

REPÚBLICA DE PANAMÁ
MINISTERIO DE SALUD



POLÍTICA
NACIONAL
DE SALUD

Y LINEAMIENTOS
ESTRATÉGICOS

2010-2015



REPÚBLICA DE PANAMÁ
MINISTERIO DE SALUD



POLÍTICA NACIONAL
DE SALUD

Y LINEAMIENTOS
ESTRATÉGICOS

2010-2015

AUTORIDADES



EXCELENTÍSIMO SEÑOR
RICARDO MARTINELLI BERROCAL
Presidente de la República



SU EXCELENCIA
FRANKLIN J. VERGARA J.
Ministro de Salud



SU EXCELENCIA
JULIO SANTAMARIA
Viceministro de Salud

ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL DEL MINISTERIO DE SALUD





HONORABLE SEÑOR FÉLIX BONILLA
Secretario General de Salud
Nivel Coordinador

NIVEL ASESOR

Lic. Manuel Succari

Director de la Oficina de Asesoría Legal

Licda. Mirna Guillén

Directora de la Oficina de Relaciones Públicas

Lic. Gabriel Cedeño

Director de la Oficina de Cooperación Técnica Internacional

Dr. Guillermo Tejada

Director de la Oficina de Salud Integral
para la Población con Discapacidad

Ing. Mauro Destro

Director de la Oficina Nacional de Organización
y Desarrollo Institucional

NIVEL FISCALIZADOR

Licda. Isidra de Ramírez

Directora de la Oficina de Auditoría Interna

NIVEL AUXILIAR DE APOYO

Lic. Ramón Cuervo

Director de Administración

Licdo. Tobías Tejada

Subdirector de Administración

Lic. Eibar Ortega

Director de Finanzas

Licda. Rossana Miller

Subdirectora de Finanzas

Licda. Rosalba de Castro

Directora de Recursos Humanos

Licda. María del Carmen Gómez

Subdirectora de Recursos Humanos

Ing. Abdiel Escobar

Director de Infraestructura de Salud

Arq. Luis Hurtado

Subdirector Técnico de Infraestructura de Salud

Licdo. Agustín Delgado

Subdirector Operativo de Infraestructura de Salud

Ing. Rodrigo Durán

Director de la Oficina de Informática

Ing. Ariel Lindo M.

Subdirector de la Oficina de Informática

NIVEL TÉCNICO

Dra. Lizbeth Martínez de Benítez

Directora de Planificación

Dr. Enrique A. Donado Cotes

Sub-director de Planificación

Ing. Helmut De Puy

Director del Subsector de Agua Potable y Alcantarillado Sanitario

NIVEL OPERATIVO EJECUTIVO

Dr. Eduardo Lucas Mora

Director General de Salud Pública

Dra. Itza B. de Mosca

Subdirectora General de Salud Pública

Dr. Carlos Jaén

Subdirector General de Salud Ambiental

Dra. Karen Holder

Directora de Promoción de la Salud

Lic. Raquel Robleda

Subdirectora de Promoción de la Salud

Dra. Reina Roa

Directora de Provisión de Servicios de Salud

Dra. Ileana Brea

Sub-directora de Provisión de Servicios de Salud

Lic. Erick Conte

Director Nacional de Farmacias y Drogas

Magter. Karina de Ayala

Sub-directora Nacional de Farmacias y Drogas

NIVEL OPERATIVO

HOSPITALES NACIONALES

Dr. Jorge Jesús Rodríguez

Hospital de Larga Estancia

Dr. Alberto Bissot Álvarez

Director del Hospital del Niño

Dr. Elías García M.

Director del Hospital Santo Tomás

Dr. Aníbal Villarreal Cruz

Director del Instituto Oncológico Nacional

CENTROS ESPECIALIZADOS

Dra. Yadira Boyd

Directora del Instituto Nacional de Salud Mental

Dr. Marcos Salazar

Director del Instituto Nacional de Medicina
Física y Rehabilitación

HOSPITALES REGIONALES

- LOS SANTOS -

Dr. Marcos Russell

Director Médico del Hospital Joaquín Pablo Franco Sayas

Dra. Celibeth Rodríguez

Directora Médica del Hospital Luis H. Moreno de Macaracas

Dra. Leyoi Castro

Director Médico del Hospital Rural de Tonosí

Dra. Petra Castillo

Directora Médica del Hospital Regional Anita Moreno

- HERRERA -

Dr. Abel Pérez

Director Médico del Hospital Cecilio A. Castellero

Dr. Maximiliano Núñez

Director Médico del Hospital Sergio Núñez de Ocú

- COCLÉ -

Dr. Edwin Rojas

Director Médico del Hospital Aquilino Tejeira

- CHIRIQUÍ -

Dr. Edgardo Della Cera

Director Médico del Hospital José D. Obaldía

Dra. Aura de Guerra

Directora Médica del Hospital General del Oriente Chiricano Pablo Ruíz

- PANAMÁ ESTE -

Dr. José I. Rodríguez

Director Médico del Hospital Regional Docente 24 de Diciembre

- PANAMÁ OESTE -

Dra. Austria Aguilar

Directora Médica del Hospital Nicolás A. Solano

- VERAGUAS -

Dr. Luis Carlos Caballero

Director Médico del Hospital Dr. Luis Chicho Fábrega

Dra. María Pristian Luque

Directora Médica del Hospital San Francisco Javier de Cañazas

- BOCAS DEL TORO -

Dra. Elena Panatenko

Directora Médica del Hospital de Bocas del Toro – Isla

- DARIÉN -

Dr. Ricaurte García

Director Médico del Hospital San José del La Palma

Dr. Rolando Rojas

Director Médico del Hospital Dr. Manuel Nieto de Yaviza

Dr. Jorge Martínez

Director Médico del Hospital El Real

- KUNA YALA -

Dr. Rogelio Montoya

Director Médico del Hospital Marvel Iglesias de Aligandí

Dr. Mario Young

Director Médico del Hospital Rural Inabagiña de Mulatupu

-SAN MIGUELITO -

Dr. Serafín Sánchez

Director Médico del Hospital San Miguel Arcángel

SISTEMAS REGIONALES DE SALUD

BOCAS DEL TORO

Director: Dr. Daryl Padmore

COCLÉ

Directora: Dra. Aleyda Tejeira
Subdirectora: Dra. Gladys Hidalgo

COLÓN

Director: Dr. Aurelio Pineda
Subdirectora: Dra. Mirna De León

CHIRIQUÍ

Director: Dr. Atenay de Lorenzo
Subdirector: Dr. Santiago Roux

DARIÉN

Directora: Dra. Panamá Pérez
Subdirectora: Dra. Yania Vega

NGÂBE BUGLÉ

Director: Dr. José Stonestreet
Subdirectora: Dra. Liliana Santamaría

HERRERA

Director: Dr. Tomás Higuera Franco
Subdirector: Dr. Samuel Pinilla

KUNA YALA

Director: Dr. Joaquín A. Chen
Subdirector: Tec. Atilio Pérez

LOS SANTOS

Directora: Dra. Kenia Zambrano de Jaén
Subdirector: Dr. Juan Mitre

PANAMÁ ESTE

Director: Dr. Carlos Gálvez

PANAMÁ OESTE

Director: Dr. Eric López Rodríguez
Subdirector: Dr. Nicolás Martínez

PANAMÁ METROPOLITANA

Director: Dr. Jorge Hassan Grimaldo
Subdirectora: Dra. Justina A. de Suman

SAN MIGUELITO

Director: Dr. Algis Torres
Subdirectora: Dra. Yaviletsy Centella

VERAGUAS

Directora: Dra. María del Pilar Peláez
Subdirectora: Dra. Amarilis de Barsallo

EQUIPO TÉCNICO DE TRABAJO

Dirección de Planificación

Dra. Lizbeth de Benítez
Directora

Dr. Enrique Donado
Subdirector

Dra. Iritzel Santamaría
Jefa de Dpto. de Análisis de Situación y
Tendencias de Salud

Dra. Zelibeth Valverde
Asistente Técnica

Dr. Rodrigo Arosemena
Técnico Dpto. de Análisis de Situación y
Tendencias de Salud

Dra. Fania de Roach
Jefa del Depto. de Planificación de Salud Poblacional

Ing. Atala Milord
Jefa del Depto. Planificación de Salud Ambiental

Dirección General de Salud

Dra. Yadira Carrera
Jefa del Programa Niñez y Adolescencia

EQUIPO TÉCNICO DE APOYO

MODERADORES EN LOS TALLERES

Dirección de Planificación

Dra. Lizbeth de Benítez
Directora

Dra. Iritzel Santamaría
Jefa de Dpto. de Análisis de Situación y Tendencias de Salud

Dra. Zelibeth Valverde
Asistente Técnica

Dr. Rodrigo Arosemena
Técnico Dpto de Análisis de Situación y Tendencias de Salud

Ing. Atala Milord
Jefa del Depto. Planificación de Salud Ambiental

Dra. Fania de Roach
Jefa del Departamento de Planificación de Salud Poblacional

Dra. Luzmery Lasso
Técnica Dpto Formulación y Eval. de Ppto y Proyectos Inversión

Lcda. Modesta Haughton
Coordinadora de Salud Comunitaria de Enfermería. Dirección de Planificación a.i.

Dirección General de Salud

Dra. Yadira Carrera
Jefa del Programa Niñez y Adolescencia

Lcda. Dora Polanco
Técnica del Programa Niñez y Adolescencia

SOPORTE TÉCNICO Y LOGÍSTICO

Dirección de Planificación

Lcdo. Alvis Ruiloba y equipo

Depto. de Registros y Estadísticas de Salud

Lcdo. Joaquín Franco

Dpto. Análisis de Situación y Tendencias de Salud

EQUIPO ADMINISTRATIVO

Dirección de Planificación

COLABORADORES INTERNACIONALES

María E. Bonilla. PhD Economía

Luís Pérez. MD. Senior en Salud Pública

Equipo de consultores del Banco Mundial

Proyecto “Mejora de Equidad en Salud”. Panamá

Ana María Fernández. Economista

Litza Mayorga. Politóloga, M.A

Equipo de consultoras del Programa

**“Apoyo a la Gestión basada en resultados en la
Administración Central de Panamá”. (BID) y**

**Dirección de Programación e Inversiones
del MEF de Panamá.**



MENSAJE DEL MINISTRO

MENSAJE DEL MINISTRO

“El derecho de todo individuo a la promoción, protección, conservación, restitución y rehabilitación de la salud y su obligación de conservarla, entendida ésta como el completo bienestar físico, mental y social”, se encuentra consagrado en el Artículo 109 de la Constitución Política de la República de Panamá.

Para dar cumplimiento a la función esencial del Estado de velar por la salud de la población en todo el territorio nacional, el Excelentísimo Señor Presidente de la República Ricardo Martinelli Berrocal, ha decidido que las Políticas de Salud serán parte de un programa de Estado y no de Gobierno para lograr así su continuidad, evitando enfermedades, promoviendo la salud y mejorando la expectativa de vida de todos los habitantes de nuestro país. (Plan de Gobierno por el cambio).

El Ministerio de Salud como ente rector, orienta a las instituciones del sector y moviliza a los grupos sociales para apoyar las Políticas y Objetivos Estratégicos de Salud, dirigiendo todo el espectro de competencias y acciones necesarias para mejorar la salud y calidad de vida de la población.

Este documento, producto del esfuerzo técnico y administrativo a nivel institucional, encierra las Políticas, Objetivos Estratégicos y Líneas de Acción de Salud para el período 2010-2015, con



el propósito manifiesto, por el Gobierno Nacional, de poder convertirlas en Políticas de Salud de Estado y constituye uno de los mayores compromisos de nuestra gestión ministerial ante toda la población, atendiendo a nuestra visión de “Cambio en la salud, un compromiso de todos”.

Dr. Franklin J. Vergara J.
Ministro de Salud



ÍNDICE GENERAL

MENSAJE DEL MINISTRO

I.	INTRODUCCIÓN.....	35
II.	VISIÓN.....	36
III.	MISIÓN.....	36
IV.	PRINCIPIOS Y VALORES DEL MINSA.....	36
V.	ANÁLISIS GENERAL DE LA SITUACIÓN DE SALUD DEL PAÍS.....	40
V-A.	Caracterización de la población panameña.....	41
v-b.	El crecimiento natural de la población.....	46
V-C.	La Natalidad.....	48
V-D.	La Fecundidad.....	49
V-E.	La Mortalidad.....	50
V-F.	La Morbilidad.....	54
V-G.	La Migración.....	56
V-H.	La Pobreza En Panamá.....	56
V-I.	Análisis del Gasto en Salud.....	59
	1.Indicadores Socioeconómicos.....	59
	2.Gasto Público Social.....	61
VI.	OTROS LINEAMIENTOS ORIENTADORES DE LAS POLÍTICAS DE SALUD.....	62
VI-A.	Acuerdos de la Concertación Nacional para el Desarrollo y Avances de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Tercer Informe de Panamá, 2009.....	62
VI-B.	Plan Estratégico de Gobierno 2010-2014.....	74
VI-C.	Plan de Salud de Centroamérica y República Dominicana 2010-2015.....	75

VI-D.	Dimensiones de la Función de Rectoría en Salud.....	76
VI-D.1.	Revisión de las Políticas de Salud en MINSA desde 1990 hasta 2009.....	78
VI-D.2.	Resultados del taller "Desempeño y Fortalecimiento de la Función Rectora de la Autoridad Sanitaria Nacional". El Salvador. Marzo de 2005.....	81
VI-D.3.	Resultados del Taller de Medición de las Funciones Esenciales de Salud Pública. Junio de 2001.....	83
VI-E.	Metas Regionales en Materia de Recursos Humanos para la Salud 2007-2015.....	85
VII.	DESAFÍOS NACIONALES EN SALUD.....	87
VII-A.	PRINCIPALES DESAFÍOS SECTORIALES:.....	87
VII-B.	PRINCIPALES DESAFÍOS INSTITUCIONALES:.....	88
VIII.	POLÍTICAS DE SALUD 2010-2015.....	89
VIII-A.	EJES DE LAS POLÍTICAS DE SALUD.....	89
VIII-B.	OBJETIVOS DE LAS POLÍTICAS DE SALUD.....	89
VIII-C.	ENUNCIADO DE LAS POLÍTICAS DE SALUD.....	90
IX.	DISTRIBUCIÓN DE LAS POLÍTICAS, OBJETIVOS ESTRATÉGICOS, LÍNEAS DE ACCIÓN ESTRATÉGICAS SEGÚN EJES.....	92
X.	ANEXOS.....	103

ÍNDICE DE MAPAS

Mapa N°1: Provincias y Comarcas de la República de Panamá..... **39**

Mapa N°2: Tasa de Mortalidad General por Provincia. Panamá. Año 2009 **51**

Mapa N°3: Tasa General y de las Cinco Principales Causas de Muerte por Provincia. Panamá. Año 2009. **53**

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro N° 1
Población por Sexo según Provincias. República de Panamá. Año: 2010 **41**

Cuadro N° 2:
Distribución de la Población Indígena Comarcal según Etnia. República de Panamá. Año: 2010 **42**

Cuadro N°3:
Incidencia y población pobre en Panamá (%). Años 2003 y 2008 **57**

Cuadro N°4:
Variación anual del PIB y la Tasa de Desempleo Total. Panamá. Años 2003-2009 **59**

Cuadro N°5:
Producto Interno Bruto a precios de 1996. Panamá. Años 2003-2009 **60**

Cuadro N° 6:
Comparación entre las metas de los Objetivos de Desarrollo del Milenio y las metas de la Concertación Nacional para el Desarrollo **63**

Cuadro N° 7:
Lineamientos Políticos según las Responsabilidades Exclusivas del Ministerio de Salud por Períodos de Gobierno desde 1990 hasta 2009 **79**

Cuadro N° 8:
Lineamientos Políticos según las FESP y por Períodos de Gobierno. Años 1990-2009 **80**

Cuadro N° 9:
Lineamientos Políticos según las Responsabilidades Compartidas del Ministerio de Salud por Períodos de Gobierno desde 1990 hasta 2009 **81**

Cuadro N°10:
Médicos, Enfermeras y Odontólogos en las Instalaciones de Salud de la República. Años 2005-2009 **87**

ÍNDICE DE GRÁFICAS

Gráfica N°1	43	Gráfico N°10: Tasa de mortalidad en menores de 5 años. Panamá 1990-2009	64
Gráfica N°1 A	44	Gráfico N° 11: Tasa de Mortalidad Infantil. Panamá 1990-2009	65
Gráfica N°2	45	Gráfico N° 12: Tasa de Mortalidad Materna (x 100,000 nacidos vivos). Panamá: 1990-2009 y meta 2015	66
Gráfica N°3: Crecimiento Natural de la República: Año 1960-2009	46	Gráfico N°13: Porcentaje de Asistencia Profesional del Parto en la República de Panamá. Año: 2000-2009 y meta 2015	67
Gráfica N°3A: Tasa de crecimiento anual de la población (%). República de Panamá: Año 2005-2009	47	Gráfica N°14: Porcentaje de Mujeres Embarazadas que asisten al control Prenatal en la República según área. ENV. Año 2008	68
Gráfica N°4: Tasa de natalidad Registrada en la República de Panamá. Año 1960-70-80-2000-2009.....	48	Gráfico N° 15: Tasas de Incidencias y Mortalidad por VIH/sida. Panamá 1990-2009	70
Gráfica N°5: Tasa Global de Fecundidad. República de Panamá. Años: 2000-2009.....	49	Gráfica N°16. Tasa de Incidencia y Mortalidad por Paludismo en la República de Panamá. Años 1990 a 2009	71
Gráfica N°6: Tasa Promedio de Mortalidad General en la República de Panamá. Años: 1960-2009	50	Gráfica N°17. Tasa de Incidencia y Mortalidad por Tuberculosis en la República de Panamá. Años 1990 a 2009	72
Gráfica N°7: Tasa de Mortalidad por Grupo de Causas en la República de Panamá. Año 2009.....	52	Gráfica N°18. Indicadores Generales de Conducción. Panamá 2005	82
Gráfica N°8: Diez primeras causas de morbilidad según capítulos de CIE-10. Ministerio de Salud. Tasa por 100,000 habitantes. Panamá. Año 2009	54	Gráfica N°19: Indicadores Generales de Regulación Panamá 2005	83
Gráfica N°8A: Cinco primeras causas de morbilidad en el grupo de 65 y más años, según capítulos de CIE-10. Ministerio de Salud. Tasa por 100,000 habitantes. Panamá 2009.	55	Gráfica N°20: Resultados de la medición del desempeño de las Funciones Esenciales de Salud Pública	84
Gráfica N°9: Prevalencia de Desnutrición en menores de 5 años, según área y peso para edad por estándar de OMS en la República. Años 1997, 2003 y 2008	58	Gráfica N°21: Distribución de las Políticas Según Ejes.	91
		Gráfica N° 22: Planificación Estratégica y Operativa del Ministerio de Salud (MINSa)	101

I. INTRODUCCIÓN

Una Política de Salud es una declaración o directriz oficial dentro de la institución, que concede prioridad o que reconoce la importancia de los objetivos de salud, comprendiendo los servicios de salud y los sectores fuera del ámbito sanitario que afectan a la salud.

En ese sentido, la planificación de la salud pública requiere de políticas bien formuladas para transformar las decisiones en planes, programas y proyectos.

Desde esta perspectiva, el Ministerio de Salud a través de la Dirección de Planificación ha realizado un análisis del sector salud considerando la realidad existente y algunas situaciones que se puedan dar en el futuro para determinar las posibles estrategias de abordaje para su solución.

Las Políticas y Lineamientos Estratégicos de Salud para el período 2010-2015 surgieron luego de analizar gran parte de las opciones para enfrentar los principales problemas de salud identificados, estableciendo un orden de prioridad entre las alternativas examinadas.

Se pretende que estas Políticas y Estrategias de Salud faciliten la articulación funcional de la planificación con la coordinación de todas las instancias involucradas en el abordaje de los ámbitos explorados.

Este documento contempla el análisis general de la situación de salud, los lineamientos orientadores para la formulación de las Políticas, los principales desafíos sectoriales e institucionales identificados y finalmente los Objetivos Macro, Ejes y las Políticas de Salud con sus Estrategias y Líneas de Acción para el período 2010-2015.

II. VISIÓN

Cambio en la salud, un compromiso de todos para contribuir al desarrollo del país, mejorando las condiciones de vida y bienestar de la población y así alcanzar que un mejor Panamá llegue a todos.



III. MISIÓN

Garantizar la atención de excelencia a la población, a través del acceso a los servicios de salud biosicosocial, laboral y ambiental, basados en la estrategia de Atención Primaria en Salud, mediante la promoción, prevención, provisión y rehabilitación, con eficiencia, equidad, eficacia, calidad, humanidad y transparencia de manera sostenible, fortaleciendo los programas de salud en el marco de una organización social y comunitaria participativa.

IV. PRINCIPIOS Y VALORES DEL MINSA

Equidad, Eficiencia, Eficacia, Calidad, Sostenibilidad, Participación, Transparencia y Rendición de Cuentas.



LINEAMIENTOS ORIENTADORES





V. ANÁLISIS GENERAL DE LA SITUACIÓN DE SALUD DEL PAÍS

El proceso de formulación de la Política de Salud para el período 2010-2015 parte del análisis global de la situación de salud actualizado con información estadística del año 2009 y los resultados finales básicos del Censo Nacional de 2010, permitiendo identificar las variaciones, que en tiempo y espacio, experimentaron los grandes problemas de salud. Así, se logró determinar los principales desafíos sectoriales e institucionales, orientados a enfrentar los principales problemas de salud identificados.

Mapa N°1: Provincias y Comarcas de la República de Panamá



V-A. CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN PANAMEÑA

De acuerdo a los resultados finales básicos del Censo Nacional de 2010 del Instituto Nacional de Estadísticas y Censo -INEC de la Contraloría General de la República-CGR, la población total en la República de Panamá es de 3,405,813 ¹ habitantes, con un índice de masculinidad de 101.1 hombres por cien mujeres. (Cuadro N°1).

**Cuadro N° 1 Población por Sexo según Provincias.
República de Panamá. Año: 2010**

PROVINCIAS Y COMARCAS	SEXO		
	TOTAL	MASCULINO	FEMENINO
TOTAL	3,405,813	1,712,584	1,693,229
BOCAS DEL TORO	125,461	65,043	60,418
COCLÉ	233,708	119,417	114,291
COLÓN	241,928	123,192	118,736
CHIRIQUÍ	416,873	211,618	205,255
DARIÉN	48,378	26,671	21,707
HERRERA	109,955	55,508	54,447
LOS SANTOS	89,592	45,602	43,990
PANAMÁ	1,713,070	849,077	863,993
VERAGUAS	226,991	118,093	108,898
COMARCA KUNA YALA	33,109	15,769	17,340
COMARCA EMBERÁ	10,001	5,405	4,596
COMARCA NGÖBE BUGLÉ	156,747	77,189	79,558

Fuente: INEC. Contraloría General de la República. Panamá. 2010

¹Para efectos de este documento, sólo se contaba con los resultados finales básicos del Censo Nacional de 2010, por lo cual el análisis detallado de los datos se basó en la información estadística oficial del 2009.

En cuanto a la estructura por edad, el 29.2% de la población panameña es menor de 15 años, de 15 a 64 años es de 63.4% y el 7.4% de 65 años y más. (Censo Nacional 2010).

El 12.3 % (417,559 personas) de la población censada el 16 de mayo de 2010 (3,405,813 personas), declararon pertenecer a alguna etnia indígena. Por otro lado, el 9.2% (313,289 personas), se consideraron negros(as) o afrodescendientes.

La población indígena panameña está compuesta de varios grupos étnicos claramente definidos que son: Wargandi, Madugandi, Kuna Yala, Emberá y Wounaan, Ngäbe Buglé, Teribe y Bokota. Los Ngäbe Buglé representan el 78.4% de la población indígena del país. (Cuadro N° 2).

Cuadro N° 2: Distribución de la Población Indígena Comarcal según Etnia. República de Panamá. Año: 2010

Etnia	Nº	%
Total	199,857	100.0
Ngäbé Buglé	156,747	78.4
Kuná	33,109	16.6
Emberá	10,001	5.0

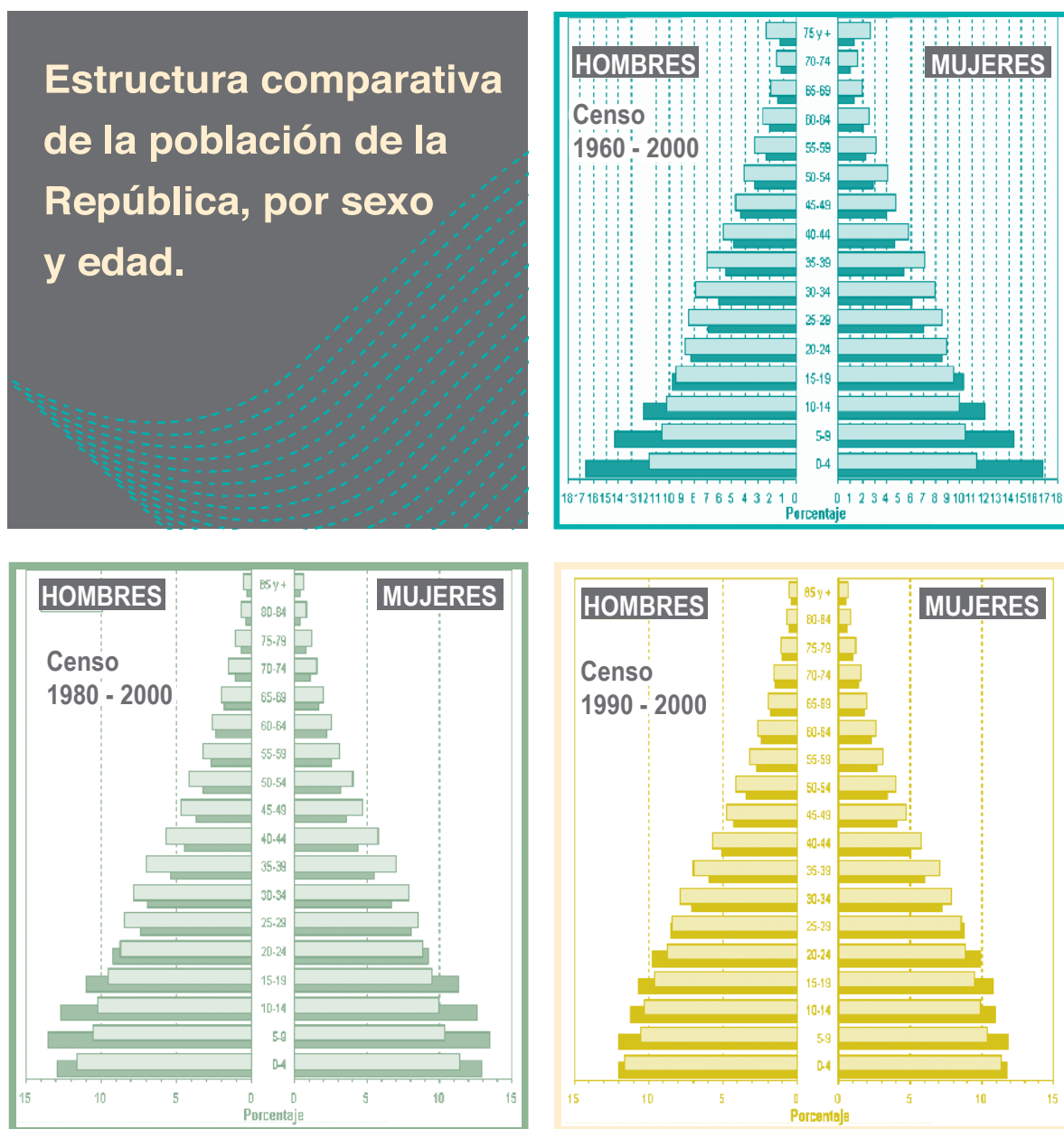
Fuente: INEC. Contraloría General de la República. Panamá. 2010

Los datos comparativos de los censos sobre la distribución por grupos de edad entre las décadas 1960-2000, 1980-2000 y 1990-2000 muestran una tendencia de disminución de la población menor de 15 años. Esta tendencia se mantiene, considerando los datos del último Censo Nacional de 2010.

(Gráfica N°1 y 1A).

