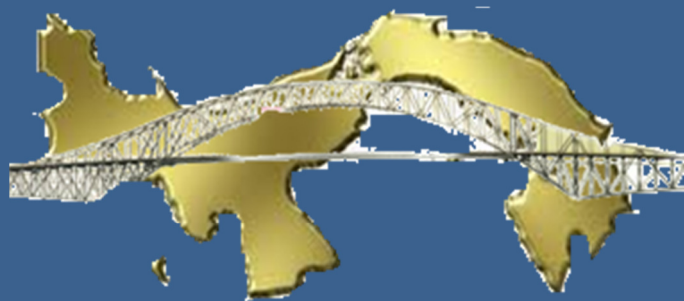


Estrategia de cooperación de la OPS/OMS en el país



Panamá
2014-2018



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud
OFICINA REGIONAL PARA LAS Américas



ESTRATEGIA DE COOPERACIÓN TÉCNICA OPS/OMS

Panamá 2014-2018

Mayo 2014

Resumen de orientación estratégica

La Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) coopera con los Estados Miembros en sus esfuerzos para alcanzar la meta de Salud para Todos y la Cobertura Universal de Salud (CUS). También, lidera esfuerzos colaborativos entre los Estados Miembros y otros aliados, para promover la equidad en salud, combatir la enfermedad y prolongar y mejorar la calidad de la vida de los pueblos de las Américas.

La Estrategia de Cooperación en el País (ECP) 2014-2018, actualiza el análisis de la situación de salud, sus determinantes e identifica las prioridades de cooperación para contribuir al desarrollo nacional de la salud. Por otra parte, este proceso busca armonizar la cooperación técnica (CT) de la OPS/OMS con las líneas prioritarias definidas de forma conjunta por las agencias del Sistema de Naciones Unidas (SNU), en el Marco de Asistencia de las Naciones Unidas para el Desarrollo (MANUD) y otros socios de la cooperación para el desarrollo.

Toma en cuenta aquellos procesos y políticas a nivel regional y global que tienen implicaciones en el trabajo con el país, entre los que se destaca en el ámbito global, el proceso de [Reforma de la Organización Mundial de la Salud](#) (OMS), el [Duodécimo Programa General de Trabajo de la OMS](#) así como la Agenda para el Desarrollo post 2015.

En el ámbito de la Región de las Américas es importante resaltar la [Agenda de Salud para las Américas 2008-2017](#) y el [Plan Estratégico de la Organización Panamericana de la Salud 2014-2019](#), que constituyen la guía para la formulación de políticas y acciones en salud, para los países y las Oficinas de país de la Organización.

En la Región Centroamericana se cuenta con la [Agenda de Salud de Centroamérica y República Dominicana 2009-2018](#), el [Plan de Salud de Centroamérica y República Dominicana 2010-2015](#).

En el ámbito nacional, se cuenta con el [Plan Estratégico de Gobierno 2010-2014](#) y la [Política Nacional de Salud y Lineamientos Estratégicos 2010-2015](#), instrumentos de carácter predominantemente estratégico, que definen las grandes orientaciones y prioridades de los procesos a desarrollar y que sirve de marco de referencia para la elaboración de los planes de cada institución o dependencia del Sistema Nacional de Salud.

El Plan Estratégico de Gobierno 2010-2014, plantea el eje de inclusión social (1), contempla la reducción de la malnutrición, el aumento de la cobertura de agua potable, el aumento de la cobertura y calidad de servicios básicos de salud, el acceso a vivienda digna, el desarrollo de un transporte público seguro y eficiente para la ciudad de Panamá, medidas preventivas para la seguridad ciudadana y el fortalecimiento del sistema de protección social.

Los planes gubernamentales priorizan el fortalecimiento de la red de atención primaria a través de instalaciones de salud llamadas MINSA-CAPSI (2), la readecuación y

mejoramiento de la red de servicios de salud existente, el fortalecimiento de la estrategia de extensión de cobertura en salud y el fortalecimiento de la red de hospitales de referencia.

La [Política Nacional de Salud y Lineamientos Estratégicos 2010-2014](#) (2) se organiza en nueve enunciados:

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.
2. Ejercer el liderazgo sectorial en salud.
3. Mejorar el acceso a los servicios integrales de salud con equidad, eficiencia, eficacia y calidad.
4. Promover la salud con participación social, considerando los enfoques de género intercultural, multidisciplinario, interinstitucional, y los principios de transparencia y rendición de cuentas.
5. Fortalecer la vigilancia de los factores determinantes de la salud para el control de los riesgos, amenazas y daños a la población.
6. Fortalecer el desarrollo de capacidades de los recursos humanos sectoriales en salud.
7. Fortalecer la capacidad institucional de investigación y desarrollo tecnológico en salud.
8. Modular y vigilar los recursos financieros sectoriales en salud.
9. Modernizar la red pública de servicios de salud.

La Organización Panamericana de la Salud desarrolla su accionar enmarcado en el [Plan Estratégico 2014-2019](#), aprobado por los Cuerpos Directivos¹. Este Plan está organizado en seis categorías, para guiar su ejecución (3):

1. Reducir la carga de las enfermedades transmisibles.
2. Reducir la carga de las enfermedades no transmisibles.
3. Promover la buena salud en las etapas clave de la vida.
4. Fortalecer los sistemas y servicios de salud.
5. Reducir la mortalidad, la morbilidad y la reducción de riesgos en materia de salud.
6. Fomentar y ejecutar el liderazgo institucional para cumplir eficazmente los mandatos.

Como parte de su mandato y compromiso, la OPS/OMS estableció cuatro ejes transversales: género, derechos humanos, etnicidad y equidad.

Con todo este conjunto de orientaciones estratégicas y programáticas la Estrategia de Cooperación de la OPS/OMS en Panamá, establece dos ejes transversales, cuatro prioridades estratégicas, doce esferas principales y treinta y cuatro enfoques estratégicos. La interacción de los ejes transversales con cada una de las estrategias de intervención en sus tres niveles de agregación, orientarán la cooperación técnica de la OPS/OMS desde una perspectiva intersectorial.

Estas prioridades son:

¹ Los Cuerpos Directivos de la OPS están conformados por los Ministros de Salud de la Región de las Américas.

1. Cobertura universal de salud en el marco de un proceso creciente hacia la equidad en salud, sin discriminación por sexo, identidad de género, edad, grupo étnico-racial, área de residencia, nivel socioeconómico y/o estatus político.
2. Rectoría del Ministerio de Salud en la construcción participativa y de gestión de las políticas públicas de salud.
3. Abordaje integral e intersectorial de los determinantes de la salud para la disminución de inequidades y garantía del derecho a la salud.
4. Integralidad de las acciones de salud, para la reducción de la carga de enfermedades transmisibles y no transmisibles y sus factores de riesgos.

La Estrategia de Cooperación de la OPS/OMS en Panamá 2014-2018 se ha formulado mediante un proceso participativo intersectorial que permitió la caracterización de la situación de salud, la evaluación de los resultados de intervenciones realizadas y del desempeño de la cooperación técnica.

De conformidad con la metodología y el cronograma de trabajo establecido para la elaboración de la Estrategia de Cooperación en el País 2014-2018, ésta se formuló en tres fases:

Fase 1: Se conformó el equipo de la ECP. El equipo fue dirigido por el Representante de la Oficina del País y estuvo integrado por todo el personal de la oficina, con el apoyo de personal de la oficina regional; así como amplia participación de los actores claves del ámbito nacional.

Fase 2: Revisión bibliográfica y análisis de situación. Se realizó un acopio de información bibliográfica, incluyendo documentos oficiales de la OMS, de la OPS y del país. Esta revisión bibliográfica posibilitó realizar el análisis de la situación de salud, analizar la respuesta nacional para enfrentar los desafíos sanitarios, la provisión de los servicios de salud, los determinantes de la salud y la respuesta de otros sectores, el entorno de la ayuda en el país y examinar la cooperación al país. Con esta base se formuló un primer borrador de la ECP.

Esta versión preliminar de la ECP 2014-2018 fue revisada por el equipo de la ECP, quienes realizaron aportes para una nueva versión.

Fase 3: Consulta nacional. Durante todo el proceso de formulación de la ECP se fueron creando las condiciones propicias para el diálogo estratégico e incluyente, que culminó con la consulta nacional y la participación de los actores claves de las instituciones de gobierno, de las no gubernamentales, del Sistema de Naciones Unidas, del sector académico, de los gremios y asociaciones, del nivel Regional de la OPS y del ámbito global OMS.

La ECP 2014-2018 aprovecha enseñanzas extraídas de la [ECP 2007-2011](#) e incorpora elementos estratégicos producto del diálogo nacional y de los marcos normativos del nivel subregional, regional y global.

Contenido

Sección 1	8
Introducción	8
Sección 2	10
Los desafíos de salud y desarrollo y la respuesta de políticas y planes de salud.....	10
2.1 Contexto macroeconómico, político y social.	10
2.2 Otros determinantes importantes de la salud.	13
2.3 El estado de salud de la población.	17
2.4 Respuesta nacional para superar los desafíos sanitarios.....	21
2.5 Los Sistemas y servicios de salud y la respuesta de otros sectores	27
2.6 Resumen.....	29
Sección 3	32
Cooperación y alianzas para el desarrollo.....	32
3.1 El entorno de la ayuda en el país	32
3.2 Resumen.....	33
Sección 4	35
Examen de la cooperación de la OPS/OMS durante el ciclo anterior	35
4.1 Cooperación de OPS/OMS en el ciclo anterior	35
Sección 5	37
Programa estratégico para la cooperación de OPS/OMS	37
5.1 Programa estratégico	37
Sección 6	42
Ejecución del programa estratégico.....	42
6.1 Función y presencia de la OPS/OMS según la agenda estratégica	42
6.2 Uso del documento de la estrategia de cooperación	45
6.3 Seguimiento y evaluación de la estrategia de cooperación técnica	46
Referencias.....	47

Sección 1

Introducción

La Estrategia de Cooperación en el País (ECP) representa el instrumento que orienta el trabajo de la OPS/OMS en los países, además de constituir una visión a mediano plazo que se alinea a la política, estrategia o plan nacional de salud y al marco estratégico global y regional. La ECP fue formulada por primera vez bajo un marco global de análisis para el periodo 2007-2011.

La Estrategia de Cooperación de la OPS/OMS en Panamá 2014-2018 se construyó a través de un proceso participativo intersectorial que posibilitó la caracterización de la situación de salud, la evaluación de los resultados de intervenciones realizadas y del desempeño de la cooperación técnica.

Este documento se formula con base en el [Duodécimo Programa General de Trabajo 2014-2019 de la OMS](#). En este contexto, la ECP establece las prioridades en áreas claves en las que la OPS/OMS cooperará en el campo de la salud con el país y orienta la forma de trabajar con el país. De igual forma, a través de una cadena de resultados claros, explica la forma de organización de la cooperación durante los próximos cinco años y la contribución al logro de un conjunto de resultados e impactos claramente definidos.

Las acciones de cooperación con el país, se enmarcan en un contexto determinado por la polarización epidemiológica, con una intensa migración interna del área rural a la urbana, y con un sector de la población que vive en condiciones de pobreza y que no participa de la amplia expansión económica que ha experimentado el país en los últimos años.

La Estrategia de Cooperación 2014-2018 de la OPS/OMS destaca como orientaciones estratégicas para ser desarrolladas en este período: i) la reducción de las desigualdades en salud, el alcance de la cobertura universal mediante la estrategia de la Atención Primaria de Salud y ii) el desarrollo de la gestión de la información y el conocimiento en salud, especialmente en lo referente a los determinantes sociales de la salud, con la orientación de promover la visión de salud en todas las políticas nacionales.

La ECP considera como punto de partida los productos de la consulta nacional realizada para la formulación del Plan Estratégico de la OPS/OMS y su Programa y Presupuesto 2014-2015, en la cual el Ministerio de Salud a través de la Dirección de Planificación condujo con amplia participación de las autoridades y funcionarios del Sector Salud, concluyendo que el Plan representa el equilibrio entre la respuesta de la OPS/OMS a las prioridades regionales definidas en la Agenda de Salud para las Américas 2008-2017, así como otros mandatos regionales establecidos por los Estados Miembros de la OPS/OMS y las prioridades nacionales.

Este proceso estableció el siguiente orden de prioridades:

1. Salud de la mujer, la madre, el recién nacido, el niño, el adolescente y salud sexual y reproductiva.
2. Infección por el VIH/sida e ITS.
3. Enfermedades prevenibles mediante vacunación (incluido el mantenimiento de la erradicación de la poliomielitis).
4. Enfermedades no transmisibles y factores de riesgo.
5. Nutrición.
6. Enfermedades que tienden a causar epidemias y pandemias.
7. Determinantes sociales de la salud.
8. Tuberculosis.
9. Desarrollo de recursos humanos para la salud.
10. Servicios de salud integrados centrados en las personas.
11. Gobernanza y liderazgo en el ámbito de la salud, incluidas las políticas, estrategias y planes nacionales en materia de salud.
12. Violencia y traumatismos.
13. Malaria y otras enfermedades transmitidas por vectores, incluyendo Dengue y Chagas.
14. Inocuidad de los alimentos.
15. Manejo de riesgos y de crisis en situaciones de emergencia.
16. Información y datos probatorios relacionados con los sistemas de salud.
17. Acceso a productos médicos y fortalecimiento de la capacidad de reglamentación.
18. Discapacidad y rehabilitación.
19. Capacidad de alerta y de respuesta.
20. Salud y medio ambiente.
21. Envejecimiento y salud.
22. Salud mental.
23. Enfermedades tropicales desatendidas y zoonosis.

El análisis de la situación de salud permitió conocer los retos que se presentan en el período 2014-2018 para el desarrollo de la salud panameña, y en ese marco reconocer los aspectos en los que la cooperación técnica puede significar aportes complementarios al esfuerzo nacional. Es decir, se trató de un exhaustivo proceso de análisis de la situación de salud, de los principales retos que se plantean para el desarrollo nacional de la salud, priorizando los problemas e identificando alternativas de acción, con especial énfasis en la identificación de los campos de intervención en los que la OPS/OMS puede tener ventajas comparativas (4).

