

Hacia la Salud Universal en Panamá



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud

OFICINA REGIONAL PARA LAS Américas



PANAMÁ HACIA LA SALUD UNIVERSAL

Ciudad de Panamá, Panamá
2018



Grupo de coordinación

Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud en Panamá

Alfaro, Gerardo

Carrillo Roa, Alejandra

Victoria, Jorge

Grupo de colaboradores de la Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud en Panamá

Aparicio, Sashia

Atencio, Ana

Botello, Ana Margarita

Carrillo Roa, Alejandra

Edwards, Sally

Haughton, Modesta

Lara, Dilsa

Listovsky, Gabriel

Martinez, Carmen

Montilla, Isaías

Nederveen, Leendert

Rivera, Arelis

Thompson, Marilyn

Ulloa, Cristina

Victoria, Jorge

Grupo de colaboradores de la Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud en Washington D.C.

Moreno, Claudia

Mujica, Oscar

Fotografía, edición y diagramación

Cárdenas, Gerardo



Presentación

Alfaro, Gerardo

Panorama económico y sociodemográfico

Carrillo Roa, Alejandra

AMPLIAR EL ACCESO EQUITATIVO A SERVICIOS DE SALUD, INTEGRALES, DE CALIDAD, CENTRADOS EN LAS PERSONAS Y LAS COMUNIDADES



Desigualdades en salud en Panamá

Mujica, Oscar; Moreno, Claudia; Ulloa, Cristina

Redes Integradas de Servicios de Salud en Panamá: Una agenda impostergable

Carrillo Roa, Alejandra

Disponibilidad y distribución de recursos humanos para la salud universal: un desafío permanente

Montilla, Isaías

Panorama actual de la inmunización en Panamá: hacia el acceso y la cobertura universal en salud

Lara, Dilsa

La integración de los servicios de salud mental en la red de servicios del primer nivel de atención

Rivera, Arelis; Martínez Carmen

Ampliando el acceso a servicios de salud integrales, de calidad, centrados en las personas para el VIH y la Tuberculosis – Panamá 2018

Victoria, Jorge; Botello, Ana Margarita

Eliminación de la Malaria: Un ejemplo de avance hacia la salud universal

Victoria, Jorge; Botello, Ana Margarita; Mancheno, Manuel

Virtualización del aprendizaje, con vistas a promover la formación del recurso humano de salud

Listovsky, Gabriel; Aparicio, Sashia

eSalud: TIC´s e innovación para el logro de la salud universal en Panamá

Montilla, Isaías

AUMENTAR Y MEJORAR EL FINANCIAMIENTO, CON EQUIDAD Y EFICIENCIA, Y AVANZAR HACIA LA ELIMINACIÓN DEL PAGO DIRECTO QUE SE CONVIERTE EN BARRERA PARA EL ACCESO EN EL MOMENTO DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Financiamiento en salud en Panamá: tendencias e indicadores claves hacia la salud universal
Carrillo Roa, Alejandra

FORTALECER LA COORDINACIÓN INTERSECTORIAL PARA ABORDAR LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

Las Enfermedades No Transmisibles y sus factores de riesgo, abordaje en Panamá desde la perspectiva de salud universal

Victoria, Jorge; Haughton, Modesta

Situación de la salud nutricional en Panamá: retos para la salud universal

Atencio, Ana; Nederveen, Leendert

Cambio climático y salud en Panamá

Thompson, Marilyn; Edwards, Sally

Agua, saneamiento e higiene en Panamá: Avances y desafíos – 2018

Thompson, Marilyn; Victoria, Jorge



Presentación

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) actúa como Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para las Américas y como institución especializada del Sistema Interamericano de la Organización de Estados Americanos (OEA). Las acciones desarrolladas por la OPS / OMS se determinan por mandatos de sus cuerpos directores, integrados por representantes de los Ministerios de Salud de sus Estados miembros.

La OPS / OMS en Panamá desarrolla cooperación técnica sobre la base de las prioridades definidas en la Estrategia de Cooperación con el País, que se alinea con la Política Nacional de Salud y los objetivos estratégicos del Ministerio de Salud, con el Plan Estratégico de la OPS y con el Marco de la Asistencia para el Desarrollo (UNDAF), entre el Sistema de las Naciones Unidas y Panamá.

De esta forma, la cooperación técnica de la Organización tiene como objetivo atender las prioridades de las agendas nacional, regional y global, para superar los desafíos y contribuir al desarrollo en salud. El intercambio de información, conocimiento y experiencias entre los Estados miembros es una estrategia importante de cooperación técnica que ha sido fortalecida por la cooperación sur-sur.

En esta publicación compartimos informaciones relevantes sobre los esfuerzos, logros y desafíos de Panamá en la ruta de la Salud Universal. Para contextualizar al lector, inicialmente, se presenta un panorama económico y socio demográfico del país y se visibiliza la magnitud y tendencia de las desigualdades en las condiciones sociales y de salud que exhibe el país en términos del desarrollo sostenible. Posteriormente, son abordadas algunas características estructurales del sistema público de salud panameño, claves para el acceso efectivo a la salud, incluyendo aspectos organizativos y de disponibilidad y distribución de los recursos, tanto de infraestructura como de recursos humanos.

Seguidamente, un conjunto de ensayos discute sobre la ampliación del acceso a los servicios de salud, haciendo énfasis en algunos grupos en situación de vulnerabilidad y abarcando acciones que vienen al encuentro de las cambiantes necesidades de salud de la población panameña. En ese sentido, se presentan intervenciones y perspectivas vinculadas con la transición demográfica y epidemiológica que vive el país, así como los principales retos y oportunidades que suponen los factores de riesgo y los estilos de vida saludable para un sistema de salud que persigue salud universal. Asimismo, este documento describe brevemente las características del financiamiento del sistema de salud en Panamá, mostrando las tendencias y su situación relativa frente a otros países de la región de las Américas.

Finalmente, algunos ensayos tratan sobre los desafíos antiguos y persistentes (como la desnutrición, la falta de acceso al agua potable y al saneamiento básico) y los desafíos emergentes (como la obesidad o el impacto del cambio climático, entre otros), que demandan de acciones multisectoriales y transversales al sistema de salud.