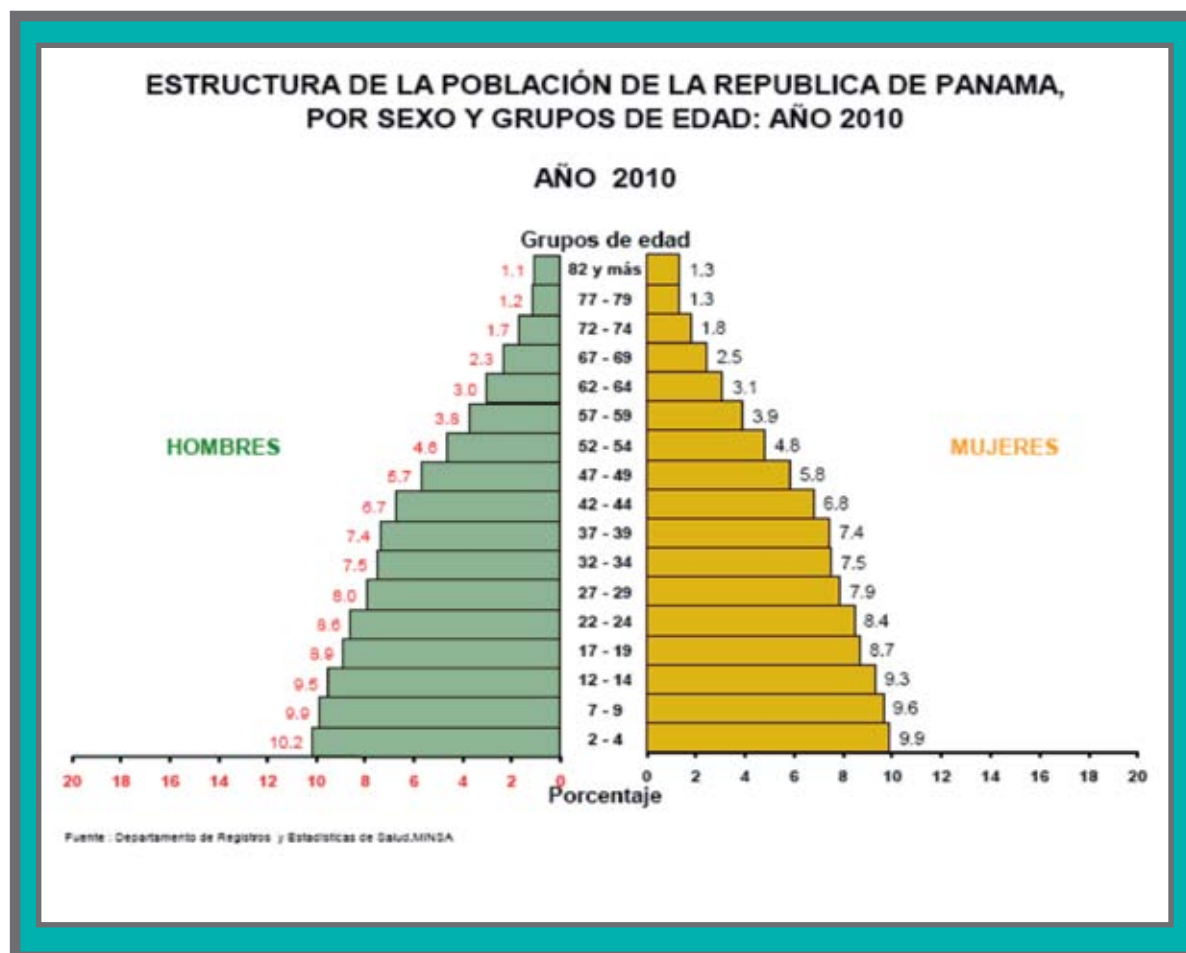
Vale mencionar que en la actualidad la Seguridad Social, considera como población productiva a aquellas personas que tienen hasta los 62 años, la cual coincide con la edad de jubilación de la población masculina.

Gráfica N° 1:



Fuente: Departamento de Registro y Estadísticas de Salud. Dirección de Planificación, MINSA.

Gráfica N°1 A:



En el período 2006 al 2009 la esperanza de vida al nacer en años para ambos sexos se mantiene alrededor de los 75 años. En el año 2009 la población panameña alcanzó una esperanza de vida diferencial por sexo de 73.2 años en el hombre y en la mujer de 78.5 años (*Gráfica N°2*). La provincia que muestra una mayor esperanza de vida es la de Panamá con 77.4 años para el total de la población, siendo para el hombre de 74.4 años y para la mujer de 80.6 años. En la Comarca Emberá se registra la menor esperanza de vida con 66.9 años para el total de la población, la cual al desagregarla por sexo reporta 64.8 años para el hombre y 69.1 años para la mujer.

Al comparar la esperanza de vida al nacer diferencial por sexo entre la provincia de Panamá y la Comarca Emberá se registra una diferencia de 9.6 y 11.5 años de vida adicionales para el hombre y la mujer, respectivamente, en la Provincia de Panamá.

**Gráfica N°2: Esperanza de Vida (en años) según género.
República de Panamá. Años: 2000 - 2009**

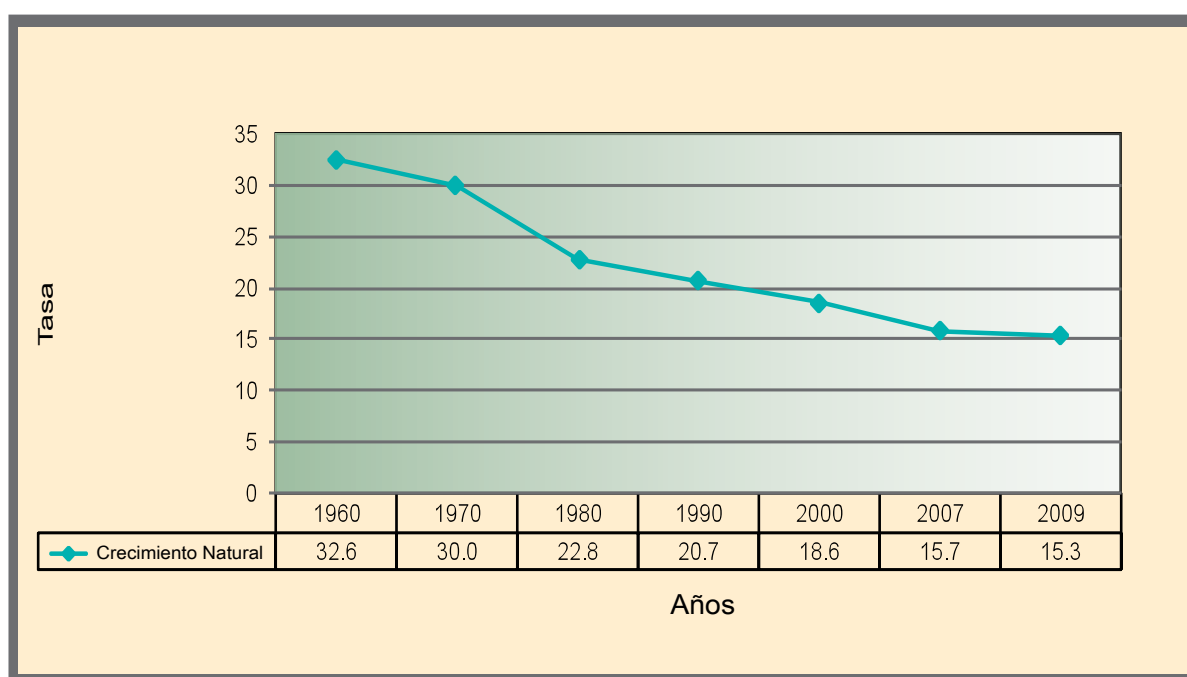


Fuente: Contraloría General de la República de Panamá

V-B. El Crecimiento Natural de La Población

La República de Panamá se encuentra en la tercera etapa de la transición demográfica, presentando una tasa de crecimiento natural moderada de 15.3 en el año 2009, con una tendencia a la disminución como se muestra en la gráfica N°3.

Gráfica N°3: Crecimiento Natural de la República: Año 1960-2009

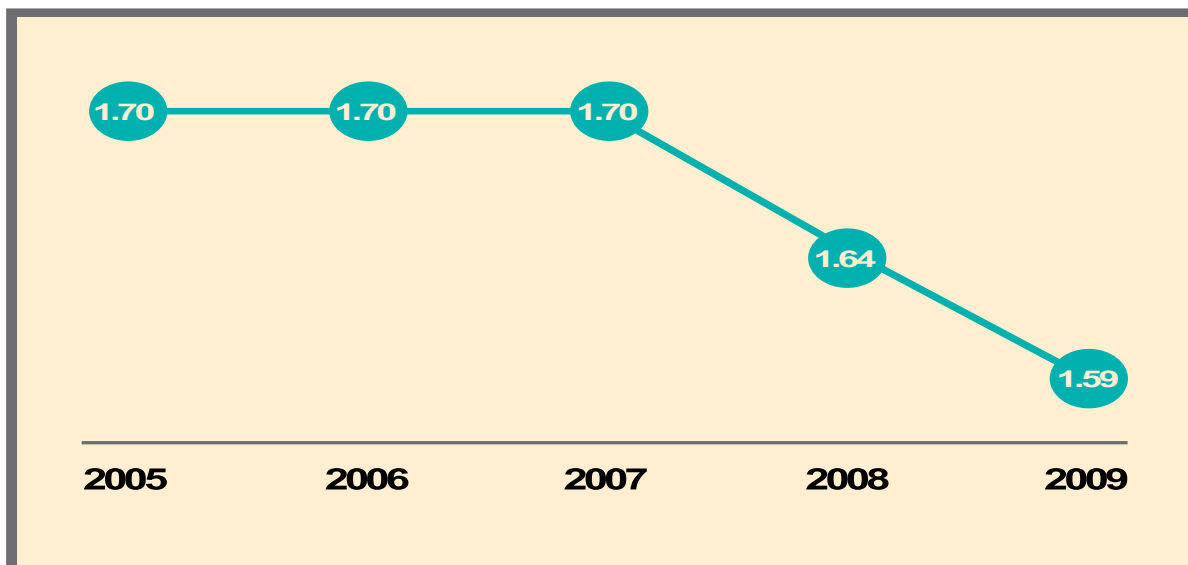


Fuente: Contraloría General de la República. Panamá

La tasa de crecimiento anual está alrededor del 2%, con muestras de reducción, ya que la tasa de crecimiento anual de la población en los años 2005, 2006 y 2007 fue de 1.70%, en el 2008 de 1.64% y en 2009 fue de 1.59%.

(Gráfica N°3 A).

Gráfica N°3A: Tasa de crecimiento anual de la población (%)
República de Panamá, años: 2005 - 2009



Fuente: Contraloría General de la República. Panamá

En el año 2009, la provincia de Bocas del Toro y la Comarca Ngäbe Buglé reportaron las tasas más altas de crecimiento anual de la población (2.27 y 2.52, respectivamente). Veraguas y la Comarca Emberá presentaron las tasas más bajas de crecimiento anual de la población (0.28 y 0.36, respectivamente).

El comportamiento descendente se presenta en el área urbana y rural, estimándose una disminución progresiva en ambas. De acuerdo a proyecciones de la Contraloría General de la República, si continúa este comportamiento, se espera un crecimiento negativo para el área rural en el 2020, como una consecuencia de la migración de áreas rurales hacia las áreas urbanas.

V-C. La Natalidad

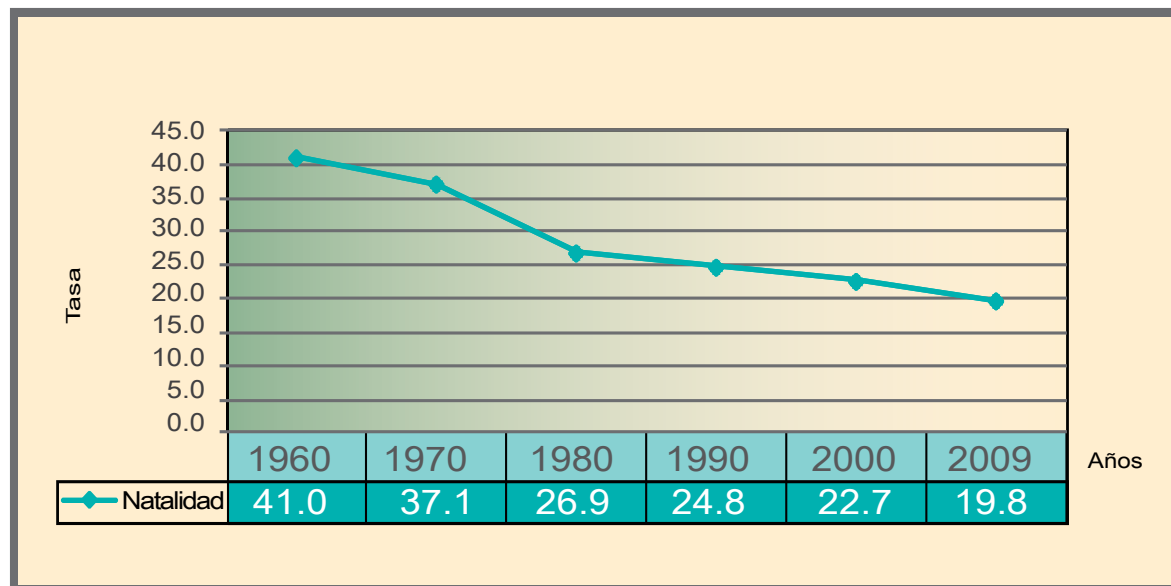
La natalidad en el periodo de 1960 a 1970 presenta valores que la sitúan dentro de la categoría alta y en la de valores moderados en el período entre 1980 y 1990. (Gráfica N°4).

Para el periodo 1960– 2009, la natalidad presenta una clara tendencia al descenso, la cual se hace más evidente al comparar las cifras alcanzadas durante estos años, donde se muestra una disminución de

esta tasa de 41.0 por 1000 habitantes en 1960 a una tasa para el 2009 de 19.8 por 1000 habitantes. (Gráfica N°4)

Para el año 2009, las provincias de Bocas del Toro (31.5), Colón (21.8) y Darién (21.4); así como la comarca Kuna Yala (27.6), Emberá (23.0) y Ngobe Buglé (33.4) presentaron cifras superiores a la tasa nacional de natalidad. Para este mismo año, las cifras más bajas se reportaron en las provincias de Herrera (13.0) y Los Santos (11.7).

Gráfica N°4: Tasa de natalidad Registrada en la República de Panamá. Año 1960-70-80-2000-2009



Fuente: Contraloría General de la República. Panamá

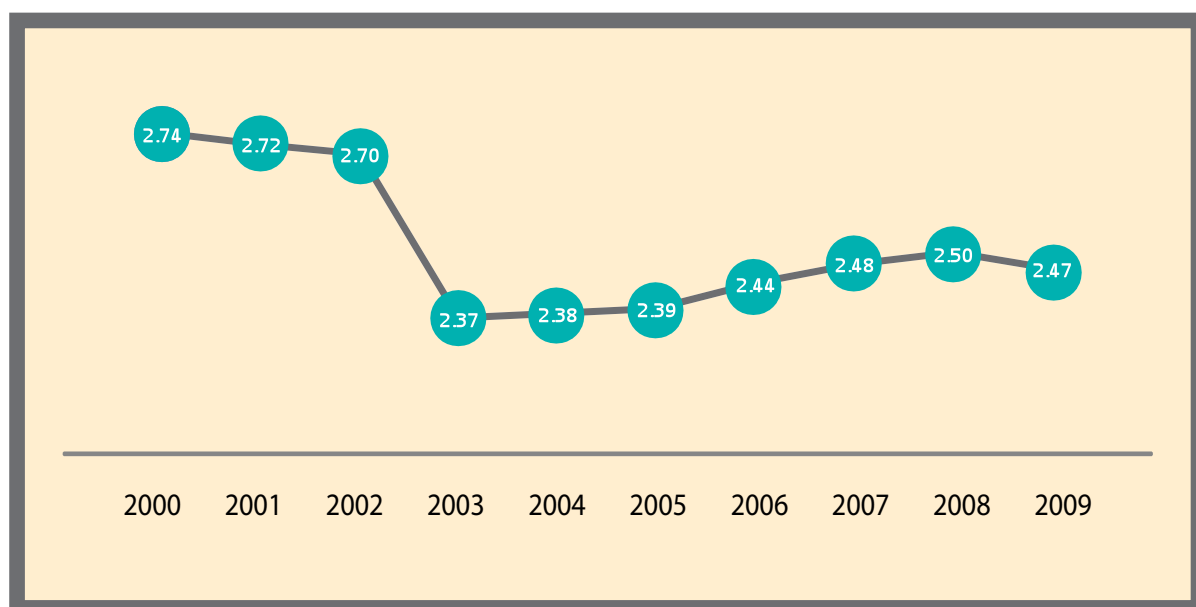
V-D. La Fecundidad

La tasa global de fecundidad ha reflejado a través del tiempo un comportamiento descendente.

En el período 2000-2002, el promedio de hijos por mujer fue alrededor de 2.7. Hacia 2003-2009, dicho promedio había descendido hasta aproximadamente 2.4 hijos por mujer. (Gráfica N°5).

Según la Contraloría General de la República, si se mantiene una disminución sostenida y gradual en el futuro de esta tasa, el nivel de reemplazo se alcanzaría aproximadamente en el 2020.

Gráfica N°5: Tasa Global de Fecundidad. República de Panamá.
Años: 2000-2009



Fuente: Contraloría General de la República. Panamá

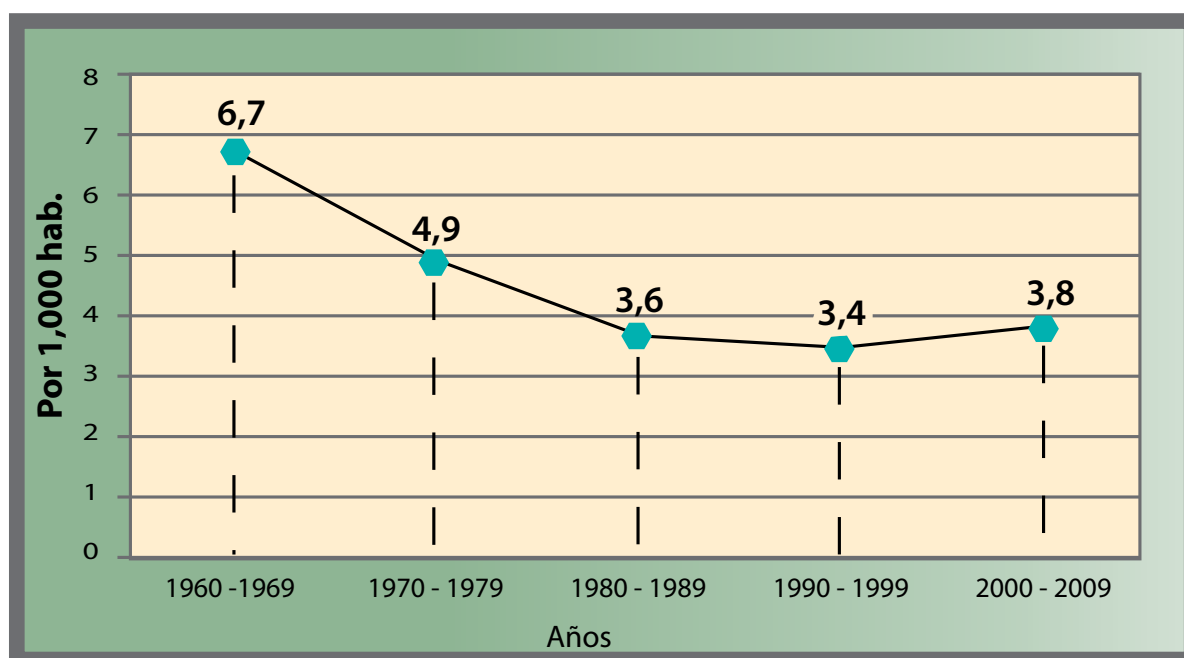
V-E. La Mortalidad

Con el desarrollo social y económico del país se han logrado importantes cambios en el comportamiento de la mortalidad en Panamá, desde una perspectiva cualitativa y cuantitativa.

La tasa promedio de mortalidad general registrada en las décadas de los años '60,

'70 fue de 6.7 y de 4.9 muertes por 1,000 habitantes respectivamente. En la década de los años 80 alcanzó una cifra promedio de 3.6 muertes por 1,000 habitantes y para los años 1990-1999 la tasa promedio fue de 3.4 muertes por 1.000 habitantes. Para el período 2000-2009, las cifras se han mantenido sin mayores fluctuaciones, reportándose una tasa promedio para este período de 3.8 muertes por 1,000 habitantes. (Gráfica N°6).

Gráfica N°6: Tasa Promedio de Mortalidad General en la República de Panamá. Años: 1960-2009



Fuente: Estadísticas Vitales Volumen 3, Contraloría General de la República. Panamá

Para el 2009, la tasa de mortalidad general registrada por 1000 habitantes fue de 4.5, la cual al desagregarse por provincia presenta diferencias significativas, reportándose tasas mayores al promedio nacional en las provincias de Colón (5.15), Comarca Kuna Yala (6.79), Herrera (5.01), Los Santos (6.38) y Veraguas (4.67). Ver mapa N° 2.

**Mapa N°2: Tasa de Mortalidad General por Provincia.
Panamá. Año 2009**



Este descenso de la mortalidad ha sido acompañado de un conjunto de procesos de transición y polarización epidemiológica cuyas principales características son los cambios en la estructura por edad de la mortalidad y los cambios en las causas de muertes predominantes.

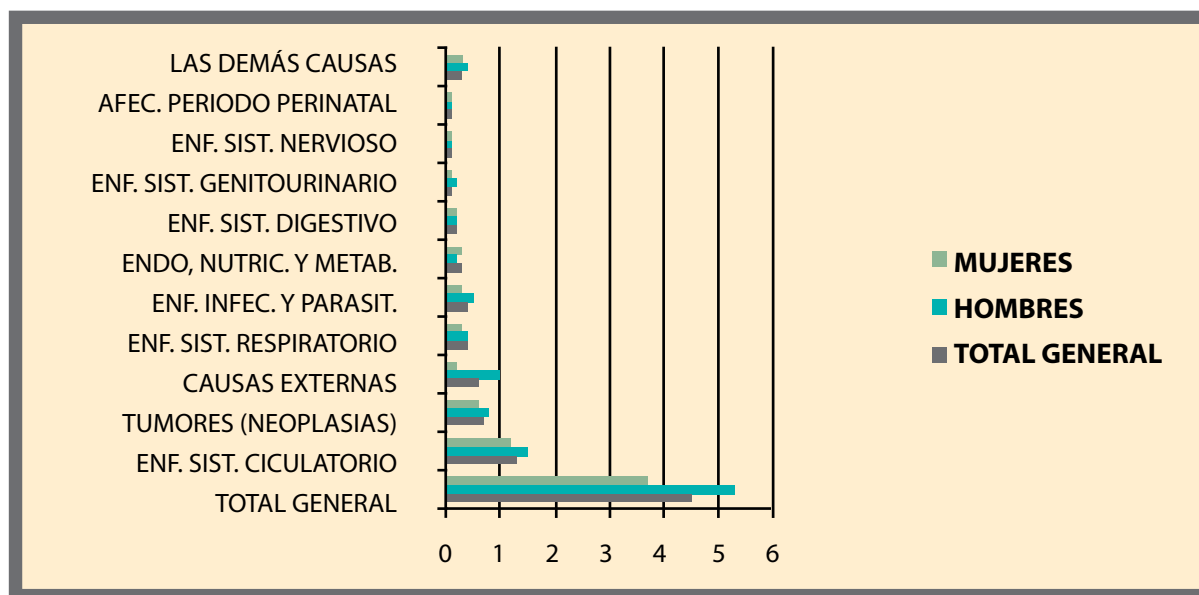
Las variaciones en el perfil epidemiológico son claras cuando en los primeros años del análisis prevalecían entre las principales causas de muerte las enfermedades infectocontagiosas y ya para la década de los años '80' estos sitios eran predominantemente ocupados por las enfermedades crónicas y degenerativas.

Según la Contraloría General de la República y en base a la Lista de Mortalidad de 80 Grupo de Causas de la Clasificación Internacional de

Enfermedades (CIE-10), en el año 2009 las principales causas de muerte corresponden a las enfermedades del sistema circulatorio, los tumores (neoplasias), causas externas, enfermedades del sistema respiratorio y ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias. (Gráfica N°7).

La tasa de mortalidad general por sexo arroja un valor de 5.3 y 3.7 defunciones por 1,000 habitantes para los hombres y mujeres, respectivamente, cifras que se mantienen muy semejantes durante el periodo 2000 – 2009. La tasa de mortalidad en el sexo masculino se reportó más elevada para todas las principales causas de muerte, con excepción de las causas de mortalidad por enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas, la cual se registró mayor en las mujeres. (Gráfica N°7).

Gráfica N°7: Tasa de Mortalidad por Grupo de Causas en la República de Panamá. Año 2009.



Con base en la Lista de Mortalidad de 80 Grupo de Causas de la CIE-10. Tasa por 1000 habitantes.

Fuente: Contraloría General de la República. INEC. Estadísticas Vitales.

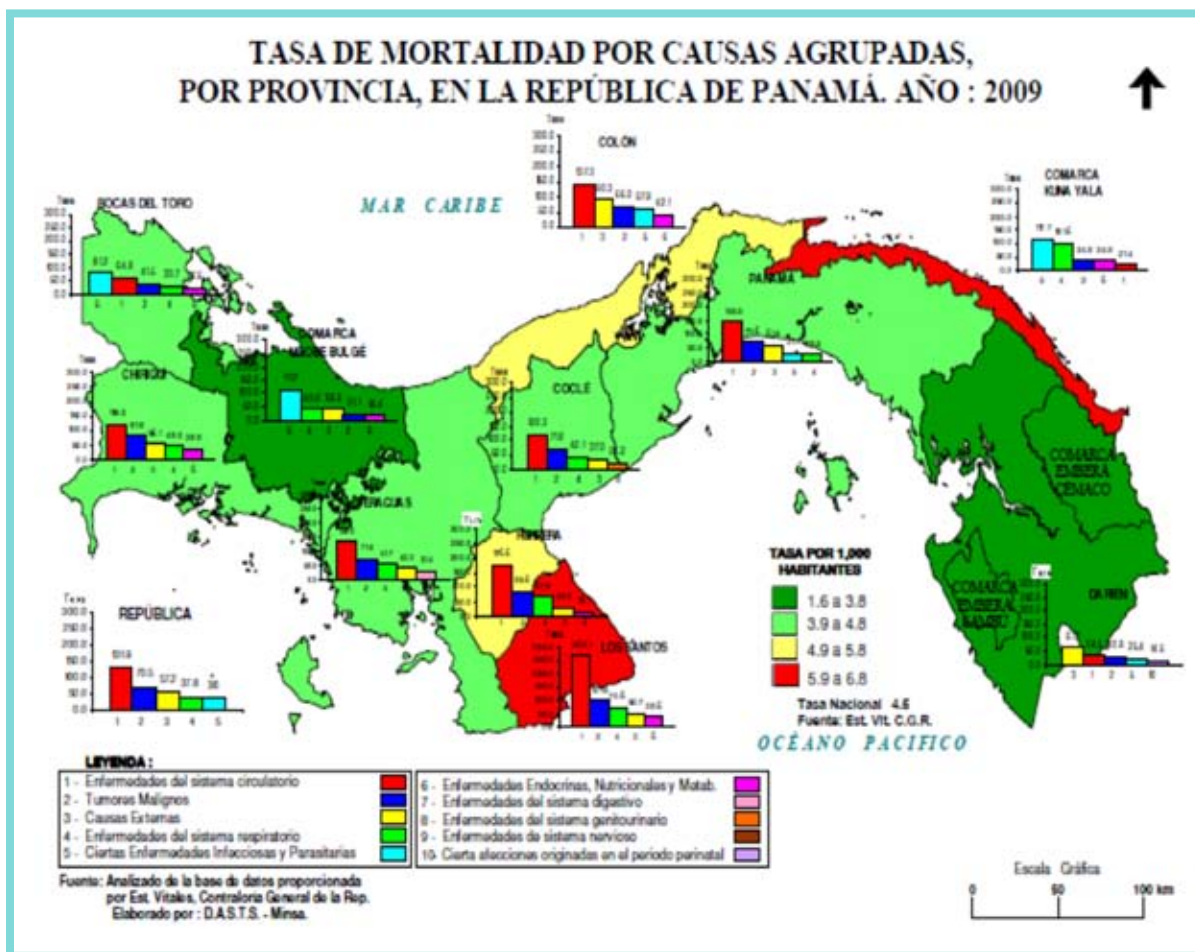
Los años perdidos por muerte prematura fueron mayores en el caso de las defunciones por causas externas, enfermedades transmisibles y tumores malignos.