El desarrollo de esta estrategia de cooperación está garantizado por elementos coyunturales, entre otros, por la particularidad de la Representación de OPS/OMS en el país, que está constituida con un importante equipo integrado por profesionales nacionales e internacionales. Se destaca la existencia de un valioso número de consultores inter-país y regionales que cualifica significativamente el aporte oportuno de la cooperación técnica de la OPS/OMS al país. Estas características se alinean con la política nacional que busca colocar al país como punto estratégico geográfico para el establecimiento de organismos internacionales, que lo convierten en sede regional de agencias de cooperación internacional para el desarrollo.

Sección 2

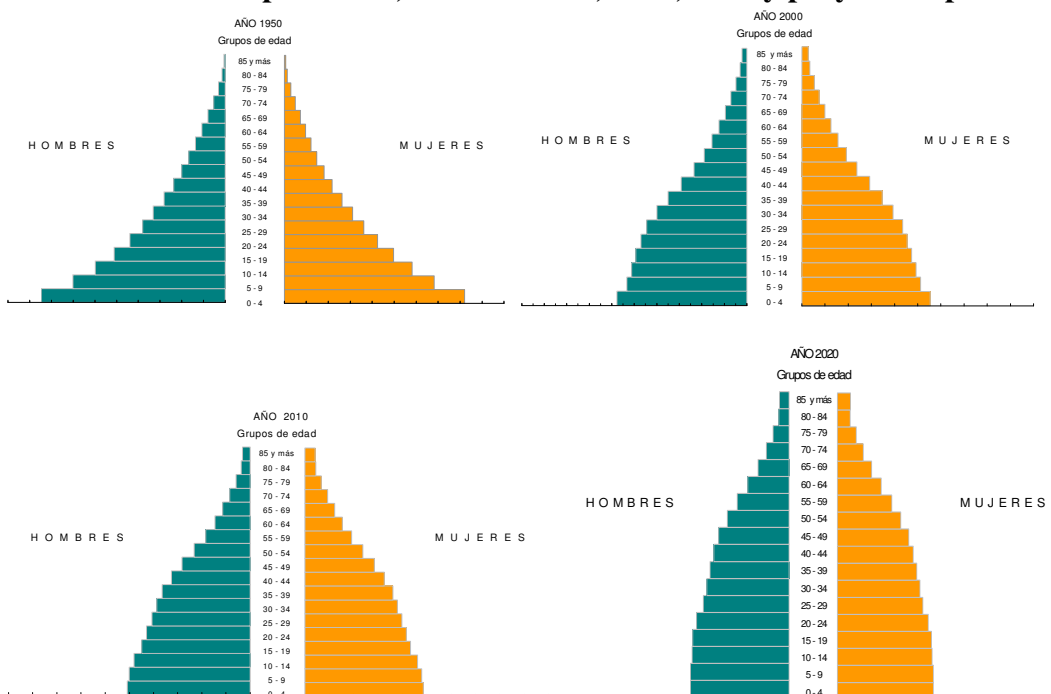
Los desafíos de salud y desarrollo y la respuesta de políticas y planes de salud

2.1 Contexto macroeconómico, político y social.

La República de Panamá es un Estado independiente y soberano. El poder público emana del pueblo y se ejerce por medio de tres Órganos: Legislativo, Ejecutivo y Judicial.

La Constitución Política de Panamá de 1972, reformada en 1978 y 1983, establece un gobierno unitario, republicano, democrático y representativo.

Pirámide de la población, Panamá 1950, 2000, 2010 y proyección para 2020 (5)



El Censo de Población del año 2010 registra 3.405.813 habitantes en la República de Panamá para ese año.

Al analizar la estructura de la población, se observa que el 29,2% de los habitantes son menores de 15 años y el 7,4% son mayores de 65 años, el 63,4%, corresponde al grupo de edad productiva de 15 - 64 años. Los menores de cinco años representan el 9,9 %, el grupo de 5 – 9 años el 9,8%, el grupo de 10 – 14 años el 9,4% y de 15-19 años el 8,8%. El sexo masculino, constituye el 50,2% y el sexo femenino el 49,8%.

La población indígena panameña representa, según el Censo del 2010, el 12,3% del total y está constituida por ocho grupos étnico-culturales: Guna; Emberá y Wounaan; Ngäbe-

Buglé; Bokota; Teribe; BriBri. Al mismo tiempo, el 9,2% de la población panameña es afrodescendiente. (6)

El 64,6% de la población del país habita en áreas urbanas (el 57,4% se concentra en las provincias de Panamá y Colón) y el 35,4% en áreas rurales. (7)

La esperanza de vida al nacer, presenta grandes contrastes, según el lugar de nacimiento. Para 2012 fue de 77,3 en promedio, 74,2 para hombres y 80,3 para mujeres. Sin embargo, en las comarcas indígenas es aproximadamente 10 años menor que en las provincias con mayor esperanza de vida.

A nivel de provincia y comarca indígena, se observa disimilitudes en las tasas globales de fecundidad. La tendencia se mantiene sin variaciones entre los años 2006-2010, en las diferentes regiones y provincias, lo que significa que el acceso a los servicios integrales de salud sexual y reproductiva y los factores que la determinan, tampoco ha variado.

Tasa de Fecundidad General en la República, según área, ciudad, provincia y comarca indígena de residencia: Años 2006 - 2010					
Área, ciudad, provincia y comarca indígena de residencia	Tasa de fecundidad				
	2,006	2007	2008	2009	2010
TOTAL	64.6	65.3	65.7	64.4	63.2
Área urbana	59.1	59.7	60.5	59.8	58.6
Área rural	75.8	76.4	76.1	73.6	72.5
Ciudad de Panamá	46.9	47.3	50.5	48.1	49.5
Ciudad de Colón	87.1	115.5	99.6	89.8	90.8
Bocas del Toro	109.6	111.5	110.8	102.8	112.4
Coclé	66.4	63.4	62.9	60.5	57.9
Colón	66.7	69.1	71.9	70.3	67.4
Chiriquí	65.1	64.1	64.2	61.2	60.3
Darién	86.8	85.0	79.8	80.2	77.1
Herrera	50.2	49.0	45.9	45.2	42.5
Los Santos	41.1	44.5	42.1	41.7	41.0
Panamá	59.3	59.3	60.0	59.8	58.9
Veraguas	67.1	69.7	66.1	66.1	61.5
Comarca Guna Yala	91.6	80.8	81.4	91.2	76.2
Comarca Emberá	88.6	96.5	71.7	84.5	99.2
Comarca Ngäbe Buglé	96.9	111.1	119.1	109.8	107.3

CGR_INEC_Censo 2010

Las mayores diferencias se encuentran entre la Comarca Ngäbe Buglé y la provincia de Los Santos. La primera muestra la tasa más alta del país, alcanzando su punto máximo de 7.0 hijos por mujer en el año 2000 y se espera que para el 2030 baje a un promedio de 4.2 hijos por mujer. Mientras que Los Santos con la tasa más baja, alcanzó en el año 2000 un promedio de 2.3 hijos por mujer, muy cercana al nivel de reemplazo y para el 2030 alcanzará según proyección 1.4 hijos por mujer.

TASAS DE FECUNDIDAD EN LA REPÚBLICA, PROVINCIA Y COMARCA INDÍGENA, SEGÚN EDAD DE LA MADRE Y MEDIDAS RESUMEN: PERÍODO 2000-2015													
Edad de la madre y medidas resumen	República	Provincia									Comarca indígena		
		Bocas del Toro	Coclé	Colón	Chiriquí	Darién	Herrera	Los Santos	Panamá	Veraguas	Kuna Yala	Emberá	Ngábe Buglé
Año 2000													
Tasa Global de Fecundidad (1).....	2.82	4.91	3.20	3.12	2.76	4.77	2.58	2.26	2.31	3.34	4.76	5.07	6.50
Tasa General de Fecundidad (2).....	90.9	162.5	102.0	103.4	88.3	161.1	79.4	67.1	74.7	104.5	149.0	159.6	206.9
Edad Media de la Fecundidad (años)	27.0	28.6	27.7	27.2	27.5	26.5	26.7	26.6	27.6	27.8	28.2	28.9	29.3
Año 2010													
Tasa Global de Fecundidad (1).....	2.55	4.32	2.44	2.96	2.70	2.96	1.85	1.73	2.20	2.61	4.37	4.29	4.87
Tasa General de Fecundidad (2).....	78.2	138.2	76.9	93.1	81.5	105.6	56.4	50.9	66.0	83.7	136.7	139.7	155.3
Edad Media de la Fecundidad (años)	27.0	28.5	27.8	27.1	27.4	26.5	26.4	26.3	27.7	27.8	28.4	28.6	29.5
Año 2015													
Tasa Global de Fecundidad (1).....	2.43	3.83	2.31	2.87	2.67	2.81	1.75	1.63	2.07	2.47	4.19	4.06	4.38
Tasa General de Fecundidad (2).....	73.3	122.0	73.6	89.0	81.0	103.9	53.7	48.4	59.7	81.8	140.4	135.6	144.7
Edad Media de la Fecundidad (años)	26.9	28.3	27.6	27.1	27.3	26.3	26.4	26.3	27.6	27.7	28.3	28.4	29.2

(1) Número de hijos que en promedio tendrá una mujer en su período de vida fértil, sin estar expuesta al riesgo de mortalidad, desde su nacimiento hasta el final de su vida reproductiva

(2) Número de nacimientos, por mil mujeres, entre las edades de 15 a 49 años.

En el país se observa un intenso proceso de migración interna, que fundamentalmente moviliza a jóvenes del campo hacia el área metropolitana. La provincia de Panamá concentra cerca del 70% de las migraciones internas, por lo que actualmente acoge cerca del 50% de los jóvenes de 15 a 29 años del país (2). Este flujo migratorio tiene repercusiones en el campo de la salud, debido entre otros a la sobrecarga en la demanda de servicios en áreas suburbanas de rápido crecimiento poblacional.

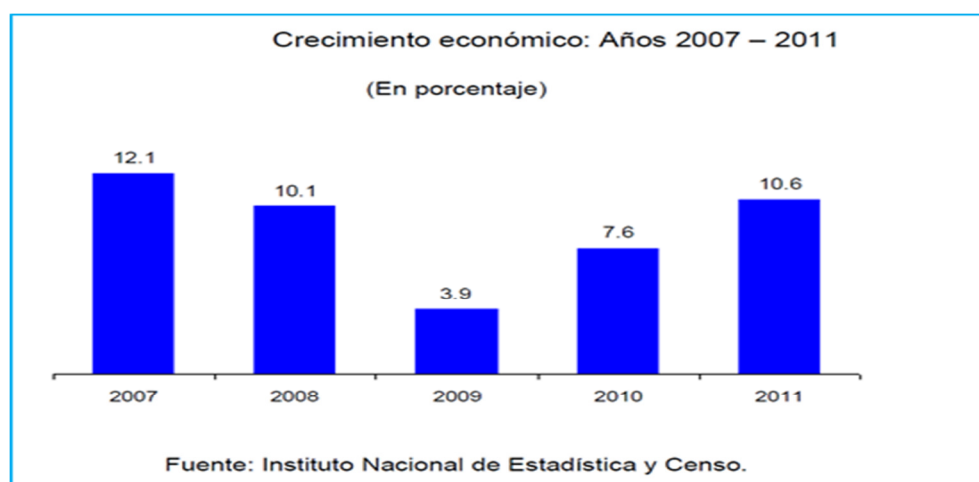
SALDO MIGRATORIO INTERNO E INTERNACIONAL, SEGÚN PROVINCIA Y COMARCA INDÍGENA: QUINQUENIOS 2000-05 Y 2005-10						
Provincia y comarca indígena	Saldo migratorio					
	2000-05			2005-10		
	Neto	Internacional	interno	Neto	Internacional	interno
TOTAL.....	20,350	20,350	0	25,300	25,300	0
Bocas del Toro.....	1,749	190	1,559	1,531	189	1,342
Coclé.....	-2,306	97	-2,403	-3,048	176	-3,224
Colón.....	12	652	-640	-1,557	523	-2,080
Chiriquí.....	-9,754	126	-9,880	-16,005	446	-16,451
Darién.....	-1,037	107	-1,144	-1,098	76	-1,174
Herrera.....	-2,360	85	-2,445	-2,372	73	-2,445
Los Santos.....	-875	0	-875	-875	0	-875
Panamá.....	49,246	19,093	30,153	63,036	23,817	39,219
Veraguas.....	-8,750	0	-8,750	-9,425	0	-9,425
Kuna Yala.....	-3,130	0	-3,130	-2,230	0	-2,230
Emberá.....	-130	0	-130	-175	0	-175
Ngábe Buglé.....	-2,315	0	-2,315	-2,482	0	-2,482

Fuente: Contraloría General de la República. INEC.

Panamá vive una etapa de acelerada expansión económica. Durante el período 2002-2012, la economía panameña ha mantenido un ritmo de crecimiento que llegó al 10,7% anual en el 2012. En ese mismo año el PIB llegó a US\$36.252.755 millones de dólares que significa un valor de US\$16.329 per cápita. Este es el crecimiento más alto de América Latina y el Caribe, y uno de los más altos del mundo (8).

Panamá es reconocido como una de las más importantes economías de Centroamérica y de la Región, según el último informe de la CEPAL el crecimiento proyectado para el 2014 será de 7,9%, el más alto de la región (9).

Su crecimiento se encuentra concentrado en el sector servicios con 80%, en tanto que la manufactura y la construcción aportan en conjunto un 12% y el sector agropecuario el restante 8%.



2.2 Otros determinantes importantes de la salud.

Históricamente las prioridades de gestión política del país han girado en el campo económico y un consecuente relegamiento relativo del área social y en particular del campo de la salud.

En este entorno, el desarrollo nacional de la salud mantiene su foco en el control de la enfermedad, con una baja percepción de la salud como fenómeno social, lo que dificulta visualizar la necesidad de la acción intersectorial para actuar y modificar los determinantes sociales y ambientales de la salud.

Los desafíos políticos y sociales que influyen sobre la situación de salud y el desempeño de los servicios de salud son el modelo de desarrollo, que no aborda la inclusión de las poblaciones rurales y de las Comarcas Indígenas de forma estructural, sino que, las mantiene en una condición de pobreza, desempleo y de falta de oportunidades, que les dificulta salir del círculo de la pobreza y participar efectivamente en la construcción del desarrollo de sus comunidades.