En síntesis, este documento pretende mostrar algunas de las conquistas y retos del país en el campo de la salud y la participación de la OPS / OMS en Panamá en esos procesos. La OPS / OMS comprometida con el avance del país hacia la salud universal continuará apoyando el fortalecimiento del sistema de salud panameño y, simultáneamente, buscando imprimir el dinamismo necesario para el enfrentamiento de los desafíos pendientes, contribuyendo en la elaboración de diagnósticos, identificación de prioridades, transferencia de capacidades, acompañamiento en la ejecución y monitoreo de las actividades en salud definidas por el Gobierno.

Dr. Gerardo Alfaro Cantón
Representante OPS/OMS Panamá

PANORAMA ECONÓMICO Y SOCIODEMOGRÁFICO

Carrillo Roa, Alejandra

En los últimos quince años, Panamá ha vivido una etapa de acelerada expansión económica, con un ritmo de crecimiento anual promedio del Producto Interno Bruto (PIB) que supera el 6% y que en ocasiones estuvo por encima del 10%. Esto posicionó al país como una de las economías de mayor crecimiento de América Latina y el Caribe y de todo el mundo. En 2016, el país tuvo un ingreso per cápita de US\$ 14.333, el más alto de América Central. Cabe señalar que, de acuerdo a la clasificación de los países según el nivel de ingreso del Banco Mundial, Panamá es catalogado como un país de ingresos mediano alto. A partir de 2019, Panamá formará parte del grupo de países de ingresos altos por tener un Ingreso Nacional Bruto (INB) per cápita superior a US\$ 12.055 (USD a valor corriente) (Banco Mundial, 2018). Este cambio tiene varias implicaciones para el país, entre ellas la reducción y suspensión de ayudas externas de organismos internacionales y fondos globales.

El crecimiento excepcional de Panamá en estas últimas décadas está relacionado a una serie de factores, entre los cuales se destaca principalmente la transferencia del Canal a Panamá en el año 2000, que le permitió al país beneficiarse del crecimiento del comercio mundial y aprovechar su posición geográfica para transformarse en un centro logístico, comercial y financiero global. Además, en ese período Panamá emprendió importantes proyectos de inversión pública, como la expansión del canal y la construcción del metro en la ciudad de Panamá y atrajo flujos crecientes de inversión extranjera directa (IED) e inversión privada (Banco Mundial, 2015).

Panamá mantiene una estructura productiva basada predominantemente en actividades del sector terciario de la economía (66%) (comercio, servicios, transporte e intermediación financiera), mientras que el sector industrial (19%) y agropecuario (15%) tienen una baja contribución al PIB (INEC, 2015). Por otro lado, la riqueza del país está altamente concentrada en la provincia de Panamá con un poco más del 50% de la población que produce el 71% del PIB, seguida por Colón y Chiriquí. Las demás provincias y comarcas presentan un aporte menor a la producción nacional (PNUD, 2015). Esta alta participación al PIB de la provincia de Panamá y Colón es explicada por la dinámica sostenida del sector terciario asociado a las actividades en los puertos, transporte aéreo, turismo,

Canal de Panamá y el comercio en la Zona Libre de Colón.

El crecimiento económico permitió un aumento de la ocupación y de los ingresos y un descenso significativo de la tasa de desempleo, que al inicio de 2000 era de 14% y en 2016 se ubicó en 4,4% (Tabla 1). No obstante, la informalidad continúa teniendo un peso relevante en el mercado laboral panameño. En 2016, el porcentaje de la población ocupada en el sector informal no agrícola de la economía representó 40,2% del total de la población económicamente activa, aproximadamente siete puntos porcentuales menos que en el 2004, cuando la informalidad ocupaba al 46,9% de la población (Contraloría General de la República, varios años). En consecuencia, cuatro de cada diez panameños con empleos no agrícolas se desempeña en ocupaciones informales que exigen bajos niveles de calificación y que conceden precarias condiciones en términos de derechos laborales.



Tabla 1. Indicadores Económicos y Sociodemográficos. Panamá, 2000 y 2016.

INDICADOR	2000	2016
Producto Interno Bruto (PIB) (Mil Millones USD)	12,30	57,8
Producto Interno Bruto (PIB) per Cápita (USD)	4.060	14.333
Crecimiento Anual del Producto Interno Bruto (PIB) (%)	2,7	5,0
Tasa de Desempleo (%)	13,5	4,4
Tasa de Informalidad (% del Total del Empleo no Agrícola) ^a	46,9 ^b	40,2
Incidencia de la Pobreza (%)	37,9	22,1
Coefficiente GINI	56,8	50,4
Población Total (Millones)	3,03	4,03
Población Urbana (% del Total)	62,2	66,9
Población menor de 15 Años (% del Total)	32,0	27,6
Población mayor de 65 Años (% del Total)	5,5	7,2
Tasa de Fecundidad (nacimientos por mujer)	2,7	2,5
Esperanza de Vida al Nacer (años)	75	78

Fuente: Banco Mundial; ^a Contraloría General de la República / Instituto Nacional de Estadística y Censo. Elaboración propia ^b Corresponde a 2004.

Panamá ha logrado avances en la reducción de la pobreza en los últimos años. Entre 2000 y 2016, período que incluye los años de la recesión que afectó fuertemente a la región, el país redujo la incidencia de la pobreza (usando la línea de pobreza nacional) de 37,9% a 22,1% respectivamente (Tabla 1). Por lo tanto, de una población de alrededor de 4,03 millones de personas, la cantidad de panameños que viven por debajo de la línea de pobreza nacional se contrajo en un poco más que 250.000 personas. No obstante, los niveles de pobreza muestran variaciones considerables entre las provincias y comarcas indígenas del país.