Las causas de mortalidad tienen un comportamiento diferenciado por provincia, donde las enfermedades del sistema circulatorio y los tumores malignos ocupan las primeras causas de muerte en las provincias de Chiriquí, Coclé, Herrera, Los Santos, Panamá y Veraguas, en tanto que ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias constituyen la principal causa de muerte en la provincia de Bocas del Toro y las Comarcas Kuna Yala y Ngäbe Buglé.
Ver Mapa N°3.

Cabe destacar, que en la provincia de Chiriquí la diabetes mellitus corresponde a la 5ta causa de muerte.

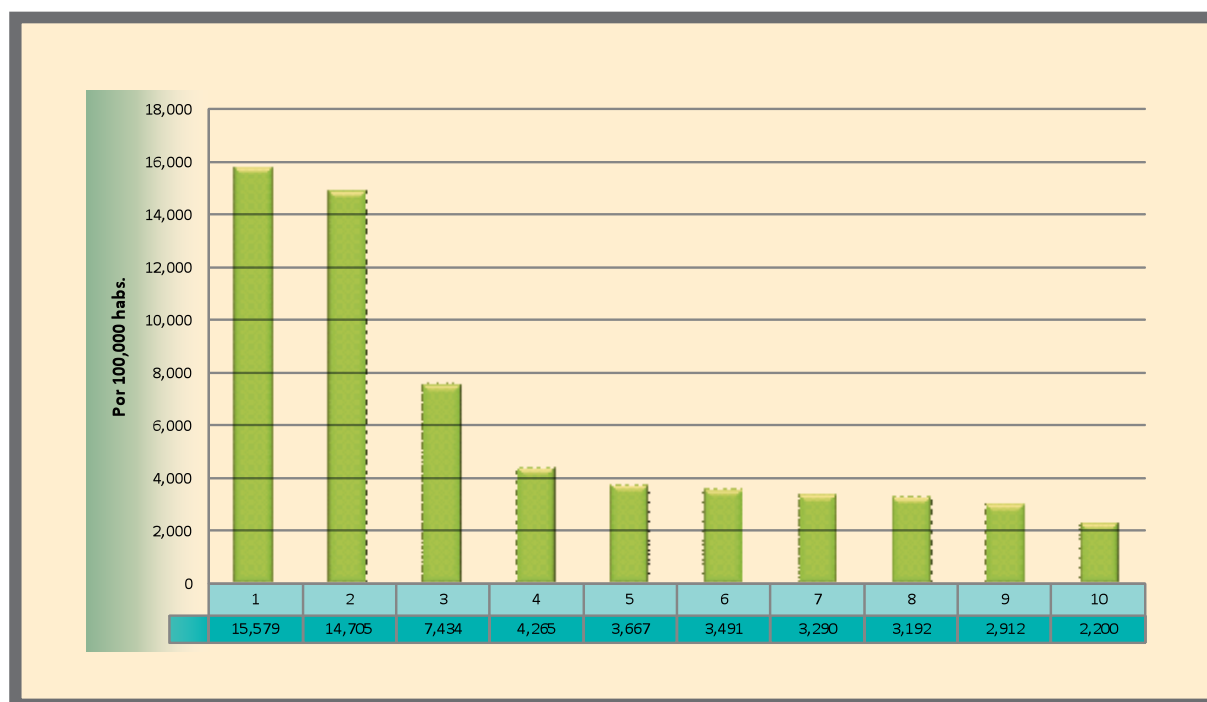
Las causas externas constituyen la primera y segunda causa de muerte en las provincias de Darién y Colón, respectivamente.
Ver Mapa N°3.

Mapa N°3: Tasa General y de las Cinco Principales Causas de Muerte por Provincia. Panamá. Año 2009



V-F. La Morbilidad

Gráfica N°8: Diez primeras causas de morbilidad según capítulos de CIE-10.
Ministerio de Salud. Tasa por 100,000 habitantes.
Panamá. Año 2009



Nota: Según Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud - CIE-10. Decima Revisión.

Fuente: Dirección de Planificación. MINSA

CAPÍTULO CIE-10

1. Enf. del Sist. Digestivo
2. Enf. del Sist. Respiratorio
3. Ciertas Enf. Infec. y Parasitarias
4. Enf. del Sist. Genitourinario
5. Enf. Endocrinas, Nutric. y Metab.
6. Traumat. Envene. y Algunas otras consec. de causas externas.
7. Enf. del Sist. Osteom y del Tej. conj.
8. Enf. de la Piel y del Tejido Subcut.
- 9- Síntomas, Signos y Hallazgos Anorm.
10. Enf. del Sist. Circulatorio

En la Gráfica N°8 se detallan las diez primeras causas de morbilidad según capítulos, en base a la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud CIE-10, registradas en las instalaciones del Ministerio de Salud en el año 2009, a nivel nacional, de acuerdo al Departamento de Registros y Estadísticas de Salud de la Dirección de Planificación del Ministerio de Salud.

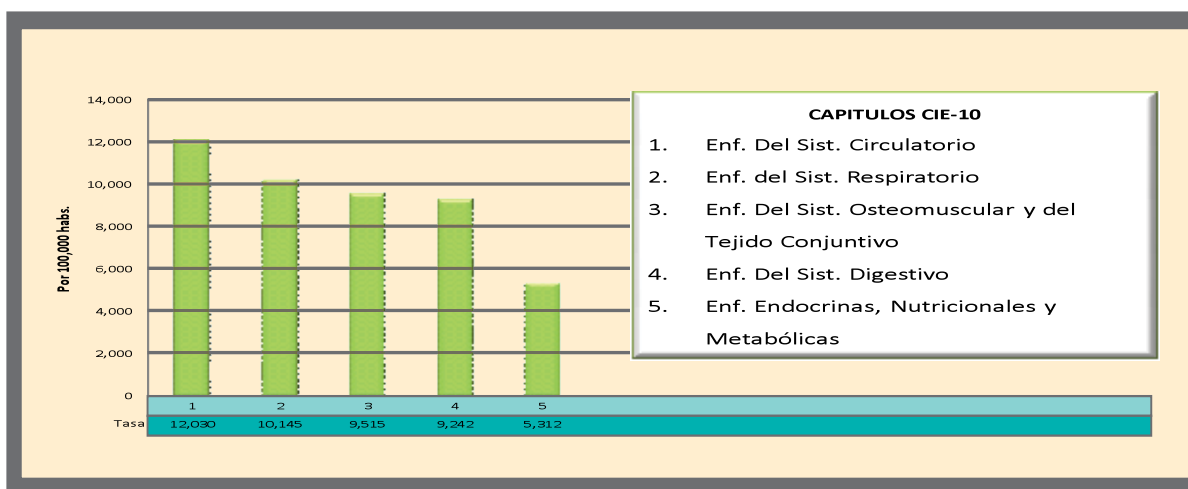
Sin embargo, las causas de morbilidad reflejan un comportamiento diferenciado por grupo etario, caracterizándose en el menor de 5 años las enfermedades del sistema respiratorio, ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias, enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo y las enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas, en tanto que en el grupo de 5 a 9 años las enfermedades del sistema digestivo corresponden a la primera causa de morbilidad.

Las enfermedades del sistema digestivo, enfermedades del sistema respiratorio, enfermedades del sistema genitourinario

y las enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo ocupan las primeras causas de morbilidad en el grupo de 35 a 49 años, pero en el grupo de 65 años y más aparecen como primera causa de morbilidad las enfermedades del sistema circulatorio. (Ver gráfica N° 8A)

Las variaciones en el perfil epidemiológico según edad son evidentes ya que en los primeros años de vida predominan como principales causas de morbilidad las enfermedades infectocontagiosas y en el grupo de 65 años y más estos sitios corresponden a enfermedades crónicas y degenerativas.

Gráfica N°8A: Cinco primeras causas y tasas de morbilidad en el grupo de 65 y más años, según capítulos de CIE-10. Ministerio de salud. Tasa por 100,000 habitantes. Panamá 2009



Nota: Según Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud - CIE-10. Decima Revisión.

Fuente: Dirección de Planificación. MINSA

V-G. La Migración

La tasa de crecimiento anual del país para el 2009 fue de 1.59% y la de la provincia de Panamá fue de 2.05%, provincia que por sus características concentra cerca del 70% de las migraciones internas. Este crecimiento se da pese a que las tasas de natalidad y de mortalidad general e infantil de la provincia de Panamá se ubican por debajo de las tasas nacionales.

Otro hecho demográfico importante es la migración de jóvenes del campo al área metropolitana, principalmente de la Provincia de Panamá, que actualmente acoge cerca del 50% de la población entre 15 y 29 años de edad.

La migración interna continua siendo del área rural hacia el área urbana. La migración internacional será importante en aquellas provincias con mayor crecimiento económico y mejor posición para la entrada y salida de población.

V-H. La Pobreza En Panamá

Desde 1997, se desarrolla en el país la metodología del Banco Mundial conocida como LSMS (por sus siglas en inglés, Living Standard Measurement Study) para medir el bienestar y la pobreza, la cual se basa en el consumo de los hogares y las personas, así como líneas de pobreza. Para medir la pobreza se utilizan dos líneas de pobreza que son:

- La Línea de Pobreza Extrema (LPE): es el valor del consumo anual de una canasta de alimentos por persona que satisface una necesidad mínima promedio de 2,297 calorías diarias. Su costo para 2008 se estimó en B/.639 por persona al año (B/.53 al mes ó B/.1.77 diarios). Las personas que consumen menos de este valor per cápita anual se consideran que viven en la pobreza extrema.

- La Línea de Pobreza General (LPG) es la suma del valor de la LPE y un monto adicional para cubrir el consumo no alimentario de servicios y bienes esenciales (vivienda, salud, educación, vestuario, transporte, entre otros). Se estimó en B/.1,126 anuales por persona (B/.94 al mes ó B/.3.13 diarios), bajo la cual una persona clasifica como pobre (incluidos los pobres extremos). Sin embargo, algunos países de la región miden la pobreza considerando dos dimensiones de naturaleza distinta como son: la de bienestar económico determinada por el nivel de ingreso y la de los derechos sociales determinada por las carencias.

El umbral del bienestar económico debe estar constituido por la canasta

alimentaria (línea de bienestar mínimo) y la canasta no alimentaria (línea de bienestar). A su vez, el umbral de los derechos sociales debe estar determinado por las carencias sociales (educación, salud, seguridad social, alimentación, vivienda, trabajo, medio ambiente sano y no discriminación), las cuales son indivisibles, es decir, que no tienen jerarquía entre sí.

Este último enfoque multidimensional de la medición de la pobreza presenta ventajas importantes ya que se pueden analizar diferentes sub-poblaciones, permitiendo ver la interacción de la política económica con la política social, mostrando visiblemente la pobreza y también la vulnerabilidad de la población que tiene problemas de ingreso o de carencias sociales. De esta manera, se hacen más claras las políticas que se deben aplicar conjuntamente para mejorar el desarrollo social que permita garantizar el pleno ejercicio de los derechos y

deberes individuales y sociales dentro de los países.

Desde hace varios años, la pobreza ha sido identificada como uno de los principales problemas sociales del país, hecho que se ha demostrado mediante las Encuestas de Niveles de Vida de los años 1997, 2003 y 2008, en las cuales se ha señalado como principal causa la inequidad en la distribución del ingreso y del consumo, en conjunto con una infraestructura deficiente.

Según el Ministerio de Economía y Finanzas, la Encuesta de Niveles de Vida del 2008 reveló que el 32.7% de las personas son pobres.

En el período 2003-2008 se redujo tanto la incidencia de la pobreza general (4.1 puntos porcentuales) como la pobreza extrema (2.2 puntos porcentuales).
(Cuadro N°3)

Cuadro N°3: Incidencia en % de pobreza en Panamá. Años 2003 y 2008.

Incidencia en % de Pobreza años 2003 y 2008	Total del país	Pobreza			No Pobre
		Total	Extrema	No Extrema	
Año 2008					
Incidencia en %	100.0	32.7	14.4	18.3	67.3
Personas en miles	3,334	1,090	481	609	2,244
Año 2003					
Incidencia en %	100.0	36.8	16.6	20.2	63.2
Personas en miles	3,063	1,128	509	620	1,935

Fuente: ENV 2003 y 2008. MEF e INEC-CGR.

Las provincias con mayor nivel de pobreza son Bocas del Toro (53%), Darién (52.7%), Veraguas (52%), Coclé (51.6%) y las áreas indígenas (96%), que comprenden las comarcas y comunidades indígenas aledañas a ellas.

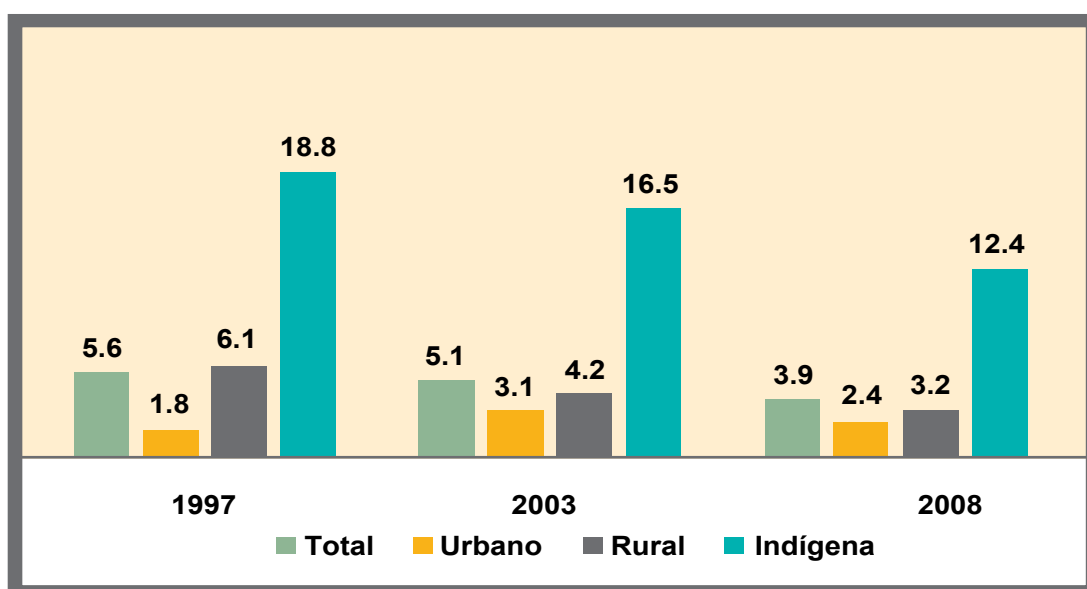
La provincia de Panamá concentra a la mayor parte de la población del país (50.7%) y de la población pobre (29.3%). En contraposición, las áreas indígenas, con un 7.1% de la población, concentra el 20.9% de la población pobre y 41.8% de los pobres extremos.

La pobreza en el país es diferencial por área: mientras que en el área urbana la incidencia de pobreza es de 17.7%, en el área rural es de 50.7% y en las áreas indígenas de 96.3%, según la ENV de 2008.

De acuerdo a los resultados de esta misma encuesta, la población infantil menor de 6 años es la más afectada por la pobreza: cerca de la mitad se encuentra en condición de pobreza total y 24.6% en pobreza extrema. Los grupos etarios de 18 años y menos tienen una incidencia de pobreza por encima del total nacional, mientras que los grupos mayores de 18 años tienen una incidencia por debajo de este total. El 23.4% de las personas de 70 y más años de edad son pobres y 9.4% son pobres extremos.

Otro resultado relevante de la ENV de 2008 es que el 19.1% de los niños y niñas menores de 5 años muestran retraso de crecimiento en relación con su edad (desnutrición crónica), 3.9% presenta bajo peso para su edad (desnutrición global, gráfica N°9) y cerca del 1.2% tiene bajo peso para su talla (desnutrición aguda).

Gráfica N°9: Prevalencia de Desnutrición en menores de 5 años, según área y peso para edad por estándar de OMS en la República. Años 1997, 2003 y 2008.



Fuente: Ministerio de Economía y Finanzas, Contraloría General de la República, Instituto Nacional de Estadística y Censo, INEC. Encuesta de Niveles de Vida 1997, 2003 y 2008

Las cifras presentadas en la gráfica N°9 indican que los esfuerzos realizados para reducir los problemas nutricionales en los menores de 5 años se han reflejado de manera positiva, en especial en las áreas indígenas y rurales.

No obstante, es importante destacar el aumento que reflejaron las áreas urbanas de 1997 a 2003, en la prevalencia de desnutrición global en los niños y niñas menores de 5 años, la cual aunque disminuyó en el 2008 respecto al 2003, se mantuvo por encima de los valores del año 1997. (Gráfica N° 9). Esta situación requiere del diseño de acciones pertinentes para lograr una reducción de las cifras registradas, considerando algunos causales de los procesos migratorios de la población pobre rural hacia las zonas urbanas, lo cual incrementa la concentración de las carencias en estas últimas.

En la **Política de Salud N°3** se han considerado estrategias dirigidas a aumentar el acceso de los grupos vulnerables a todas las intervenciones en salud pública para mejorar las condiciones de salud integral a nivel nacional.

V-I. Análisis del Gasto en Salud

1. Indicadores Socioeconómicos

Panamá es calificado como un país de ingreso medio alto y reconocido como una de las más importantes economías de Centroamérica y de la Región.

En el periodo 2003 al 2009 hubo un descenso de la tasa de desempleo total, de 13% a 6.9% y de la variación anual del

PIB per cápita a precios constantes de 4.2% a 2.4%, según el Instituto Nacional de Estadística y Censo de la Contraloría General de la República. (Cuadro N°4).

Según esta fuente nacional, en lo referente a la tasa global de participación de la población de 15 años y más en el mercado laboral, se observa un leve aumento con relación al año 2005, ya que la tasa de participación pasó de 63.5% en ese año a 64.1% en el año 2009.

El porcentaje de la población ocupada respecto a la población económicamente activa (PEA) también registró un aumento en el año 2009 (93.4%) con respecto al año 2005 (90.2%).

Cuadro N°4: Variación anual del PIB y la Tasa de Desempleo Total. Panamá. Años 2003-2009.

Años	Variación anual del PIB per cápita a precios constantes (%)	Tasa de desempleo total (%)
2003	4.2	13
2004	7.5	11.8
2005	7.2	9.8
2006	8.5	8.7
2007	12.1	6.4
2008	10.7	5.6
2009	2.4	6.9

Fuente: INEC-CGR. Año: 2009

Tomando como referencia el año 2003, se observa un crecimiento sostenido del PIB según información nacional, a través de todos los años, destacándose el mayor aumento en el año 2009 (*Cuadro N°5*).

Este crecimiento sostenido es considerado como uno de los más altos de la Región, según el Anuario Estadístico de América

Latina y el Caribe de 2010 de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).

Por otra parte, el PIB per cápita en balboas de 1996, registró un aumento de 4,350 en el año 2005 a 5,615 en el año 2009 según el Instituto Nacional de Estadísticas y Censo de la Contraloría General de la República.

Cuadro N°5: Producto Interno Bruto a precios de 1996. Panamá. Años 2003-2009.

Año	PIB (en millones de balboas)
2003	12.182,8
2004	13.099,2
2005	14.041,2
2006	15.238,6
2007	17.084,4
2008	18.917,6
2009	19,374.2

Fuente: INEC-CGR. Año: 2009

2. Gasto Público Social

Según el Ministerio de Economía y Finanzas, en el año 2009 el gasto social en salud corresponde a B/.1,319.4 millones, con un incremento de B/.102.4 millones con respecto al año anterior.

El gasto social en salud por habitante en el año 2009 (B/.382.00) registró un aumento de B/.119.00 con respecto al mismo gasto en el año 2005 (B/.263.00), de acuerdo a las cifras revisadas en la Dirección de Análisis Económico y Social del Ministerio de Economía y Finanzas.

Durante el período 2005 al 2009 el gasto social en salud como porcentaje del PIB, sin incluir el sector privado se mantiene alrededor del 5% y el gasto social en salud como porcentaje del gasto público total se mantiene alrededor del 14%.

Según el Ministerio de Economía y Finanzas, en el año 2009 el gasto social en salud como porcentaje del gasto público social alcanzó 32%, que comparado con este mismo gasto en el año 2005 (35.5%), se registra una disminución de 3.5 puntos porcentuales.

Es importante señalar que estos indicadores socioeconómicos y del gasto

público social, generados por nuestra fuente nacional (MEF), no incluyen al sector privado ni se le aplica la paridad del poder adquisitivo (PPA), mostrando diferencias al compararlos con los mismos indicadores presentados por los Organismos Internacionales, los cuales si incluyen al sector privado y aplican el PPA. En el marco de todos estos indicadores en materia socioeconómica que se miden a nivel nacional e internacional, el Ministerio de Salud de Panamá presenta, la **Política de Salud N° 3** contemplando el mejoramiento del acceso a los servicios integrales de salud con equidad, eficiencia, eficacia, calidad y la **Política de Salud N°8**, con directrices para la modulación y vigilancia de los recursos financieros sectoriales en salud.

Para ambas Políticas, hemos considerado líneas de acción orientadas a trabajar para el incremento de la cobertura de los servicios de salud con calidad, incluyendo la tecnología e innovación. Se busca también, el establecimiento de la cuantificación real de los gastos en salud incluyendo a todas las entidades que conforman el sector para institucionalizar las cuentas nacionales de salud y contribuir al fortalecimiento del Sistema de Información de Salud (SIS).

VI. OTROS LINEAMIENTOS ORIENTADORES DE LAS POLÍTICAS DE SALUD

VI-A. Acuerdos de la Concertación Nacional para el Desarrollo y Avances de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Tercer Informe de Panamá, 2009.

Los Acuerdos que se alcanzaron en la Concertación Nacional para el Desarrollo (CND) están estrechamente vinculados con los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) y ambos fueron considerados como lineamientos orientadores para la formulación de las Políticas, Objetivos Estratégicos y Líneas de Acción Estratégicas de la vigencia actual, principalmente con la Política de Salud N° 3, enfocada a mejorar el acceso a los servicios de salud y la Política de Salud N° 5, relacionada con la vigilancia de los determinantes de la salud.

En ese sentido, consideramos relevante destacar el siguiente cuadro comparativo (*Cuadro N°6*), entre las metas de los Objetivos de Desarrollo del Milenio y las metas de la Concertación Nacional para el Desarrollo, de cada uno de los objetivos del milenio relacionado directamente con salud.

Los resultados del análisis de la situación de nuestro sistema sanitario orientó la priorización de los objetivos estratégicos y líneas de acción estratégicas de las Políticas de Salud 2010-2015 en base al cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

Cuadro N° 6: Comparación entre las metas de los Objetivos de Desarrollo del Milenio y las metas de la Concertación Nacional para el Desarrollo.

METAS DE LOS ODM		METAS DE LA CND	
Objetivo 1: Erradicar la pobreza extrema y el hambre			
Meta 1C: Reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, el porcentaje de personas que padecen hambre	1.2. Derecho a la Seguridad Alimentaria y a la Nutrición		
	Articulación de programas nutricionales en las áreas rurales con actividades productivas promovidas por el sector gubernamental y no-gubernamental, para que garanticen la seguridad alimentaria de las familias y comunidades pobres.		
	Extender la cobertura universal de los programas de alimentación complementaria en menores de 5 años, en comarcas y distritos de extrema pobreza, teniendo especial atención a los hábitos y costumbres alimenticias de grupos indígenas.		
	Mantener e incrementar los programas de suplementación (hierro y vitaminas) y desparasitación en niños y niñas desde los 11 meses de edad y hasta el 6 grado de escuela primaria.		
Objetivo 4: Reducir La mortalidad de los niños menores de 5 años			
Meta 4A: Reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad de los niños menores de 5 años	1.4. Derecho a la Salud Integral y Preventiva		
	Un puesto de salud en cada corregimiento y un centro de salud en cada distrito como mínimo, dependiendo de la población beneficiaria.		
	Mejorar los accesos a los puestos y centros de salud de las comarcas y áreas de difícil acceso (vías, puentes)		
	Fortalecer y ampliar los programas de capacitación a la familia, la comunidad y la población en general para prevenir la mortalidad materna, mortalidad infantil (comprensible, accesible y con consideración a la multiculturalidad, género y el analfabetismo)		
Objetivo 5: Mejorar la salud materna			
Meta 5A: Reducir, entre 1990 y 2015, la mortalidad materna en tres cuartas partes	1.4. Derecho a la Salud Integral y Preventiva		
	Garantizar el acceso al control prenatal, atención calificada al parto y puerperio		
Meta 5B: Lograr, para el año 2015, el acceso universal a la salud reproductiva	1.4. Derecho a la Salud Integral y Preventiva		
	Garantizar el acceso a la educación e información sobre la salud sexual y reproductiva a las familias, comunidades, jóvenes y la población en general, dentro del marco de la ética y el respeto a valores morales;		
Objetivo 6: Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades			
Meta 6A: Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la propagación del VIH/SIDA	1.4. Derecho a la Salud Integral y Preventiva		
	Garantizar el acceso a las poblaciones vulnerables a la prevención y atención del VIH/SIDA y a las ITS;		
Meta 6C: Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la incidencia del paludismo y otras enfermedades graves	1.5.Derecho a un Medio Ambiente Sano		
	Fortalecer los programas de vigilancia epidemiológica y de control de vectores		
Objetivo 7: Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente			
Meta 7C: Reducir a la mitad, para el año 2015: el porcentaje de personas sin acceso sostenible al agua potable y a servicios básicos de saneamiento	1.5. Derecho a un Medio Ambiente Sano		
	Ampliar los programas de letrínación en las áreas indígenas, rurales y donde se requieran, con la debida capacitación para su uso y mantenimiento		

Se consideró la focalización prioritaria y los desafíos por meta de cada Objetivo de Desarrollo del Milenio (ODM) relacionado al ámbito de la salud como se describe a continuación utilizando el Tercer Informe de Panamá, preparado por la Secretaría Técnica del Gabinete Social en septiembre de 2009.

ODM 4: Reducir la mortalidad de los niños menores de 5 años

Meta 4A: Reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad de los niños menores de 5 años

INDICADORES:

a. Tasa de mortalidad de niños menores de 5 años

La tasa de mortalidad registrada en menores de cinco años ha mostrado un descenso, pasando de 24.3 muertes por 1,000 nacidos vivos en 1990 a 17.1 en el 2009 (*Gráfica N°10*).

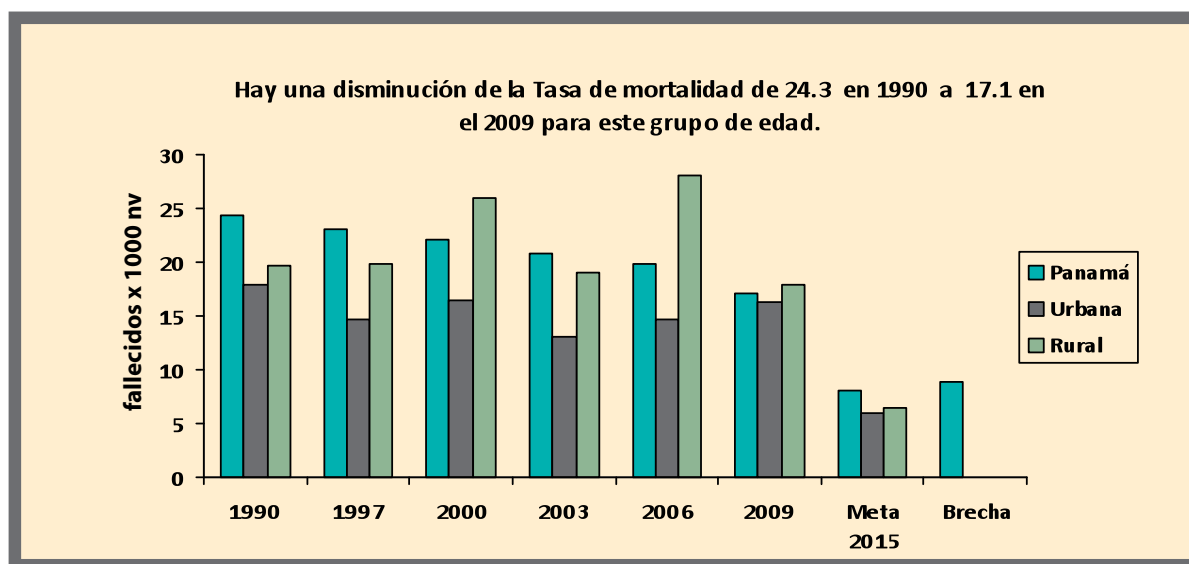
Esta tendencia se observa tanto en niños como en niñas.