La situación de pobreza en algunos segmentos de la población del país refleja las limitaciones impuestas sobre la capacidad productiva de las personas, mediante barreras de acceso al empleo, el crédito y a los medios de producción. Sin embargo, se observa recientemente el crecimiento en los niveles de empleo y aumento de la productividad,

favoreciendo a segmentos rezagados como los jóvenes y las mujeres. La relación empleo-población pasó de un 53,1% en 1995 a 60,0% en 2008, al 95% en 2012. En el área rural la disminución es de 7,8 puntos porcentuales, en el mismo período. La participación de las mujeres en el mercado laboral está por debajo de la de los hombres, y el desempleo afecta más a las mujeres en todas las zonas del país.

La pobreza se extiende en las zonas rurales, en las comarcas indígenas y en las urbanas marginales. Las provincias con mayor nivel de pobreza son: Darién (57,9%), Bocas del Toro (47,9%), Coclé (40,4%) y Veraguas (39,7%), y las áreas indígenas en su conjunto (84,1%). El porcentaje de pobres a nivel nacional ha disminuido de 33,8%, en 2008, a 29,0% en 2011; los pobres extremos han disminuido de 15,3% a 11,4%, en el mismo periodo (10).

El Informe sobre Índice de Desarrollo Humano Mundial del 2012, encontraba a Panamá en la posición número 60 de 187 países, y situándose entre los países de alto desarrollo humano. Sin embargo, existen amplios sectores poblacionales en exclusión social y económica. El cálculo del coeficiente de Gini posiciona a Panamá como uno de los primeros cinco países con mala distribución de la riqueza en América (11).

Las raíces de la exclusión provienen de tres factores: un modelo económico concentrador; la débil participación de la sociedad en la conducción del desarrollo; y el sistema cultural discriminatorio contra pueblos indígenas.

En cuanto al desarrollo educativo de acuerdo a los resultados finales del [Censo de Población 2010](#), en la última década ha habido una reducción en el porcentaje de analfabetos (7,6% en el 2000 a 5,5% en el 2010). Se observa un mayor número de mujeres analfabetas (6,0%) que de hombres en esa condición (4,9%).

La situación del analfabetismo en las comarcas indígenas afecta más a las mujeres; la Comarca Guna Yala registró 28,3% de analfabetismo, la Comarca Emberá 22,9% y la Comarca Ngäbe Buglé 30,8%. Las provincias con alto porcentaje de población indígena fuera de las Comarcas, que registran mayor analfabetismo son: Darién 15,9%, Bocas del Toro 12,1% y Veraguas 10,9 % (12).

El costo de la canasta básica familiar de alimentos ha aumentado en todos los grupos de alimentos. De julio 2012 a julio 2013, el aumento registrado fue de US\$21.38 (6,86%), lo que afecta la calidad de la dieta de la familia panameña especialmente de los más pobres (13).

El 19,1% de los niños menores de 5 años muestra retraso de crecimiento en relación con su edad (desnutrición crónica), el 3,9% presenta bajo peso para su edad (desnutrición global) y cerca del 1,2% tiene bajo peso para su talla (desnutrición aguda).

La desnutrición crónica en áreas indígenas es de 62,0% lo que triplica la prevalencia nacional; la prevalencia de desnutrición crónica de los niños en extrema pobreza es dos veces la prevalencia nacional, y seis veces la prevalencia de los no pobres (1).

En cuanto a saneamiento ambiental las coberturas de viviendas con acceso a agua apta para consumo humano, se incrementó de 80,71% en 1990 a 92,9 en 2010. En el área rural, pasó de 57,1% en 1990 a 78,11% en el 2010. Las comarcas siguen rezagadas en relación con el resto del país. Para el censo del año 2010 las comarcas reportan un porcentaje de acceso al agua de 28% para la comarca Ngäbe Buglé, 41% para la comarca Emberá y un 77% para la comarca Guna Yala.

El número de viviendas con servicio sanitario se incrementó de 93,1% en 2000 a 94,5% en 2010, estando el 33,1% de las viviendas conectada a alcantarillado, el 30% a un tanque séptico, y el 31,4% a una letrina. En zonas urbanas, la cobertura de saneamiento alcanza el 98,9%, mientras que a nivel rural el 85,2%.

En la ciudad de Panamá se generan diariamente de 900 a 1.200 toneladas de basura.

El Proyecto Saneamiento de la Ciudad y la Bahía de Panamá ejecutado por el Ministerio de Salud, busca mejorar las condiciones sanitarias de la población, particularmente en barrios de bajos ingresos, y así disminuir la contaminación de ríos y mar en el área metropolitana de la Ciudad y la Bahía de Panamá.

Según la Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (ENASSER) de 2009, el 52% de los niños menores de 5 años en áreas indígenas recibieron lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses, lo que contrasta con las áreas rurales y urbanas donde alcanza el 38% y 17%, respectivamente (14).

En Panamá, pese a las normas y a la gratuidad de los servicios de atención a niños y niñas en las instalaciones públicas de salud, poco más de la mitad (58,3%) de los menores de un año y 41,9% de los niños entre 1 a 4 años cumplió con los controles de crecimiento y desarrollo en 2010 (14).

Las coberturas de vacunación en los menores de un año han aumentado considerablemente en los últimos años, entre otros, como resultado de la búsqueda intensiva de desertores e inasistentes y el desarrollo de oportunidades aprovechadas de vacunación dirigidas a poblaciones vulnerables. En el año 2011, se alcanzaron coberturas del 87% para la vacuna pentavalente (DPT-Hib-HepB), 91% para la antipoliomielítica y 95% para la vacuna contra rotavirus. La cobertura de la vacuna BCG cubrió 100% de los nacidos vivos; la hepatitis B a 93% y con la antineumocócica conjugada (introducida en 2008 en grupos de riesgo y universalizada en 2010), se logró una cobertura de 63%. En los niños de un año, la cobertura con la vacuna del sarampión, parotiditis y rubeola llegó a 97% (15).

A pesar de la alta cobertura de la vacuna DPT3 en menores de un año, se observa una proporción importante de deserción (13%). Las regiones de salud con bajas coberturas y deserciones frecuentes son Bocas del Toro, Panamá Este, Panamá Oeste, San Miguelito y la Región Metropolitana.

Los problemas de salud de los adolescentes se asocian con patrones de conducta que imponen riesgos, por ejemplo: 19,8% de las mujeres de 15 a 19 años son madres o están embarazadas, con mayor frecuencia en las áreas rurales e indígenas. La morbilidad en este

grupo incluye además la violencia; los homicidios afectaron a 15,1% de las personas de 15 a 19 años y estuvieron relacionados con las disputas entre pandillas.

La salud de la madre, se encuentra condicionada a factores sociales (principalmente escolaridad, etnicidad y acceso a servicios de salud calificados), económicos, políticos, culturales, laborales y nutricionales. El factor determinante lo constituyen las demoras relacionadas con el reconocimiento de los signos de peligro, la toma de decisión para la búsqueda oportuna de atención y los preparativos para el traslado al servicio de salud.

Según la Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (ENASSER), la prevalencia del uso de métodos de planificación familiar en el momento de la encuesta fue de 62,5%. Las mujeres en áreas urbanas y rurales tienen mayor acceso (64,5 y 66,8%, respectivamente) que las mujeres en áreas indígenas, donde apenas el 22,3% los usa o tiene acceso. La prevalencia del uso de métodos de planificación familiar aumenta con el grado de escolaridad de la mujer (27% entre las mujeres sin escolaridad frente a 64% entre las que completaron la secundaria) (14).

La atención calificada del prenatal a nivel nacional es de 99,8% con una media de cuatro consultas por embarazada. Según la Encuesta de Niveles de Vida 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.

La atención del parto por personal calificado alcanzó el 93,5% (99,9 urbano y 84,7 rural) para el 2010. Sin embargo, en la comarca Ngäbe Buglé esta atención calificada del parto solo alcanzó el 61,3% de los partos para el mismo año, evidenciando las disparidades a nivel de las provincias y las comarcas indígenas.

Con respecto al control postnatal, según las normas del Ministerio de Salud deben realizarse dentro de los primeros siete días posteriores al parto, las brechas entre áreas geográficas son similares. Mientras que en áreas urbanas, el 81% de las mujeres asistió a su primer control postnatal según lo dicta la norma, en las áreas rurales esta cifra desciende al 65% y en las áreas indígenas solo alcanza el 35%. El control postnatal es crítico para detectar signos de alarma que puedan comprometer la salud de la madre (14).

El embarazo de adolescentes constituye un problema creciente en el país. Del total de muertes maternas ocurridas en el país en el 2011 (59 casos), el 18,6% (11 casos) correspondió a menores de 19 años de edad, de estas 9 niñas (82%) ocurrieron en áreas habitadas por población indígena (3 en Bocas del Toro, 5 en la Comarca Guna Yala, 1 en la Comarca Ngäbe Bugle) (16).

Las proyecciones demográficas indican que en los próximos 50 años habrá un aumento del grupo de 65 y más años, que representará 17% de la población y demandará mayor asistencia social y atención de salud. Panamá tiene el índice de envejecimiento más alto de América Central: 25,9%.

Desde que Panamá aprobó la Ley No.13 del 24 de enero de 2008, se ha convertido en un pionero en la abogacía para proteger la salud de la población del efecto nocivo que tiene el tabaco para la salud. Panamá ha ratificado el Convenio Marco para el Control del Tabaco (CMCT), cuenta con normas legales y administrativas que facilitan el proceso de implementación de la ley y tiene una Comisión nacional para el estudio del tabaquismo.

En el 2013 Panamá participó en las Encuestas nacionales de consumo de tabaco en jóvenes de 13-15 años (GYTS) y de la Encuesta mundial de tabaquismo en adultos (GATS). Este estudio permitió generar y actualizar los conocimientos sobre la situación del tabaquismo en la población adolescente y adulta, además de poder comparar el comportamiento de la epidemia de tabaquismo en los diferentes países del mundo.

El país ha puesto en funcionamiento 36 clínicas de cesación del fumado, distribuidas en todas las Regiones de salud.

2.3 El estado de salud de la población.

El perfil de salud de Panamá se caracteriza por una transición demográfica y polarización epidemiológica, en donde las enfermedades transmisibles son aún prevalentes, especialmente en la población rural y pobre, mientras cobran importancia las enfermedades de tipo crónico-degenerativo propias de poblaciones en envejecimiento. Se observan cambios notables en el estilo de vida (nuevas dietas, patrones alterados de actividad física, condiciones de stress, adicciones, entre otras), y consecuentemente existe una emergencia de problemas como la obesidad, los accidentes y la violencia (incluyendo la violencia doméstica y de género), trastornos mentales y los relacionados con tabaquismo, alcoholismo y consumo de drogas, aunados a aquellos de origen laboral.

La tasa de mortalidad general para 2011 fue de 5.9 por 1.000 habitantes. Las principales causas de muerte son las enfermedades crónicas no transmisibles (61%) principalmente enfermedades cardiovasculares, la diabetes, el cáncer y las enfermedades respiratorias crónicas; afectando particularmente a los centros urbanos de mayor población. El 74% de estas, corresponden a enfermedades cardiovasculares, cáncer y diabetes mellitus. En las comarcas indígenas y en algunas áreas fronterizas, las primeras causas de muerte corresponden a enfermedades transmisibles o infecciosas.

La mortalidad por enfermedades circulatorias y el cáncer, presentan tendencia a aumentar en el país. La tasa de mortalidad por cáncer pasó de 66 en el año 2002 a 72 por cien mil habitantes en el año 2010, mientras que la tasa de enfermedades circulatorias de 111 en el 2002 a 131 por cien mil habitantes en el 2010.

La diabetes es una de las principales causa de morbilidad y de mortalidad en el país y registra una tasa de mortalidad de 31 por 100.000 habitantes, ocupando el tercer lugar del total de muertes por ENT en el periodo 2001-2011 (11).

En el año 2011 se observaron 971 defunciones de menores de un año, lo que representa una tasa de 13 muertes por cada 1.000 nacidos vivos. Gran parte de las muertes de menores de un año se deben a causas prevenibles. Del total de defunciones en este grupo de edad, el 36% se debió a causas perinatales, el 25% se produjeron por malformaciones congénitas, un 8% por neumonía, un 5% por diarreas y un 5% por accidentes, agresiones y otro tipo de violencia (14). En la provincia de Bocas del Toro, la comarca Guna Yala y la provincia de Darién se registraron las tasas de mortalidad infantil más elevadas del país con aproximadamente 20 defunciones por 1.000 nacidos vivos (11).

La mortalidad de menores de 5 años refleja una tendencia a la disminución con relación a 1990, no obstante, en las áreas urbanas se observa un estancamiento que pudiera estar relacionado con la migración interna que genera bolsones de pobreza en los centros urbanos.

Los promedios nacionales de mortalidad en menores de 5 años esconden disparidades. En siete de las nueve provincias se reflejan tasas inferiores a 20 por 1.000 nacidos vivos para el año 2011, en la Comarca Ngäbe- Buglé se registró una tasa de 33 muertes, en la provincia de Bocas del Toro y en la Comarca Guna-Yala 30 y en la provincia de Darién 24 muertes infantiles por 1.000 nacidos vivos (14).

Las áreas con mayor mortalidad de menores de cinco años se caracterizan por ser de difícil acceso, con población en condiciones de pobreza y pobreza extrema y con una alta proporción de población indígena.

La mortalidad materna registrada en el país está en alrededor de 40 casos anuales, si bien este dato ha variado en los últimos años, lo cual puede estar relacionado con los ajustes e intentos de mejorar la calidad del dato. En el año 2011 se reportó un aumento en relación al año anterior (59 casos, 80.5 por 100.000 nacidos vivos) (16).

Mortalidad materna y cobertura del parto, Panamá 2007-2011 (16)

Año	2007	2008	2009	2010	2011
Razón de mortalidad materna	59.4	59.6	42.4	60.3	80.5
Nº total de muertes maternas	40	41	29	41	59
Nº total de nacidos vivos	67.364	68.759	68.364	67.955	73.292
Cobertura institucional de parto	91,16%	91,55%	96,96%	92,35%	93,49%

La mortalidad materna de las comarcas indígenas (Guna Yala, Ngäbe Buglé y la provincia de Bocas del Toro), difiere en forma alarmante de los promedios nacionales. Mientras la razón de mortalidad materna fue para el país en su conjunto, en el año 2011, de 80.5, las comarcas registraron una mortalidad materna de 542,3 en la Comarca Guna-Yala, 300,5 en la Ngäbe-Buglé y 158,0 en la provincia de Bocas del Toro. Se considera que estas áreas representan el nudo crítico en el comportamiento de este indicador (2, 11).

