a través de procedimientos contables, financieros y administrativos claramente establecidos.
12. Adecuación del marco jurídico que sustenta la participación social en salud.

6.6. LINEAMIENTO

Implementar un sistema de información en salud, con enfoque de género, en tiempo real para la toma de decisiones gerenciales oportunas fundamentadas en evidencias en todos los niveles administrativos y de atención del Ministerio de Salud y de la Caja de Seguro Social.

En salud es necesario disponer de una unidad encargada de transformar los datos en información inteligible, posibilitando de esta forma la utilización de esa información para la toma de decisiones. Hay que crear una unidad de expertos entre las personas que registran los datos y los tomadores de decisiones en los diferentes niveles de la organización.

ESTRATEGIAS

1. Realización de un análisis funcional de las instalaciones de salud.
2. Definición de centros y procesos productivos en las instalaciones de salud y en los niveles administrativos.
3. Generación de manera continua, de información útil e indicadores que sirvan de soporte a la gestión técnica y administrativa.
4. Actualización de los instrumentos de registros de datos, según las necesidades de los centros de producción.
5. Diseño del sistema de información en salud, que responda a las necesidades de los centros de producción y los procesos del sistema sanitario.
6. Establecimiento de las normas, procedimientos y usos del Sistema de Información.

7. Equipamiento de los centros de producción de la red de atención en salud con la tecnología informática.
8. Desarrollo de la plataforma, las herramientas y las aplicaciones informáticas.
9. Capacitación de los recursos humanos del sistema para el manejo de la información y el análisis integral de sus productos.

OBJETIVO 7

Contar con capital humano en salud con alto nivel de competencia, sensibilidad social y productividad para la satisfacción de la demanda sanitaria.

POLÍTICA 7

Fortalecer el Sistema de recursos humanos y ajustar la planta de personal del Ministerio de Salud para la operación de un modelo descentralizado.

7.1. LINEAMIENTO

Desarrollar la gestión del capital humano, con enfoque intercultural y de género, para el logro de una mayor eficiencia y equidad de los servicios directos e indirectos del Sistema Nacional, de los objetivos y metas en políticas, planes, programas y proyectos de salud.

El proceso de formación de Recursos Humanos enfrenta serios desafíos, los cuales requieren una mayor capacidad de gestión para innovar los sistemas, normas y procedimientos.

ESTRATEGIAS

1. Actualización del diagnóstico de la situación del recurso humano que se desempeña en el Sistema Nacional de Salud.
2. Fomento del desarrollo de conocimientos, competencias, habilidades, destrezas, según prioridades; así como la sensibilidad social en el capital humano de salud.
3. Adecuación de la reglamentación de la Ley de Certificación y Recertificación.
4. Establecimiento de mecanismos y procesos que garanticen la certificación y recertificación del capital humano en salud, basado en evidencias y prácticas de efectividad comprobada, acordes con las necesidades del país.
5. Instrumentación de un proceso de planificación y programación de dotación de recursos humanos que responda a las necesidades del sistema de salud.
6. Desarrollo de un sistema de méritos y de evaluación del desempeño para el capital humano del sistema.
7. Desarrollo de una escala de homologación salarial de acuerdo con las funciones establecidas en el manual de cargos.
8. Fortalecimiento de los programas de formación, capacitación e investigación en salud, según los problemas y necesidades sanitarias de la población.
9. Fortalecimiento de los procesos docencia-servicios.
10. Establecimiento de un sistema de reclutamiento y selección descentralizado y con base en concursos.
11. Desarrollo de nuevas modalidades de contratación de recursos humanos en el marco de las transformaciones del sistema de salud.
12. Creación de un sistema de relaciones laborales en la gestión cotidiana del capital humano en salud.
13. Desarrollo de conocimientos, habilidades, destrezas y valores en el recurso humano para la ejecución de modelos etnolingüísticos y multiculturales de atención en salud a la población panameña.

OBJETIVO 8

Fortalecer el conocimiento científico y social en materia de salud, tendiente a mejorar la gestión y operación de los servicios salud.

POLÍTICA 8

Impulsar la investigación acorde con el desarrollo tecnológico, para que ayude a mejorar la calidad de vida a un bajo costo social.

8.1. LINEAMIENTO

Desarrollar la capacidad institucional en investigaciones, de tal manera que respondan a las prioridades sanitarias establecidas, a partir del análisis situacional de salud, regidas por los principios bioéticos, científicos, contribuyendo a la producción social en salud.

La investigación es un elemento prioritario en los sistemas de salud que ayuda a elaborar políticas, establecer prioridades, planificar las acciones y hacer un uso óptimo de los recursos.

ESTRATEGIAS

1. Fortalecimiento de la función rectora del Ministerio de Salud en materia de investigación.
2. Concertación intersectorial de una agenda estratégica de investigación en salud.
3. Fortalecimiento de la investigación en los niveles operativos
4. Establecimiento de convenios con las universidades para la integración de la investigación –docencia- servicio en salud.
5. Definición e implementación de estándares y metodologías de investigación en salud.
6. Establecimiento de financiamiento nacional e internacional para las investigaciones.
7. Fortalecimiento del sistema de información en salud, mediante integración de resultados de las investigaciones.
8. Establecimiento de mecanismos para la divulgación de las prioridades de investigación y de sus resultados a nivel político, técnico, social y de la cooperación externa.
9. Capacitación para la formación de investigadores de campo en salud.
10. Coordinación con las universidades formadoras de recursos humanos en salud, para promover la cultura de investigación en salud.

Mejores condiciones para la vida



MINISTERIO DE SALUD - PANAMÁ