Para lograr que en el 2015, la mortalidad en menores de 5 años represente el valor de la disminución de los dos tercios de la tasa del año 1990, es decir, 8.1 muertes por mil nacidos vivos, lo cual constituye la meta; será necesario mantener un ritmo de descenso de aproximadamente 1.5 puntos por año desde 2009 al 2015..

b. Tasa de mortalidad infantil

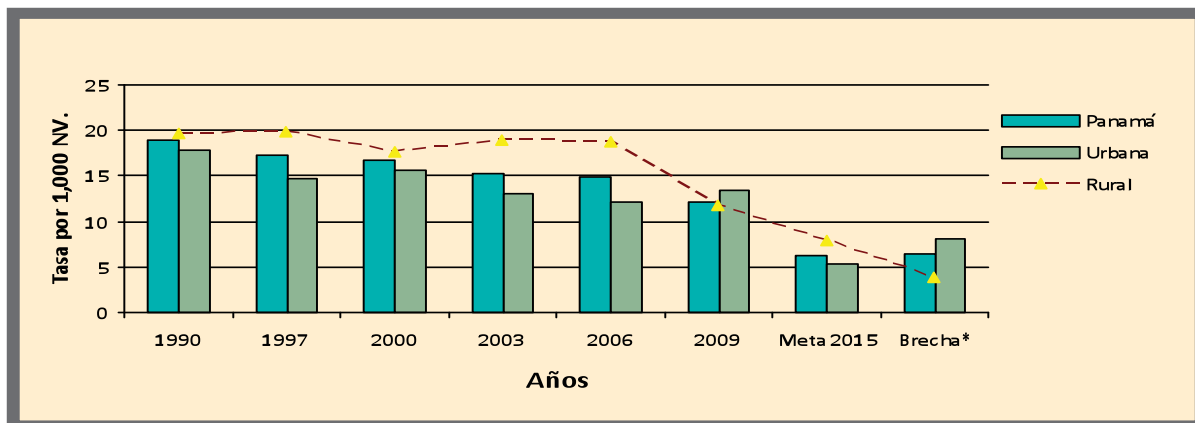
En 1990 Panamá mostraba una tasa de mortalidad infantil de 18.9 por mil nacidos vivos, lo que significa que por cada mil niños y niñas que nacían, aproximadamente 19 morían antes de cumplir su primer año de vida. Desde entonces, el indicador refleja un descenso sostenido registrando, para el año 2009, una tasa de 12.2 muertes por mil nacidos vivos (*Gráfica N°11*).

Gráfico N°10: Tasa de mortalidad en menores de 5 años. Panamá 1990-2009



Fuente: Departamento de Registros y Estadísticas de Salud. Dirección de Planificación. Ministerio de Salud.

Gráfico N° 11: Tasa de Mortalidad Infantil. Panamá 1990-2009



Fuente: Departamento de Registros y Estadísticas de Salud. Dirección de Planificación. Ministerio de Salud.

La meta proyectada es una tasa de 6.3 muertes por mil nacidos vivos, por lo tanto la brecha para alcanzarla es de 5.9 muertes por mil nacimientos a un ritmo de disminución menor de 1 punto por año del 2009 al 2015.

c. Proporción de niños de 1 año vacunados contra el sarampión

Según el Departamento de Estadísticas y Registros de Salud de la Dirección de Planificación del Ministerio de Salud, el porcentaje de menores de un año vacunados contra el sarampión fue de 85.2% en el año 2009.

En Panamá desde el año 1995 no se han dado casos ni muertes por sarampión, lo cual es una muestra del impacto de la vacuna. Estas cifras colocan a Panamá entre los países que han alcanzado la meta de reducir en un 90% la mortalidad por sarampión para el año 2010.

A partir de estos balances como país, se han priorizado las siguientes áreas y desafíos.

Focalización prioritaria: áreas rurales de difícil acceso y las comarcas indígenas

Desafíos:

1. Fortalecer las intervenciones de salud en las comarcas indígenas e incorporar elementos étnico-culturales en los planes y programas de salud, con el fin de evitar muertes por causas prevenibles

2. Mejorar las condiciones de vida de las poblaciones más vulnerables.

Lo anterior exige al Estado panameño fortalecer las intervenciones de salud en las comarcas indígenas e incorporar elementos étnico-culturales en el "Plan Nacional de Salud" con el fin de contextualizar las acciones dirigidas a evitar las muertes por causas que son totalmente prevenibles. Por otra parte, se requiere mejorar las condiciones de vida de las poblaciones más vulnerables, a fin de que Panamá tenga mayor posibilidad de cumplir con esta meta.

La Política de Salud N°3, contempla objetivos estratégicos con sus respectivas líneas de acción para conducir las acciones dirigidas a aumentar el acceso de los grupos vulnerables identificados en la focalización prioritaria de este ODM, para todas las intervenciones en salud pública con el propósito de mejorar las condiciones de salud integral a nivel nacional.

ODM 5: Mejorar la salud materna

Meta 5A: Reducir, entre 1990 y 2015, la mortalidad materna en tres cuartas partes del valor de 1990.

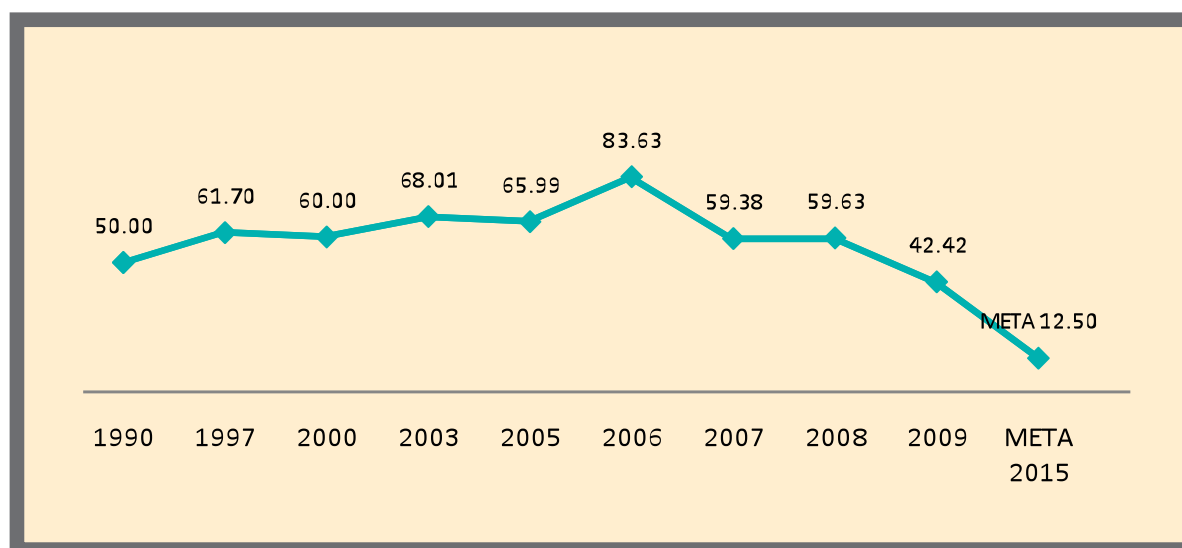
INDICADORES:

5.1 Tasa de mortalidad materna

La tasa de mortalidad materna ha mostrado un descenso pasando de 60 defunciones por cada 100,000 nacidos vivos en el año 2000 a 42 defunciones por 100,000 nacidos vivos en el año 2009. (Gráfica N°12). Las comarcas indígenas registran las mayores tasas de mortalidad materna.

La meta proyectada al año 2015 es una tasa de 12.5 muertes por 100,000 nacidos vivos, por lo tanto la brecha para alcanzarla es de 29.92 muertes por 100,000 nacimientos. Se requiere de un descenso de 4.9 puntos por año de 2009 a 2015.

**Gráfico N° 12: Tasa de Mortalidad Materna (x 100,000 nacidos vivos).
Panamá: 1990-2009 y meta 2015**



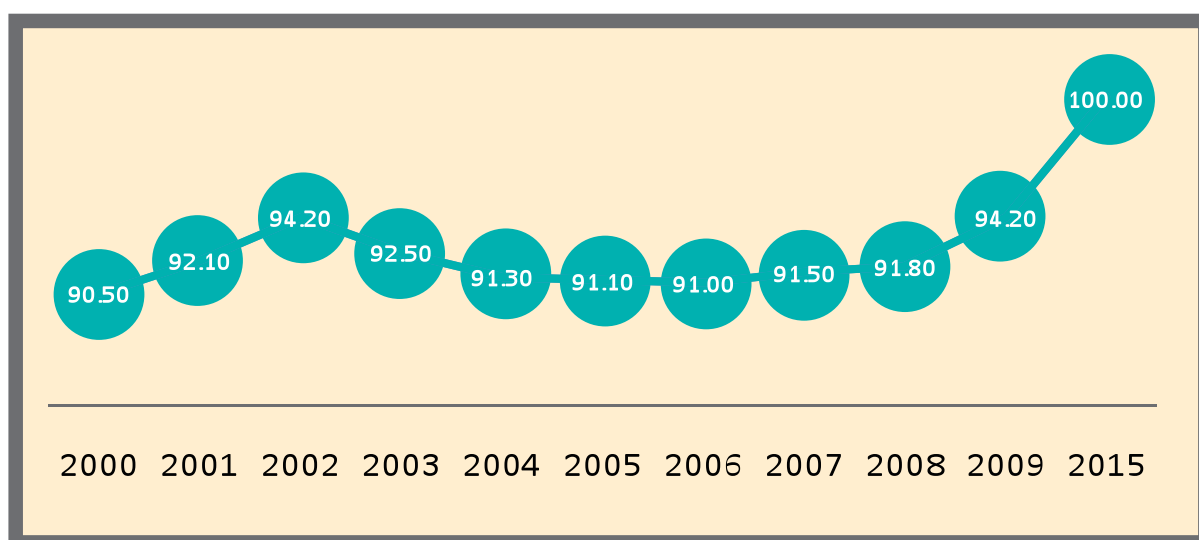
Fuente: Contraloría General de la República. Instituto Nacional de Estadísticas y Censo.

5.2 Proporción de partos con asistencia de personal sanitario especializado

La cobertura de asistencia profesional del parto ha evolucionado positivamente con respecto al año 2000 (90.5%). En el año 2009 este indicador se reportó en 94.2%. (Gráfica N°13). Sin embargo, son evidentes las disparidades a nivel de las provincias y las comarcas indígenas.



Gráfico N°13: Porcentaje de Asistencia Profesional del Parto en la República de Panamá. Año: 2000-2009 y meta 2015



Fuente: Contraloría General de la República. Instituto Nacional de Estadísticas y Censo.

Con respecto a este indicador, la brecha para alcanzar la meta en el año 2015 es de 5.8%, considerando como meta el 100%.

Meta 5B: Lograr, para el año 2015, el acceso universal a la salud reproductiva

INDICADORES:

5.3 Tasa de uso de anticonceptivos

Según la Encuesta de Niveles de Vida de 2008, el % de mujeres entre 15 y 49 años

que utiliza algún método anticonceptivo (operación, pastillas, condón, inyección, anillo, ritmo y espuma) aumentó a 57.7% con respecto al año 2003 donde era 55.8%. Sin embargo, en las áreas indígenas el uso de anticonceptivos es sólo de 20.2%, lo cual se relaciona con la mayor cantidad de hijos en la población indígena. Según el INEC-Contraloría, en el año 2009 se registró una prevalencia de uso de anticonceptivos de 11.8 en las mujeres en edad fértil.

5.4 Tasa de natalidad entre las adolescentes

Según la Contraloría General de la República, la tasa de natalidad entre adolescentes en el año 2009 fue de 21.79, lo cual demanda el desarrollo de intervenciones focalizadas en este grupo, priorizando las áreas rurales y las comarcas indígenas. Cabe señalar, que la maternidad a edades tempranas es un elemento que reproduce y agudiza la transmisión generacional de la pobreza. Así mismo, está asociada a complicaciones en el parto y aumento de la probabilidad de morir para la madre por este motivo. La natalidad entre adolescentes reduce las probabilidades de las mujeres de mantenerse en el sistema educativo y de lograr metas de carácter profesional.

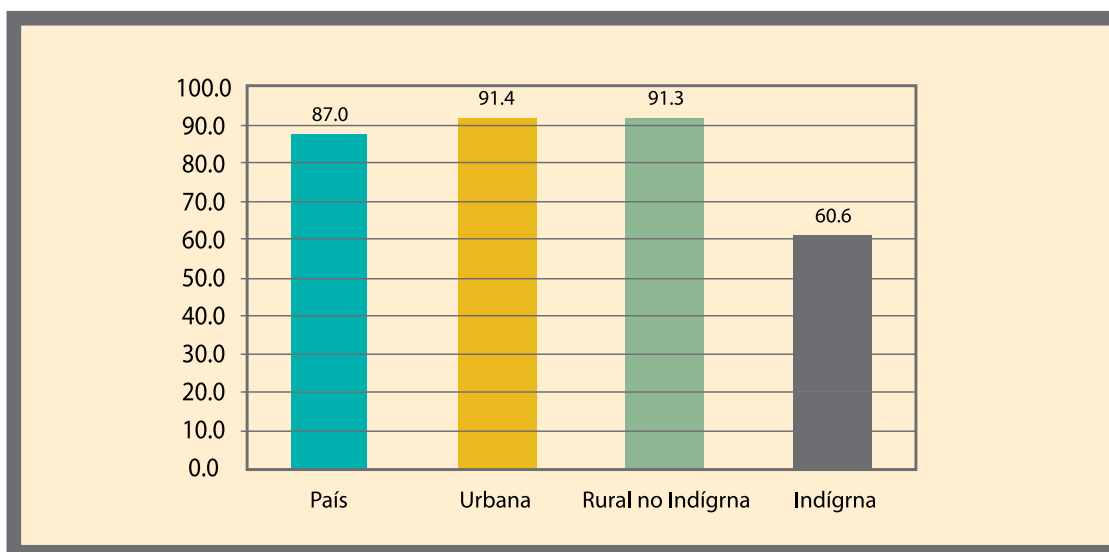
5.5 Cobertura de atención prenatal (al menos una consulta y al menos cuatro consultas)

Los datos de la Encuesta de Niveles

de Vida indican que para el año 2008, el 87% de las mujeres embarazadas a nivel nacional asistió al control prenatal. En los datos por áreas, se observa que el 91.4 % de las mujeres embarazadas residentes en áreas urbanas asistió a control prenatal; similar comportamiento reflejó el área rural-no indígena, con el 91.3 %; sin embargo, solo el 60.6% de las mujeres embarazadas que residen en las áreas indígenas asistió al control prenatal. (Gráfica N°14).

Esto muestra, una vez más, las desigualdades entre las áreas indígenas y el resto del país.

Gráfica N°14: Porcentaje de Mujeres Embarazadas que asisten al control Prenatal en la República según área. ENV. Año 2008



Fuente: Contraloría General de la República. ENV año 2008

En el año 2009, según el Departamento de Estadísticas y Registros de Salud de la Dirección de Planificación del Ministerio de Salud, 78 de cada 100 embarazadas esperadas para control prenatal en las instalaciones de salud del MINSA, acudieron al mismo. Excluimos en estos valores a las pacientes atendidas en las instalaciones de la Caja de Seguro Social.

5.6 Necesidades insatisfechas en materia de planificación familiar

Actualmente se realizan esfuerzos destinados a recabar la información necesaria para lograr un acercamiento a la realidad nacional en materia de planificación familiar a través de la *“Encuesta Nacional de Salud Reproductiva”*.

El comportamiento de estos indicadores muestra las brechas existentes entre las áreas indígena, rural y urbana.

La situación de las comarcas indígenas difiere en forma alarmante de los promedios nacionales y del resto de las provincias, al registrar las mayores tasas de mortalidad materna; por consiguiente, se considera que estas áreas representan el nudo crítico que determina un cambio muy relevante en el comportamiento de este indicador.

Dada esta situación, se incorporó el aspecto intercultural en los objetivos estratégicos y líneas de acción como medida hacia la efectividad en la aplicación de la **Política de Salud N°3**, focalizada hacia las zonas antes mencionadas. También se considera aspectos en las **Políticas de Salud N° 4, N°5 y N°9**. Todas consideradas en el eje 2 y 3.

ODM 6: Combatir el VIH/SIDA, el paludismo (malaria) y otras enfermedades

Meta 6A: Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la propagación del VIH/SIDA

INDICADORES:

- 6.1 Prevalencia del VIH entre las personas de 15 a 24 años:**
- 6.2 Uso de preservativos en la última relación sexual de alto riesgo**
- 6.3 Proporción de la población de 15 a 24 años que tiene conocimientos amplios y correctos sobre el VIH/SIDA**
- 6.4 Relación entre la asistencia escolar de niños y niñas huérfanos y la de niños y niñas no huérfanos de 10 a 14 años**

La incidencia de casos por SIDA, muestran una tendencia hacia el incremento desde una tasa de 3 en 1990 hasta una tasa de 20.3 en el 2009. (*Gráfica N°15*). Sin embargo, se han desarrollado diferentes estrategias para disminuir esta tendencia como:

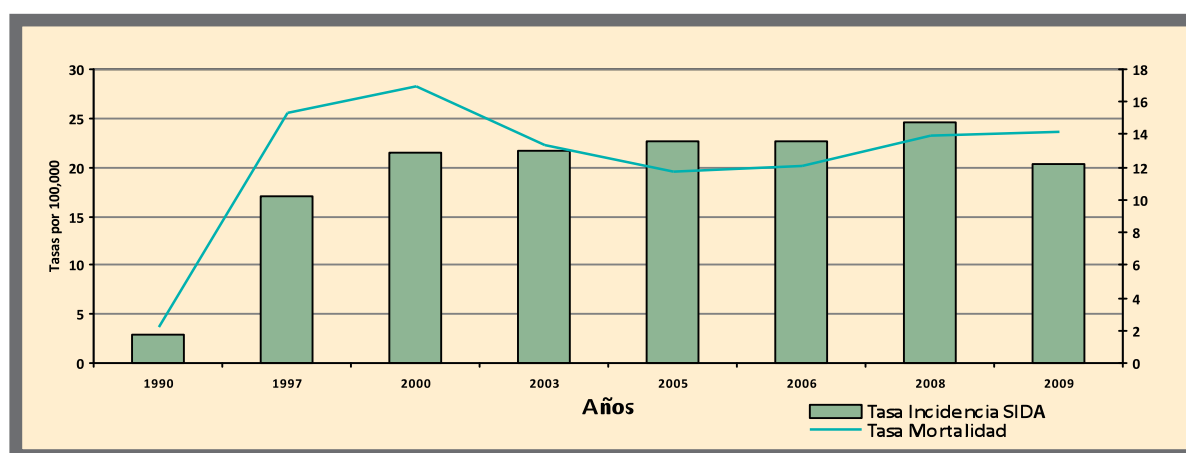
- Conformación y funcionamiento de la Comisión Nacional sobre VIH (CONAVIH).
- Normas y guías para asegurar la atención integral a las personas con VIH.

- Plan nacional para la prevención de la transmisión materno-infantil del VIH.
- Incremento de las actividades de prevención del VIH entre los grupos más vulnerables afectados.
- Implementación de pruebas rápidas a embarazadas con tratamiento gratuitos para ellas y a

los recién nacidos que resulten positivos.

Con respecto a la mortalidad por SIDA, también se reporta un aumento de esta tasa desde 2.2 en 1990 hasta 14.2 en el 2009. (Gráfica N°15). Hay que considerar que este incremento muestra la problemática de salud, con un mejor registro de los casos, desde 1990.

Gráfico N° 15: Tasas de Incidencias y Mortalidad por VIH/sida. Panamá 1990-2009



Fuente: Contraloría General de la República. Instituto Nacional de Estadísticas y Censo.

Meta 6B: Lograr, para el año 2010, el acceso universal al tratamiento del VIH/ SIDA de todas las personas que lo necesiten

la creación de las Clínicas de Tratamiento Antirretroviral.

Meta 6C: Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la incidencia del paludismo (malaria) y otras enfermedades graves

INDICADOR:

6.5 Proporción de la población portadora del VIH con infección avanzada que tiene acceso a medicamentos antirretrovirales.

Para darle cumplimiento a esta meta también se han desarrollado estrategias específicas tales como:

- Implementación de alternativas de compra de medicamentos más costo-efectivas.
- Descentralización del tratamiento a pacientes con SIDA mediante

INDICADORES:

6.6 Tasas de incidencia y mortalidad asociadas al paludismo (malaria)

6.7 Proporción de menores de 5 años que duermen protegidos por mosquiteros impregnados de insecticida

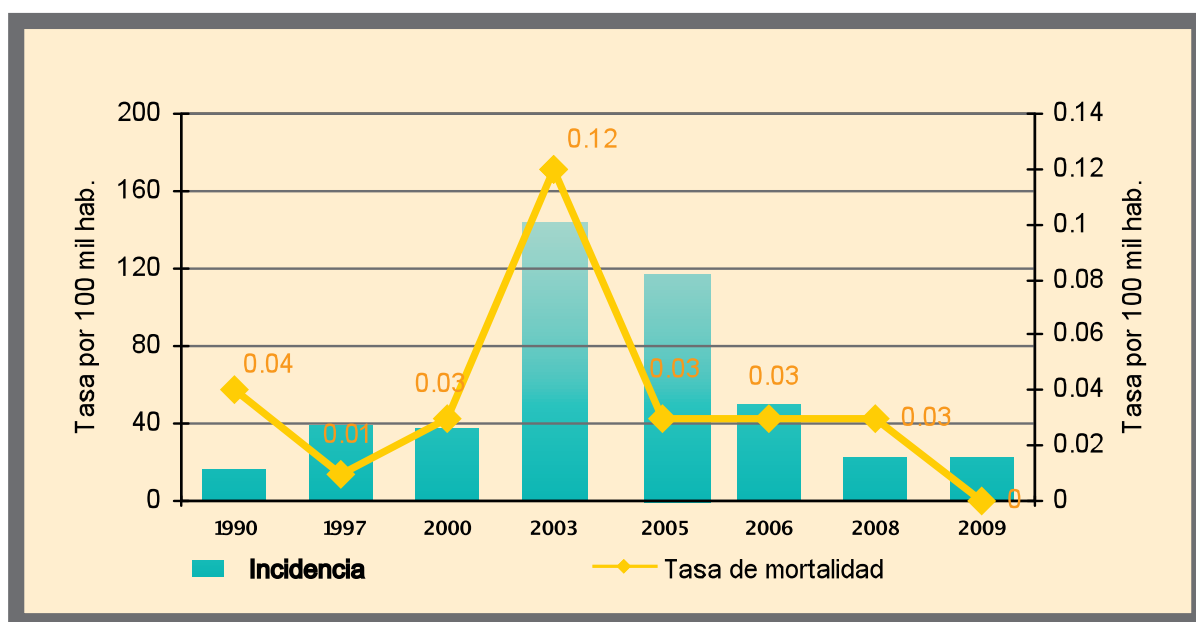
6.8 Proporción de menores de 5 años con fiebre que reciben tratamiento con los medicamentos adecuados contra el paludismo (malaria)

6.9 Tasas de incidencia, prevalencia y mortalidad asociadas a la tuberculosis

6.10 Proporción de casos de tuberculosis detectados y curados con el tratamiento breve bajo observación directa

Las tasas de incidencia y mortalidad por 100,000 habitantes, por paludismo muestran una disminución a partir de 2003. La tasa de incidencia disminuyó desde 144 en el 2003 hasta 22.5 en el 2009. La tasa de mortalidad en el 2003 fue de 0.12 y en el 2009 no se reportó ningún caso de muerte por paludismo. (Gráfica N°16).

Gráfica N°16: Tasa de Incidencia y Mortalidad por Paludismo en la República de Panamá. Años 1990 a 2009.



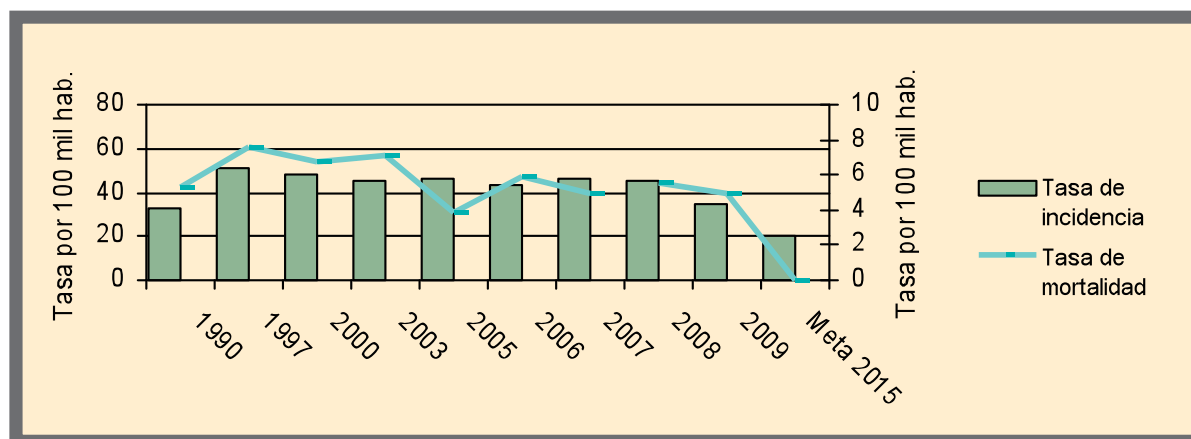
Fuente: Contraloría General de la República. Instituto Nacional de Estadísticas y Censo.

Las acciones desarrolladas en el país han influido en la estabilización de las tasas de incidencia y mortalidad de la Tuberculosis a nivel general.

A partir de 1997 la tasa de incidencia disminuyó de 51.4 hasta 34.8 en el 2009 y la tasa de mortalidad disminuyó de 7.6 a 4.9 durante este mismo período. La meta en el 2015 es alcanzar una tasa de incidencia de 20 y ningún caso de muerte por Tuberculosis, por lo cual la brecha es de 14.8 y 4.9, respectivamente. (Gráfica N°17).

La tasa de reducción de la brecha de la incidencia del 2009 al 2015 sería de 2.5 anual; sin embargo, como resultado de la re-emergencia de la enfermedad con implicaciones relacionadas con el VIH-SIDA, surge el desafío en materia de salud pública para abordar la condición de los pacientes con TB multiresistente y TB extremadamente resistente, las cuales requieren tratamientos más prolongados con fármacos de segunda línea, que son más costosos y tienen más efectos colaterales, lo cual hay que considerar en las acciones específicas para atender este problema.

Gráfica N°17: Tasa de Incidencia y Mortalidad por Tuberculosis en la República de Panamá. Años 1990 a 2009



Fuente: Contraloría General de la República. Instituto Nacional de Estadísticas y Censo.

A partir de esta situación se han priorizado las siguientes áreas y desafíos para el ODM 6 y sus metas:

FOCALIZACIÓN PRIORITARIA: comarcas indígenas, con especial énfasis en la Comarca Kuna Yala.

DESAFÍOS:

1. Disponer de intervenciones y modelos preventivos con perspectiva inter-cultural para el control del VIH/SIDA.
2. Mejorar la higiene ambiental y la vigilancia epidemiológica.
3. Profundizar los esfuerzos en materia de detección, control y curación de la malaria en las áreas indígenas y la provincia de Darién.
4. Establecer alianzas estratégicas efectivas entre los programas destinados al abordaje del VIH/SIDA y la tuberculosis para la detección de nuevos casos y prevenir la denominada co-epidemia.
5. Consolidar los registros estadísticos y lograr datos

confiables, continuos y pertinentes para reportar el comportamiento del VIH-SIDA.

El logro de las metas de este objetivo, constituyen uno de los desafíos en salud pública, por lo cual se establecieron objetivos estratégicos con sus respectivas líneas de acción en la **Política de Salud N°3** y la **Política de Salud N°5** para disminuir las brechas actuales y alcanzar las metas establecidas.