Si bien el número absoluto de muertes maternas no es alto es de destacar que el 69% de las muertes maternas es reportado como de causa directa y el 12% como indirecta, lo que

indica que serían reducibles en base a prestaciones de servicios de salud, oportunas y de calidad.

La razón de mortalidad materna registrada de 80.5 muertes maternas por cada cien mil nacidos vivos para el 2011(14), está muy lejos de la razón que el país se comprometió a alcanzar en el marco de los ODM. El 47,5 % de las muertes maternas ocurren en lugares de difícil acceso, y serían evitables con intervenciones que han mostrado ser efectivas.

Tras varias décadas de baja incidencia los casos reportados de malaria presentaron una reemergencia desde 1999, registrando 5,094 casos en 2004. Desde 2005 a 2011 se registró una tendencia a la disminución, que coincide con un cambio en la política de control de la enfermedad. Sin embargo, en 2012 se observó un aumento, a más del doble de casos registrados en 2011 (844 casos lo que corresponde a una tasa de 22 casos por 100.000 habitantes). Las regiones de salud que reportan las tasas más altas son: Darién, la comarca Guna Yala, Bocas del Toro y la comarca Ngäbe Buglé, áreas que se consideran endémicas de malaria.

De 2005 a 2009 la incidencia de dengue aumentó a 217 por 100.000 habitantes, En el 2011, se registraron 3.882 casos totales (147 por 100.000) de los cuales, 38 (9,8%) fueron de dengue grave, con 17 (0,4%) defunciones confirmadas por laboratorio (17). En el año 2012 la tasa de incidencia se redujo a menos de la mitad y no se registraron defunciones (18). Desde el segundo semestre de 2013 se reporta un aumento de casos en particular en las Regiones de Bocas del Toro y San Miguelito, declarándose alerta sanitaria en el mes de diciembre de 2013.

En el periodo de 2000 al 2009 se reportaron 22.933 casos, de leishmaniasis con mayor registro en el 2006 (3.774) con una tasa de 114.9 por 100.000 habitantes. En el año 2011 se registraron 2116 casos de leishmaniasis con una tasa de incidencia de 60 por 100.000 habitantes, afectando mayormente a Bocas del Toro (491), Darién (182), Coclé (139), la Comarca Ngäbe Buglé (120) y la provincia de Colón (108).

La tasa de incidencia de la enfermedad de Chagas fue de 0,9 por 100.000 habitantes en 2006 y 1,4 por 100.000 habitantes en 2009. En 2011 la infección presentó un aumento de incidencia de 1,8 por 100.000 habitantes. Las áreas de mayor riesgo son la Metropolitana, Panamá Oeste y Panamá Este (18).

De acuerdo con estimaciones de la OMS, la prevalencia de tuberculosis ha venido aumentando desde el año 2000, fue de 52 casos por cada 100.000 habitantes, calculándose que para el año 2012 alcanzó a 64 por 100.000 habitantes. La mortalidad estimada por tuberculosis pasó de 7 por 100.000 en el año 2000 a 5 en el año 2012. La incidencia anual estimada, para todas las formas de tuberculosis se ha mantenido constante en alrededor de 48 casos por 100.000, desde el año 2000 hasta el año 2012.

Predomina la tuberculosis pulmonar en 76% de los casos y de ella la forma bacilífera de la enfermedad con el 46% del total de casos. Las provincias más afectadas para el año 2012 son en primer lugar, la comarca de Guna Yala con una tasa de 188, seguida por la provincia de Bocas del Toro con una tasa de 130 en tercer lugar la comarca Ngäbe Buglé con una tasa

de 100 y en un cuarto lugar la Región Metropolitana con una tasa de 75 por 100.000 habitantes (18).

Si bien, el país reporta una detección del 83% de casos nuevos de tuberculosis pulmonar bacilífera, el éxito del tratamiento para la cohorte de 2010 no supera el 64,0%.

La frecuencia de casos de lepra es de 2 a 3 casos nuevos por año. Para 2012 y 2013 se reportaron tres casos en cada año. El país mantiene una tasa de prevalencia inferior a un caso por 10.000 habitantes a nivel nacional, cumpliendo así con la meta de eliminación como problema de salud pública.

En el año 2011 el VIH/sida se ubicó como la octava causa de muerte en el país. Las áreas más afectadas por esta enfermedad en el año 2011, fueron la provincia de Colón con una tasa de 62,5 por 100.000 habitantes, seguida por la provincia de Panamá con una tasa de 23,9, la provincia de Los Santos con una tasa de 10,6 y la comarca de Guna Yala con una tasa de 10,2 por 100.000 habitantes (19).

Desde 1973 Panamá no ha registrado casos de rabia humana ni de rabia canina. En bovinos, la rabia transmitida por murciélagos hematófagos es endémica en el área de Panamá Este, Darién y Colón.

Se registraron 79 casos de leptospirosis en el periodo 2006–2010. La mayoría de los casos graves se diagnosticaron en hospitales, ya que se trata de una enfermedad poco reconocida en los servicios de atención primaria. A pesar de la subnotificación, se han comunicado casos en todas las regiones de salud del país, con mayor frecuencia en las regiones de salud Metropolitana, San Miguelito y Colón.

Desde 1991 se tiene registros de encefalitis equinas en el país, en personas de diferentes regiones, aislándose cepas de pacientes adultos con cuadros febriles leves. Entre 1991 y 2005 se han realizado 51 aislamientos del virus y 23 serologías positivas en el laboratorio de virología del ICGES, procedentes de las regiones de Panamá Este, Veraguas, Coclé, Darién, Panamá Oeste, Bocas del Toro y Colón. A partir del año 2010, se confirmó la presencia de EEV y EEE, EEV en Almirante, Bocas del Toro y al este del país.

Desde 1999 hasta 2013 se notificaron 198 casos de síndrome pulmonar por hantavirus, se registraron 36 defunciones, con una letalidad de 18%. Los hombres son más afectados (60% de los casos). Aunque afecta todas las edades su mayor frecuencia se presentó entre los 30 y 39 años (46 casos, 23%). La enfermedad por hantavirus se ha concentrado en las provincias centrales del país: Los Santos (57%), Coclé (26%) y Veraguas (20%) y tiene un comportamiento cíclico que coincide con la estación seca.

Durante el periodo 2006–2010, la tasa promedio anual de infecciones de origen alimentario fue de 43,3 por 100.000 habitantes. De los casos notificados, 7% correspondieron a salmonelosis y 4% a shigelosis; se desconoce la etiología del restante 89% de los casos.

Los homicidios han pasado a constituir un grave problema de salud pública. En el año 2010 los homicidios constituyeron la cuarta causa de muerte en el país y manifiestan un

incremento persistente desde el año 2004 (0.8 homicidios por día) al 2010 (2.1 homicidios por día). La provincia de Panamá concentra el 72.3% de los homicidios. La mitad (50,1%) de los homicidios del país ocurre en jóvenes, lo que refleja un alto grado de violencia en los barrios producto de las disputas entre pandillas y el consumo de drogas. De los 759 homicidios registrados en el 2010, 57 fueron de mujeres representando el 7,5% total de los casos, en la mayoría de los casos su causa principal fue la violencia doméstica (18).

Según la Dirección Nacional de Operaciones del Tránsito de la Policía Nacional, en el 2013 hubo en Panamá más de 38,000 accidentes con 385 muertes principalmente causadas por alta velocidad, no uso de cinturón de seguridad, ingesta de bebidas alcohólicas y uso del celular al conducir.

La prevalencia nacional de discapacidad es de 11,3% (24), con un rango de 2,7% (Emberá) a 15,6% (Veraguas). Las provincias y comarcas que tienen una prevalencia superior al promedio nacional son Guna Yala, Herrera, Darién, Coclé, Ngäbe-Buglé, Chiriquí y Los Santos. La prevalencia es mayor en las mujeres (12,4%) que en los hombres (10,4%) y aumenta con la edad: 6% en los menores de 20 años, 7% en los de 20 a 39, 20% en los de 40 a 64 años y 42% en los mayores de 65 años.

Panamá, como los demás países de la región, está expuesto a múltiples amenazas, tanto por fenómenos naturales como antrópicos. Dentro de ellos, destaca la frecuencia de los fenómenos hidrometeorológicos con amplia exposición en zonas vulnerables y población en condiciones de pobreza. En el otro extremo y como consecuencia del crecimiento y desarrollo tecnológico, la frecuencia de eventos asociados a riesgos químicos, radiológicos o industriales, entre otros, serán temas motivo de preparación y respuesta.

2.4 Respuesta nacional para superar los desafíos sanitarios.

La [Constitución Política de la República de Panamá](#) de 1972, en sus artículos 109 y 110 (20) establece la obligatoriedad del Estado de asegurar el derecho a la salud, acceso de toda la población panameña a servicios integrales de promoción, protección, prevención, conservación, restitución, curación y rehabilitación.

El [Decreto de Gabinete N° 1 del 15 de enero de 1969](#), crea el Ministerio de Salud y lo consagra como la Autoridad Sanitaria Nacional (ASN), mientras la Caja de Seguro Social (CSS), se responsabiliza del aseguramiento y seguridad social [Ley Orgánica de la Caja de Seguro Social](#), formulada en 1954, y modificada por la Ley 51 del 2005).

El [Código Sanitario](#) data de 1947 y constituye el marco legal en el campo de la salud. El Código vigente resume aspectos relacionados con la definición del campo de la salud, la definición de las responsabilidades institucionales, los aspectos orgánicos del Ministerio de Salud y elementos del campo laboral en salud.

El sistema público está conformado por dos importantes instituciones estatales: el Ministerio de Salud y la Caja de Seguro Social, ambas se organizan en 14 regiones

sanitarias, con presencia paralela y organizados por niveles de complejidad, ofertan a la población servicios de salud acorde con su capacidad resolutoria.

El 90% de la población tiene acceso a los servicios de salud, de cualquiera de las dos instituciones públicas, independientemente de su afiliación o no a la seguridad social, ya que existen subsidios cruzados entre el MINSA y la CSS (se estima que la CSS cubre el 80%). La población con contrato laboral o independiente, con capacidad de pago son atendidos por la CSS y el sector privado.

La actuación fragmentada y con planes de salud ajustados a su oferta, segmentan los planes de cobertura y beneficios, en detrimento de los más pobres, provocando que el sistema sea inequitativo, sobre todo con la población indígena, pobre, perteneciente al empleo informal, localizada en las comarcas, en el área rural y en las zonas urbano marginal, que no cuentan con cobertura de la CSS, ni con servicios permanentes, sino ambulatorios esporádicos y que no toman en cuenta la cultura de los pueblos.

El MINSA está construyendo cinco hospitales y más de 30 centros denominados MINSA-CAPSI (centros de atención integral, con tecnología médica de punta) y por su parte la CSS tiene el plan de sustituir su Complejo Hospitalario de referencia nacional, por un nuevo complejo denominado Ciudad Hospitalaria.

Los principales desafíos que enfrenta el sistema de salud panameño, para asegurar acceso y cobertura universal de servicios de salud seguros, de calidad y culturalmente aceptables son:

En primer lugar, la definición de una política económica orientada a la reducción de la exclusión y a la creación del sistema de protección social en salud de las poblaciones en las comarcas indígenas, de las poblaciones en condición de pobreza del área rural y urbana y de los trabajadores informales.

En segundo lugar, el fortalecimiento del ejercicio de la función reguladora, que instrumentalice la vigilancia y cumplimiento de la política y norma en todos los niveles así como para organizar y gestionar la red integral e integrada de servicios de salud del sector, basados en la Atención Primaria de Salud y abordaje de los determinantes sociales de la salud.

En tercer lugar, la definición e implementación de la separación de funciones; la coordinación-integración de las instituciones públicas de salud MINSA y CSS.

El MINSA ha liderado la elaboración sectorial del marco filosófico, conceptual y teórico del modelo de atención que permitiría la organización de redes integrales de servicios de salud basados en la APS y orientado a la cobertura universal de salud, denominado “Modelo de atención individual, familiar, comunitario y ambiental”.

La red de servicios del MINSA y de la CSS, está constituida por 912 instalaciones, de las cuales 836 pertenecen al MINSA y 76 a la CSS. Del total de las 912 instalaciones de salud, 39 son hospitales (20 pertenecientes al MINSA, 15 a la CSS y 4 a Patronatos); 26

policlínicas, 8 sub policlínicas, 14 Unidades Locales de Atención Primaria de Salud (ULAPS), 21 Centros de Atención, Promoción y Prevención de Salud (CAPPS), 186 Centros de Salud, 8 Centros de Promoción, 119 Subcentros, 486 Puestos de Salud, 13 Dispensarios y 12 calificados como otros. De las 912 instalaciones el 12% (103) no funciona, siendo estos en mayor porcentaje puestos de salud 92% (94).

La disponibilidad de camas hospitalarias en el país es de 2,3 por 1.000 habitantes, 4.200 pertenecen al MINSA, 3.187 a la CSS y 1.043 a instalaciones de salud privadas. El área urbana registra una tasa de 2,9 camas por 1.000 habitantes, en tanto, en el área rural existen 1,3 camas por cada 1.000 habitantes.

En las Comarcas indígenas y áreas rurales de difícil acceso, el único proveedor es el MINSA que oferta servicios ambulatorios con servicios básicos e incipiente adecuación cultural.

El MINSA con el objetivo de fortalecer el acceso a la respuesta calificada en estas zonas excluidas ha desarrollado el Hospital Virtual, con servicio de teleradiología y neumología, por medio de especialistas del Hospital Santo Tomás, (hospital de referencia nacional) que da apoyo de consulta y diagnóstico por imágenes a varios hospitales y servicios, vía Web y telefonía móvil. También, ha implementado la [Clínica Virtual](#) con la cooperación del [Campus Virtual de Salud Pública de la OPS/OMS](#), que tiene por objetivo fortalecer capacidades resolutivas en el interior con sistema de docencia especializada a demanda de consultas clínicas de profesionales de la salud.

La cobertura de la CSS para el año 2011 alcanzó el 80% de la población total del país, como resultado de un proceso paulatino y consistente de incremento de la protección social. Para el 2005 la población cubierta era el 65,42%, para el año 2006 fue de 68,59%, para el 2009 de 78,08 % y en el 2011 alcanzó el 80%. La extensión de la cobertura de la seguridad social se da en el marco de la generación de empleo, debido al crecimiento económico que vive el país, y a la inversión pública y privada.