En 2017, las autoridades panameñas publicaron los resultados del Índice de Pobreza Multidimensional (IPM) que mide las privaciones y carencias de la población, considerando dimensiones del bienestar distintas al ingreso, tales como: salud, educación, trabajo, medio ambiente, nivel de vida, entre otras (Ministerio de Economía y Finanzas, 2017). En 2017, el 19,1% de los panameños (777.752 personas) vivía en condición de pobreza multidimensional. Las comarcas indígenas Ngäbe Buglé (93,4%), Guna Yala (91,4%) y Emberá (70,8%) presentaron las mayores proporciones de personas pobres multidimensionales, superando en 4,5 veces el valor del promedio nacional. Estos resultados denotan como la carencia de servicios públicos, en particular acceso al agua, saneamiento, salud y educación, así como fuentes de empleo digno siguen siendo una limitación importante en las comarcas, dejando atrás a los grupos indígenas en el desarrollo económico y social. En cuanto a las provincias, también se observan grandes disparidades. Bocas del Toro (44,6%), Darién (40,0%) y Coclé (22,6%) fueron las que registraron una mayor proporción de personas en condición de pobreza multidimensional mientras que otras provincias como Los Santos (4,2%), Herrera (7,2%) y Panamá (8,5%) tuvieron proporciones bastante inferiores (Ministerio de Economía y Finanzas, 2017). Así, a pesar del notable crecimiento económico, Panamá continúa mostrando grandes desigualdades en la distribución del ingreso, con un índice de Gini que, en 2016, aún supera el 50% (Tabla 1).

Por otro lado, la dinámica poblacional en las últimas décadas, con la reducción de las tasas de fecundidad y el aumento de la esperanza de vida, indican que el país se encuentra en pleno proceso de transición demográfica y que su población comienza a envejecer (en 2016, 7,2% de la población era mayor de 65 años de edad). No obstante, estos indicadores también denotan grandes brechas entre los grupos poblacionales. En las comarcas indígenas las personas viven en promedio ocho años menos que el resto de la población panameña (MINSIA y OPS, 2017) Simultáneamente, Panamá vivencia un proceso migratorio interno de las áreas rurales hacia los centros urbanos que ha traído como consecuencia un notable desbalance entre el área metropolitana y el resto del país, con severos problemas ambientales (Banco Mundial, 2015).



**AMPLIAR EL ACCESO EQUITATIVO A
SERVICIOS DE SALUD, INTEGRALES, DE
CALIDAD, CENTRADOS EN LAS PERSONAS
Y LAS COMUNIDADES**

EQUIDAD EN SALUD PARA EL DESARROLLO SOSTENIBLE: FORTALECIENDO CAPACIDADES INSTITUCIONALES PARA EL MONITOREO DE DESIGUALDADES EN SALUD EN PANAMÁ

Mujica, Oscar; Moreno, Claudia; Ulloa, Cristina

“ Sin equidad social en salud no es posible hacer sostenible el desarrollo ”

Contexto

La equidad en salud y los Objetivos de Desarrollo Sostenible

La Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible (2) se basa en la premisa *de no dejar a nadie atrás*, por lo que sus compromisos se centran —o deben centrar— en aquellos que han sido relegados a situaciones de exclusión y miseria, promoviendo su acceso a las condiciones necesarias para gozar de una vida digna y saludable.

Durante los últimos 25 años los países de las Américas han adoptado medidas para avanzar hacia el alcance progresivo de la cobertura universal en salud y el acceso universal a la salud; sin embargo, múltiples informes regionales y nacionales advierten que la desigualdad en el acceso a y resultados en salud es un problema aún no resuelto en la región. (3,4) Asumir el desafío de garantizar una vida sana —tal como lo enuncia el Objetivo 3 de la Agenda 2030— *sin dejar a nadie atrás* implica poner el principio de equidad en salud al centro de la acción en salud, en especial la acción sobre los determinantes sociales de la salud.

La equidad en salud es el estado de ausencia de desigualdades injustas en las oportunidades para la salud de las personas y colectivos humanos debidas a circunstancias histórica y/o socialmente determinadas. (5) La equidad en salud se consigue cuando cada persona tiene la oportunidad de alcanzar su pleno potencial de salud y nadie es excluido o queda en desventaja para alcanzar tal potencial. (1) La equidad en salud no puede entenderse sin los determinantes sociales de la salud, es decir, aquellas circunstancias en las cuales las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, así como el conjunto de fuerzas y sistemas que afectan tales circunstancias; las políticas económicas, las normas sociales, entre otras, pues son éstas las que, precisamente, *determinan* aquella. Por ello, abordar la agenda de desarrollo sostenible demanda abandonar la práctica de una salud pública de ‘factores de riesgo’ basada en el individuo y su conducta y adoptar un enfoque de política pública multidisciplinario que refleje la interdependencia de los individuos con sus contextos —biológicos, físicos, sociales, culturales, políticos, históricos— en los que se desarrollan sus vidas.

Las desigualdades en salud en Panamá

Un estudio preparado por la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) caracterizó a Panamá como “un país de grandes contrastes económicos y sociales, donde se combinan una alta desigualdad con un gasto social elevado.” (6) No debiera extrañar, por tanto, que ello se traduzca en la presencia y persistencia de profundas desigualdades en la salud de la población panameña. En efecto, estos patrones de desigualdad en salud se vienen constatando desde hace más de una década en una serie de análisis exploratorios de la situación de salud que, en el marco de un programa de cooperación técnica para el fortalecimiento de capacidades analíticas institucionales, OPS ejecuta con el Sector Salud panameño. (7) Producto de dichos análisis -que siguen una metodología estándar

establecida por la Organización Mundial de la Salud y la OPS (8)- a continuación, se presentan dos escenarios ilustrativos de la desigualdad en salud en Panamá: el primero hace referencia a la distribución de médicos por habitante, como *proxy* de la capacidad de respuesta del sistema –oferta– y el segundo, a la mortalidad en la niñez como indicador de resultado de salud trazador –reflejo de la demanda insatisfecha. En ambos casos se evidencia cómo la distribución desigual de las condiciones sociales que representan el desarrollo sostenible reproduce desigualdades en salud.