ODM 7: Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente

Meta 7C: Reducir a la mitad, para el año 2015, el porcentaje de personas sin acceso sostenible al agua potable y a servicios básicos de saneamiento

INDICADORES:

- 1.1 Proporción de la población con acceso a fuentes mejoradas de abastecimiento de agua potable
- 1.2 Proporción de la población con acceso a servicios de saneamiento mejorados

A nivel nacional, se ha alcanzado la meta acordada en cuanto a brindar los servicios de agua potable y saneamiento. Según el Anuario Estadístico del Ministerio de Salud y el Ministerio de Economía y Finanzas, en el 2009 la cobertura de casas con agua potable fue de 91.9% y la cobertura de casas con disposición de excretas fue de 90.9%, lo que indica la posibilidad de lograr que para el 2015, el 100% de la población panameña cuente con estos servicios. No obstante, es importante considerar que existen disparidades entre las áreas rurales, urbanas e indígenas.

En el caso de las áreas rurales, se observa una proporción inferior al promedio nacional y al de las áreas urbanas, lo cual puede tener relación con la dispersión de la población y la ubicación de las fuentes naturales. Con respecto a las áreas indígenas, a pesar de registrarse avances, es significativa la disparidad en comparación con las áreas urbanas y rurales. También destaca el hecho de que aún cuando estas zonas presentan gran oferta del elemento hídrico y un vasto capital natural, tienen un acceso limitado, debido a la carencia de planes o programas de gestión del agua que consideren los niveles de dispersión propios de la población de estas áreas.

De igual manera, se reflejan avances en materia de saneamiento; no obstante, existen disparidades en las áreas rurales e indígenas del país en lo que respecta al acceso y a las condiciones de las instalaciones. En el caso de las zonas rurales, los esfuerzos deben estar dirigidos a mejorar las instalaciones que no garantizan las condiciones higiénicas de separación requeridas para evitar el contacto humano con los residuos. Para las áreas indígenas es necesario ampliar la cobertura de los servicios de saneamiento, considerando los aspectos étnicos-

culturales de la población.

En el marco de las intervenciones destinadas a cerrar las brechas comparativas entre las áreas urbanas, rurales e indígenas se han priorizado para el ODM 7, las siguientes áreas y desafíos, las cuales fueron consideradas en los objetivos estratégicos y líneas de acción de la **Política de Salud N°3** y la **Política de Salud N°5**.

FOCALIZACIÓN PRIORITARIA:

1. **Área urbana para el tema de sostenibilidad del recurso agua.**
2. **Áreas rurales y comarcas indígenas**

DESAFÍOS:

1. **Desarrollar intervenciones destinadas a mejorar la sostenibilidad y calidad de los servicios de agua potable y saneamiento, con mayor énfasis en las áreas rurales y las comarcas indígenas.**
2. **Implementar programas que atiendan las necesidades asociadas al crecimiento de la urbanización.**
3. **Necesidad de llevar a cabo esfuerzos encaminados a cerrar la brecha existente entre el promedio nacional y las comarcas indígenas, dado que, en algunos casos, el perfil epidemiológico de las comarcas apunta a la carencia de servicios de saneamientos básicos.**

ODM 8: Fomentar una alianza mundial para el desarrollo

Meta 8E: En cooperación con las empresas farmacéuticas, proporcionar acceso a medicamentos esenciales en los países en desarrollo a precios asequibles

INDICADOR:

8.13 Proporción de la población con acceso sostenible a medicamentos esenciales a precios asequibles

Para alcanzar el cumplimiento de esta meta es necesario que el sector público privado, contribuya de manera coordinada o independiente, a garantizar la asignación de precios asequibles a los medicamentos más esenciales para la población.

En ese sentido, en la **Política de Salud N°9** se consideró, entre sus líneas de acción, la redefinición del sistema logístico de medicamentos para dotación efectiva a las instalaciones a nivel nacional. También todas las líneas de acción que favorezcan la modernización y coordinación intersectorial a nivel nacional e internacional cuya tendencia sea el mejoramiento de la disponibilidad de medicamentos.

VI-B. Plan Estratégico de Gobierno 2010-2014.

Durante la formulación de las políticas, objetivos estratégicos y líneas de acción se identificaron las estrategias planteadas en el Eje Social del Plan Estratégico de Gobierno 2010-2014 para la reducción de la malnutrición, aumento de la cobertura de agua potable, aumento de la cobertura y calidad de servicios básicos de salud.

Este plan está enfocado en la formación del recurso humano que el país necesita para apoyar el desarrollo de los sectores económicos en los cuales el país tiene ventaja competitiva para así aumentar la productividad y al mismo tiempo asegurar que el crecimiento beneficie a la población. Este Plan Estratégico está

concentrado en dos ejes prioritarios: **la formación de capital humano para el desarrollo y la inclusión social.**

El eje de inclusión social contempla la **reducción de la malnutrición, aumento de la cobertura de agua potable, aumento de la cobertura y calidad de servicios básicos de salud, acceso a vivienda digna, transporte público seguro y eficiente para la ciudad de Panamá, medidas preventivas para la Seguridad Ciudadana y fortalecimiento del sistema de protección social.** Dentro de este eje, se consideraron de manera prioritaria para salud las siguientes:

- **Reducción de la malnutrición:** para lograr que el crecimiento beneficie a todos y todas y que todos y todas puedan contribuir a este crecimiento es urgente eliminar las altas tasas de desnutrición crónica. Esta desnutrición resulta en grandes e irreversibles pérdidas en el desarrollo físico y cognitivo de los niños que resultan en grandes pérdidas para el país. Para lograr una reducción en la malnutrición el plan contiene las siguientes estrategias:
- Asegurar la ampliación de la cobertura de agua y saneamiento
- Fortalecer la atención primaria en salud a través del fortalecimiento de la estrategia de extensión de cobertura, particularmente su modelo comunitario de atención nutricional
- Verificar el cumplimiento de la corresponsabilidad de salud de la Red de Oportunidades
- Adaptar el suplemento nutricional y el desarrollo de programas de desarrollo infantil temprano.

Aumento de la cobertura de agua potable: uno de los mayores determinantes de la salud y particularmente de la salud y nutrición

infantil es el acceso a fuentes continuas de agua de calidad. El Plan Estratégico en el sector social tiene como meta asegurar que el 90% de los panameños a nivel provincial tengan acceso a agua potable acompañada de un programa de saneamiento urbano y rural. En tal sentido, una de las principales prioridades del gobierno es la construcción de acueductos, alcantarillados, letrinas y el manejo de residuos sólidos y el saneamiento de la ciudad de Panamá y de la Bahía.

Aumento en la cobertura y calidad de servicios básicos de salud: en las últimas décadas la salud de los panameños ha mejorado notablemente. Sin embargo, los promedios nacionales esconden grandes desigualdades en resultados y acceso a servicios sanitarios en detrimento de la población rural e indígena. Estos resultados no se deben a un bajo gasto en salud sino a ineficiencias en la distribución y uso de recursos. Para eliminar estas desigualdades y disminuir las ineficiencias, la nueva administración ha priorizado el fortalecimiento de la red de atención primaria a través de la creación de nuevas instalaciones de salud llamadas MINSA-CAPSi, la readecuación y mejoramiento de la red existente, el fortalecimiento de la estrategia de extensión de cobertura en salud y el fortalecimiento de la red de hospitales de primera referencia, para asegurar la continuidad de los servicios. Finalmente se automatizarán e informatizarán los expedientes médicos como una estrategia de fortalecimiento del sistema de información en salud.

Este eje de inclusión social fue considerado en la formulación de los objetivos estratégicos y líneas de acción de las **Políticas de Salud N° 3 y la N° 9.**

VI-C. Plan de Salud de Centroamérica y República Dominicana 2010-2015.

Con el propósito de asegurar la coherencia externa de estas Políticas, Objetivos estratégicos y Líneas de Acción, también se consideraron como un lineamiento orientador a los Objetivos Estratégicos del Plan de Salud de Centroamérica y República Dominicana 2010-2015, los cuales dan respuesta a una priorización de necesidades regionales en el marco de principios y valores guías para que los países logren su integración.

En las Políticas elaboradas, se consideraron los Objetivos Estratégicos (OE) planteados en la Agenda de Salud de Centroamérica y República Dominicana que muchos se acoplan perfectamente a nuestros objetivos estratégicos y fueron el fundamento para la elaboración del plan.

Estos OE son los siguientes:

- OE1:** Fortalecer la integración social de Centroamérica y República Dominicana mediante la definición e implementación de políticas regionales de salud.
- OE 2:** Fortalecer la función rectora de la autoridad sanitaria nacional en el marco de la integración centroamericana.
- OE 3:** Fortalecer y extender la protección social en salud garantizando el acceso a servicios de salud de calidad.
- OE 4:** Reducir las desigualdades e inequidades y exclusión social en salud dentro y entre los países.
- OE 5:** Reducir los riesgos y la carga de las enfermedades transmisibles y no transmisibles, violencia de género y social, ambiente y estilos de vida.
- OE 6:** Fortalecer la gestión y desarrollo de las trabajadoras y trabajadores de la salud.
- OE 7:** Promover la investigación científica y el desarrollo de la ciencia y tecnología en

salud y uso/aplicación de la evidencia en políticas públicas en salud.

OE 8: Fortalecer la seguridad alimentaria y nutricional y reducir la desnutrición apoyándose en la institución especializada de la región, INCAP.

OE 9: Establecer mecanismos para incrementar cobertura en la provisión de agua apta para consumo humano, protección y mejoramiento del ambiente urbano apoyándose en el FOCARD-APS.

OE 10: Reducir la vulnerabilidad ante los desastres de origen natural, las emergencias antrópicas y los efectos del cambio climático.

VI-D Dimensiones de la Función de Rectoría en Salud

En la agenda de estas Políticas, Objetivos estratégicos y líneas de acción, se incluyó el análisis de las dimensiones de

la función de rectoría del Ministerio de Salud, las cuales constituyen un elemento fundamental para el ejercicio del liderazgo institucional en el marco del cumplimiento de sus funciones establecidas constitucionalmente.

Se considera como dimensiones de la Función Rectora las siguientes: Conducción, Regulación, Funciones Esenciales de Salud Pública, Vigilancia del Aseguramiento, Modulación del Financiamiento y Armonización de la Provisión de los Servicios de Salud.

Dentro de estas dimensiones, se encuentran aquellas consideradas como responsabilidad exclusiva de la Autoridad Sanitaria y aquellas, como responsabilidad compartida con otras instancias.

El esquema metodológico N°1 adjunto, muestra la articulación en sentido bidireccional de las responsabilidades exclusivas y compartidas de la Autoridad Sanitaria. También muestra la correlación entre sí de las responsabilidades exclusivas: Regulación, Conducción y Funciones Esenciales de Salud Pública; las cuales se identifican como un componente común y transversal a las responsabilidades compartidas de la Autoridad Sanitaria.

Las responsabilidades exclusivas del Ministerio de Salud son:

- **Regulación:** Marco normativo sanitario que protege y promueve la salud y la garantía de su cumplimiento.
- **Conducción:** Capacidad de orientar a las instituciones del sector y movilizar los grupos sociales en apoyo a la Política Nacional de Salud.

ESQUEMA METODOLÓGICO N° 1



Fuente: Dirección de Planificación. Ministerio de Salud. Panamá

- **Funciones Esenciales de Salud**

Pública: otra de las responsabilidades exclusivas del Ministerio de Salud es el desempeño de las Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP), las cuales describen el espectro de competencias y acciones necesarias por parte de los sistemas de salud para alcanzar el objetivo central de la salud pública, que es el mejorar la salud de las poblaciones.

Los campos de actuación en la salud pública de estas funciones se resumen en la salud ambiental, la salud ocupacional, la salud materno-infantil y las enfermedades crónicas:

- FESP 1:** Seguimiento, evaluación y análisis de la situación de la salud de la población
- FESP 2:** Vigilancia de la salud pública, investigación y control de riesgos y daños en salud pública
- FESP 3:** Promoción de la Salud
- FESP 4:** El aseguramiento de la participación social en la salud
- FESP 5:** Desarrollo de políticas y capacidad institucional para planificación y gestión en salud
- FESP 6:** Fortalecimiento de la capacidad institucional de regulación y fiscalización en salud
- FESP 7:** Evaluación y promoción del acceso equitativo de la población a los servicios de salud
- FESP 8:** Desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública
- FESP 9:** La seguridad de la calidad en los servicios de salud
- FESP 10:** Investigación en salud pública
- FESP 11:** Reducción del impacto de las emergencias y desastres en la salud.

Las responsabilidades compartidas del Ministerio de Salud son:

- **Armonización de la Provisión de**

los Servicios de Salud: el MINSA debe armonizar los planes de acción y gestión de distintas entidades prestadoras de servicios de salud pública y atención a personas. Además, debe coordinar la provisión de servicios ejercida por otros actores y desarrollar la capacidad de los entes regionales para armonizar la provisión descentralizada de servicios.

- **Modulación del Financiamiento:** El MINSA como ente rector del sector, debe garantizar, vigilar y modular los recursos de diversas fuentes para asegurar el acceso equitativo de la población a los servicios de salud, por medio del financiamiento del Estado y otras fuentes, asignado en forma sectorial.
- **Vigilancia del Aseguramiento:** el MINSA debe vigilar la protección social en forma efectiva garantizando el acceso a un plan básico de cobertura de servicios de salud para todos los habitantes de Panamá. En las zonas y estratos más vulnerables se implementa la Red de Oportunidades con la articulación de esfuerzos y recursos de las diferentes instancias que forman el Gabinete Social del país.

Todas estas dimensiones dan el marco general y principal lineamiento orientador, para la metodología utilizada en la elaboración de las Políticas de Salud 2010-2015.

Cada una de las políticas construidas se sustenta en las responsabilidades exclusivas y compartidas de esta institución pudiendo a la vez, insertar los lineamientos sustantivos de la actual administración y otros compromisos institucionales, los cuales se enmarcaron sin contradicciones dentro de este marco general conceptual.

De esta manera, contribuimos a que el país, pueda tener un soporte con fundamentos sólidos desde el punto de vista técnico, para la formulación de políticas de salud, pues el fundamento conceptual se centra en el fortalecimiento del rol rector en salud, de la Autoridad Sanitaria del país.

Con el proceso de divulgación, implementación, monitoreo y evaluación de estas Políticas de Salud, mediante la elaboración de planes, programas y proyectos, se puede crear el marco de sostenibilidad en el tiempo, que permita mayor coherencia de las acciones institucionales y sectoriales que se enfoquen hacia la mejoría de la salud de la población panameña.

Dentro de este análisis de la función rectora del Ministerio de Salud, realizamos tres revisiones de las cuales dos (2) fueron resultados de talleres realizados en el año 2001 y 2005 en Panamá y en el Salvador, respectivamente y la tercera revisión fue realizada en Panamá, en la Dirección de Planificación en el año 2010, sobre la formulación de políticas de salud, considerando en ella, la existencia de las dimensiones de rectoría durante cuatro quinquenios (1990-2009). Estas revisiones se muestran a continuación.

VI- D.1. Revisión de las Políticas de Salud en MINSA desde 1990 hasta 2009

Los resultados de la evaluación del desarrollo histórico de las Políticas de Salud por quinquenio desde 1990 hasta el año 2009, según las responsabilidades exclusivas y compartidas del Ministerio de Salud, realizada en la Dirección de Planificación en el año 2010, nos permitió identificar aquellas funciones de rectoría carentes de directrices suficientes para orientar y definir los criterios generales en la toma de decisiones.

Es importante señalar que durante cuatro períodos de gobierno se formularon cuatro (4) políticas de regulación, cinco (5) políticas de conducción y sesenta y un (61) políticas para el desempeño de las Funciones Esenciales de Salud Pública. (*Cuadro N°7*).

Cuadro N° 7: Lineamientos Políticos según las Responsabilidades Exclusivas del Ministerio de Salud por Períodos de Gobierno desde 1990 hasta 2009.

PERÍODO GOBIERNO	REGULACIÓN	CONDUCCIÓN	FESP
1990-1994	2	3	31
1995-1999	1	-	7
2000-2004	1	1	15
2005-2009	-	1	8
TOTAL	4	5	61

Fuente: Dirección de Planificación. Ministerio de Salud.

Por otra parte, también se identificaron las FESP que mayormente fueron priorizadas para la formulación de políticas con directrices que orientaran los planes y programas definiendo el espectro de competencias y acciones institucionales y sectoriales necesarias para mejorar la salud de la población. De la misma manera, observamos las FESP con menores desarrollo dentro de la institución. (Cuadro N° 8).



Cuadro N° 8: Lineamientos Políticos según las FESP y por Períodos de Gobierno. Años 1990-2009

PERÍODOS	FUNCIONES ESENCIALES DE SALUD PÚBLICA											TOTAL
GOBIERNO	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	
1990-1994	5	5	1	1	4	6	1	4	3	1	-	31
1995-1999	1	1	-	-	1	2	-	1	-	1	-	7
2000-2004	3	1	1	-	1	4	1	1	1	1	1	15
2005-2009	1	1	1	1	1	1	-	1	-	1	-	8
TOTAL	10	8	3	2	7	13	2	7	4	4	1	61

Fuente: Dirección de Planificación del MINSA

Con respecto a las responsabilidades compartidas, durante cuatro períodos de gobierno se formularon diez (10) políticas para la armonización de la provisión de los servicios de salud, cuatro (4) políticas para la modulación del financiamiento y no hubo formulación de políticas, para cumplir con la Vigilancia del Aseguramiento. (Cuadro N°9)

En este sentido, la responsabilidad compartida de mayor fortaleza institucional desde el punto de vista de formulación de políticas, es la armonización de la provisión de los servicios de salud, aunque también se ha considerado el proceso de modulación del financiamiento en quinquenios anteriores.

Para el desarrollo de las políticas, se tiene que contar con la estructura organizativa institucional que permita darle una infraestructura con recursos para el desarrollo y seguimiento de las mismas; por esta razón, se consideró a la dimensión de la vigilancia del aseguramiento, como parte de un objetivo estratégico de la **Política de Salud N°1** de regulación, para poder iniciar el proceso de desarrollo de esta dimensión institucionalmente con miras a fortalecer en un futuro, el buen desempeño de la misma. Esperamos establecer los cimientos y la capacitación institucional, para el buen ejercicio de esta dimensión rectora importante para el país.

Cuadro N° 9: Lineamientos Políticos según las Responsabilidades Compartidas del Ministerio de Salud por Períodos de Gobierno desde 1990 hasta 2009.

	PROVISIÓN DE SERVICIOS	MODULACIÓN DEL FINANCIAMIENTO	VIGILANCIA DEL ASEGURAMIENTO
1990-1994	3	1	—
1995-1999	2	1	—
2000-2004	3	2	—
2005-2009	2	—	—
TOTAL	10	4	—

Fuente: Dirección de Planificación del MINSA

VI-D.2. Resultados del taller “Desempeño y Fortalecimiento de la Función Rectora de la Autoridad Sanitaria Nacional”. El Salvador. Marzo de 2005.

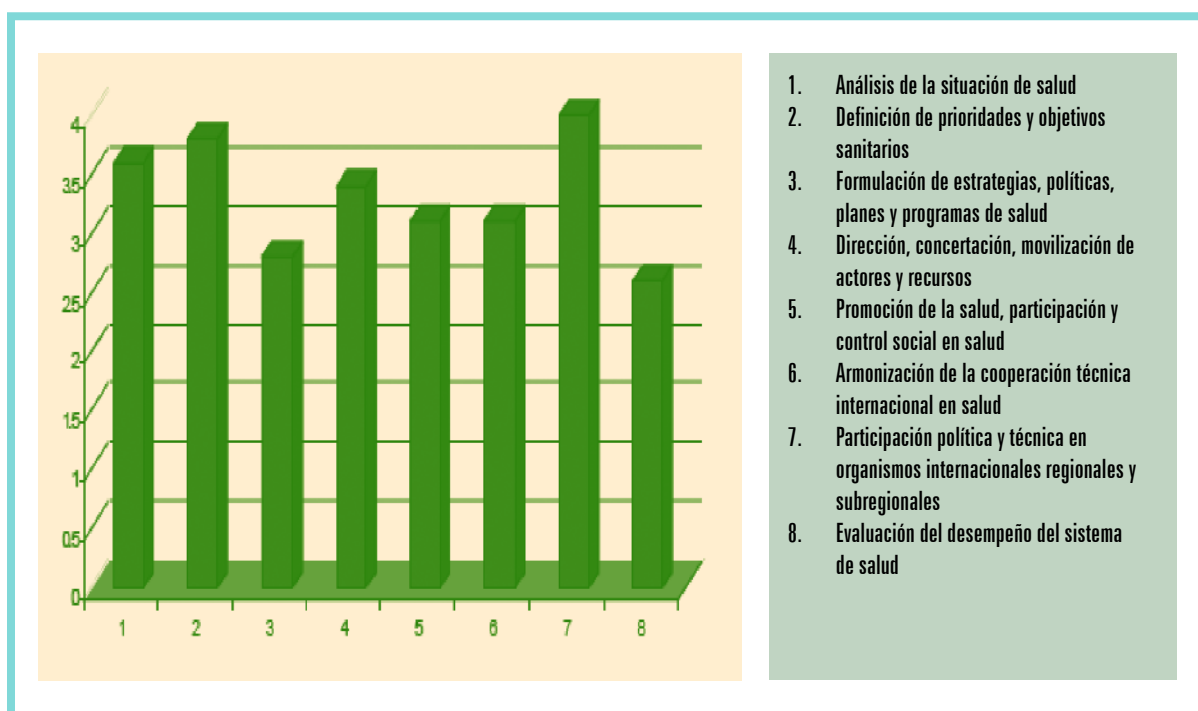
Se definieron algunas Políticas, Objetivos Estratégicos y Líneas de Acción tomando en cuenta los resultados del taller de la evaluación de las dimensiones de regulación y de conducción de la función rectora de la Autoridad Sanitaria, realizado en El Salvador en marzo de 2005.

Durante la evaluación de la dimensión de conducción de la función rectora de la Autoridad Sanitaria Nacional se midieron los siguientes indicadores:

- 1. Análisis de la situación de salud**
- 2. Definición de prioridades y objetivos sanitarios**
- 3. Formulación de estrategias, políticas, planes y programas de salud**
- 4. Dirección, concertación, movilización de actores y recursos**
- 5. Promoción de la salud, participación y control social en salud**
- 6. Armonización de la cooperación técnica internacional en salud**
- 7. Participación política y técnica en organismos internacionales regionales y subregionales**
- 8. Evaluación del desempeño del sistema de salud**

La Participación de la Autoridad Sanitaria como portavoz y representante del sector salud en los organismos nacionales, regionales y subregionales (7) obtuvo un alto nivel de logro; la definición de prioridades y objetivos sanitarios (2), alcanzó niveles intermedios de logro y la evaluación del desempeño del sistema de salud (8), fue el indicador que alcanzó el menor nivel de logro (*Gráfica N°18*).

Gráfica N°18: Indicadores Generales de Conducción. Panamá 2005



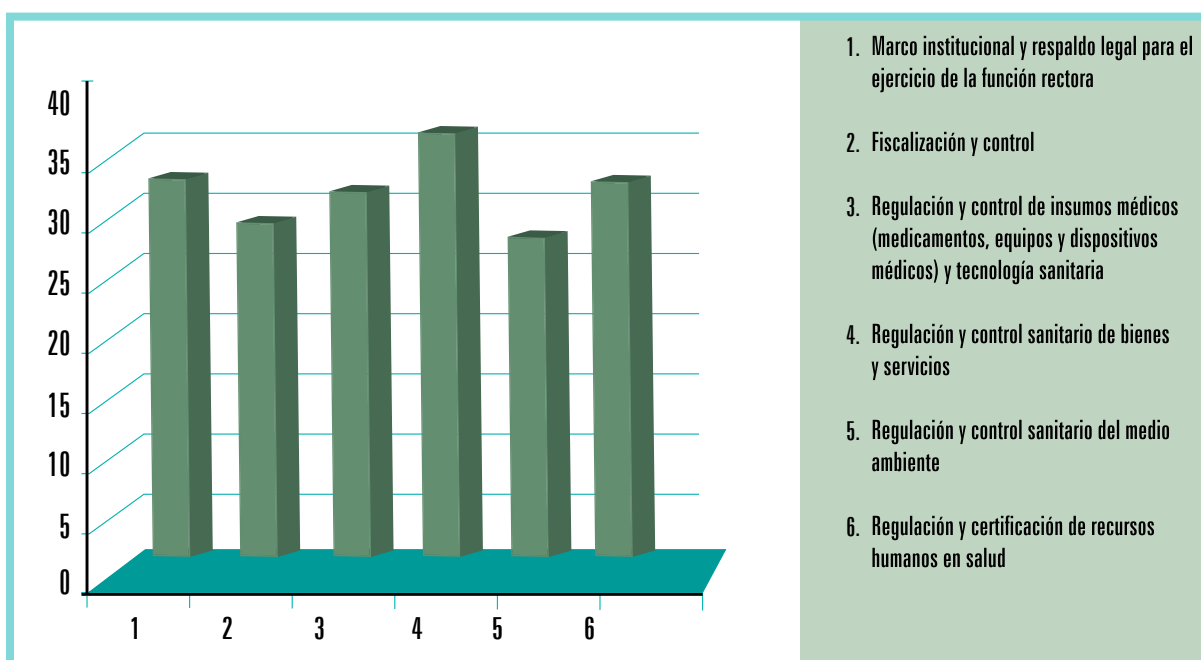
Fuente: Taller de Desempeño y Fortalecimiento de la Función Rectora de la Autoridad Sanitaria Nacional". El Salvador. Marzo de 2005.

En lo relacionado a la evaluación de la dimensión de regulación de la función rectora de la Autoridad Sanitaria Nacional se midieron los siguientes indicadores:

1. **Marco institucional y respaldo legal para el ejercicio de la función rectora**
2. **Fiscalización y control**
3. **Regulación y control de insumos médicos (medicamentos, equipos y dispositivos médicos) y tecnología sanitaria**
4. **Regulación y control sanitario de bienes y servicios**
5. **Regulación y control sanitario del medio ambiente**
6. **Regulación y certificación de recursos humanos en salud**

Cabe destacar que la regulación y control sanitario de bienes y servicios (4) alcanzó el nivel más alto de logro, mientras que la regulación y control sanitario del medio ambiente (5) fue calificado con el nivel más bajo. (Gráfica N°19). Los resultados de este taller orientaron la formulación de los objetivos estratégicos y líneas de acción de las **Políticas de Salud N° 1, 2, 4, 6, 7 y 8**.

Gráfica N°19: Indicadores Generales de Regulación Panamá 2005



Fuente: Taller de Desempeño y Fortalecimiento de la Función Rectora de la Autoridad Sanitaria Nacional". El Salvador. Marzo de 2005.

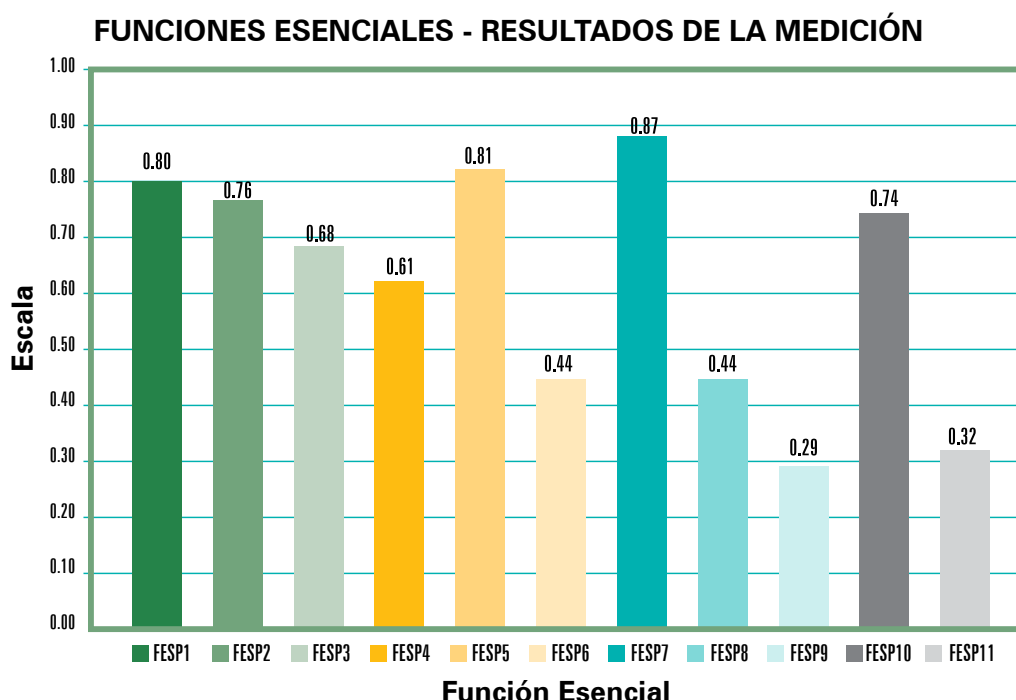
VI-D.3. Resultados del Taller de Medición de las Funciones Esenciales de Salud Pública. Junio de 2001.