De la población cubierta por la CSS, el 36% son asegurados cotizantes activos, el 7% son asegurados cotizantes pensionados y el 57% son dependientes. Se reconocen como beneficiarios, el cónyuge o compañero/a permanente; sus dependientes son los hijos hasta la mayoría de edad 18 años, hasta los 25 si es estudiante y los padres. Los dependientes con discapacidad son beneficiarios de por vida.

La población del país que no está afiliada a la seguridad social es el 20% y es responsabilidad del MINSA el 14%, ya que la población cubierta por los servicios privados se estima en un 6% del total nacional. Por otro lado, el MINSA es un proveedor de servicios de salud a población asegurada de la CSS, que por acuerdos de mancomunación atiende en sus instalaciones al 33% de asegurados en la CSS, lo que sumado al 14% de la población (que no tiene otro tipo de cobertura), el MINSA provee servicios de salud al 47% de la población del país.

La información disponible indica que el MINSA dispone del 30% del gasto público en salud, el 50% de las camas y el 38% de los médicos. Por su lado, la CSS dispone del 70% del gasto público en salud, el 47% de médicos y del 38% de las camas hospitalarias.

El país cuenta con profesionales capacitados en calidad y seguridad del paciente. A pesar de los importantes avances en este tema la debilidad en el control de la calidad de la atención y seguridad del paciente es un campo en el que se requieren mayores esfuerzos. El país ha enfrentado en el período de diez años, cinco eventos adversos de magnitud importante por el número de decesos, el impacto en la credibilidad de la institución proveedora y del sistema de salud en general y el impacto económico para la población. Los eventos se han producido en el Complejo Hospitalario Metropolitano de la CSS (dos por medicamentos, uno radiológico, uno por aplicación inadecuada de terapia y otro nosocomial). La CSS prevé que esto podrá controlarse o mitigarse con el traslado de los servicios del Complejo a la Ciudad Hospitalaria y hace esfuerzos por capacitar al personal, sin embargo, esto requiere de la gestión integral hospitalaria.

La prestación de servicios diagnósticos de laboratorio clínico evidencia avances en el desarrollo del sistema de garantía de la calidad de estos servicios y la designación del Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud (ICGES) como el laboratorio nacional de referencia en salud pública, aunque realmente su función es de investigación y no de vigilancia y control de la salud; un sistema de conducción y rectoría sectorial débil, con baja capacidad de vigilancia de la salud y limitada integración de los laboratorios en red; superposición de funciones, entre algunas instituciones (CSS, ICGES, Universidad de Panamá, entre otras) que actúan de manera separada.

El MINSA tiene un programa nacional de sangre y hemoderivados que realiza la función de regulación y coordinación interinstitucional MINSA-CSS; el país tiene una red estructurada de 27 servicios de sangre que funcionan como bancos y hemoderivados de todo el sector público y privado; cuenta con una comisión sectorial en el que participan la CSS, las universidades, los colegios de profesionales y las asociaciones gremiales vinculadas y que conducidas por el MINSA han producido el Plan Estratégico Nacional de los Servicios de Sangre. El principal desafío que tiene esta área es fortalecer la donación voluntaria, dado que Panamá tiene históricamente solo el 5% de donación voluntaria, una de las más bajas de América.

En el caso de los medicamentos, el país cuenta con la Dirección de Farmacias y Drogas que ejerce la función de ARN. Esta dirección cuenta con recursos humanos calificados, una estructura orgánica y un presupuesto público sólido, así como una Política Nacional de Medicamentos implementada.

Tanto el MINSA como la CSS realizan esfuerzos en los tres últimos años por mejorar los niveles de abastecimiento de medicamentos en sus servicios, En 2010 el nivel de abastecimiento de medicamentos del MINSA fue de 75,1% y en la CSS alcanzó el 94% en septiembre de ese mismo año. Con el apoyo de ICEGS se han desarrollado investigaciones que demuestran la falta de inversión en las comarcas indígenas por las dos instituciones, lo que podría estar representando parte del gasto de bolsillo en salud de esas zonas.

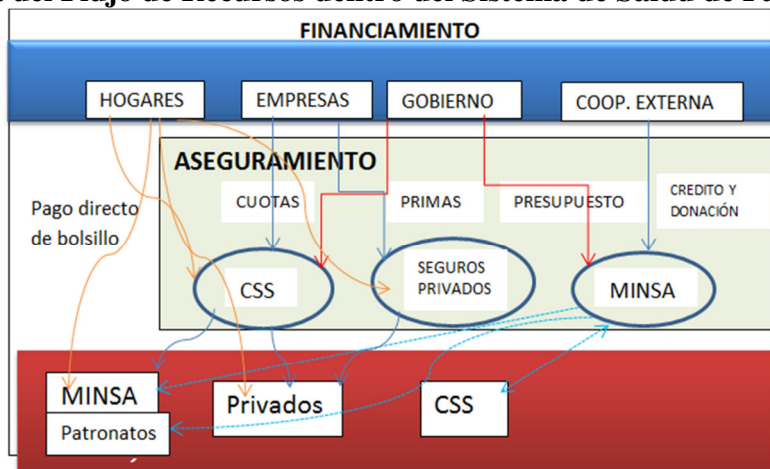
El MINSA implementó dos sistemas de control de inventarios de suministros. El primero con la cooperación de la OPS/OMS denominado LSS-SUMA, instalado en el Almacén Central y en los 14 almacenes regionales del país. Otro sistema opera para el control del inventario de métodos de anticoncepción, con la cooperación del UNFPA.

Panamá tiene una de los crecimientos económicos más altos de Latinoamérica. El financiamiento del sistema de salud realizado por el Estado Panameño, representó para el 2012 el 8,2 % del PIB y US\$703 per-cápita/año, con un 70% de aporte público. La tendencia se ha mantenido en los últimos años: 8,4% en el 2006; 8,6% para 2008, 10,5% en el 2010 y 8,2% en el 2011.

El gasto de bolsillo representa el 33% del gasto nacional de salud. Se estima que de éste, el 27% corresponde al gasto de bolsillo propiamente dicho y el 6% corresponde a seguros médicos privados. Más de la mitad del gasto de bolsillo se dirige a la compra de productos médico-farmacéuticos.

El MINSA y la CSS se desempeñan como proveedores y financiadores de los servicios de salud. El financiamiento proviene del fisco (impuestos y crédito), de las cuotas o prepago a la seguridad social y de las tarifas o cuotas de recuperación de costos o pago de bolsillo en los servicios del MINSA o en las entidades autónomas. La CSS tiene un clásico esquema de financiamiento por impuesto obrero-patronal a la nómina. Ambas instituciones tienen acuerdos de compensación de costos, que permite revertir los gastos en que incurren ambas instituciones al atender la población que accede en forma indistinta.

Esquema del Flujo de Recursos dentro del Sistema de Salud de Panamá (21)



El país cuenta con la Ley de Gratuidad ([Decreto Ejecutivo N° 546 de 2005](#)) orientada a mejorar el acceso a la atención integral de la madre y el niño. Sin embargo, algunos de los servicios de salud se cobran a destajo y los hospitales cobran la atención del parto constituyéndose, esto en un impacto negativo al gasto de bolsillo y en la salud de los más pobres.

Los hospitales de tercer nivel y los institutos especializados de carácter nacional, poseen una figura administrativa denominada “Patronatos” presididos por una junta directiva que

complementan el financiamiento asignado en el presupuesto público, con lo generado por las cuotas de recuperación o co-pagos, que según está estipulado no debe representar más del 1% del costo real del servicio, ni más del 5% de los recursos totales disponibles.

El Ministerio de Salud destinó en el 2011 un 83% (US\$895.576.050) de su presupuesto a los servicios de salud y un 17% (US\$183.306.850) al ejercicio de la autoridad sanitaria.

El financiamiento externo es a través de créditos blandos con el Banco Interamericano de Desarrollo y el Banco Mundial. El número de proyectos ejecutados aumentaron hasta US\$88 millones en 2009, la naturaleza de los proyectos evolucionó, pasando de la inversión en infraestructura y la gestión de los servicios sanitarios al énfasis en su organización y prestación.

Proyectos BID – 2013 (22)

PROYECTO	AÑOS	MONTO US\$
Protección social- Apoyo a la Red de Oportunidades PAISS+N	2008-2013	30.650.000.00
Proyecto de Mejora de la equidad y desempeño en salud	2009-2014	58.730.000.00
Iniciativa Salud Mesoamericana	2013-2015	22.000.000.00 ²
Proyecto de Fortalecimiento de los servicios de salud y mejora de la equidad	2013-2018	70.000.000.00

El país mantiene también una relación crediticia con el Banco Mundial en la construcción de la infraestructura de cinco hospitales, 30 MINSAs-CAPSI del MINSAs y la Ciudad Hospitalaria de la CSS.

Panamá cuenta con recursos humanos de alto nivel de formación en diversidad de profesiones para la prestación de servicios. El sector público es el principal empleador de médicos y enfermeras, con 89% de médicos y 99,9% de enfermeras (23). Del total de médicos, el 38,2% laboran en el MINSAs, el 46,9% en la CSS y el 14,9%, en otras instituciones.

La densidad de recursos humanos para la salud en Panamá, entendida como la relación entre la suma de médicos y enfermeras por cada 10.000 habitantes, es de 27,6 profesionales para el año 2011, superior a la registrada para Centroamérica en conjunto (11). Para el mismo año, se contó con 14,9 médicos y 12,7 enfermeras por 10.000 habitantes.

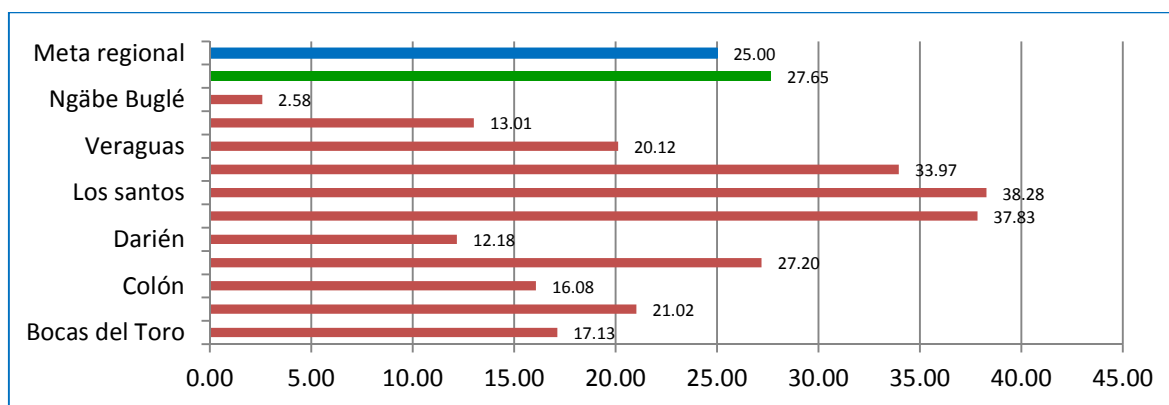
Lo anterior significa que el promedio nacional de Panamá supera levemente la densidad de 25 médicos y enfermeras profesionales por 10.000 habitantes, que según cálculos de la OMS, le permitiría a un país lograr una cobertura del 80% en vacunación y 80% de los partos asistidos por personal idóneo. Sin embargo, la proporción de médicos que brindan servicios en el primer nivel de atención es sólo el 21,1%, se espera que la próxima inauguración de 20 Centros de Atención Primaria de Salud Innovadora (MINSAs-CAPSI)

² Cantidad registrada por el BID, el país reporta desembolso de 2.85 millones.

contribuya a aumentar ese porcentaje (23). No obstante, existen preocupaciones sobre la disponibilidad de suficiente personal idóneo para desempeñarse en estos nuevos servicios.

El reclutamiento y la retención del personal de salud en zonas rurales y las comarcas indígenas es difícil y en ocasiones imposible para el Ministerio de Salud debido a la brecha de desarrollo entre las ciudades y las comarcas.

RRHH en servicios públicos de salud, por Provincia y Comarca, por 10.000 hab.(23)



Panamá carece en el campo de recursos humanos de una política de autosuficiencia que le permita satisfacer sus necesidades de recursos humanos de salud (23). Por lo que, avanzar hacia el desarrollo de la capacidad de sistema de salud para generar una política de recursos humanos constituye un reto cada vez más apremiante. Al mismo tiempo, se requiere un esfuerzo consistente para mejorar la conducción estratégica de la gestión de los recursos humanos, así como la implantación de la Carrera Sanitaria y el desarrollo de mecanismos para incentivar la ubicación geográfica de personal en los puestos en que son requeridos.

2.5 Los Sistemas y servicios de salud y la respuesta de otros sectores

Las políticas en salud son elaboradas quinquenalmente por el MINSA, con limitada participación de otras instituciones y organizaciones del sector, por lo que el ejercicio de la formulación de las políticas de salud termina siendo un ejercicio técnico, que se desarrolla en cada gestión gubernamental y su ámbito de aplicación es institucional (2).

Asimismo, no existe un sistema unificado de planificación sectorial. Tanto el MINSA como la CSS formulan, implementan, monitorean y evalúan sus propios planes, proyectos y programas (24).

El sistema de información en salud permite el conocimiento general de la situación de salud de la población. No obstante, una reciente evaluación (2011) ha sugerido importantes ajustes y adecuaciones. Por ejemplo, la evaluación del registro de defunciones para el año 2009 estima el subregistro nacional en 12,5%.

Si bien el sistema de salud posee su sistema de información, el vocero oficial es la Contraloría General de la República y hacia ella confluye la información de diferentes fuentes: MINSA, Registro Civil, Ministerio de Economía y Finanzas (MEF) y CSS.

La información de salud disponible está desagregada por sexo y edad en la mayoría de los indicadores básicos, aunque no se analiza de manera sistemática en el marco de las desigualdades. También, la incorporación adecuada de niveles de segregación para identificar la suma de inequidades provocadas por razones socio-económico, de género y etnicidad necesita mayor atención.

Los instrumentos y métodos de recolección de información en uso no están armonizados, por lo que no permiten un completo intercambio y consolidación de información entre la CSS y el MINSA y menos de los proveedores de servicios privados, lo cual incrementa el sub-registro existente y dificulta los procesos de análisis.