El estratificador de equidad empleado fue el *Índice de Desarrollo Sostenible (IDS)*, un índice resumen novedoso –propuesto por OPS– que integra tres indicadores que reflejan las tres dimensiones del desarrollo sostenible: económica (ingreso per cápita), social (porcentaje de alfabetización) y ambiental (cobertura de saneamiento). El IDS adquiere valores entre 0 y 1 –donde 0 representa la situación de mayor desventaja social y 1 la situación de mayor ventaja social. Agrupar las provincias según cuartiles de desarrollo sostenible permite apreciar la magnitud y rango de las desigualdades ecosociales a esta escala geográfica. (Mapa 1)

Mapa 1. Índice de Desarrollo Sostenible a nivel provincial. Panamá, 2015

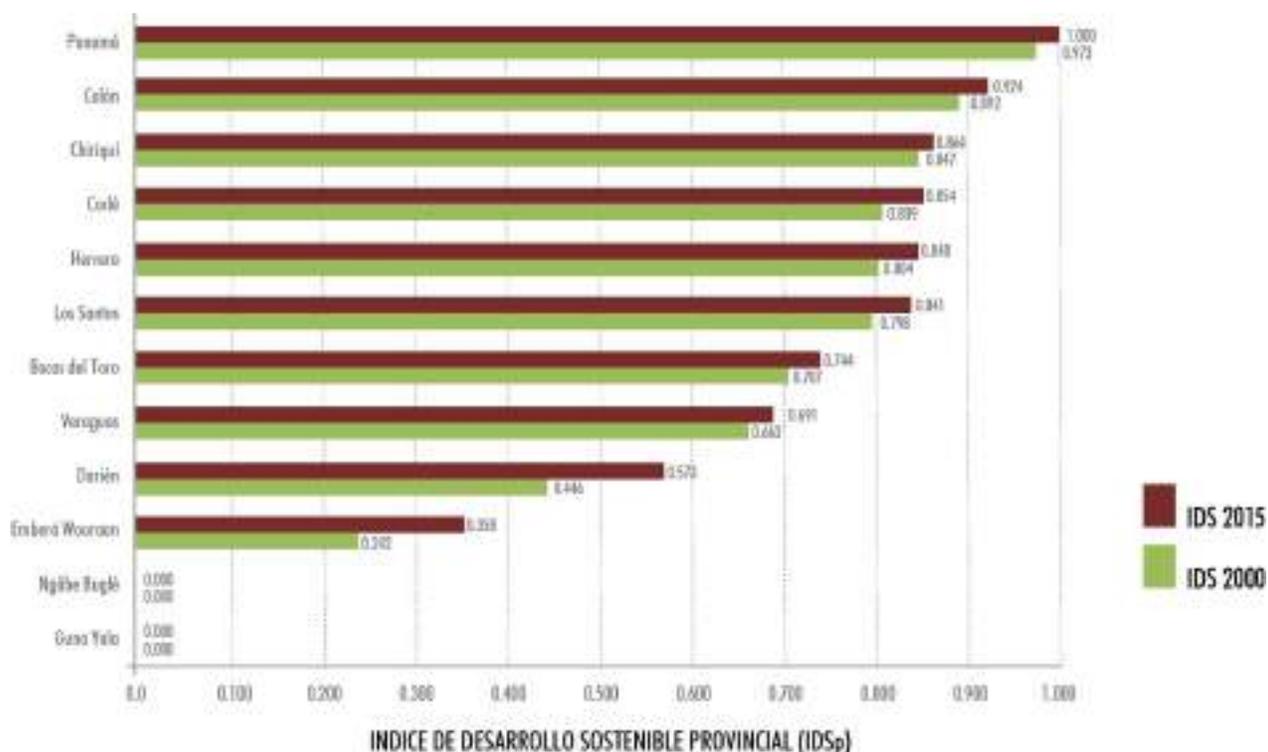


Fuente: elaboración propia a partir de datos administrativos de dominio público.

Como es posible apreciar en el Mapa 1, el desarrollo sostenible se concentra en las zonas centrales –urbanas– del país –(cuartil IDS 4), mientras que la mayoría de las zonas periféricas –rurales– se encuentran entre el segundo y tercer cuartiles de desarrollo sostenible (cuartil IDS 3 y cuartil IDS 2). Por su parte, las comarcas indígenas Guna Yala, Emberá-Wounaan y Ngäbe-Buglé concentran el nivel más bajo de desarrollo sostenible del país (cuartil IDS 1) y su situación no ha cambiado significativamente desde el año 2000. (Gráfico 1)



Gráfico 1. Índice de Desarrollo Sostenible por provincia. Panamá 2000 y 2015

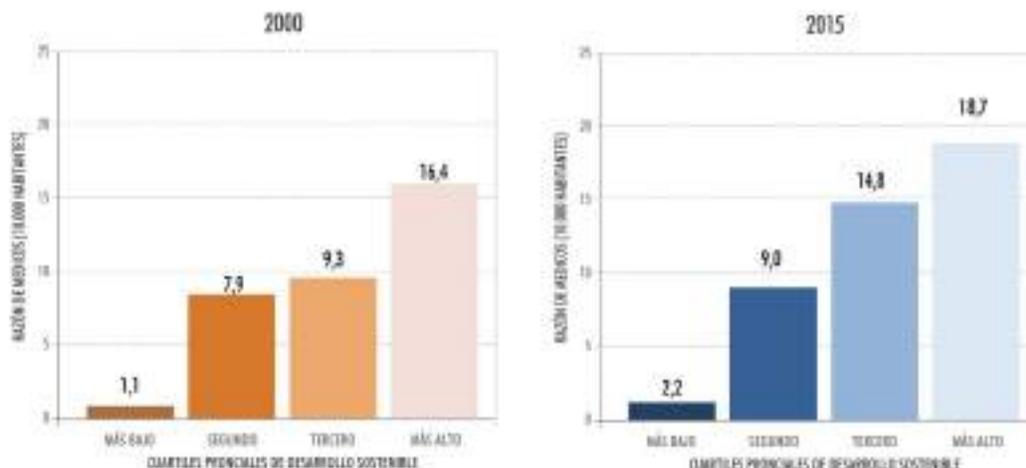


Fuente: elaboración propia a partir de datos administrativos de dominio público.

Escenario Ilustrativo 1: Desigualdades en la disponibilidad de médicos

En Panamá la razón promedio de médicos por habitantes pasó de 13,6 [rango de incertidumbre, RI: 13,2; 14,0] a 15,7 [RI: 15,4; 16,1] por cada 10.000 habitantes entre 2000 y 2015. A pesar de esta mejora promedial nacional, la desigualdad en la disponibilidad de médicos persiste y es muy profunda: entre el cuartil de provincias con menor desarrollo sostenible (que comprende exactamente a las tres comarcas indígenas más grandes del país) y el cuartil de provincias con mayor desarrollo sostenible persiste un déficit de recurso no menor de 16 médicos por cada 10.000 habitantes; de hecho, esta brecha absoluta aumentó en el periodo analizado. En términos relativos, al año 2015 la disponibilidad de médicos en el cuartil socialmente más aventajado es al menos nueve veces la del cuartil de provincias con menor desarrollo sostenible. Este escenario ilustra la regresividad del sistema de salud, pues es en el cuartil socialmente más aventajado en el que se concentra la mayor oferta de los recursos para la atención de la salud. (Gráfico 2)

Gráfico 2. Desigualdades en la disponibilidad de médicos según gradiente provincial definida por el Índice de Desarrollo Sostenible; 2000 y 2015.