Fueron considerados los resultados del Taller de Aplicación del Instrumento de medición de las Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP), llevado a cabo del 27 al 29 de junio de 2001, con el fin de identificar aquellas FESP, que han recibido mayor énfasis por parte del Ministerio de Salud y las que necesitan fortalecerse por medio de la formulación de nuevas directrices institucionales. La siguiente representación gráfica de los resultados permite apreciar el comportamiento de

cada una de las once FESP.

El análisis de la visión general del desempeño de las once (11) FESP, señala que la función 7– **“Evaluación y promoción del acceso equitativo a los servicios de salud necesarios”** – obtuvo el resultado más alto (0.87), respecto a todas las demás funciones; lo que puede explicarse por el énfasis que el Ministerio de Salud brinda a la accesibilidad equitativa de la atención de la salud.

Gráfica N°20: Resultados de la medición del desempeño de las Funciones Esenciales de Salud Pública



Fuente: Taller de Medición del Desempeño de las FESP. Panamá. Junio de 2001.

Las siguientes funciones, que se ubican en segundo lugar, fueron la **5- “Desarrollo de políticas y capacidad institucional de planificación y gestión en Salud Pública”** con una puntuación de 0.81 y la **-1- “Monitoreo, evaluación y análisis de la situación de salud”** con una puntuación de 0.80.

Al otro lado del espectro, obtienen el desempeño mínimo las funciones **-9- “Garantía y mejoramiento de la calidad de servicios individuales y colectivos”** con una puntuación de 0.29, que corresponde a un área emergente de la práctica de la Salud Pública – y la **11 – “Reducción del impacto de emergencias y desastres en salud”** con una puntuación de 0.32. Con un menor desempeño relativo se encuentran la función **-8 – “Desarrollo de recursos humanos y**

capacitación en Salud Pública”, con una puntuación de 0.44.

A este respecto, en la **Política de Salud N° 3**, se priorizaron objetivos estratégicos y líneas de acción dirigidas a mejorar el desempeño de la FESP N°7 **“Evaluación y promoción del acceso equitativo a los servicios de salud necesarios”**, la FESP N°9 **“Garantía y mejoramiento de la calidad de servicios individuales y colectivos”** y la FESP N°11 **“Reducción del impacto de emergencias y desastres en salud”**.

Además, en la **Política de Salud N° 6**, se consideraron objetivos estratégicos y líneas de acción para fortalecer el desempeño de la FESP N° 8 **“Desarrollo de recursos humanos y capacitación en Salud Pública”**.

VI-E. Metas Regionales en materia de Recursos Humanos para la Salud 2007-2015

Las metas regionales de recursos humanos para la salud 2007-2015 están organizadas según los cinco desafíos críticos mencionados en la Agenda de Salud para las Américas y el Llamado a la Acción de Toronto, las cuales se detallan a continuación:

DESAFÍO A. Definir políticas y planes de largo plazo para preparar mejor a la fuerza laboral de manera tal que se adapte a los cambios previstos en los sistemas de salud y desarrollar mejor la capacidad institucional para definir estas políticas y revisarlas periódicamente.

Meta 1: Todos los países de la Región habrán logrado una razón de densidad de recursos humanos de 25 por 10.000 (este indicador se refiere a médicos, enfermeras y parteras.)

Meta 2: Las proporciones regional y subregional de médicos de atención primaria excederán el 40% de la fuerza laboral médica total.

Meta 3: Todos los países habrán formado equipos de atención primaria de salud con una amplia gama de competencias que incluirán sistemáticamente a agentes comunitarios de salud para mejorar el acceso, llegar a los grupos vulnerables y movilizar redes de la comunidad.

Meta 4: La razón de enfermeras calificadas con relación a los médicos alcanzará al menos 1:1 en todos los países de la Región.

Meta 5: Todos los países de la Región habrán establecido una unidad de recursos humanos para la salud responsable por el desarrollo de políticas y planes de recursos humanos, la definición de la

dirección estratégica y la negociación con otros sectores, niveles de gobierno e interesados directos.

DESAFÍO B. Ubicar a las personas adecuadas en los lugares adecuados mediante el despliegue del personal indicado a los cargos pertinentes y en los ámbitos más apropiados de los países, de manera de lograr una distribución equitativa de la cantidad y la combinación de aptitudes del personal sanitario en las diferentes regiones para que estén al nivel de las necesidades de salud específicas de esas poblaciones.

Meta 6: La brecha en la distribución de personal de salud entre zonas urbanas y rurales se habrá reducido a la mitad en 2015.

Meta 7: Al menos el 70% de los trabajadores de atención primaria de salud tendrán competencias de salud pública e interculturales comprobables.

Meta 8: 70% de las enfermeras, las auxiliares de enfermería, los técnicos de salud y los agentes comunitarios de salud habrán perfeccionado sus capacidades y competencias a la luz de la complejidad de sus funciones.

Meta 9: El 30% del personal de salud en los entornos de atención primaria se habrán reclutado de sus propias comunidades.

DESAFÍO C. Promover iniciativas nacionales e internacionales para que los países en desarrollo conserven a su personal sanitario y eviten carencias en su dotación:

Meta 10: Todos los países de la Región habrán adoptado un código de práctica global o habrán desarrollado normas éticas sobre el reclutamiento internacional de trabajadores de salud.

Meta 11: Todos los países de la Región tendrán una política de autosuficiencia para satisfacer sus necesidades de

recursos humanos para la salud.

Meta 12: Todas las subregiones habrán desarrollado mecanismos para el reconocimiento de los profesionales formados en el extranjero.

DESAFÍO D. Generar relaciones laborales entre el personal y las organizaciones de salud con el fin de fomentar la creación de ambientes de trabajo saludables y que propicien el compromiso con la misión institucional de garantizar la prestación de servicios de salud de buena calidad para toda la población.

Meta 13: La proporción de empleo precario, sin protección para los proveedores de servicios de salud se habrá reducido a la mitad en todos los países.

Meta 14: El 80% de los países de la Región contará con una política de salud y seguridad para los trabajadores de salud, incluyendo programas para reducir las enfermedades laborales y accidentes de trabajo.

Meta 15: Al menos 60% de los gerentes de servicios y programas de salud reunirán requisitos específicos de competencias para la salud pública y la gestión, entre ellas las de carácter ético.

Meta 16: El 100% de los países de la Región contarán con mecanismos de negociación y legislaciones efectivas para prevenir, mitigar o resolver los conflictos de trabajo y garantizar la prestación de los servicios esenciales, toda vez que se presenten.

DESAFÍO E. Crear mecanismos de cooperación entre las instituciones educativas y de servicios de salud para que sea posible adaptar la educación de los profesionales sanitarios a un modelo universal y equitativo de prestación de atención de buena calidad que satisfaga las necesidades de salud de toda la población.

Meta 17: El 80% de las escuelas de

ciencias de la salud habrán reorientado su formación hacia la atención primaria de salud y las necesidades de la salud comunitaria y habrán incorporado estrategias para la formación interprofesional.

Meta 18: El 80% de las escuelas de ciencias de la salud habrán adoptado programas específicos para atraer y formar a estudiantes de poblaciones subatendidas, haciendo hincapié, cuando corresponda, en las comunidades o poblaciones indígenas.

Meta 19: Las tasas de abandono de las escuelas de medicina y enfermería no pasarán del 20%.

Meta 20: El 70% de las escuelas de ciencias de la salud y de las escuelas de salud pública estarán acreditadas por una entidad reconocida.

Según la Contraloría General de la República, en el 2009 existían 704 hab. por médico, 780 hab. por enfermeras y 3,440 hab. por odontólogo. Esta variación ha mantenido un rango similar en los últimos cinco años. (*Cuadro N° 10*).

Otro de los retos que enfrenta el Ministerio de Salud es definir políticas y planes de largo plazo para preparar mejor a la fuerza laboral de tal manera que se adapte a los cambios previstos en los sistemas de salud y desarrolle mejor la capacidad institucional. En ese sentido, se formula la Política N° 6 con sus objetivos estratégicos y líneas de acción para cumplir con las metas regionales de recursos humanos para la salud 2007-2015.

Cuadro N°10: Médicos, Enfermeras y Odontólogos en las Instalaciones de Salud de la República. Años 2005-2009.

Años	Médicos		Enfermeras		Odontólogos	
	Total	Habitantes por médico	Total	Habitante por enfermera	Total	Habitantes por odontólogo
2005	4,448	726	3,728	866	938	3,442
2006	4,424	742	3,949	869	932	3,524
2007	4,501	742	4,087	817	944	3,528
2008	4,855	697	4,260	795	990	3,420
2009	4,904	704	4,421	780	1,003	3,440

Fuente: Contraloría General de la República. Instituto Nacional de Estadísticas y Censo.

VII. DESAFÍOS NACIONALES EN SALUD

Luego de identificar las variaciones, que en tiempo y espacio, experimentaron los grandes problemas de salud, se logró determinar los principales desafíos sectoriales e institucionales, que se tienen que enfrentar para resolver los problemas de salud identificados. Estos desafíos se consideraron en la formulación de políticas y estrategias 2010-2015 y son los siguientes:

VII-A. PRINCIPALES DESAFÍOS SECTORIALES:

1. Desempeñar las responsabilidades de todas las dimensiones de rectoría en el sector salud.
2. Regular y vigilar el cumplimiento de la normativa concerniente a todas las actuaciones del sector en materia de salud integral de la población y del ambiente.
3. Fortalecer la coordinación interinstitucional para mejorar la efectividad de todas las acciones contempladas en los planes, programas sectoriales y proyectos que reduzcan el impacto de los problemas de salud de la población y ambiente.

4. Influenciar en la macro asignación y garantizar la complementariedad de los recursos financieros asignados al sector.
5. Desarrollar alianzas interinstitucionales para promover la participación social en la salud.
6. Establecer mecanismos de coordinación efectiva interinstitucional para el intercambio de información, asegurando su disponibilidad al sector.
7. Coordinar el desarrollo del recurso humano para el sector.
8. Promover alianzas estratégicas entre los actores del sector para fortalecer el Sistema Nacional de Investigación e Innovación en Salud.
9. Conducir todas las acciones del sector dirigidas a aumentar el acceso de los grupos vulnerables a las intervenciones de la salud integral de la población y del ambiente, articulando los diversos proveedores y grupos de usuarios.

VII-B. PRINCIPALES DESAFÍOS INSTITUCIONALES:

1. Desempeñar todas las dimensiones de la función rectora en el Sistema Sanitario a nivel nacional, regional y local.
2. Fortalecer la capacidad institucional de regulación y conducción de todas las acciones en materia de salud pública.
3. Ofertar servicios de salud con equidad, eficiencia, eficacia y calidad, coordinando con todos los actores de la sociedad.
4. Promover la participación social en salud.
5. Fortalecer integralmente a los sistemas de información en salud con modernización de la red pública.
6. Desarrollar los recursos humanos en salud.
7. Promover la investigación y el desarrollo tecnológico en salud.
8. Vigilar y modular la asignación de recursos financieros en salud.
9. Incrementar el acceso a los servicios de salud integrales a la población más vulnerable.

VIII. POLÍTICAS DE SALUD 2010-2015

El Ministerio de Salud ha formulado nueve Políticas de Salud para el período 2010-2015, las cuales se agruparon con fines de comunicación social y operativización de sus objetivos estratégicos y líneas de acción, en tres (3) grandes ejes que son:

VIII-A. EJES DE LAS POLÍTICAS DE SALUD

- Eje I:** Protegiendo a la población mediante la regulación y conducción del sistema de salud.
- Eje II:** Mejorando la calidad y el acceso de la población a los servicios de salud.
- Eje III:** Promoviendo la salud con la participación social.

Por otro lado, estos tres grandes ejes responden a los siguientes macroobjetivos que son:

VIII-B. OBJETIVOS DE LAS POLÍTICAS DE SALUD

1. Fortalecer la regulación y conducción del Sistema de Salud para la protección de la salud de la población
2. Mejorar la calidad y el acceso a los servicios de salud
3. Promover la salud con participación social



VIII-C. ENUNCIADO DE LAS POLÍTICAS DE SALUD

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

Política 2: Ejercer el liderazgo sectorial en salud.

Política 3: Mejorar el acceso a los servicios integrales de salud con equidad, eficiencia, eficacia y calidad.

Política 4: Promover la salud con participación social considerando el enfoque de género, intercultural, multidisciplinario, interinstitucional, principios de transparencia y rendición de cuentas.

Política 5: Fortalecer la vigilancia de los factores determinantes de la salud para el control de los riesgos, amenazas y daños a la población.

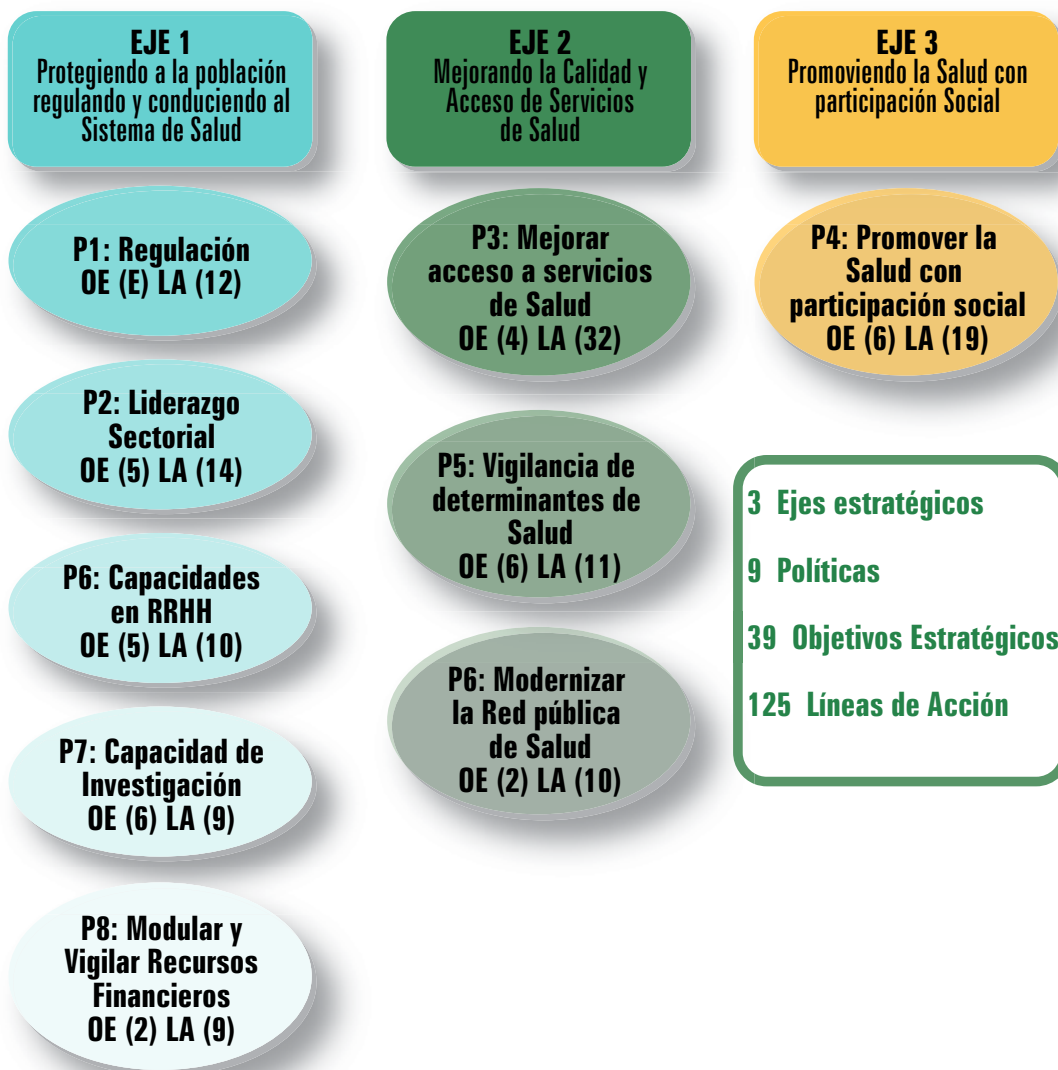
Política 6: Fortalecer el desarrollo de capacidades de los recursos humanos sectoriales en salud.

Política 7: Fortalecer la capacidad institucional de investigación y desarrollo tecnológico en salud.

Política 8: Modular y vigilar los recursos financieros sectoriales en salud.

Política 9: Modernizar la red pública de servicios de salud.

Gráfica N°21: Distribución de las Políticas Según Ejes.



Fuente: Dirección de Planificación del MINSA

IX. DISTRIBUCIÓN DE LAS POLÍTICAS, OBJETIVOS ESTRATÉGICOS, LÍNEAS DE ACCIÓN ESTRATÉGICAS SEGÚN EJES.

Los tres (3) ejes definidos, agrupan nueve (9) Políticas de Salud, treinta y nueve (39) objetivos estratégicos y ciento veinticinco (125) líneas de acción como se detallan a continuación:

Eje I: PROTEGIENDO A LA POBLACIÓN MEDIANTE LA REGULACIÓN Y CONDUCCIÓN DEL SISTEMA DE SALUD

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

OE 1.1: Fortalecer la formulación, sistematización, y vigilancia del cumplimiento del marco regulatorio nacional, dirigido a mejorar la salud de la población y del ambiente.

Línea de acción 1.1.1: Revisión y actualización del marco legal para el mantenimiento de la salud poblacional y del ambiente.

Línea de acción 1.1.2: Creación del Sistema de Vigilancia para el cumplimiento del marco legal.

Línea de acción 1.1.3: Formación de un cuerpo legal profesional.

Línea de acción 1.1.4: Coordinación efectiva entre la autoridad sanitaria y las autoridades ambientales.

OE 1.2: Armonizar la normativa nacional con la internacional en materia de salud de la población y del ambiente.

Línea de acción 1.2.1: Revisión de normas y procedimientos de interés sanitario, vinculados al ámbito internacional.

Línea de acción 1.2.2: Desarrollo del Plan del Reglamento Sanitario Internacional.

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

Línea de acción 1.3.1: Identificación de los diversos proveedores a nivel nacional con planes de cobertura de servicios de salud a la población tanto público como privado.

Línea de acción 1.3.2: Definición y consenso de estándares de prestación de servicios de salud a nivel nacional.

Línea de acción 1.3.3: Formulación, divulgación y vigilancia de las normas en relación a los planes de servicios de salud, así como mecanismos de afiliación a

los seguros y los contenidos de las pólizas de los seguros de salud.

Línea de acción 1.3.4: Vigilancia del cumplimiento de los planes de cobertura otorgadas a la población por entidades públicas y privadas.

Línea de acción 1.3.5: Realización de encuestas periódicas de satisfacción como parte de los mecanismos de evaluación de los aseguradores y prestadores de servicios.

Línea de acción 1.3.6: Evaluación de los modelos de atención en salud, públicos y privados, focalizando a grupos de población específicos, buscando puntos convergentes de beneficio y satisfacción del usuario.

POLÍTICA 2: Ejercer el liderazgo sectorial en salud.

OE 2.1: Fortalecer la capacidad del MINSA en la planificación y gestión del sistema sanitario.

Línea de acción 2.1.1: Desarrollo, seguimiento y evaluación de las políticas de salud expresadas en planes, programas y proyectos.

OE 2.2: Fortalecer el sistema de información de salud nacional en forma integral.

Línea de acción 2.2.1: Desarrollo de un sistema integrado de información en salud.

Línea de acción 2.2.2: Coordinación de los subsistemas de información existentes intra y extra-institucional públicos y privados.

OE 2.3: Coordinar con todos los actores del sector nacional la elaboración, implementación y evaluación del Plan Nacional de Salud.

Línea de acción 2.3.1: Consenso nacional de un modelo de atención integral que incluya a toda la población con énfasis en los distintos sectores vulnerables con enfoque intercultural.

Línea de acción 2.3.2: Fortalecimiento de los sistemas de monitoreo y evaluación de los programas, planes y proyectos.

Línea de acción 2.3.3: Planificación conjunta con prestadores de servicios de salud.

Línea de acción 2.3.4: Implementación del Plan Nacional de Salud con participación de los diferentes sectores involucrados.

OE 2.4: Armonizar y coordinar la cooperación internacional técnica y financiera con las políticas, planes de desarrollo y objetivos sanitarios nacionales.

Línea de acción 2.4.1: Capacitación a técnicos nacionales para formular proyectos y negociar con la cooperación internacional proyectos de desarrollo sanitarios.

Línea de acción 2.4.2: Participación, coordinación, implementación, dirección y supervisión de acuerdos y compromisos de cooperación internacional.

Línea de acción 2.4.3: Participación en convenios con los organismos internacionales, regionales y subregionales.

OE 2.5: Fortalecer la gestión en la salud, higiene y seguridad de los trabajadores, condiciones y ambientes de trabajo a nivel nacional.

Línea de acción 2.5.1 Coordinación, dirección y supervisión de un modelo de vigilancia de la salud de los trabajadores.

Línea de acción 2.5.2 Educación continua del equipo de salud

Línea de acción 2.5.3 Coordinación inter e intrainstitucional para el acceso oportuno de los trabajadores a los servicios médicos integrales con calidad

Línea de acción 2.5.4 Reubicación, readaptación y reeducación laboral.

POLÍTICA 6: Fortalecer el desarrollo de capacidades de los recursos humanos sectoriales en salud.

OE 6.1: Identificar y adecuar los perfiles del recurso humano a las necesidades de los servicios de salud en el país.

Línea de acción 6.1.1: Elaboración del diagnóstico de recurso humano de salud

Línea de acción 6.1.2: Desarrollo de un programa de relevo generacional de los profesionales de la salud.

OE 6.2: Establecer programas de formación ética, técnica y administrativa, con enfoque intercultural, de género, derechos humanos.

Línea de acción 6.2.1: Evaluación de las necesidades de formación del recurso humano que presta servicios en el sistema sanitario.

OE 6.3: Coordinar con instituciones, universidades, sociedades científicas el desarrollo de recursos humanos para el sector salud a nivel nacional e internacional.

Línea de acción 6.3.1: Desarrollo de programas de educación y formación continua a los profesionales de salud en materia de salud pública.

Línea de acción 6.3.2: Revisión de la oferta académica de las universidades y sociedades científicas para el sector salud.

OE 6.4: Evaluar el desempeño del personal de salud.

Línea de acción 6.4.1: Definición de criterios e indicadores para la evaluación del desempeño.

Línea de acción 6.4.2: Establecimiento de un programa de incentivos.

OE 6.5: Generar condiciones organizacionales para el desarrollo de un ambiente laboral adecuado.

Línea de acción 6.5.1: Aplicación de Encuestas de satisfacción del entorno organizacional del personal de salud.

Línea de acción 6.5.2: Sensibilización a los tomadores de decisiones sobre los efectos negativos de las condiciones precarias de trabajo en los trabajadores de la salud.

Línea de acción 6.5.3: Elaboración y aplicación del Plan para Mejorar el Ambiente Laboral.

POLÍTICA 7: Fortalecer la capacidad institucional de investigación y desarrollo tecnológico en salud.

OE 7.1: Articular los sectores público y privado a través de programas de desarrollo de capacidades institucionales.

Línea de acción 7.1.1: Desarrollo de programas y convenios para el desarrollo de capacidades institucionales.

OE 7.2: Generar nuevos espectros de estudios de investigación de acuerdo a las prioridades identificadas y consensuadas por los sectores involucrados, en el campo de tecnología en salud a nivel nacional con vinculación de los estándares a nivel internacional.

Línea de acción 7.2.1: Identificación de nuevos espectros de investigación de acuerdo a las prioridades del sector.

OE 7.3: Evaluar e integrar los resultados de la investigación y el desarrollo tecnológico en salud para el mejoramiento de la calidad de vida de la población y su ambiente.

Línea de acción 7.3.1: Análisis de los resultados de investigación y desarrollo tecnológico en salud.

OE 7.4: Promover alianzas estratégicas entre los elementos que conforman el sistema nacional e internacional de investigación y tecnología de innovación.

Línea de acción 7.4.1: Establecimiento de alianzas multisectoriales para la promoción de la investigación y tecnología de innovación.

OE 7.5: Incentivar a los profesionales que se dedican a la investigación en salud, priorizando en aquellos nuevos investigadores que cuentan como única alternativa el apoyo institucional.

Línea de acción 7.5.1: Asesoría y apoyo técnico a la investigación en las instancias subnacionales de salud pública.

OE 7.6: Promover una cultura de investigación en salud.

Línea de acción 7.6.1: Formación de investigadores en salud

Línea de acción 7.6.2: Coordinación con las instituciones académicas, sociedades científicas, empresa privada, filántropos y fundaciones para el fomento de investigación en salud.

Línea de acción 7.6.3: Establecimiento de modelos de trabajo con tecnología para el intercambio de conocimientos, actividades y proyectos con estándares que dictaminen las mejores prácticas de intercambio electrónico de información.

Línea de acción 7.6.4: Identificación de fuentes de financiamiento para el desarrollo de la tecnología e innovación en salud.

POLÍTICA 8: Modular y vigilar los recursos financieros sectoriales en salud.

OE 8.1: Desarrollar instrumentos para la vigilancia y modulación financiera sectorial.

Línea de acción 8.1.1: Coordinación para la formulación y ejecución presupuestaria a nivel sectorial nacional.

Línea de acción 8.1.2: Realización de estudios para la distribución del gasto e inversión total según patrones de utilización de los servicios en salud y carga de enfermedad.

Línea de acción 8.1.3: Homologación y Sistematización de los indicadores socioeconómicos y sus fuentes, para seguimiento y comparación nacional e

internacional.

Línea de acción 8.1.4: Desarrollo de mecanismos de asignación equitativa de fondos entre los distintos niveles de atención, de acuerdo a las prioridades y grados de complejidad de las instalaciones de salud a nivel nacional, incluyendo las acciones de salud pública.

Línea de acción 8.1.5: Coordinación y movilización de recursos financieros del sector salud e involucrados.

Línea de acción 8.1.6: Desarrollo de un sistema de costo único que permita conocer sistemáticamente los gastos en Salud.

OE 8.2: Desarrollar iniciativas para incorporar recursos externos nacionales e internacionales al sector salud

Línea de acción 8.2.1: Coordinación y movilización de recursos financieros nacionales e internacionales.

Línea de acción 8.2.2: Conformación de unidades técnicas especializadas para la gestión de fondos externos.

Eje II: MEJORANDO LA CALIDAD Y EL ACCESO DE LA POBLACIÓN A LOS SERVICIOS DE SALUD.

POLÍTICA 3: Mejorar el acceso a los servicios integrales de salud con equidad, eficiencia, eficacia y calidad.

OE 3.1: Mejorar el acceso geográfico, socio-económico, cultural y de género de la población a los servicios de salud con enfoque integral y multisectorial.

Línea de acción 3.1.1: Elaboración de informes anuales del análisis de situación de salud a nivel local, regional y nacional con la inclusión del acceso y cobertura de los servicios de salud.

Línea de acción 3.1.2: Utilización de Guías Metodológicas para el Análisis de Situación y Tendencias de Salud.

Línea de acción 3.1.3: Implementación en las Regiones de Salud del plan de salud bucal con la estrategia de comunidades libres de caries, para poblaciones vulnerables focalizados en el menor de 5 años, embarazadas, discapacitados, binomio madre-hijo, en áreas rurales e indígenas.

Línea de acción 3.1.4: Implementación del Plan Nacional del Control de Enfermedades Crónicas y el Cáncer y del Programa Nacional de Cuidado Paliativo.

Línea de acción 3.1.5: Implementación del Plan Nacional de Salud Visual

Línea de acción 3.1.6: Actualización e implementación del Plan Nacional de Salud Mental

Línea de acción 3.1.7: Fortalecimiento del Plan Nacional para el control de las Enfermedades Transmisibles.

Línea de acción 3.1.8: Fortalecimiento del Modelo de Atención Primaria, individual, familiar, comunitaria y ambiental.

Línea de acción 3.1.9: Atención integral a los privados de libertad.

Línea de acción 3.1.10: Coordinación Intersectorial para la mejora del acceso geográfico de los servicios integrales de salud.

OE 3.2: Conducir las acciones dirigidas a aumentar el acceso de los grupos vulnerables a todas las intervenciones en salud pública para mejorar las condiciones de salud integral a nivel nacional. (Objetivo Estratégico transitorio por ODM).