La investigación científica y tecnológica en general está conducida por el Sistema Nacional de Investigación (SIN). Hacen parte del SIN, la [Secretaría Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación](#), la [Autoridad Nacional para la Innovación Gubernamental](#) y el [Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud](#) (ICGES). De acuerdo a cifras recientes, el país invierte un 0,26 % del PIB en investigación, desarrollo e innovación y cuenta con 476 investigadores (6).

El ICGES gestiona la investigación en salud en el país. En el año 2003 se formuló y aprobó una Política Nacional de Investigación en Salud que no se ha actualizado.

El Ministerio de Salud tiene entre sus funciones la rectoría del [Instituto de Acueductos y Alcantarillados Nacionales](#) (IDAAN), que construye acueductos y alcantarillados en poblaciones mayores de 1.500 habitantes. Por su parte, el MINSA atiende las necesidades de las comunidades con menos de 1.500 habitantes, a través de fondos nacionales o de cooperación.

Del año 2006 al 2008, el volumen de plaguicidas agrícolas utilizado en el país, (predominantemente los insecticidas organofosforados), aumentó de 5,6 a 7,2 millones de kilogramos-año. En 2008, por cada panameño se utilizaba no menos de tres kilogramos de agroquímicos, cantidad seis veces superior a la utilizada en otros países de Centroamérica (11).

El Sistema Nacional de Salud se ha caracterizado por enfatizar la atención a la enfermedad de la población, relegando el abordaje integral de la promoción de la salud, la prevención del daño, la reducción o eliminación de riesgos y la promoción de estilos de vida saludables.

La promoción de salud se enmarca en el desarrollo de campañas orientadas a determinado daño o grupo poblacional.

2.6 Resumen

El país se encuentra en una fase de marcado crecimiento económico que aún no ha logrado alcanzar a un importante sector de la población que vive en condiciones de pobreza (26%) y de pobreza extrema (10%). La pobreza es la condición de vida de un gran sector de la población rural y de la gran mayoría de la población indígena, que tienen una esperanza de vida 10 años menor a otras regiones del país. Esta concentración geográfica y social de la pobreza establece la posibilidad de desarrollar políticas focalizadas orientadas a la inclusión social de estos sectores.

En las últimas décadas, la salud de los panameños tiende a mejorar. La esperanza de vida al nacer ha aumentado en gran parte gracias a una reducción de la mortalidad de los menores de cinco años y se estima que en los próximos años aumentará su población adulta mayor. Coherente con el paulatino envejecimiento de la población panameña, las causas de muerte ubican en los primeros lugares a las enfermedades no transmisibles (enfermedades vasculares y cáncer). No obstante, los promedios nacionales enmascaran una polarización epidemiológica, en donde las enfermedades transmisibles son aún prevalentes, especialmente en la población rural, pobre, indígena, los niños y los adultos mayores.

En este marco, dentro de una tendencia general a la reducción de la mortalidad infantil y de la mortalidad de los menores de 5 años se esconden grandes disparidades. Se destacan los altos índices de mortalidad y morbilidad infantil y de mortalidad materna en las áreas de difícil acceso, con población en condiciones de pobreza, pobreza extrema y con una alta proporción de población indígena.

Los avances en las metas de los ODM relacionadas con la salud, nutrición, mortalidad infantil, mortalidad materna, VIH/sida y tuberculosis han sido lentos y su alcance para 2015 está comprometido, por lo que es necesario renovar e intensificar esfuerzos en este sentido.

Es necesario profundizar el liderazgo del Ministerio de Salud y fortalecer la capacidad regulatoria y de vigilancia sanitaria para garantizar el cumplimiento de la política nacional de salud y la aplicación de las normas existentes, tanto en el nivel nacional, regional y local. En este sentido se destacan como urgentes, los campos del desarrollo de recursos humanos para la salud humana y ambiental, campos en los que se debe reforzar en el más corto plazo la capacidad del MINSa de intervenir y modular su desarrollo.

Resulta cada vez más imperativo abordar el mandato constitucional de integrar/coordinar las dos principales instituciones públicas de servicios de salud (MINSa y CSS), para la reducción de la fragmentación y segmentación de los servicios y avanzar en la cobertura universal de salud.

El desarrollo de estrategias orientadas a garantizar la cobertura universal de salud es una prioridad. En este marco, es necesario revisar el gasto en salud, con el objetivo de hacerlo más eficiente, garantizando el funcionamiento sostenido y orientado a la conformación de un sistema de Protección Social en Salud.

La población indígena y la que habita en zonas apartadas, tienen un limitado acceso a los servicios de salud debido a barreras económicas y geográficas así como el limitado abordaje intercultural y la escasa infraestructura de salud (disponibilidad de personal de salud, acceso a medicamentos e insumos tecnológicos).

La calidad de la atención de salud constituye un capítulo de especial preocupación en el marco de las diversas crisis que ha vivido el sistema de atención, por lo que se hace necesario mejorar la gestión de los servicios de salud.

La promoción de estilos de vida saludable en todo el curso de vida, el desarrollo del autocuidado, la participación comunitaria y establecimiento de alianzas para abordar los determinantes de la salud es también un imperativo.

Logros

1. Incremento de la expectativa de vida.
2. Se ha mejorado la infraestructura de salud.
3. Ampliación del [esquema de vacunación](#).
4. Avances en el desarrollo de la función rectora y la formulación de políticas públicas de salud como la aprobación y aplicación de la ley y reglamento antitabaco.
5. Aprobación y aplicación de la [ley de femicidio](#)³ e implementación del modelo de atención para la prevención y atención de la violencia contra la mujer.
6. Informe sobre la documentación y verificación de la eliminación del sarampión, rubeola y SRC.
7. Formulación del plan estratégico de abordaje de enfermedades crónicas.
8. Operacionalización del [Registro Nacional de Cáncer](#).
9. Incorporación del Reglamento Sanitario Internacional a los instrumentos legales nacionales.
10. País libre de transmisión de rabia por perros.
11. Compra de antirretrovirales por presupuesto regular del Estado sin dependencia de la Cooperación.
12. Desarrollo de infraestructura y saneamiento ambiental de la Bahía de Panamá.

Desafíos

1. Avanzar en la Cobertura Universal de Salud.
2. Fortalecer la Autoridad Sanitaria y la Función Rectora.
3. Definir estrategias para abordar los determinantes de la salud.
4. Fortalecer la intersectorialidad y los mecanismos de participación social.
5. Abordar la Agenda post 2015 (ODM).
6. Implementar el modelo de atención en salud (APS y RISS).
7. Integrar la provisión de servicios y su financiamiento.
8. Mejora la asignación de recursos a las zonas excluidas.
9. Mejorar la calidad de la atención y la seguridad del paciente.

³ Ley 82 de 2013, Que adopta medidas de prevención contra la violencia en las mujeres y reforma el código penal para tipificar el femicidio y sancionar los hechos de violencia contra la mujer.

10. Reducir las desigualdades e inequidades en salud.
11. Planificar estratégicamente los recursos humanos (formadores y prestadores).
12. Formular e implementar una estrategia nacional de promoción de la salud con enfoque intersectorial, de género e intercultural.
13. Fortalecer el liderazgo del sector salud en la gestión de riesgos y la respuesta ante emergencias de salud pública.
14. Fortalecer el liderazgo del MINSA en la articulación de la cooperación internacional en sus ámbitos de competencia.
15. Producción y utilización de información pertinente para conducir la gestión en salud hacia la reducción de inequidades y la vigilancia de la salud.
16. Garantizar el acceso al agua potable y disposición de excretas a la totalidad de la población.

Oportunidades

1. Renovación político-estratégico del sector para el periodo 2014-2019.
2. Revisión de ODM y las estrategias de trabajo interinstitucional, intersectorial e interagencial en el marco de la agenda post 2015.
3. Existencia de la política nacional y lineamientos estratégicos de salud 2010-2015.
4. Existencia de un marco jurídico que facilita la CUS.
5. Existencia de compromisos internacionales de los cuales Panamá es signatario.

Sección 3

Cooperación y alianzas para el desarrollo

3.1 El entorno de la ayuda en el país

La OPS/OMS participa activamente en el Sistema de Naciones Unidas (SNU). Es integrante del equipo de país y forma parte de los diferentes grupos temáticos, incluyendo las áreas de cooperación del [Marco de Cooperación de las Naciones Unidas para el Desarrollo 2012-2015](#) (MANUD), el que se constituye en el marco estratégico de programación que describe la respuesta colectiva del [Sistema de Naciones Unidas](#) a las prioridades de desarrollo nacional.

El MANUD acordado con el Gobierno de Panamá entró en vigencia en el año 2012 y guiará el trabajo conjunto del SNU hasta el año 2015. Los ejes de trabajo del MANUD son: i) Cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM); ii) Consolidación de la democracia; iii) Fortalecimiento de la seguridad ciudadana; y iv) Medio ambiente y cambio climático.

Con el fin de facilitar las tareas de implementación, monitoreo y evaluación del MANUD, así como cumplir con otros mandatos y agendas interagenciales, el Equipo de País de Naciones Unidas (UNCT) ha implementado cuatro Grupos Temáticos (GT) en los cuales OPS/OMS, además de ser miembro participante, actúa como líder en el GT “Género y Derechos Humanos”. Los otros grupos temáticos en los cuales OPS/OMS participa son: Monitoreo y evaluación del UNDAF, medio ambiente y gestión de riesgos, y VIH/sida.

La OPS/OMS coordina, desde el año 2011, el Grupo Temático Interagencial de Género y Derechos Humanos (GTIGDH), el cual se encarga de establecer mecanismos de trabajo conjunto entre todas las agencias participantes, su relación a lo interno del SNU y con las contrapartes nacionales con el propósito de impulsar el desarrollo de acciones en temas de género y derechos humanos. El GTIGDH también coopera con las instituciones nacionales para resaltar los temas de igualdad de género, prevención de la violencia de género, incluyendo el femicidio, apoya procesos dentro del Instituto Nacional de la Mujer, MINSA, [Defensoría del Pueblo](#), [Asamblea Nacional de Diputados](#), Sociedad Civil, entre otras. El período de coordinación del GTIGDH fue prorrogado para este año 2014 a solicitud de la OCR y el grupo de agencias que han estado participando.

El propósito del GT de monitoreo y evaluación del MANUD es darle seguimiento a través de la conformación y coordinación de equipos técnicos que trabajen cada eje temático, facilitando la comunicación con el Equipo de País en los aspectos relevantes asociados a su implementación. Asimismo, tiene el propósito de hacer operativas las acciones acordadas interagencialmente para el seguimiento de los ODM en Panamá. El grupo ha elaborado un

Programa de apoyo al seguimiento de los ODM en Panamá durante el periodo 2012-2014, orientado a apoyar al Gobierno en sus esfuerzos hacia el logro de los ODM en el año 2015.

En el marco del plan de aceleramiento hacia el cumplimiento de los ODM 4 y 5, el MINSA con la cooperación de la OPS/OMS ha desarrollado un diagnóstico y formulado las bases para este plan.

La Representación de la OPS/OMS también participa en la Comisión Nacional Asesora de Práctica de Inmunización (CONAPI), ente asesor para fortalecer las políticas y estrategias de inmunización del país. Así como en el Comité Técnico de la [Secretaría Nacional para el Plan de Seguridad Alimentaria y Nutricional](#) (SENAPAN), cuya función es promover y dar seguimiento al Plan Nacional de Seguridad Alimentaria Nutricional 2009-2015 y en la Comisión Intersectorial de Micronutrientes, trabajando actualmente en la supervisión de las plantas de fortificación, monitoreo de la aplicación de los manuales de aseguramiento de la calidad para la fortificación de la sal y de la harina de trigo; así como para el seguimiento a proyecto de fortificación del arroz y promoción de fortificación voluntaria de crema de cereales de consumo masivo.

También, participa en la Comisión Nacional para el Fomento de la Lactancia Materna (CONFOLACMA) y de la Iniciativa de Hospitales Amigos de los Niños; en el Comité Consultivo de la BVS de Panamá y la Comisión Nacional de Indicadores para Género y salud a ser conformada por MINSA, INEC, INAMU y la OPS/OMS; en el Grupo Interagencial Centroamericano de Coordinación en Salud Animal en el que OPS/OMS participa junto al IICA, FAO, OIE y OIRSA.

Se han establecido alianzas y mecanismos de interrelación a nivel nacional con diferentes ONG, universidades, instituciones autónomas, agencias bilaterales y multilaterales. En el nivel subregional con instancias del [SICA](#) como la [Secretaría de la Integración Social Centroamericana](#) (SISCA), el [COMISCA](#), el [Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá](#) (INCAP) y [FOCARD-APS](#).

Los principales socios bilaterales e instituciones financieras internacionales que trabajan en el país, con las cuales coopera conjuntamente la OPS/OMS, son: [Proyecto MHGAP](#) (Plan para reducir la brecha en salud mental) con apoyo de [Cittadinaza](#) (Italia) en cooperación con la OMS y [PANAIDIS](#), Capítulo de Panamá de la Asociación Interamericana de Ingeniería Sanitaria y Ambiental.

3.2 Resumen

La OPS/OMS ha desarrollado un liderazgo importante en el SNU así como con organismos y agencias internacionales que le permiten convocar y desarrollar acciones conjuntas en los temas priorizados. Ha ejercido el liderazgo en los procesos, programas y proyectos vinculados al quehacer de la salud.

Se destaca la optimización en el uso de los recursos asignados y la movilización de recursos humanos y financieros tanto de la OPS/OMS como nacionales y de otros países de la Región para apoyar el desarrollo de las actividades priorizadas.

Es un desafío impostergable lograr el alineamiento de las políticas y planes de las nuevas autoridades con la ECP, así como de otras agencias, fondos y programas del SNU. De igual forma se deben generar capacidades nacionales, mantener el diálogo y colaboración con las agencias del SNU. También, se destaca la necesidad de generar espacios de trabajo conjunto con agencias internacionales y la movilizar recursos para proyectos específicos.

La búsqueda de la complementariedad con iniciativas regionales y subregionales constituye una oportunidad, pero también un desafío.

Sección 4

Examen de la cooperación de la OPS/OMS durante el ciclo anterior

4.1 Cooperación de OPS/OMS en el ciclo anterior

La [ECP 2007-2011](#) consideró el contexto de la situación de la salud en Panamá, y una visión del Desarrollo Nacional de la Salud, para la formulación de su programa de cooperación, lo cual permitió para que la OPS/OMS brindara un acompañamiento permanente a través del fortalecimiento de las competencias de los equipos locales, la movilización de recursos humanos expertos, el desarrollo de actividades de capacitación tanto en el país como a nivel internacional, la gestión de medicamentos, la preparación y ejecución de proyectos financiados con recursos externos y realizando intervenciones específicas ante eventos inesperados que surgieron en el país, entre otros.