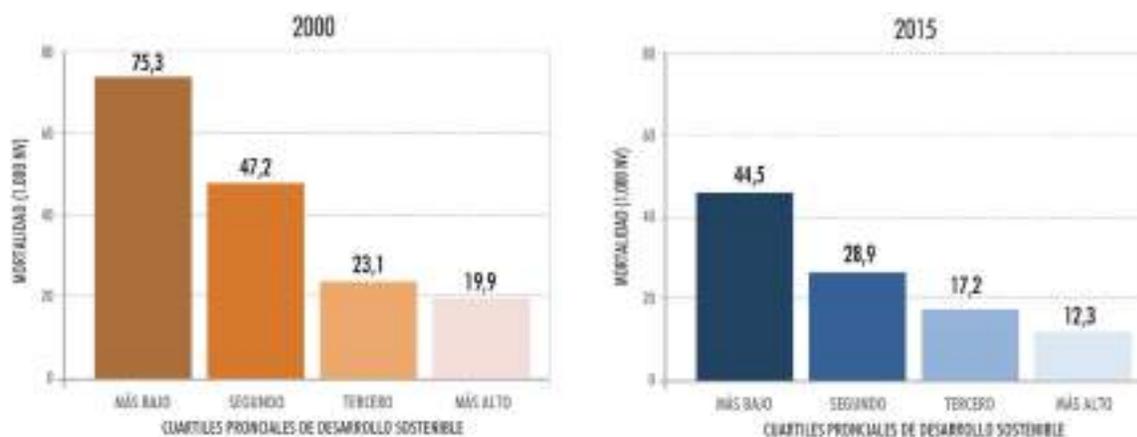
Fuente: elaboración propia a partir de datos administrativos de dominio público.



Escenario Ilustrativo 2: Desigualdades en la mortalidad en la niñez

En Panamá la mortalidad en la niñez ha tendido a la disminución: entre 2000 y 2015 la tasa pasó de 28,0 [RI: 26,7; 29,4] a 18,5 [RI: 17,5; 19,4] por cada 1.000 nacidos vivos. Sin embargo, la desigualdad interprovincial persiste afectando en mayor medida al cuartil que concentra las provincias con menor desarrollo sostenible. La brecha absoluta de desigualdad indica que existe un exceso de 32,2 muertes por cada 1.000 menores de cinco años entre el extremo de provincias con condiciones sociales más precarias respecto al cuartil socialmente más aventajado. En términos relativos, la tasa de mortalidad es 2,6 veces más alta en el cuartil de más bajo desarrollo sostenible y esta desigualdad –brecha relativa– se ha mantenido en el periodo analizado. La gradiente inversa ilustra cómo en la medida en que aumenta el desarrollo sostenible disminuye el riesgo de muerte. (Gráfico 3)

Gráfico 3. Desigualdades en la mortalidad de la niñez según gradiente provincial definida por el Índice de Desarrollo Sostenible; 2000-2015.



Fuente: elaboración propia a partir de datos administrativos de dominio público.

El análisis exploratorio presentado tiene como principal objetivo documentar y visibilizar la magnitud y la tendencia de las desigualdades en salud en Panamá, así como subrayar la necesidad de institucionalizar el monitoreo de las desigualdades sociales en salud como instrumento de inteligencia sanitaria que permita informar el diseño e implementación de políticas pro equitativas, poniendo como lente central de la política pública sanitaria la eliminación de las inequidades en salud.

Desafíos y Perspectivas de abordaje

El énfasis actual en la equidad en salud para el desarrollo sostenible exige contar con información fidedigna y capacidad analítica que aporte evidencia sobre las desigualdades sociales en salud y la necesidad de intervenir sobre los determinantes sociales de la salud, incidiendo en el proceso de formulación e implementación de políticas públicas pro equitativas. Para OPS es prioridad apoyar a los Estados Miembros en el fortalecimiento de sus capacidades institucionales para monitorear las desigualdades sociales y generar un sistema de inteligencia sanitaria que permita evaluar políticas e intervenciones orientadas a disminuir las brechas de inequidad en salud. (9)

En este sentido, el compromiso con Panamá se ha hecho explícito desde el año 2002 en el marco de la cooperación técnica para el monitoreo de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Este compromiso se ha fortalecido con el advenimiento de la Agenda 2030 y el acuerdo –establecido en octubre 2018– de formular e implementar la Iniciativa Nacional de Equidad y Salud Sostenible (INESS) Panamá 2018, que incluye la producción del Estudio Nacional de Equidad y Salud Sostenible (ENESS) Panamá 2018 y, de manera interagencial, el Atlas Nacional de Equidad y Salud Sostenible (ANESS) Panamá 2019, que utilizará información desagregada a nivel de corregimiento. La iniciativa INESS Panamá 2018 –que comprende una serie de talleres analíticos de generación de evidencia y espacios de discusión intersectorial para el posicionamiento de la equidad en la agenda de desarrollo nacional– tiene como objetivo generar una línea de base actualizada que sirva para informar el diseño de políticas públicas enfocadas en la equidad en salud, incluyendo la puesta en práctica de las recomendaciones de la Comisión de Equidad y Desigualdades en Salud de las Américas, (10) y hacer a Panamá capaz de rendir cuentas sobre el compromiso de *no dejar a nadie atrás*.