Línea de acción 3.2.1: Implementación del modelo comunitario de atención y educación de salud nutricional focalizado en la población menor de 5 años, embarazadas y tercera edad, especialmente en las áreas rurales con población indígena y no indígena y en las áreas urbano-marginales a nivel nacional.

Línea de acción 3.2.2: Fortalecimiento de las intervenciones de salud en los grupos priorizados para disminuir las muertes por causas prevenibles.

Líneas de acción 3.2.3: Incorporación de elementos étnico-culturales y de género en los planes y programas.

Línea de acción 3.2.4: Implementación de los planes para mejorar la salud infantil focalizada en los menores de 5 años con enfoque intercultural, priorizando en las áreas rurales, comarcas indígenas y otros grupos.

Línea de acción 3.2.5: Implementación de planes de salud materna focalizada a grupos de riesgo, con enfoque intercultural en áreas rurales y comarcas indígenas.

Línea de acción 3.2.6: Incremento de la atención profesional del parto.

Línea de acción 3.2.7: Establecimiento de alianzas entre los programas nacionales para el abordaje de las enfermedades transmisibles, con enfoque intercultural en las comarcas indígenas.

Línea de acción 3.2.8: Implementación de los planes estratégicos para la prevención y control de VIH-sida, malaria y tuberculosis y de enfermedades emergentes y re-emergentes.

Línea de acción 3.2.9: Construcción de acueductos rurales.

Línea de acción 3.2.10: Construcción de letrinas y manejo de residuos sólidos.

Línea de acción 3.2.11: Saneamiento de la ciudad y la Bahía de Panamá.

Línea de acción 3.2.12: Fortalecimiento de la Estrategia de Extensión de Cobertura en grupos vulnerables.

Línea de acción 3.2.13: Relación horizontal con las autoridades indígenas para facilitar las acciones en los grupos de intervención.

OE 3.3: Mejorar la calidad de los servicios de salud.

Línea de acción 3.3.1: Formulación del Plan Nacional de Calidad, que contemple el mejoramiento de la calidad y la seguridad de la atención sanitaria.

Línea de acción 3.3.2: Elaboración y aplicación de normas, protocolos, guías de calidad en las instalaciones y servicios de salud.

Línea de acción 3.3.3: Elaboración de estándares de habilitación y acreditación de las instalaciones de salud.

Línea de acción 3.3.4: Fortalecimiento de la capacidad de gestión para el mejoramiento de la calidad de los servicios de salud.

Línea de acción 3.3.5: Aplicación de instrumentos de medición de la calidad de la prestación de los servicios de salud como las auditorías de expedientes, encuestas de satisfacción de usuario, entre otros.

OE 3.4: Reducir la vulnerabilidad ante los desastres naturales, las emergencias antrópicas

y los efectos del cambio climático, con planificación, prevención, mitigación, preparación, respuesta y rehabilitación temprana para reducir el impacto de los efectos adversos sobre la salud pública, promoviendo la colaboración interinstitucional a nivel nacional.

Línea de acción 3.4.1: Elaboración de planes de contingencia en las instalaciones de salud, de acuerdo a los factores de riesgos identificados, a nivel local, regional y nacional.

Línea de acción 3.4.2: Implementación del Programa de Hospitales Seguros, para fortalecer la respuesta funcional en caso de desastres naturales.

Línea de acción 3.4.3: Aplicación del índice de Hospitales Seguros al 100% de los hospitales a nivel nacional.

Línea de acción 3.4.4: Elaboración e implementación de las guías nacionales de Instalaciones Seguras.

Política 5: Fortalecer la vigilancia de los factores determinantes de la salud para el control de los riesgos, amenazas y daños a la población.

OE 5.1: Evaluar los factores determinantes de la salud para actualizar la situación y las tendencias de la misma en el país, con enfoque geográfico, socio-económico, cultural, epidemiológico, de género, aspecto comunitario y ambiental, coordinando interinstitucionalmente con instituciones gubernamentales y no gubernamentales.

Línea de acción 5.1.1: Desarrollo de informes periódicos de análisis de situación y tendencias de los factores determinantes de la salud.

Línea de acción 5.1.2: Actualización e implementación del Plan de Salud Ambiental.

OE 5.2: Fortalecer la capacidad de vigilancia a nivel local para generar respuestas rápidas, dirigidas a la prevención y control de problemas o riesgos específicos de la salud de la población y del ambiente.

Línea de acción 5.2.1: Fortalecimiento de sistema de vigilancia epidemiológica para identificar las amenazas a la salud pública.

OE 5.3: Desarrollar la capacidad institucional para investigar y vigilar los brotes epidémicos y los modelos de presentación de enfermedades transmisibles y no transmisibles, factores de comportamiento, accidentes y exposición a agentes tóxicos, biológicos y ambientales perjudiciales para la salud, con la vinculación a redes nacionales e internacionales.

Línea de acción 5.3.1: Desarrollo de competencias y conocimientos sobre epidemiología.

Línea de acción 5.3.2: Gestión integral de los desechos sólidos peligrosos y no peligrosos a nivel nacional.

Línea de acción 5.3.3: Disminución de índices de infestación por el mosquito *Aedes Aegypti*.

Línea de acción 5.3.4: Implementación de los planes para el control de la Influenza.

Línea de acción 5.3.5: Fortalecimiento del Programa Ampliado de

Inmunizaciones.

- OE 5.4:** Identificar y priorizar los problemas de salud pública que afectan mayormente a la población según niveles de atención.

Línea de acción 5.4.1: Asesoría y apoyo técnico a los niveles regionales y locales del nivel nacional e internacional.

- OE 5.5:** Establecer mecanismos de coordinación efectiva para el intercambio de información oportuna sobre indicadores de salud pública y sus determinantes a nivel nacional, según niveles de atención y entre sectores público y privado.

Línea de acción 5.5.1: Evaluación de los procesos para la recolección de la información.

- OE 5.6:** Participar de las redes internacionales que fomenten el fortalecimiento del sistema de información nacional de salud pública.

Línea de acción 5.6.1: Desarrollo de un subsistema de información de vigilancia de la salud uniforme, sostenible, amigable y transparente que permita la articulación de la información con el Sistema Nacional de Información de Salud.

Política 9: Modernizar la red pública de servicios de salud.

- OE 9.1:** Redefinir los niveles de atención y grados de complejidad de las instalaciones que conforman la red de servicios públicos de salud.

Línea de acción 9.1.1: Actualización de los niveles de atención y grados de complejidad de las instalaciones que conforman la red de servicios de salud.

Línea de acción 9.1.2: Evaluación y adecuación de los mecanismos de referencia y contra-referencia existentes, con la articulación a los sistemas de información e innovación tecnológica.

- OE 9.2:** Reestructurar la red pública de servicios de salud con innovación tecnológica.

Línea de acción 9.2.1: Creación de nuevas instalaciones con innovación tecnológica denominadas MINSA-CAPSi.

Línea de acción 9.2.2: Construcción y equipamiento de hospitales de diferentes niveles de complejidad.

Línea de acción 9.2.3: Convenio con Universidad de Panamá para la implementación del Hospital de Panamá Este como Hospital Escuela.

Línea de acción 9.2.4: Construcción de otras infraestructuras de salud de acuerdo a la necesidad de servicios demandada.

Línea de acción 9.2.5: Readecuación y mejoramiento de instalaciones de salud.

Línea de acción 9.2.6: Dotación de ambulancias a las instalaciones a nivel nacional.

Línea de acción 9.2.7: Redefinición del sistema logístico de medicamentos para dotación efectiva a las instalaciones a nivel nacional.

Línea de acción 9.2.8: Automatización e informatización de expedientes médicos a nivel nacional en instalaciones y hospitales.

Eje III: PROMOVRIENDO LA SALUD CON LA PARTICIPACIÓN SOCIAL.

LAS POLÍTICAS DE SALUD VINCULADAS A ESTE EJE SON:

Política 4: Promover la salud con participación social considerando el enfoque de género, intercultural, multidisciplinario, interinstitucional, principios de transparencia y rendición de cuentas.

OE 4.1: Fomentar la Educación en salud

Línea de acción 4.1.1: Construcción de alianzas intra y extra sectoriales para la promoción de la salud.

Línea de acción 4.1.2: Promoción de la corresponsabilidad en salud de la población en los programas y proyectos a nivel nacional.

Línea de acción 4.1.3: Construcción de redes sociales de acción.

Línea de acción 4.1.4: Desarrollo de acciones educativas con participación de la población sobre temas de salud promoviendo su empoderamiento activo.

Línea de acción 4.1.5.: Planificación de las acciones educativas basadas en el perfil epidemiológico de las Comunidades.

Línea de acción 4.1.6: Elaboración de material educativo que contribuya a la promoción y el autocuidado de la salud.

Línea de acción 4.1.7: Capacitación a las comunidades y personas sobre los riesgos ambientales, promoción de los estilos de vida saludables y autocuidado para el cumplimiento de las políticas de salud existentes.

Línea de acción 4.1.8: Adecuación de normas y metodología de las técnicas educativas, según temas y población beneficiaria.

OE 4.2: Divulgar a la población las políticas, planes, programas y proyectos.

Línea de acción 4.2.1: Divulgación sistemática de información a la población sobre las políticas, planes, programas y proyectos en salud.

Línea de acción 4.2.2: Fortalecimiento de la participación de la población en el monitoreo y evaluación de políticas, planes, programas y proyectos.

Línea de acción 4.2.3: Rendición de cuentas de la institución a la sociedad, de acuerdo a la normativa nacional existente para todos los procesos de gestión de salud pública.

Línea de acción 4.2.4: Implementación de programas de seguimiento y monitoreo a las acciones realizadas para asegurar el empoderamiento de las comunidades organizadas.

OE 4.3: Divulgar los derechos y deberes de los usuarios del sistema sanitario nacional.

Línea de acción 4.3.1: Desarrollo de acciones educativas y de comunicación social dirigidas a promover los derechos y deberes de los usuarios del sistema sanitario.

Línea de acción 4.3.2: Fomento de la corresponsabilidad de la población en el mejoramiento de la salud a nivel individual, familiar y comunitario.

Línea de acción 4.3.3: Diseño de campañas publicitarias y plan de medios de comunicación masiva para el desarrollo de acciones de prevención y control de las enfermedades de mayor prevalencia en el país, considerando la interculturalidad.

- OE 4.4:** Fortalecer modelos de atención integral con participación comunitaria que incorporen de manera efectiva la promoción y prevención de la salud priorizando el enfoque de riesgo.
Línea de acción 4.4.1: Evaluación de los procesos de promoción y prevención de la salud en los modelos de atención integral.
- OE 4.5:** Facilitar el empoderamiento de la comunidad organizada en las decisiones y acciones relativas a los programas de salud integrales de la población.
Línea de acción 4.5.1: Elaboración de normas e intervenciones dirigidas a favorecer la participación de la comunidad organizada en las decisiones y acciones relativas a los programas de salud integrales de la población y del ambiente.
Línea de acción 4.5.2: Construcción de herramientas que contribuyan con el autocuidado de la salud, para mejorar el estado de salud de la población.
- OE 4.6:** Fomentar los procesos de rendición de cuentas de la institución a la sociedad, de acuerdo a la normativa nacional existente para todos los procesos de gestión de salud pública.
Línea de acción 4.6.1: Evaluación de los procesos de rendición de cuentas de la institución a la sociedad.

El conjunto de las Políticas, objetivos estratégicos y líneas de acción que hemos formulado, enmarcan el proceso de Planeación estratégica que realiza el Ministerio de Salud para la vigencia 2010-2015, el cual será complementado con la planeación operativa y la definición de metas e indicadores, de cada nivel institucional nacional, regional y local que se sustentan de forma programática y presupuestariamente, para el logro de una gestión efectiva por resultados. (Gráfica N° 22).



Fuente: Dirección de Planificación del MINSA



X. ANEXOS

RESUMEN ESQUEMÁTICO DE EJES DE
POLÍTICAS, POLÍTICAS, OBJETIVOS
ESTRATÉGICOS Y LÍNEAS DE ACCIÓN

EJE I: PROTEGIENDO A LA POBLACIÓN MEDIANTE LA REGULACIÓN Y CONDUCCIÓN DEL SISTEMA DE SALUD

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

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS

LÍNEAS DE ACCIÓN

OE 1.1: Fortalecer la formulación, sistematización, y vigilancia del cumplimiento del marco regulatorio nacional, dirigido a mejorar la salud de la población y del ambiente.

Línea de acción 1.1.1: Revisión y actualización del marco legal para el mantenimiento de la salud poblacional y del ambiente.
Línea de acción 1.1.2: Creación del Sistema de Vigilancia para el cumplimiento del marco legal sanitario
Línea de acción 1.1.3.: Formación de un cuerpo legal profesional.
Línea de acción 1.1.4: Coordinación efectiva entre la autoridad sanitaria y las autoridades ambientales

OE 1.2: Armonizar la normativa nacional con la internacional en materia de salud de la población y del ambiente.

Línea de acción 1.2.1: Revisión de normas y procedimientos de interés sanitario, vinculados al ámbito internacional.
Línea de acción 1.2.2: Desarrollo del Plan del Reglamento Sanitario Internacional

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

Línea de acción 1.3.1: Identificación de los diversos proveedores a nivel nacional con planes de cobertura de servicios de salud a la población tanto público como privado.
Líneas de acción 1.3.2: Definición y consenso de estándares de prestación de servicios de salud a nivel nacional.
Líneas de acción 1.3.3: Formulación, divulgación y vigilancia de normas en relación a los planes de servicios de salud, así como mecanismos de afiliación a los seguros y los contenidos de las pólizas de los seguros de salud.
Líneas de acción 1.3.4: Vigilancia de el cumplimiento de los planes de cobertura otorgadas a la población por entidades públicas y privadas.
Líneas de acción 1.3.5: Realización de encuestas periódicas de satisfacción como parte de los mecanismos de evaluación de los aseguradores y prestadores de servicios.
Líneas de acción 1.3.6: Evaluación de los modelos de atención en salud, públicos y privados, focalizando a grupos de población específicos, buscando puntos convergentes de beneficio y satisfacción del usuario.

POLÍTICA 2: Ejercer el liderazgo sectorial en salud	
OBJETIVOS ESTRATÉGICOS	LÍNEAS DE ACCIÓN
OE 2.1: Fortalecer la capacidad del MINSA en la planificación y gestión del sistema sanitario.	<p>Línea de acción 2.1.1: Desarrollo, seguimiento y evaluación de las políticas de salud expresadas en planes, programas y proyectos.</p> <p>Línea de acción 2.2.1: Desarrollo de un sistema integrado de información en salud.</p> <p>Línea de acción 2.2.2: Coordinación de los subsistemas de información existentes intra y extra-institucional públicos y privados.</p> <p>Línea de acción 2.3.1: Consenso nacional de un modelo de atención integral que incluya a toda la población con énfasis en los distintos sectores vulnerables con enfoque intercultural.</p>
OE 2.2: Fortalecer el sistema de información de salud nacional en forma integral	<p>Línea de acción 2.3.2: Fortalecimiento de los sistemas de monitoreo y evaluación de los programas, planes y proyectos</p> <p>Línea de acción 2.3.3: Planificación conjunta con prestadores de servicios de salud.</p>
OE 2.3: Coordinar con todos los actores del sector nacional, la elaboración, implementación y evaluación del Plan Nacional de Salud.	<p>Línea de acción 2.3.4: Implementación del Plan Nacional de Salud con participación de los diferentes sectores involucrados</p> <p>Línea de acción 2.4.1: Capacitación a técnicos nacionales para formular proyectos y negociar con la cooperación internacional proyectos de desarrollo sanitarios.</p>
OE 2.4: Armonizar y coordinar la cooperación internacional técnica y financiera con las políticas, planes de desarrollo y objetivos sanitarios nacionales.	<p>Línea de acción 2.4.2: Participación, coordinación, implementación, dirección y supervisión de acuerdos y compromisos de cooperación internacional.</p> <p>Línea de acción 2.4.3: Participación en convenios con los organismos internacionales, regionales y subregionales.</p>
OE 2.5: Fortalecer la gestión en la salud, higiene y seguridad de los trabajadores, condiciones y ambientes de trabajo a nivel nacional	<p>Línea de acción 2.5.1: Coordinación, dirección y supervisión de un modelo de vigilancia de la salud de los trabajadores.</p> <p>Línea de acción 2.5.2: Educación continua del equipo de salud</p> <p>Línea de acción 2.5.3: Coordinación inter e intrainstitucional para el acceso oportuno de los trabajadores a los servicios médicos integrales con calidad</p> <p>Línea de acción 2.5.4: Reubicación, readaptación y reeducación laboral</p>

POLÍTICA 6: Fortalecer el desarrollo de capacidades de los recursos humanos sectoriales en salud.	
OBJETIVOS ESTRATÉGICOS	LÍNEAS DE ACCIÓN
OE 6.1: Identificar y adecuar los perfiles del recurso humano a las necesidades de los servicios de salud en el país.	<p>Línea de acción 6.1.1: Elaboración del diagnóstico de recurso humano de salud</p> <p>Línea de acción 6.1.2: Desarrollo de un programa de relevo generacional de los profesionales de la salud.</p>
OE 6.2: Establecer programas de formación ética, técnica y administrativa, con enfoque intercultural, de género, derechos humanos.	<p>Línea de acción 6.2.1: Evaluación de las necesidades de formación del recurso humano que presta servicios en el sistema sanitario</p>
OE 6.3: Coordinar con instituciones, universidades, sociedades científicas el desarrollo de recursos humanos para el sector salud a nivel nacional e internacional.	<p>Línea de acción 6.3.1: Desarrollo de programas de educación y formación continua a los profesionales de salud en materia de salud pública.</p> <p>Línea de acción 6.3.2: Revisión de la oferta académica de las universidades y sociedades científicas para el sector salud.</p>
OE 6.4: Evaluar el desempeño del personal de salud.	<p>Línea de acción 6.4.1: Definición de criterios e indicadores para la evaluación del desempeño.</p> <p>Línea de acción 6.4.2: Establecimiento de un programa de incentivos</p>
OE 6.5: Generar condiciones organizacionales para el desarrollo de un ambiente laboral adecuado.	<p>Línea de acción 6.5.1: Aplicación de Encuestas de satisfacción del entorno organizacional del personal de salud.</p> <p>Línea de acción 6.5.2: Sensibilización a los tomadores de decisiones sobre los efectos negativos de las condiciones precarias de trabajo en los trabajadores de la salud</p> <p>Línea de acción 6.5.3: Elaboración y aplicación del Plan para Mejorar el Ambiente Laboral.</p>



<p>POLÍTICA 7: Fortalecer la capacidad institucional de investigación y desarrollo tecnológico en salud.</p>	
<p>OBJETIVOS ESTRATÉGICOS</p>	
<p>OE 7.1: Articular los sectores público y privado a través de programas de desarrollo de capacidades institucionales</p>	<p>Línea de acción 7.1.1: Desarrollo de programas y convenios para el desarrollo de capacidades institucionales.</p>
<p>OE 7.2: Generar nuevos espectros de estudios de investigación de acuerdo a las prioridades identificadas y consensuadas por los sectores involucrados, en el campo de tecnología en salud a nivel nacional con vinculación de los estándares a nivel internacional.</p>	<p>Línea de acción 7.2.1: Identificación de nuevos espectros de investigación de acuerdo a las prioridades del sector</p>
<p>OE 7.3: Evaluar e integrar los resultados de la investigación y el desarrollo tecnológico en salud para el mejoramiento de la calidad de vida de la población y su ambiente.</p>	<p>Líneas de acción 7.3.1: Análisis de los resultados de investigación y desarrollo tecnológico en salud.</p>
<p>OE 7.4: Promover alianzas estratégicas entre los elementos que conforman el sistema nacional e internacional de investigación y tecnología de innovación.</p>	<p>Líneas de acción 7.4.1: Establecimiento de alianzas multisectoriales para la promoción de la investigación y tecnología de innovación.</p>
<p>OE 7.5: Incentivar a los profesionales que se dedican a la investigación en salud, priorizando en aquellos nuevos investigadores que cuentan como única alternativa el apoyo institucional.</p>	<p>Línea de acción 7.5.1: Asesoría y apoyo técnico a la investigación en las instancias subnacionales de salud pública.</p>

<p>OE 7.6: Promover una cultura de investigación en salud.</p>	<p>Línea de acción 7.6.1: Formación de investigadores en salud</p> <p>Línea de acción 7.6.2: Coordinación con las instituciones académicas, sociedades científicas, empresa privada, filántropos y fundaciones para el fomento de investigación en salud.</p> <p>Línea de acción 7.6.3: Establecimiento de modelos de trabajo con tecnología para el intercambio de conocimientos, actividades y proyectos con estándares que dictaminen las mejores prácticas de intercambio electrónico de información.</p> <p>Línea de acción 7.6.4: Identificación de fuentes de financiamiento para el desarrollo de la tecnología e innovación en salud.</p>
---	--

POLÍTICA 8: Modular y vigilar los recursos financieros sectoriales en salud.	
OBJETIVOS ESTRATÉGICOS	LÍNEAS DE ACCIÓN
OE 8.1: Desarrollar instrumentos para la vigilancia y modulación financiera sectorial.	Línea de acción 8.1.1: Coordinación para la formulación y ejecución presupuestaria a nivel sectorial nacional
	Línea de acción 8.1.2: Realización de estudios para la distribución del gasto e inversión total según patrones de utilización de los servicios en salud y carga de enfermedad.
	Línea de acción 8.1.3: Homologación y Sistematización de los indicadores socioeconómicos y sus fuentes, para seguimiento y comparación nacional e internacional.
	Línea de acción 8.1.4: Desarrollo de mecanismos de asignación equitativa de fondos entre los distintos niveles de atención, de acuerdo a las prioridades y grados de complejidad de las instalaciones de salud a nivel nacional, incluyendo las acciones de salud pública
	Línea de acción 8.1.5: Coordinación y movilización de los recursos financieros del sector salud e involucrados
	Línea de acción 8.1.6: Desarrollo de un sistema de costo único que permita conocer sistemáticamente los gastos en Salud.
OE 8.2: Desarrollar iniciativas para incorporar recursos externos nacionales e internacionales al sector Salud	Línea de acción 8.2.1: Coordinación y movilización de los recursos financieros nacionales e internacionales
	Línea de acción 8.2.2: Conformación de unidades técnicas especializadas para la gestión de fondos externos.

EJE II: MEJORANDO LA CALIDAD Y EL ACCESO DE LA POBLACIÓN A LOS SERVICIOS DE SALUD

POLÍTICA 3: Mejorar el acceso a los servicios integrales de salud con equidad, eficiencia, eficacia y calidad.

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS

OE 3.1: Mejorar el acceso geográfico, socio-económico, cultural y de género de la población a los servicios de salud con enfoque integral y multisectorial

LÍNEAS DE ACCIÓN

Línea de acción 3.1.1: Elaboración de informes anuales del análisis de situación de salud a nivel local, regional y nacional con la inclusión del acceso y cobertura de los servicios de salud.

Línea de acción 3.1.2: Utilización de Guías Metodológicas para el Análisis de Situación y Tendencias de Salud.

Línea de acción 3.1.3: Implementación en las Regiones de Salud de la estrategia de comunidades libres de caries, de atención y educación para poblaciones vulnerables focalizados en el menor de 5 años, embarazadas, discapacitados, binomio madre -hijo, en áreas rurales, población indígena y no indígena.

Línea de acción 3.1.4: Implementación del Plan Nacional del Control de Enfermedades Crónicas y el Cáncer y del Programa Nacional de Cuidado Paliativo.

Línea de acción 3.1.5: Implementación del Plan Nacional de Salud Visual

Línea de acción 3.1.6: Actualización e implementación del Plan Nacional de Salud Mental


Línea de acción 3.1.7: Fortalecimiento del Plan Nacional para el control de las Enfermedades Transmisibles.


Línea de acción 3.1.8: Fortalecimiento del Modelo de Atención Primaria, individual, familiar, comunitaria y ambiental.

Línea de acción 3.1.9: Atención integral a los privados de libertad

Línea de acción 3.1.10: Coordinación Intersectorial para la mejora del acceso geográfico de los servicios integrales de salud.



<p>OE 3.2: Conducir las acciones dirigidas a aumentar el acceso de los grupos vulnerables a todas las intervenciones en salud pública para mejorar las condiciones de salud integral a nivel nacional. (OE transitorio por ODM)</p>	
	<p>Línea de acción 3.2.1: Implementación del modelo comunitario de atención y educación de salud nutricional focalizado en la población menor de 5 años, embarazadas y tercera edad, especialmente en las áreas rurales con población indígena y no indígena y en las áreas urbano-marginales a nivel nacional.</p> <p>Línea de acción 3.2.2: Fortalecimiento de las intervenciones de salud en los grupos priorizados para disminuir las muertes por causas prevenibles.</p> <p>Líneas de acción 3.2.3: Incorporación de elementos étnico-culturales y de género en los planes y programas.</p> <p>Línea de acción 3.2.4: Implementación de los planes para mejorar la salud infantil focalizada en los menores de 5 años con enfoque intercultural, priorizando en las áreas rurales, comarcas indígenas y otros grupos.</p> <p>Línea de acción 3.2.5: Implementación de planes de salud materna focalizada a grupos de riesgo, con enfoque intercultural en áreas rurales y comarcas indígenas.</p> <p>Línea de acción 3.2.6: Incremento de la atención profesional del parto</p> <p>Línea de acción 3.2.7: Establecimiento de alianzas entre los programas nacionales para el abordaje de las enfermedades transmisibles, con enfoque intercultural en las comarcas indígenas.</p> <p>Línea de acción 3.2.8: Implementación de los planes estratégicos para la prevención y control de VIH-sida, malaria y tuberculosis y de enfermedades emergentes y re-emergentes.</p> <p>Línea de acción 3.2.9: Construcción de acueductos rurales.</p> <p>Línea de acción 3.2.10: Construcción de letrinas y manejo de residuos sólidos.</p> <p>Línea de acción 3.2.11: Saneamiento de la ciudad y la Bahía de Panamá.</p>

	<p>Línea de acción 3.2.12: Fortalecimiento de la Estrategia de Extensión de Cobertura en grupos vulnerables.</p> <p>Línea de acción 3.2.13: Relación horizontal con las autoridades indígenas para facilitar las acciones en los grupos de intervención.</p> <p>Línea de acción 3.3.1: Formulación del Plan Nacional de Calidad, que contemple el mejoramiento de la calidad y la seguridad de la atención sanitaria.</p> <p>Línea de acción 3.3.2: Elaboración y aplicación de normas, protocolos, guías de calidad en las instalaciones y servicios de salud.</p> <p>Línea de acción 3.3.3: Elaboración de estándares de habilitación y acreditación de las instalaciones de salud.</p> <p>Línea de acción 3.3.4: Fortalecimiento de la capacidad de gestión para el mejoramiento de la calidad de los servicios de salud</p> <p>Línea de acción 3.3.5: Aplicación de instrumentos de medición de la calidad de la prestación de los servicios de salud como las auditorías de expedientes, encuestas de satisfacción de usuario, etc.</p> <p>Línea de acción 3.4.1: Elaboración de planes de contingencia en las instalaciones de salud, de acuerdo a los factores de riesgos identificados, a nivel local, regional y nacional.</p> <p>Línea de acción 3.4.2: Implementación del Programa de Hospitales Seguros, para fortalecer la respuesta funcional en caso de desastres naturales.</p> <p>Línea de acción 3.4.3: Aplicación del índice de Hospitales Seguros a los hospitales a nivel nacional.</p> <p>Línea de acción 3.4.4: Elaboración e implementación de las guías nacionales de Instalaciones Seguras.</p>
<p>OE 3.3: Mejorar la calidad de los servicios de salud.</p> 	<p>OE 3.4: Reducir la vulnerabilidad ante los desastres naturales, las emergencias antrópicas y los efectos del cambio climático, promoviendo la colaboración interinstitucional a nivel nacional.</p>

POLÍTICA 5: Fortalecer la vigilancia de los factores determinantes de la salud para el control de los riesgos, amenazas y daños a la población.	
OBJETIVOS ESTRATÉGICOS	
OE 5.1: Evaluar los factores determinantes de la salud para actualizar la situación y las tendencias, coordinando con instituciones gubernamentales y no gubernamentales.	Línea de acción 5.1.1: Desarrollo de informes periódicos de análisis de situación y tendencias de los factores determinantes de la salud.
	Línea de acción 5.1.2: Actualización e implementación del Plan de Salud Ambiental.
OE 5.2: Fortalecer la capacidad de vigilancia a nivel local para generar respuestas rápidas, dirigidas a la prevención y control de problemas o riesgos específicos de la salud de la población y del ambiente.	Línea de acción 5.2.1: Fortalecimiento de sistema de vigilancia epidemiológica para identificar las amenazas a la salud pública.
OE 5.3: Desarrollar la capacidad institucional para investigar y vigilar los brotes epidémicos y los modelos de presentación de enfermedades transmisibles y no transmisibles, factores de comportamiento, accidentes y exposición a agentes tóxicos, biológicos y ambientales perjudiciales para la salud, con la vinculación a redes nacionales e internacionales.	Línea de acción 5.3.1: Desarrollo de competencias y conocimientos sobre epidemiología.
	Línea de acción 5.3.2: Gestión integral de los desechos sólidos peligrosos y no peligrosos a nivel nacional.
	Línea de acción 5.3.3: Disminución de índices de infestación por el mosquito Aedes Aegypti.
	Línea de acción 5.3.4: Implementación de los planes para el control de la Influenza.
	Línea de acción 5.3.5: Fortalecimiento del Programa Ampliado de Inmunizaciones.