La ECP 2007-2011 contempló los siguientes objetivos:

Objetivo 1: Mejorar el posicionamiento de la salud en la agenda de desarrollo nacional.

En este período se incrementó el gasto público en salud y se invirtió en la construcción de infraestructura tanto del nivel primario como hospitalario. En particular se resalta la abogacía que realizó la OPS/OMS para posicionar el tema de la Atención Primaria generando el modelo de atención basado en la Atención Primaria en Salud (APS) y orientado a la salud del individuo, la familia, la comunidad y el ambiente.

Objetivo 2: Fortalecer la institucionalidad del sector.

Se apoyó la preparación de la Política nacional de salud y lineamientos estratégicos 2010-2015. Durante este período el país ha producido diversos documentos conceptuales y normativos como derechos y deberes del asegurado, Guías de atención primaria, Guías del adulto mayor, género y salud, interculturalidad y exclusión; así como el Modelo de atención individual, familiar comunitario y ambiental. Se apoyó la preparación de una propuesta de revisión/actualización del Código Sanitario. Se apoyó la participación del país en RESSCAD, COMISCA, Comité Ejecutivo y Consejo Directivo de la OPS; en el Consejo Ejecutivo de la OMS y la Asamblea Mundial de la Salud y otras instancias internacionales.

Objetivo 3: Promover la salud, individual, familiar y comunitaria.

En las instalaciones de salud se han implementado programas dirigidos a mejorar la salud de la niñez y la adolescencia, la salud sexual y reproductiva, la prevención de la transmisión materno-infantil/VIH y sífilis a nivel nacional, incluyendo las Comarcas, el programa de nutrición y control de vectores, el programa dirigido a la tercera edad, el plan sobre la jornada de atención ambulatoria, el plan sobre VIH-TB y la prevención y atención a los determinantes del VIH.

En la Caja del Seguro Social, se impulsa la figura de Médico de Cabecera, la APS, la revisión y mejora de la gestión hospitalaria incluyendo la calidad de atención.

Objetivo 4: Apoyar acciones para la prevención y control de enfermedades e intervenciones sobre la salud ambiental y otros determinantes.

El Ministerio de Salud cuenta con el Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SISVIG) y se ha implementado un esquema nacional de inmunizaciones con 23 biológicos y está en fase de culminación el Proyecto de Saneamiento de la Bahía y la Ciudad de Panamá.

Objetivo 5: Consolidar el sistema de información y desarrollo de la inteligencia sanitaria.

El Ministerio de Salud cuenta con un sistema de información integrado, donde se incluye el Departamento de Vigilancia Epidemiológica, compras y provisión de medicamentos, además de un sistema de registro de inventario de medicamentos en las 14 regiones de salud (LSS-SUMA). La Caja de Seguro Social cuenta con un plan operativo anual de docencia médica nacional y de entrenamiento internacional, además de un programa de formación continua del personal administrativo. El Ministerio de Salud por su parte, cuenta con un plan operativo anual de capacitación manejado desde la Dirección de Recursos Humanos, además de actividades de capacitación internacionales. El Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios en Salud desarrolla investigación científica en el campo de la salud humana y en algunos campos de la Salud Pública.

En el proceso de evaluación de la ECP anterior 2007-2011 se detectó el desconocimiento de este documento por muchos de los actores convocados por lo que se recomendó mejorar la comunicación y divulgación de la Estrategia OPS/OMS con el país.

Sección 5

Programa estratégico para la cooperación de OPS/OMS

5.1 Programa estratégico

El análisis realizado de la situación de salud y del sistema de salud panameño permite identificar prioridades a ser abordadas para impulsar el desarrollo nacional de la salud y dentro de ellas los ejes prioritarios para la cooperación de la OPS/OMS.

Se destacan dos orientaciones estratégicas que estarán presentes transversalmente en la entrega de la cooperación técnica de la OPS/OMS:

- Contribuir a la *reducción de las desigualdades en salud* para alcanzar la cobertura universal de salud.
- Promover la *gestión de la información y del conocimiento en salud* con énfasis en los determinantes sociales de la salud para orientar la formulación y ejecución de las políticas nacionales de salud y la toma de decisiones.

Las líneas de acción se organizan en tres niveles jerárquicos: Prioridades estratégicas que se desagregan en Esferas principales y estas a su vez en Enfoques estratégicos. Estos tres niveles de agregación no agotan los ejercicios de planificación de OPS/OMS por lo que en los Programas de Trabajo Bianuales se establecerá un mayor detalle de las actividades a ser desarrolladas.

Prioridades estratégicas:

1. Cobertura universal de salud en el marco de un proceso creciente hacia la equidad en salud, sin discriminación por sexo, identidad de género, edad, grupo étnico-racial, área de residencia, nivel socioeconómico y/o estatus político.
2. Rectoría del Ministerio de Salud en la construcción participativa y de gestión de las políticas públicas de salud.
3. Abordaje integral e intersectorial de los determinantes de la salud para la disminución de inequidades y garantía del derecho a la salud.
4. Integralidad de las acciones de salud, para la reducción de la carga de enfermedades transmisibles y no transmisibles y sus factores de riesgos.

Prioridades estratégicas	Esferas principales	Enfoques estratégicos
<p>1. Cobertura universal de salud en el marco de un proceso creciente hacia la equidad en salud, sin discriminación por sexo, identidad de género, edad, grupo étnico-racial, área de residencia, nivel socioeconómico y/o estatus político.</p>	<p>1.1. Promover el desarrollo del modelo de atención integral basado en la APS.</p> <p>1.2. Desarrollar capacidades para la formulación e instrumentación de un proceso nacional de Desarrollo de RRHH.</p> <p>1.3. Apoyar el mejoramiento de la calidad de la atención en salud.</p>	<p>1.1.1. Contribuir a cerrar brechas en el acceso a los servicios de salud en espacios geográficos prioritarios y orientados a grupos sociales postergados.</p> <p>1.1.2. Contribuir al análisis y desarrollo de las capacidades de los servicios de salud.</p> <p>1.1.3. Promover la disponibilidad oportuna de medicamentos e insumos críticos en salud para cada nivel de atención.</p> <p>1.2.1. Promover y apoyar el desarrollo de un proceso nacional de planificación estratégica de los RRHH.</p> <p>1.2.2. Apoyar el desarrollo de una instancia nacional de coordinación y concertación en RRHH.</p> <p>1.2.3 Facilitar el desarrollo de la formación de personal acorde con las necesidades de salud de la población.</p> <p>1.3.1. Promover el desarrollo de la calidad de la atención, en base de los principios del derecho a la salud, y la seguridad del paciente.</p> <p>1.3.2. Contribuir al desarrollo de la capacidad de análisis epidemiológico en los servicios de salud y del uso oportuno de la información para la toma de decisiones.</p> <p>1.3.3. Apoyar el análisis y la actualización de las definiciones técnicas de conjuntos de prestaciones y protocolos clínicos de atención.</p> <p>1.3.4. Contribuir al desarrollo de la capacidad de respuesta de los servicios de salud a grupos de riesgo.</p>

Prioridades estratégicas	Esferas principales	Enfoques estratégicos
<p>2. Rectoría del Ministerio de Salud en la construcción participativa y de gestión de las políticas públicas de salud.</p>	<p>2.1. Contribuir al desarrollo del marco normativo en salud, para adecuarlo a los requerimientos de la situación actual.</p> <p>2.2. Apoyar el desarrollo de la gestión integral de la información en salud para el fortalecimiento del liderazgo del MINSA.</p> <p>2.3. Contribuir al desarrollo creciente de un proceso de coordinación interinstitucional, intersectorial e internacional en salud.</p>	<p>2.1.1. Estimular y cooperar con el desarrollo del marco jurídico y de sus reglamentaciones pertinentes, para impulsar la rectoría, la equidad en salud y la cobertura universal de salud.</p> <p>2.1.2 Definición e Implementación de políticas y planes de salud con enfoque intercultural y de género.</p> <p>2.1.3 Contribuir a la implementación de los compromisos del Reglamento Sanitario Internacional en el país.</p> <p>2.2.1. Promover y apoyar el desarrollo de la capacidad nacional de investigación en salud.</p> <p>2.2.2. Apoyar el desarrollo de un sistema de Información integrado en salud para orientar la toma de decisiones.</p> <p>2.2.3. Apoyar la elaboración periódica de análisis de cuentas nacionales en salud.</p> <p>2.2.4. Cooperar con el análisis y la discusión nacional sobre modulación del financiamiento en salud y el desarrollo de aseguramiento de la población.</p> <p>2.3.1. Contribuir al desarrollo de capacidades de coordinación intersectorial para el manejo de riesgos.</p> <p>2.3.2. Promover y apoyar la formulación e instrumentación de un programa de capacitación MINSA-CSS en temas críticos basados en las Unidades Docente Regionales.</p> <p>2.3.3. Fortalecer la capacidad nacional de cooperación para el desarrollo sanitario internacional basada en experiencias, aprendizajes y buenas prácticas.</p>

Prioridades estratégicas	Esferas principales	Enfoques estratégicos
3. Abordaje integral e intersectorial de los determinantes de la salud para la disminución de inequidades y garantía del derecho a la salud.	<p>3.1. Fortalecer la capacidad del MINSA de liderar el abordaje multisectorial de los determinantes de salud.</p> <p>3.2. Facilitar la participación de la sociedad civil organizada en el abordaje de los determinantes.</p> <p>3.3. Contribuir en el desarrollo de la capacidad de liderazgo del MINSA en el campo de la Salud ambiental.</p>	<p>3.1.1. Fortalecer el desarrollo y gestión del conocimiento sobre determinantes de salud para la proposición de políticas y programas integrales.</p> <p>3.2.1. Promover la formulación de un Plan de Promoción de salud con enfoque de equidad.</p> <p>3.2.2. Generar espacios de análisis y discusión sobre el abordaje de determinantes y promoción de la salud.</p> <p>3.2.3. Apoyar programas o iniciativas que promuevan estilos de vida y espacios saludables con atención a diferencias por género y grupo étnico-racial.</p> <p>3.3.1. Mejorar la información integrada sobre los diversos aspectos de salud ambiental.</p> <p>3.3.2. Cooperar con el fortalecimiento institucional del MINSA en Rectoría en salud ambiental.</p>

Prioridades estratégicas	Esferas principales	Enfoques estratégicos
4. Integralidad de las acciones de salud para la reducción de la carga de enfermedades transmisibles y no transmisibles y sus factores de riesgos.	4.1. Promover los factores protectores de la salud y la reducción de los factores de riesgo.	<p>4.1.1. Promover el abordaje integral de las enfermedades crónicas y sus factores de riesgo diferenciados por género y grupo étnico racial.</p> <p>4.1.2. Contribuir al desarrollo del sistema de vigilancia de las enfermedades crónicas y sus factores de riesgo diferenciados por género y grupo étnico racial.</p> <p>4.1.3. Fortalecer capacidades de abordaje interinstitucional para la prevención y control de la violencia y accidentes viales</p>

	<p>4.2. Contribuir a la reducción de las enfermedades infecciosas.</p> <p>4.3. Contribuir en el abordaje de las acciones relacionadas con el curso de vida.</p>	<p>como problema de Salud Pública.</p> <p>4.1.4. Apoyar el desarrollo de un abordaje integral en Salud mental y en la atención a la población con capacidades diferentes.</p> <p>4.1.5 Apoyar las acciones que extiendan la implementación de la convención del control del tabaco.</p> <p>4.2.1 Promover el uso de las estrategias y un enfoque intersectorial para reducir y/o eliminar las enfermedades infecciosas prevalentes y zoonóticas.</p> <p>4.2.2 Mejorar la capacidad de control y prevención de las enfermedades que tienden a causar epidemias.</p> <p>4.2.3 Contribuir a implementar un enfoque intersectorial para promover la inocuidad de alimentos.</p> <p>4.3.1. Promover la atención integral de las personas en su curso de vida con atención de las diferencias de género y grupo étnico racial.</p> <p>4.3.2. Facilitar las acciones orientadas a la reducción de la mortalidad materna y de menores de 5 años.</p> <p>4.3.3. Fortalecer el abordaje de los derechos de la salud sexual y reproductiva.</p>
--	---	--

Sección 6

Ejecución del programa estratégico

6.1 Función y presencia de la OPS/OMS según la agenda estratégica

La OPS/OMS en Panamá se caracteriza por tener una presencia y una relación sólida con las contrapartes, asimismo, goza de legitimidad con las autoridades del sector salud. Por otro lado, la Representación de la OPS/OMS ha mantenido desde décadas pasadas, relaciones de cooperación con diversas instituciones y ha incrementado del número de socios, con actores provenientes de distintos sectores del desarrollo nacional.

La ejecución del programa estratégico planteado se llevará a cabo en un escenario particular, ya que su formulación, análisis, negociación y aprobación coincide con el período electoral en el país y con el cambio de gobierno nacional.

La estrategia de cooperación técnica de la OPS/OMS 2014-2018 como parte del proceso de formulación incluyó consultas y análisis con diversos actores técnicos, políticos, institucionales y gremiales, de manera que la identificación de las orientaciones y prioridades estratégicas a ser abordadas, su caracterización y la definición de estrategias de intervención no sólo parten del consenso, sino que recolectaron preocupaciones que estarán presentes en el próximo período gubernamental; asimismo, intenta contribuir a la definición de los lineamientos para la gestión gubernamental de salud y la formulación de los planes de acción del futuro gobierno

Las discusiones y análisis han identificado las dos principales orientaciones de la Estrategia de cooperación técnica de la OPS/OMS 2014-2018 que se constituyen como ejes transversales que deben reflejarse en cada una de las actividades de la Organización en este período.

El principal desafío que enfrenta la sociedad panameña es desarrollar un proceso de inclusión social y reducción de desigualdades. En el campo de la salud es asegurar el acceso universal a servicios de salud seguros, de calidad y culturalmente aceptables. Para ello es necesario desarrollar un sistema de protección social en salud, orientado a reducir las brechas de acceso a servicios integrales de atención particularmente en las comarcas indígenas y en las poblaciones pobres y rurales, a incorporar a los trabajadores informales a la protección social y a integrar la red de servicios de salud del sector, profundizando la aplicación de la Atención Primaria de Salud renovada, en la búsqueda de lograr que toda la población panameña alcance y ejerza progresivamente su derecho a la salud.