Referencias:

1. Becerra F, Mújica OJ. Equidad en salud para el desarrollo sostenible. *Revista de Salud Pública y Nutrición* 2016;15(1):16-26.
2. Asamblea General de las Naciones Unidas. A/RES/70/1. Transformando nuestro Mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. Nueva York: Naciones Unidas; 25 Septiembre 2015.
3. Organización Panamericana de la Salud. Las Desigualdades Sociales en Salud. En: Salud en las Américas 2017: Panorama regional. Washington DC: OPS, 2017.
4. UNICEF. Informe sobre Equidad en Salud 2016. Ciudad de Panamá: UNICEF.
5. Mújica OJ, Moreno CM. De la retórica a la acción: medir desigualdades en salud para 'no dejar a nadie atrás'. *Pan Am J Public Health* 2018 [aceptado para publicación: 11 Octubre 2018]
6. Rodríguez A. Programas de transferencias condicionadas, políticas sociales y combate a la pobreza en Panamá. CEPAL-GTZ; Serie Políticas Sociales 2010;162: 39 p.
7. Mújica O, Haebeler M, Pereira C. Análisis exploratorio de datos: desigualdades sociogeográficas en salud entre provincias de Panamá, circa 2000 y 2010. Taller de Fortalecimiento de Capacidades Institucionales para el Monitoreo de Desigualdades Sociales en Salud. Ciudad de Panamá, Panamá; Junio 2015.
8. Organización Panamericana de la Salud. Manual para el Monitoreo de las Desigualdades en Salud, con especial énfasis en países de ingresos medianos y bajos. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud, 2016
9. Becerra F. Equidad en salud: mandato esencial para el desarrollo sostenible. *Pan Am J Public Health* 2015;38(1):1-2.
10. Organización Panamericana de la Salud. Sociedades justas, equidad en salud y vidas dignas. Resumen Ejecutivo del Informe Final de la Comisión OPS sobre Equidad y Desigualdades Sociales en Salud en las Américas. Washington DC: OPS, 2018.



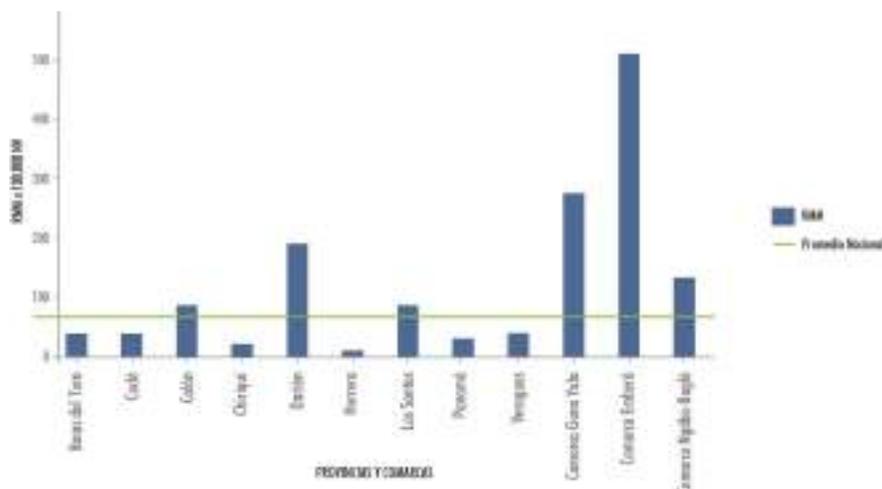
REDES INTEGRADAS DE SERVICIOS DE SALUD EN PANAMÁ: UNA AGENDA IMPOSTERGABLE

Carrillo Roa, Alejandra

Contexto

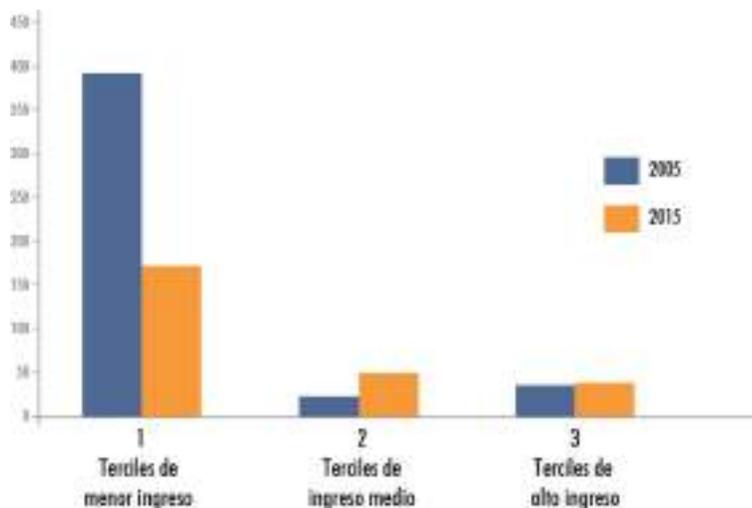
A pesar del notable crecimiento económico que ha presentado Panamá en las últimas dos décadas, persisten grandes disparidades que infligen los distintos estratos socioeconómicos y particularmente su población indígena. Los indicadores de salud lo demuestran: en 2015, la razón de mortalidad materna (RMM) en las comarcas indígenas fue de 3 a 5 veces mayor que el promedio nacional. Asimismo, la RMM en el tercil poblacional con menores ingresos fue casi 5 veces más alta que el tercil de mayor ingreso (Gráfico 1 y 2).

Gráfica 1. Razón de mortalidad materna (RMM) por provincias y comarcas. Panamá, 2015.



Fuente: MINSA, OPS, 2017.

Gráfica 2. Razón de mortalidad materna (RMM) estratificada por ingresos. Panamá, 2015.



Fuente: MINSA, OPS, 2017.



La configuración del sistema público de salud panameño lejos de enfrentar esas inequidades las refuerza. Panamá cuenta con un sistema de salud segmentado en dos grandes organizaciones: el Ministerio de Salud (MINSAL) y la Caja del Seguro Social (CSS) que ofrecen coberturas de servicios heterogéneas a la población, basados en un modelo de atención hospitalocéntrico, centrado en las enfermedades y bastante fragmentado. Estas instituciones cuentan con servicios sobrepuestos y descoordinados en los centros urbanos a lo largo del Océano Pacífico, mientras en las comarcas indígenas y zonas rurales de difícil acceso apenas existe la escasa infraestructura y recursos humanos provistos por el Ministerio de la Salud (Tabla 1 y Gráfico 3).