<p>OE 5.4: Identificar y priorizar los problemas de salud pública que afectan mayormente a la población según niveles de atención.</p>	<p>Línea de acción 5.4.1: Asesoría y apoyo técnico a los niveles regionales y locales.</p>
<p>OE 5.5: Establecer mecanismos de coordinación efectiva para el intercambio de información oportuna sobre indicadores de salud pública y sus determinantes a nivel nacional, según niveles de atención y entre sectores público y privado.</p>	<p>Línea de acción 5.5.1: Evaluación de los procesos para la recolección de la información</p>
<p>OE 5.6: Participar de las redes internacionales que fomenten el fortalecimiento del sistema de información nacional de salud pública.</p>	<p>Línea de acción 5.6.1: Desarrollo de un subsistema de información de vigilancia de la salud uniforme, sostenible, amigable y transparente que permita la articulación de la información con el Sistema Nacional de Información de Salud.</p>

POLÍTICA 9: Modernizar la red pública de servicios de salud.	
OBJETIVOS ESTRATÉGICOS	LÍNEAS DE ACCIÓN
<p>OE 9.1: Redefinir los niveles de atención y grados de complejidad de las instalaciones que conforman la red de servicios públicos de salud.</p> <p>OE 9.2: Reestructurar la red pública de servicios de salud con innovación tecnológica.</p>	<p>Línea de acción 9.1.1: Actualización de los niveles de atención y grados de complejidad de las instalaciones que conforman la red de servicios de salud.</p>
	<p>Línea de acción 9.1.2: Evaluación y adecuación de los mecanismos de referencia y contra-referencia existentes, con la articulación a los sistemas de información e innovación tecnológica.</p>
	<p>Línea de acción 9.2.1: Creación de nuevas instalaciones con innovación tecnológica denominadas MINSA-CAPSi.</p>
	<p>Línea de acción 9.2.2: Construcción y equipamiento de hospitales de diferentes niveles de complejidad.</p>
	<p>Línea de acción 9.2.3: Convenio con Universidad de Panamá para la implementación del Hospital de Panamá Este como Hospital Escuela.</p>
	<p>Línea de acción 9.2.4: Construcción de otras infraestructuras de salud de acuerdo a la necesidad de servicios demandada.</p>
	<p>Línea de acción 9.2.5: Readecuación y mejoramiento de instalaciones de salud.</p>
	<p>Línea de acción 9.2.6: Dotación de ambulancias a las instalaciones a nivel nacional.</p>
	<p>Línea de acción 9.2.7: Redefinición del sistema logístico de medicamentos para dotación efectiva a las instalaciones a nivel nacional.</p>
	<p>Línea de acción 9.2.8: Automatización e informatización de los expedientes médicos a nivel nacional en instalaciones de salud.</p>

EJE III: PROMOVENDO LA SALUD CON LA PARTICIPACIÓN SOCIAL.

POLÍTICA 4: : Promover la salud con participación social considerando el enfoque de género, intercultural, multidisciplinario, interinstitucional, principios de transparencia y rendición de cuentas.

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS

OE 4.1: Fomentar la Educación en salud

LÍNEAS DE ACCIÓN

Línea de acción 4.1.1: Construcción de alianzas intra y extra sectoriales para la promoción de la salud.

Línea de acción 4.1.2: Promoción de la corresponsabilidad en salud de la población en los programas y proyectos a nivel nacional.

Línea de acción 4.1.3: Construcción de redes sociales de acción

Línea de acción 4.1.4: Desarrollo de acciones educativas con participación de la población sobre temas de salud promoviendo su empoderamiento activo.

Línea de acción 4.1.5.: Planificación de las acciones educativas basadas en el perfil epidemiológico de las Comunidades.

Línea de acción 4.1.6: Elaboración de material educativo que contribuya a la promoción y el autocuidado de la salud.

Línea de acción 4.1.7: Capacitación a las comunidades y personas sobre los riesgos ambientales, promoción de los estilos de vida saludables y autocuidado para el cumplimiento de las políticas de salud existentes.

Línea de acción 4.1.8: Adecuación de normas y metodología de las técnicas educativas, según temas y población beneficiaria.

Línea de acción 4.2.1: Divulgación sistemática de información a la población sobre las políticas, planes, programas y proyectos en salud.

Línea de acción 4.2.2: Fortalecimiento de la participación de la población en el monitoreo y evaluación de políticas, planes, programas y proyectos.

OE 4.2: Divulgar a la población las políticas, planes, programas y proyectos.

	<p>Línea de acción 4.2.3: Rendición de cuentas de la institución a la sociedad, de acuerdo a la normativa nacional existente para todos los procesos de gestión de salud pública</p> <p>Línea de acción 4.2.4: Implementación de programas de seguimiento y monitoreo a las acciones realizadas para asegurar el empoderamiento de las comunidades organizadas</p>
<p>OE 4.3: Divulgar los derechos y deberes de los usuarios del sistema sanitario nacional.</p>	<p>Línea de acción 4.3.1: Desarrollo de acciones educativas y de comunicación social dirigidas a promover los derechos y deberes de los usuarios del sistema sanitario</p>
	<p>Línea de acción 4.3.2: Fomento de la corresponsabilidad de la población en el mejoramiento de la salud a nivel individual, familiar y comunitario.</p>
	<p>Línea de acción 4.3.3: Diseño de campañas publicitarias y plan de medios de comunicación masiva para el desarrollo de acciones de prevención y control de las enfermedades de mayor prevalencia en el país, considerando la interculturalidad.</p>
<p>OE 4.4: Fortalecer modelos de atención integral con participación comunitaria que incorporen de manera efectiva la promoción y prevención de la salud priorizando el enfoque de riesgo.</p>	<p>Línea de acción 4.4.1: Evaluación de los procesos de promoción y prevención de la salud en los modelos de atención integral.</p>
<p>OE 4.5: Facilitar el empoderamiento de la comunidad organizada en las decisiones y acciones relativas a los programas de salud integrales de la población.</p>	<p>Línea de acción 4.5.1: Elaboración de normas e intervenciones dirigidas a favorecer la participación de la comunidad organizada en las decisiones y acciones relativas a los programas de salud integrales de la población y del ambiente.</p>
	<p>Línea de acción 4.5.2: Construcción de herramientas que contribuyan con el autocuidado de la salud, para mejorar el estado de salud de la población.</p>
<p>OE 4.6: Fomentar los procesos de rendición de cuentas de la institución a la sociedad, de acuerdo a la normativa nacional existente para todos los procesos de gestión de salud pública.</p>	<p>Línea de acción 4.6.1: Evaluación de los procesos de rendición de cuentas de la institución a la sociedad</p>





PARTICIPANTES EN LOS TALLERES
DE VALIDACIÓN DE LAS POLÍTICAS
Y LÍNEAS DE ACCIÓN DEL PLAN
NACIONAL DEL MINISTERIO DE SALUD



MINISTERIO DE SALUD
DIRECCIÓN DE LA PLANIFICACIÓN DE LA SALUD

LISTA DE PARTICIPANTES A LOS TALLERES DE VALIDACIÓN
DE LAS POLÍTICAS DE SALUD
Y DE LAS LÍNEAS DE ACCIÓN DEL PLAN NACIONAL DE SALUD

PARTICIPANTES DEL MINSA

NOMBRE	DIRECCION Y CARGO
	Despacho Superior
Dr. Franklin J. Vergara J.	Ministro de Salud
Dr. Félix H. Bonilla	Secretario General
Dra. Isabel de Obarrio	Asistente del Ministro
	Asesoría Legal
Lic. Carla Ferrari	Sub-directora
Lic. Aurora E. Olivares	Asesora
Lic. Virginia Muñoz	Asesora
	Consejo Técnico
Lic. Adelina Domingo	Asesora
	Relaciones Públicas
Lic. Ilka Belgrave	Maestra de Ceremonia
D. Robinson	Fotógrafo
Rogelio Achurra	Fotógrafo
Sherlly Davinski	Oficial de Protocolo
Marta Rebolledo	Prensa
María Palacios	Prensa
A. Palomino	Prensa
	ONSIPD
Dr. Guillermo Tejada	Director
Lic. Yamileth Constable	
	Asuntos Internacionales
Lic. Gabriel Cedeño	Director
Lic. Cecilio Tejeira	Asistente del Director
	Organización y Desarrollo Institucional (ODI)
Ing. Mauro Destro	Director

MINISTERIO DE SALUD
DIRECCIÓN DE LA PLANIFICACIÓN DE LA SALUD

LISTA DE PARTICIPANTES A LOS TALLERES DE VALIDACIÓN
DE LAS POLÍTICAS DE SALUD
Y DE LAS LÍNEAS DE ACCIÓN DEL PLAN NACIONAL DE SALUD

PARTICIPANTES DEL MINSA

NOMBRE	DIRECCION Y CARGO
	Proyecto de Agua y Saneamiento en Panamá (PASAP)
Ing. Ramsés Abrego	Técnico de PASAP
Lic. Johana Zapata	Coordinación de RH
	Dirección Administrativa
Lic. Ramón Cuervo	Director
	Dirección de Finanzas
Lic. Eybar Ortega	Director
Lic. Rossana Miller	Subdirectora
	Dirección de Recursos Humanos
Ing. José Galástica	Planificador
Lic. Maida Martínez	Analista
	Dirección de Informática
Ing. Rodrigo Duran	Director
Lic. Irving Cortéz	Administrador de Proyectos
	Dirección General de Salud (DIGESA)
Dr. Eduardo Lucas Mora	Director
Dra. Itza Mosca	Subdirectora de Salud a la Población
Dr. Carlos Jaén	Subdirector de Salud Ambiental
Dr. Martín Alpírez	Programa de Salud Ocupacional
Dra. Cecilia Arango	Docencia
Dra. Yadira Carrera	Programa de Niñez y Adolescencia
Lic. Dora Polanco	Trabajo Social
Dr. Guillermo Campos	Epidemiología
Dra. Lourdes García	Epidemiología
Dra. Elsa Arenas	Epidemiología

MINISTERIO DE SALUD
DIRECCIÓN DE LA PLANIFICACIÓN DE LA SALUD

LISTA DE PARTICIPANTES A LOS TALLERES DE VALIDACIÓN
DE LAS POLÍTICAS DE SALUD
Y DE LAS LÍNEAS DE ACCIÓN DEL PLAN NACIONAL DE SALUD

PARTICIPANTES DEL MINSA

NOMBRE	DIRECCION Y CARGO
Dr. Marcel Penna	Programa de Salud Mental
Dra. Melva Cruz	Contrataciones y Servicios de Salud
Dr. Humberto Olarte	Técnico
Lic. Rigoberto Villarreal	Técnico
Lic. Sonia Sánchez	Enfermería
Dra. Aris Mendieta	Programa de Salud Sexual y Reproductiva
Lic. Edith Castillo	Enfermería
Dra. Damaris Contreras	Zoonosis
Dr. Oscar González	Vectores
Lic. Tereso Rodríguez	Salud Ambiental
Lic. Abraham Ducreaux	DEPA.
	Dirección de Planificación (DIPLAN)
Dra. Lizbeth M. de Benítez	Directora
Dra. Ilka Tejada	Subdirectora
Lic. Verónica de Alvarado	Administradora
Dra. Iritzel Santamaría	Análisis y Tendencia
Dra. Zelibeth Valverde	Asistencia Técnica
Dr. Rodrigo Arosemena	Análisis y Tendencia
Dr. Enrique Donado	Salud de la Población
Dra. Fania Roach	Salud de la Población
Dra. Feliza Tong	Análisis y Tendencia
Ing. Atala Millord	Salud Ambiental
Lic. Eynar Zorrilla	Formulación de Proyectos de Inversión
Lic. Modesta Haughton	Salud de la Población
Dra. Luz Mery Lasso	Formulación de Proyectos de Inversión
Lic. Fanny Castañeda	Registros y Estadísticas de Salud
Manuel Gallardo	Conductor

MINISTERIO DE SALUD
DIRECCIÓN DE LA PLANIFICACIÓN DE LA SALUD

LISTA DE PARTICIPANTES A LOS TALLERES DE VALIDACIÓN
DE LAS POLÍTICAS DE SALUD
Y DE LAS LÍNEAS DE ACCIÓN DEL PLAN NACIONAL DE SALUD

PARTICIPANTES DEL MINSA

NOMBRE	DIRECCION Y CARGO
Eric Lupercio Barrios	Logística
Ericka Montenegro	Protocolo y Logística
Lucila de Obando	Protocolo y Logística
Damaris Haskins	Protocolo y Logística
	Dirección de Promoción
Lic. Lourdes Guerra	Sub-Directora
Dra. Yaisa Bonilla	Técnica
Lic. Guadalupe de López	Dpto. Conducta Humana
	Dirección de Provisión
Dra. Reina Roa	Directora
Dra. Ileana Brea	Subdirectora
Dra. María V. de Crespo	Monitoreo y Evaluación
Dra. Caroline E. Niles	Modelo de Atención
Dra. Norma Astudillo	Técnica
Dra. Aminta Galvéz	Salud Bucal
Lic. Eira de Caballero	Nutrición
Dr. Rogelio Muñoz	SISED
Lic. Elida de González	Trabajo Social
	Dirección de Farmacia y Drogas
Lic. Eric Conte	Director
Lic. Román Añino	Sub-director
Prof. José Mejía	Laboratorio Clínico Nacional
	Hospital. Joaquín P. Franco
Dra. Kenia Zambrano	Directora
Dr. Alexander Cárdenas	
Dra. Petra Castillo	

MINISTERIO DE SALUD
DIRECCIÓN DE LA PLANIFICACIÓN DE LA SALUD

LISTA DE PARTICIPANTES A LOS TALLERES DE VALIDACIÓN
DE LAS POLÍTICAS DE SALUD
Y DE LAS LÍNEAS DE ACCIÓN DEL PLAN NACIONAL DE SALUD

PARTICIPANTES DEL MINSA

NOMBRE	DIRECCION Y CARGO
Dr. Jorge Rodríguez	Hospital Nacional de Larga Estancia Director
Dr. Elías García Mayorca	Hospital Santo Tomás Director
Lic. Gladys Higuera	Planificadora
Dr. Serafín Sánchez	Hospital San Miguel Arcángel Director
Lic. Grettel Hidalgo	Auditoría Médica
Dr. José Rodríguez	Hospital. Nicolás Solano Director
Lic. María de Chong	Planificadora
Dr. Daryl Padmore	Región de Bocas del Toro Director Regional
Dr. Ramón Taylor	Planificador
Dra. Betty Gómez	Región de Coclé Planificadora
Dra. Iralkeida Garcés	Provisión de Servicios
Dra. Mayra Návalo	Región de Colón Planificadora
Dr. Santiago de Roux R.	Región de Chiriquí Subdirector
Lic. Gloria Rivera	Planificadora
Dr. Edgardo Della Sera	Hospital Domingo De Obaldía

MINISTERIO DE SALUD
DIRECCIÓN DE LA PLANIFICACIÓN DE LA SALUD

LISTA DE PARTICIPANTES A LOS TALLERES DE VALIDACIÓN
DE LAS POLÍTICAS DE SALUD
Y DE LAS LÍNEAS DE ACCIÓN DEL PLAN NACIONAL DE SALUD

PARTICIPANTES DEL MINSA

NOMBRE	DIRECCION Y CARGO
Dra. Panamá Argelis Pérez Dr. Emanuel García	Región de Darién Director
	Planificador
Dr. José Stonestreet Lic. Elsy Pedrol	Región de Ngäbe Bugle Director
	Planificadora
Dr. Tomás Higuera Dr. Carlos Granum	Región de Herrera Director
	Planificador
Dr. Joaquín Chen Dr. Atilio Perez Dr. Jorge González	Región de Kuna Yala Director
	Sub-Director
	Planificador
Dra. Belinda A. de Cedeño Dr. Gilberto Vaz	Región de Los Santos Directora
	Planificador
Dr. José I. Pimentel Dr. Carlos Gálvez Dra. Celideth Rodríguez	Región de Panamá Este Director
	Planificador
Dr. Nicolás Martínez Dra. Dayara Martínez	Región de Panamá Oeste Sub-Director
	Planificadora

MINISTERIO DE SALUD
DIRECCIÓN DE LA PLANIFICACIÓN DE LA SALUD

LISTA DE PARTICIPANTES A LOS TALLERES DE VALIDACIÓN
DE LAS POLÍTICAS DE SALUD
Y DE LAS LÍNEAS DE ACCIÓN DEL PLAN NACIONAL DE SALUD

PARTICIPANTES DEL MINSA

NOMBRE	DIRECCION Y CARGO
Dr. Jorge Hassan	Región Metropolitana Director
Dra. Mónica Landau	Planificadora
Sally Vergara	Coordinadora de Proyectos
Yamiletzy Centella	Región de San Miguelito Provisión de Servicios
Dra. Yamileth Cortés	Planificadora
Dra. Aura de Batista	
Dr. Humberto Torres	Región de Veraguas Director
Dra. Jenny García	Planificadora
Dra. Carmen Flores	Hospital Luis “Chicho” Fábrega
Dr. Elías García Mayorca	Hospital Santo Tomás Director
Lic. Gladys Higuera	Planificadora
Dr. Moisés Céspedes	Hospital del Niño Director encargado
Dra. Yadira Boyd	INSAM Directora



PARTICIPANTES DE OTRAS INSTITUCIONES

NOMBRE	INSTITUCION Y CARGO
Lic. Zaira Guerra Lic. Henry Yoncón	Presidencia Secretaría de Metas Presidenciales Auditoría de metas
Luís C. Batista	Ministerio de Economía y Finanzas (MEF) Analista (MEF)
Enilda Echevers	Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud (ICGES) Capacitación

COLABORADORES INTERNACIONALES

NOMBRE	ENTIDAD
María E. Bonilla. Ph D Economía	Equipo de consultores del Banco Mundial en el "Programa de Mejora de Equidad en Panamá"
Luís Pérez. MD	
Ana María Fernández. Economista	Equipo de consultoras del Programa "Apoyo a la Gestión basada en resultados en la Administración Central de Panamá" BID-Dirección de Programación de Inversiones-MEF
Litza Mayorga. Politóloga, M.A.	



EQUIPO TÉCNICO DE EDICIÓN Y REVISIÓN DEL MINISTERIO DE SALUD

Dra. Lizbeth de Benítez

Dra. Iritzel Santamaría

Dra. Zelibeth Valverde

Dr. Rodrigo Arosemena

Ing. Atala Milord

Dra. Yadira Carrera

Ing. Ariel Lindo

Fuentes Consultadas

Agencia Internacional de Desarrollo de los Estados Unidos de América-USAID (2009). Diálogo para la Inversión Social en Guatemala. República de Guatemala. Disponible en: www.proyectodialogo.org

Agencia Internacional de Desarrollo de los Estados Unidos de América-USAID/ Organización Panamericana de la Salud-OPS (2005). Desempeño y Fortalecimiento de la Función Rectora de la Autoridad Sanitaria Nacional. Taller de Capacitación Sub-Regional. República de El Salvador.

Aparicio, Ricardo (2010). Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. La Medición de la Pobreza y los Programas de Desarrollo Social. México, D.F. Disponible en: www.coneval.gob.mx

Babino, Luis Guillermo (2009). Fundación Desarrollo de Ciencias y Métodos de Gobierno-CiGob. Democracia y Capacidad de Gobernar. República de Argentina. Disponible en: www.chubut.gov.ar/sri/

Comisión Económica para América Latina y el Caribe-CEPAL (2010). Anuario Estadístico de América Latina y el Caribe de 2010. Disponible en: <http://www.cepal.org.ar/publicaciones/xml/0/42930/LCW386e.pdf>

Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica-COMISCA (2009). Plan de Salud de Centroamérica y República Dominicana 2010-2015. República de Costa Rica. Disponible en: www.sica.int/busqueda/busqueda_archivo.aspx

Contraloría General de la República-CGR, Instituto Nacional de Estadística y Censo-INEC (2010a). Censos Nacionales 2010. XI de Población y VII de Vivienda. República de Panamá. Disponible en: <http://www.censos2010.gob.pa/Resultados/cuadros.aspx>

Contraloría General de la República-CGR, Instituto Nacional de Estadística y Censo-INEC (2010b). Cifras estimadas del Producto Interno Bruto de la república, a precios corrientes, anual y a precios constantes anual y trimestral: año 2009. Disponible en: <http://www.contraloria.gob.pa/inec/Publicaciones/04-16-38/Cuadro3.pdf>

Contraloría General de la República-CGR, Instituto Nacional de Estadística y Censo-INEC (2010c). Panamá en cifras 2005-2009. Datos generales e históricos de la República de Panamá. Disponible en: http://www.contraloria.gob.pa/inec/Publicaciones/17-03-04/datos_generales.pdf

Contraloría General de la República-CGR, Instituto Nacional de Estadística y Censo-INEC (2010d). Instalaciones de Salud en la República: Años 2005-08 y 2009, según ciudades de Panamá y Colón, provincia y comarca indígena. República de Panamá. Disponible en: <http://www.contraloria.gob.pa/dec/Publicaciones/05-03/431-01.pdf>

Contraloría General de la República-CGR, Instituto Nacional de Estadística y Censo-INEC (2006). Boletín No. 10. Situación demográfica. Estimaciones y proyecciones de la población en la república de panamá, por provincia, Comarca indígena, distrito y corregimiento, según sexo. Años 2000-2015. Disponible en: <http://www.contraloria.gob.pa/inec/Publicaciones/13-04/Boletin10.pdf>

Contraloría General de la República-CGR, Instituto Nacional de Estadística y Censo-INEC/Ministerio de Economía y Finanzas (2009). Estado nutricional de niños y niñas menores de cinco años. República de Panamá. Encuesta de Niveles de Vida, 2008. República de Panamá. Disponible en: http://www.unicef.org/panama/spanish/Encuesta_Niveles_de_Vida_WEB.pdf

Contraloría General de la República-CGR, Instituto Nacional de Estadística y Censo-INEC (2002). Boletín No. 7. Situación demográfica. Estimaciones y proyecciones de la población total del país, por sexo y edad: años 1950-2050. Disponible en: <http://estadisticas.contraloria.gob.pa/Publicaciones/13-01/Boletin.pdf>

Cortés, Fernando (2010). Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. Metodología de Medición Multidimensional de la Pobreza en México. México, D.F. Disponible en: www.coneval.gob.mx

Gobierno Nacional (2010a) Panamá presenta Hoja de Ruta para erradicar el trabajo infantil. República de Panamá. Disponible en: http://www.presidencia.gob.pa/ver_nodo.php?cod=993

Gobierno Nacional (2010b). Panamá Plan Estratégico de Gobierno. 2010-2014. República de Panamá. Disponible en: http://www.acobir.com/Documents/Comunica/plan_estrategico_2010-2014.pdf

Gobierno Nacional (2009). III Informe de Panamá sobre avances de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. República de Panamá. Disponible en: http://www.onu.org.pa/media/documentos/odm_panama_3er_informe.pdf

Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud -ICGES (2007). Encuesta Nacional de Salud y Calidad de Vida. ENSCAVI 2007. MINSA/CGR/MEF. República de Panamá. Disponible en: <http://www.gorgas.gob.pa/>

Ministerio de Desarrollo Social (2010). Plan Estratégico 2010-2014. República de Panamá

Ministerio de Economía y Finanzas -MEF (2010). Informe Económico y Social a Diciembre de 2009. República de Panamá. Disponible en: <http://www.mef.gob.pa/Documentos-Interes/Actividad%20económica%20-%202009.pdf>

Ministerio de Economía y Finanzas- MEF/Contraloría General de la República-CGR/Instituto Nacional de Estadística y Censo-INEC/Banco Mundial-BM (2009) Principales resultados de la Encuesta de Niveles de Vida ENV 2008. República de Panamá. Disponible en: <https://www.mef.gob.pa/Portal/index.html>

Ministerio de Salud- MINSA (2010). Boletín Estadístico de Salud 2009. Departamento de Registros y Estadísticas de Salud. República de Panamá. Disponible en: http://www.minsa.gob.pa/minsa/tl_files/documents/informacion_salud/estadisticas_salud/boletines/BOLETIN%20OFICIAL%202009.pdf

Ministerio de Salud- MINSA (2007). Dirección General de Salud. Programa Nacional de Salud de Niñez y Adolescencia. Plan Nacional de Salud de Niñez y Adolescencia 2008-2012. República de Panamá.

Ministerio de Salud- MINSA (2006). Políticas y Estrategias de Salud 2005-2009. República de Panamá.

Ministerio de Salud- MINSA (2004a). Marco Teórico Conceptual para una Política de Salud. República de Panamá.

Ministerio de Salud- MINSA (2004b). Lineamientos del Plan Nacional de Salud de Panamá. Documento Marco. República de Panamá.

Ministerio de Salud- MINSA (2001). Políticas y Estrategias de Salud 2000-2004. República de Panamá.

Ministerio de Salud- MINSA (1996). Políticas y Estrategias de Salud 1995-1999. República de Panamá.

Ministerio de Salud- MINSA (1991). Políticas y Estrategias de Salud 1990-1994. República de Panamá.

Ministerio de Salud y Asistencia Social de Guatemala 2008-2012. Plan de Acción Prioritario para la Salud de las y los Guatemaltecos. República de Guatemala.

Ministerio de Salud de Chile/Banco Mundial (2009). Estudio de Brechas de Oferta y Demanda de Médicos Especialistas en Chile. República de Chile.

Ministerio de Salud de Panamá- MINSA/Organización Panamericana de la Salud-OPS/ Organización Mundial de la Salud-OMS (2002). Evaluación de las Funciones Esenciales de Salud Pública. República de Panamá. Disponible en: www.paho.org/spanish/hpp/infpanama.pdf

Organización Panamericana de la Salud-OPS/ Organización Mundial de la Salud-OMS (2007). 27ª. Conferencia Sanitaria Panamericana. 59ª. Sesión del Comité Regional. Metas Regionales en Materia de Recursos Humanos para la Salud 2007-2015. Washington, D.C., EUA. Disponible en: www.paho.org/spanish/gov/csp/csp27-10-s.pdf

Programa de las Naciones Unidas -PNUD (2010). Informe Regional sobre Desarrollo Humano para América Latina y el Caribe 2010. Disponible en: <http://www.idhalc-actuarsobreeelfuturo.org/site/index.php>

Programa de las Naciones Unidas -PNUD (2007). Acuerdos de la Concertación Nacional para el Desarrollo. República de Panamá. Disponible en: <http://www.concertación.org.pa>

Secretaría Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación – SENACYT (2010). Plan Estratégico Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación – PENCYT 2010-2014. República de Panamá. Disponible en: www.padigital.com.pa/buscador/buscar/index.php

Todos los derechos reservados. Queda prohibida la reproducción, transmisión o almacenamiento en un sistema de recuperación de cualquier parte de esta publicación, en cualquier forma o por cualquier medio, sea electrónico, mecánico, fotocopiado, grabado o de otro tipo, sin previa autorización.

ISBN 978-9962-621-22-5

Primera Edición, 500 ejemplares, agosto de 2011

Créditos: esta publicación ha sido coordinada por la
Dirección de Planificación del Ministerio de Salud de Panamá

Para consultas con posterioridad a la impresión, visite nuestro sitio web:
www.minsa.gob.pa

Diagramación por: **Dos Productions, Inc**
Impreso en Colombia por **Printer Colombiana, S.A.**



GOBIERNO NACIONAL

REPÚBLICA DE PANAMÁ



salud

Ministerio de Salud
Panamá