6.1.1 Función de la OPS/OMS

La Cooperación Técnica de la OPS/OMS en Panamá tiene la fortaleza de haber evolucionado, manteniendo la función de asesor político y técnico, mediante el

acompañamiento y transferencia del conocimiento orientado al fortalecimiento de las capacidades nacionales, lo cual le posibilita posicionarse como un socio estratégico para acompañar a las instituciones del país en el logro de sus objetivos en salud.

Las funciones básicas de la Organización:

- a. Ejercer liderazgo en temas cruciales para la salud y participar en alianzas cuando se requieran actuaciones conjuntas;
- b. Determinar las líneas de investigación y estimular la producción, aplicación y difusión de conocimientos valiosos;
- c. Definir normas y patrones, y promover y seguir de cerca su aplicación en la práctica;
- d. Formular opciones de política que aúnen principios éticos y fundamento científico;
- e. Establecer cooperación técnica, catalizar el cambio y crear capacidad institucional duradera;
- f. Seguir de cerca la situación en materia de salud y determinar las tendencias sanitarias.

La Representación de la OPS/OMS en Panamá impulsará el análisis y discusión de los determinantes sociales de la salud, promoviendo investigaciones y abordajes para contribuir a la construcción de una conciencia colectiva sobre la importancia de la salud, las interacciones entre salud, desarrollo y bienestar; así como la necesidad de incluir el desarrollo nacional de la salud como política de estado. Para contribuir a alcanzar estos objetivos, continuará constituyéndose en líder en la gestión del conocimiento en Salud Pública, para lo cual promoverá el desarrollo de la investigación, la planificación, la información pública y la construcción de consensos para promover la visión de salud en todas las políticas nacionales.

La OPS/OMS ha incorporado la política sobre la cooperación para el desarrollo sanitario en los programas de cooperación técnica de la Organización en su Plan Estratégico 2014-2019 (CD52.R15), por lo que trabajará con Panamá en fortalecer la capacidad nacional para participar en la cooperación internacional en materia de salud.

Las circunstancias en que se inscribe el Programa estratégico de cooperación conllevan características coyunturales que a su vez determinan líneas de trabajo orientadas a potenciar la cooperación técnica de la OPS/OMS en Panamá.

El momento político nacional en el cual se desarrollará una etapa de este programa estratégico, centra su atención en el acto eleccionario y el proceso de transición a un nuevo gobierno, por lo que es de importancia estratégica que OPS/OMS asuma un rol activo en el proceso de transición del gobierno, contribuyendo con las nuevas autoridades transfiriendo información y experiencias de la memoria institucional.

Asimismo, será necesario documentar a las nuevas autoridades sobre los compromisos internacionales adquiridos por el país en el área de la salud y proporcionar información sobre la OPS/OMS y las áreas de cooperación que se brinda al país en concordancia con las prioridades nacionales.

La vinculación y coordinación de la OPS/OMS con las otras agencias del SNU presentes en el país, será un factor determinante para la ejecución de la Estrategia de cooperación técnica de la OPS/OMS para el período 2014-2018.

Se buscará incrementar el liderazgo de la Representación y de la Organización en su conjunto, a través de las acciones orientadas a fortalecer la imagen corporativa de la Organización. El posicionamiento técnico de la Organización tanto a nivel global como regional será un insumo de alto valor para la entrega de la cooperación al país.

Se continuará participando proactivamente y promoviendo reuniones temáticas conjuntas con las agencias del SNU y otros organismos de cooperación, convocadas por el sector salud, con el propósito de coordinar actividades en campos afines.

Se buscará fortalecer y consolidar la red de relaciones políticas, técnicas y estratégicas de la cooperación, promoviendo la participación de más sectores gubernamentales y no gubernamentales, la academia, la sociedad civil y el sector privado en el desarrollo nacional de la salud.

Se considera imprescindible mantener la estrategia de actualización periódica de documentos analíticos sobre la situación de salud en Panamá.

Se buscará fortalecer la capacidad para la elaboración y formulación de proyectos para la movilización de recursos, para lo cual:

- a. Se desarrollarán estrategias para multiplicar alianzas con otras agencias, instituciones financieras, organismos gubernamentales y no gubernamentales para la consecución de recursos.
- b. Se requiere el desarrollo de competencias y capacidades del equipo técnico de la Oficina de país para la formulación de propuestas y la movilización de recursos.
- c. La Organización debe contar con mecanismos administrativos ágiles que faciliten la movilización de recursos.

Durante el período 2014-2018 se realizarán esfuerzos para multiplicar la cooperación al desarrollo sanitario internacional apoyándose en los consultores inter-país. Para lo cual se estima oportuno elaborar un banco de capacidades y potencialidades.

Se desarrollarán estrategias para multiplicar la movilización de recursos nacionales para la ejecución de proyectos locales y nacionales, que promuevan innovación en salud.

Esta estrategia de cooperación llama a redefinir y activar grupos de trabajo y grupos funcionales para lograr el desarrollo integrado de las nuevas áreas de trabajo.

La Representación de la OPS/OMS en Panamá tiene la particularidad de estar integrada por un fuerte componente de personal técnico internacional con funciones regional, subregional e inter país, lo que le imprime características propias a la gestión de la cooperación. Esta composición proporciona a la Representación acceso inmediato a campos técnicos diversos que multiplican su capacidad de cooperación con el país. Esta situación plantea el reto de

innovar la cooperación de tal forma que se apoye en la ventaja de disponer de asesoría regional basada en el país. La preparación de la actual ECP tuvo en consideración la presencia de este recurso.

La Oficina Regional deberá tomar en consideración las orientaciones y prioridades estratégicas de la ECP para la definición del perfil, la asignación de los asesores descentralizados y el tiempo que estos invertirán en la implementación del programa de cooperación técnica con el país, a fin de que la Representación cuente con la capacidad para responder a las demandas de la ECP. Así como las ventajas que el país ofrece para ejercer la cooperación al resto de la región.

6.2 Uso del documento de la estrategia de cooperación

La ECP se constituye en la herramienta para la gestión de la cooperación de la OPS/OMS en Panamá, con las instituciones y los aliados estratégicos que tienen como objetivo el desarrollo nacional de la salud.

Este documento constituye una carta de navegación para dar continuidad a los procesos de fortalecimiento de las capacidades nacionales, incluyendo los procesos de transición política o la integración de nuevos aliados en momentos claves. El documento servirá de base para la definición de líneas programáticas desde la dimensión sanitaria a todos los socios y a los planificadores nacionales.

La OPS/OMS, en el marco de la presente Estrategia de Cooperación en el País, ha establecido un período de planificación de cinco años que inicia en el 2014 y terminará en el 2018. En este período se asegura una integración de forma pormenorizada de los resultados previstos y los indicadores contenidos en todos los niveles de planificación institucional, que van desde el Programa de Trabajo de la OMS, de alcance mundial, hasta el Plan Estratégico de la OPS para la Región de las Américas; así como los documentos de programas y presupuestos respectivos y los Programas de Trabajo Bienal.

La ejecución del Programa Estratégico demanda contar con los recursos suficientes en cantidad y calidad. Para ello tienen primacía un conjunto de estrategias generales que acompañan y hacen posible la instrumentación por medio del Plan de Trabajo Bienal.

Es un imperativo movilizar recursos adicionales a partir de la negociación de alianzas con otras agencias de cooperación y el fortalecimiento de las alianzas con instituciones nacionales que, puedan apoyar para el logro de los objetivos del país en el campo de la salud.

También, se debe fomentar la participación de las universidades en la optimización de los modelos de gestión, sistematización de información y desarrollo, adaptación y transferencia adecuada de la tecnología que requiere la protección y mejoramiento del ambiente.

Promover la formulación y aplicación de una política de Estado que facilite y estimule la movilización de recursos externos de cooperación en salud y que fortalezca la gestión

apropiada y racional de esos recursos externos, debe constituirse en espacio para la cooperación de la OPS/OMS; así como identificar para efectos de priorización, las áreas críticas para el desarrollo de la salud en el país; propiciar entre las instituciones del sector, el intercambio de conocimientos, experiencias, planes y programas y el trabajo en redes, para generar economías de escala y sinergias para un desarrollo armónico de la salud.

La ejecución de este programa estratégico promoverá activamente intervenciones para fomentar la generación de políticas públicas en el campo de la salud, que tiendan al mantenimiento y fortalecimiento de los logros alcanzados por el país en el campo de la salud pública, haciendo énfasis en el tema de la Atención Primaria y la Cobertura Universal de Salud. Asimismo, fomentará la cooperación Sur-Sur.

6.3 Seguimiento y evaluación de la estrategia de cooperación técnica

La presente estrategia asegura que las prioridades, esferas y enfoques estratégicos de la presente propuesta de país, se armonicen a través del Sistema de planificación, programación, seguimiento y evaluación.

Durante el transcurso de cada uno de los bienios cubiertos por la presente Estrategia de Cooperación, se llevará cabo un proceso transparente de monitoreo y evaluación para garantizar el cumplimiento del programa de trabajo, así como para la corrección oportuna de posibles desfases.

Referencias

1. Ministerio de Economía y Finanzas. Plan Estratégico de Gobierno 2010-2014 [Internet]; 2010. Disponible en: <http://www.mef.gob.pa/es/transparencia/Documents/PLAN%20ESTRATEGICO%202011-2014.pdf>.
2. Ministerio de Salud. Política Nacional de Salud y Lineamientos Estratégicos 2010-2015 [Internet]; 2010. Disponible en: <http://www.minsa.gob.pa/sites/default/files/transparencia/politicas2010-2015.pdf>.
3. Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS). Plan Estratégico de la OPS 2014-2019 [Internet]; 2013. Disponible en: <http://bit.ly/1b5CoOg>
4. Organización Mundial de la Salud (OMS). Estrategias OPS/OMS de cooperación en los países. Guía para 2010. [Internet]. Disponible en: http://www.who.int/countryfocus/PAHO-CCS_Guide2010_Spa_version.pdf.
5. Contraloría General de la República, Instituto Nacional de Estadísticas y Censo. Situación demográfica, estimaciones y proyecciones de la población total del país por sexo y edad. Años 1950-2050. República Panamá. [Internet]. Disponible es: <http://www.contraloria.gob.pa/inec/archivos/P4741CUADRO14.xls>.
6. Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS). Salud de las Américas 2012 [Internet]. Disponible en: <http://www.paho.org/saludenlasamericas/>.
7. Contraloría General de la Panamá, Instituto Nacional de Estadística y Censo. Estimación de la población total en la República, según área, sexo y grupos de edad, Años 2000-2010. [Internet]. Disponible en: <http://www.contraloria.gob.pa/inec/Archivos/P191Cuadro1.pdf>.
8. Contraloría General de la Panamá, Instituto Nacional de Estadística y Censo. Producto Interno Bruto a precios de comprador de 1996, total y per-cápita en la República y sus variaciones anuales en porcentajes, años 1996 – 2012.
9. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Estudio Económico de América Latina y el Caribe, 2013, pág. [Internet]. Disponible en: <http://www.cepal.org/publicaciones/xml/4/50484/EstudioEconomico2013.pdf>.
10. Ministerio de Economía y Finanzas. Actualización de las líneas de indigencia y pobreza Panamá 2011, pág. 20. [Internet]. Disponible en: <http://www.mef.gob.pa/es/informes/Documents/Actualizacion%20de%20las%20lineas%20de%20indigencia%20y%20pobreza%20-%202011.pdf>.
11. Ministerio de Salud. Situación de Salud de Panamá 2013 [Internet]; 2013. Disponible en: http://www.minsa.gob.pa/sites/default/files/publicaciones/situacion_de_salud_panamá_2013_0.pdf.
12. Contraloría General de la República, Instituto Nacional de Estadísticas y Censo. Población analfabeta en la República de Panamá, según provincias y comarcas: Censos 1980-2010. [Internet]. Disponible en: <http://www.contraloria.gob.pa/inec/archivos/P3561Cuadro14.xls>.
13. Ministerio de Economía y Finanzas (MEF). Dirección de Análisis Económico y Social. Costo calórico de la canasta básica familiar en julio 2013 [Internet], pág. 24. Disponible en:

- <http://www.mef.gob.pa/es/informes/Documents/CBA%20Panama%20y%20San%20Miguelito%20-%20Julio%202013.pdf>.
14. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). Informe Nacional de Desarrollo Humano, Panamá 2014. El Futuro es Ahora. Primera Infancia, Juventud y formación de capacidades para la vida. PNUD, 2014. [Internet]. Disponible en: <http://www.revistahumanum.org/revista/wp-content/uploads/2014/02/IDH-PANAMA-ene-10-14-Final.pdf>.
 15. Organización Mundial de la Salud. Informe de país a través del Formulario Conjunto OPS/OMS UNICEF; 2011. Disponible en http://apps.who.int/immunization_monitoring/en/globalsummary/apps.who.int/immunization_monitoring/globalsummary
 16. Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS). Línea de base del Plan de aceleramiento de la reducción de la mortalidad materna, Panamá, 2012, pág. 20.
 17. Ministerio de Salud. Incidencia de dengue hemorrágico en la República de Panamá, según provincias y comarcas. Año 2011. Departamento de Epidemiología, Sección Estadística.
 18. Ministerio de Salud. Departamento de Epidemiología, Sección Estadística.
 19. Ministerio de Salud. Incidencia de VIH/sida en la República de Panamá, según provincias y comarcas. Año 2011. Departamento de Epidemiología. Sección Estadística.
 20. Asamblea Nacional de Diputados. Constitución Política de la República de Panamá de 1972. [Internet]. Disponible en: <http://www.asamblea.gob.pa/main/LinkClick.aspx?fileticket=fDgmRvYW8cY%3D&tabid=123>.
 21. Elaborado por la Asesora de Sistemas y Servicios de Salud de la Representación de la OPS/OMS en Panamá.
 22. Ministerio de Salud. Dirección de Planificación del MINSA y Documentos Oficiales del BID.
 23. Ministerio de Salud. Informe II Medición de Metas Regionales de Recurso Humanos de Salud Panamá, 2013.
 24. Ministerio de Salud. Perfil del Sistema de salud de Panamá.