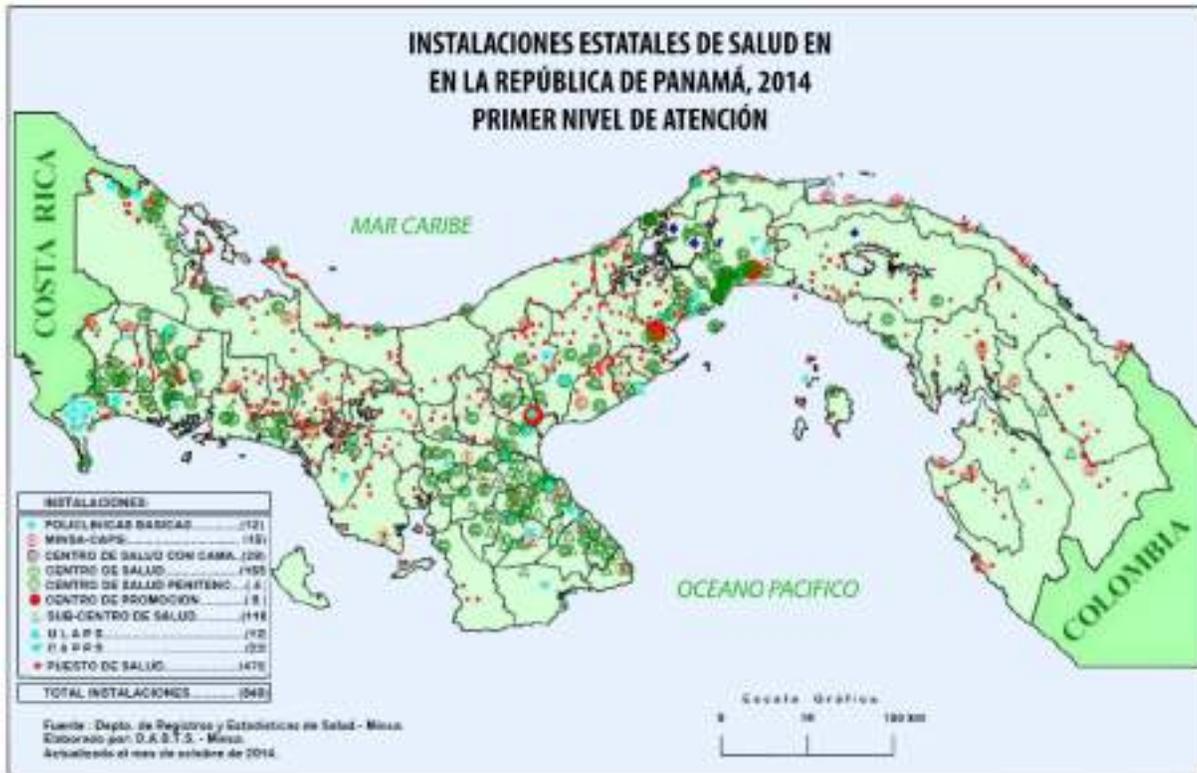
En Panamá se observa tanto la escasez, como el exceso y la duplicidad en la provisión de los servicios de salud, dependiendo de la ubicación geográfica. Los datos de la Tabla 1 y del Gráfico 3 son bastante elocuentes y muestran como los recursos humanos y la infraestructura sanitaria, inclusive del primer nivel de atención, se concentran en la región del pacífico y predominantemente en la capital y las áreas urbanas del país. Esta organización del sistema de salud y la distribución de los recursos provocan evidentes inequidades en el acceso que afectan principalmente a la población pobre y perteneciente al empleo informal, así como a la población indígena y rural, las cuales no cuentan con cobertura de la CSS, ni con servicios permanentes.

Tabla 1. Dotación de médicos y enfermeros del MINSAL y la CSS. Panamá, 2014.

Provincia/Comarca	Nacional				Ministerio de Salud				Caja de Seguro Social			
	Médicos		Enfermería		Médicos		Enfermería		Médicos		Enfermería	
	No.	Tasa	No.	Tasa	No.	Tasa	No.	Tasa	No.	Tasa	No.	Tasa
Bocas del Toro	188	7,18	127	8,4	27	1,8	40	2,8	54	2,7	86	5,7
Colón	272	18,70	350	13,7	81	3,2	120	4,7	171	6,7	226	8,9
Chiriquí	238	8,70	237	8,7	58	2,1	50	1,8	140	5,2	173	6,4
Chiriquí	677	15,18	687	15,3	269	6,4	351	7,8	271	8,3	279	6,2
Darién	26	3,38	38	4,6	36	5,3	30	4,4	—	0	—	0
Herrera	248	21,00	381	32,3	100	8,5	130	11	113	9,6	239	20,3
Los Santos	188	19,00	193	20,3	104	14,1	155	16,3	42	4,4	36	3,8
Panamá	3745	25,18	2593	17,4	1317	8,8	1218	8,2	1,648	11,1	893	6
Panamá Oeste	381	7,18	298	5,6	109	2	130	2,5	188	3,5	136	2,5
Veraguas	253	18,40	332	13,6	99	4,1	188	7,4	124	5,1	145	6
Comarca Guna Yala	15	3,60	17	4,1	15	3,6	17	4,1	ND	0	ND	0
Comarca Ngäbe Buglé	26	1,38	25	1,3	26	1,3	25	1,3	ND	0	ND	0
Total	6178	15,88	5262	13,4	2291	5,9	2449	6,3	2854	7,3	2213	5,7

Fuente: Contraloría General de la República, Instituto de Estadística y Censo (INEC), 2014.

Gráfica 3. Instalaciones estatales de salud del primer nivel de atención. Panamá, 2014



Fuente: MINSA, 2014.

Avances

En respuesta a esos desequilibrios y como parte de la Estrategia de Acceso y Cobertura Universal en Salud, la OPS/OMS en Panamá viene impulsando el establecimiento de una red pública integrada de servicios de salud basada en la Atención Primaria en Salud. Documentos de grande envergadura del país abrazan este objetivo como una prioridad apremiante, entre ellos la Política Nacional de Salud 2016-2025 del Ministerio de Salud de Panamá que establece el “reordenamiento de la red pública de servicios de salud para el desarrollo de redes integradas de servicios de salud (RISS)”. Otro ejemplo es el “Libro Blanco” de 2015 (CAN, 2015), en el que la Mesa de Diálogo para la Salud reiteró como meta de la II Etapa del eje de trabajo 4.1.2.B (Programas de Salud) tener una “Red articulada a nivel nacional, en el área institucional e intersectorial para implementar los Programas de Salud reestructurados, con procesos conjuntos de planificación, monitoreo, ejecución, evaluación, ajuste y divulgación de los resultados y un sistema de información articulado y funcionando con soporte tecnológico y recursos financieros adecuados.”

Como resultado de esos esfuerzos del país y de la OPS/Panamá, cinco provincias y una comarca de Panamá han empezado procesos de coordinación y reorganización hacia el establecimiento de las RISS en sus territorios, con avances díspares que precisan ser sistematizados y analizados. Por otro lado, la OPS en Panamá ha promovido la participación masiva de técnicos y profesionales de la salud en el curso sobre RISS ofrecido por el Campus Virtual de la OPS.

Perspectivas y desafíos

Conociendo el contexto de inequidades y la situación del sistema de salud panameño es imperativo el establecimiento de una red pública integrada de servicios de salud (RISS) para Panamá. La implantación de una RISS basada en Atención Primaria de Salud (APS) es una estrategia para avanzar hacia la Salud Universal, que cambia el paradigma organizacional y asistencial, mejorando no apenas los resultados en salud como también la eficiencia del sistema. Y esto es cónsono con la línea estratégica 1 de la Estrategia del Acceso y Cobertura Universal de Salud aprobada por el Consejo Directo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en 2014 que comprende la mejora y el aumento de la capacidad resolutoria del primer nivel de atención articulado en RISS.

El objetivo central es transformar el paradigma asistencial tradicional, caracterizado por: actos clínicos sin continuidad, con énfasis en los cuidados agudos y en la enfermedad, basado en departamentos y servicios, determinado por las preferencias de los proveedores, con fragmentación de los servicios de salud que prioriza los recursos para la atención hospitalaria donde se realizan compras pulverizadas de insumos, medicamentos y equipos; para un nuevo paradigma de trabajo en redes, donde de facto se persigue: la interdependencia de los actos clínicos, el énfasis en el cuidado continuo y en la preservación de la salud, la responsabilidad por las comunidades y las poblaciones, la organización matricial, determinado por las necesidades de los usuarios, la integración de los servicios de salud, priorizando los recursos financieros y humanos para la APS y compras centralizadas de insumos, medicamentos y equipos.

En Panamá, la conformación de una RISS basada en APS buscaría integrar los prestadores de servicios del Ministerio de la Salud y de la Caja del Seguro Social, siguiendo una organización jerárquica según niveles de complejidad, con una delimitación territorial clara de las responsabilidades asistenciales de los prestadores, que respondan a un comando unificado y único, que sigan normas operacionales y sistema de información estandarizados, que compartan los recursos logísticos, las plataformas de adquisición de equipamientos,

medicamentos e insumos y que atienda a los determinantes sociales y su impacto en la salud de los panameños.

Una RISS con estas características tiene el potencial de ampliar la oferta de servicios de salud para las poblaciones vulnerables (rurales, indígenas, del sector informal de la economía), mediante, por un lado, una distribución territorial de los servicios más equitativa y cónsona con las necesidades de las poblaciones y, por otro lado, a través de una mejor distribución territorial de los recursos humanos en salud, con mayor presencia de médicos y otros profesionales en las Comarcas Indígenas y en las zonas rurales con servicios y equipos de salud capacitados para la atención multicultural, con un trato digno y humanizado hacia el usuario del sistema. Esto podrá hacer una gran diferencia en términos de resultados de salud para esas poblaciones. Asimismo, la ampliación del acceso a los de servicios de salud tiende a reducir los niveles de gastos directos y catastróficos a que ciertos sectores de la población son sometidos.

Referencias:

- Comisión de Alto Nivel (CAN). 2015. Por una mejora y fortalecimiento del sistema de salud integral en el marco de una política de estado. Panamá.
- MINSA, 2017. <http://www.minsa.gob.pa/informacion-salud/instalaciones>
- MINSA, 2016. Política Nacional de Salud y Lineamientos Estratégicos 2016-2025. Disponible en: https://www.minsa.gob.pa/sites/default/files/transparencia/politicas_de_salud_del_minsa.pdf
- MINSA y OPS. Boletín de Desigualdades Panamá 2017. Disponible en: http://www.minsa.gob.pa/sites/default/files/publicacion-general/boletin_de_desigualdades_panama_2017.pdf
- OPS, 2018. Panamá para Salud en las Américas. Disponible en: http://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?post_t_es=panama&lang=es





DISPONIBILIDAD Y DISTRIBUCIÓN DE RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD UNIVERSAL: UN DESAFÍO PERMANENTE

Montilla, Isaías



Lograr que todas las personas y las comunidades tengan acceso a los servicios de salud integrales que necesitan es un reto fundamental para Panamá y para la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS).

Este objetivo requiere avanzar progresivamente y, por qué no, de forma intensa, con transformaciones profundas en los ámbitos del acceso equitativo a servicios de salud; la rectoría y la gobernanza, el financiamiento y la coordinación intersectorial. Sin embargo, estas transformaciones no serán posibles si no hay una fuerza de trabajo –un conjunto de hombres y mujeres– bien capacitados, ubicados en el lugar apropiado, con buenas condiciones de trabajo y comprometidas en brindar servicios integrales, de calidad, centrados en las personas y las comunidades.

Contar con ese grupo de trabajadores requiere que la gestión eficaz de la fuerza de trabajo sea una prioridad del sistema de salud. La fuerza de trabajo, en calidad y cantidad es esencial para lograr la salud y el bienestar de toda la población. En este sentido, el Informe sobre

la salud en el mundo 2006 *Colaboremos por la salud*, reconoce que el número y la calidad de los trabajadores sanitarios están efectivamente relacionados con la cobertura de inmunización, el alcance de la atención primaria y la supervivencia de los lactantes, los niños y las madres. Además, arroja pruebas de que la calidad de los médicos y la densidad de su distribución se correlacionan con resultados positivos en el ámbito de las enfermedades cardiovasculares. A la inversa, la malnutrición infantil ha empeorado con los recortes de personal durante las reformas del sector sanitario (1).

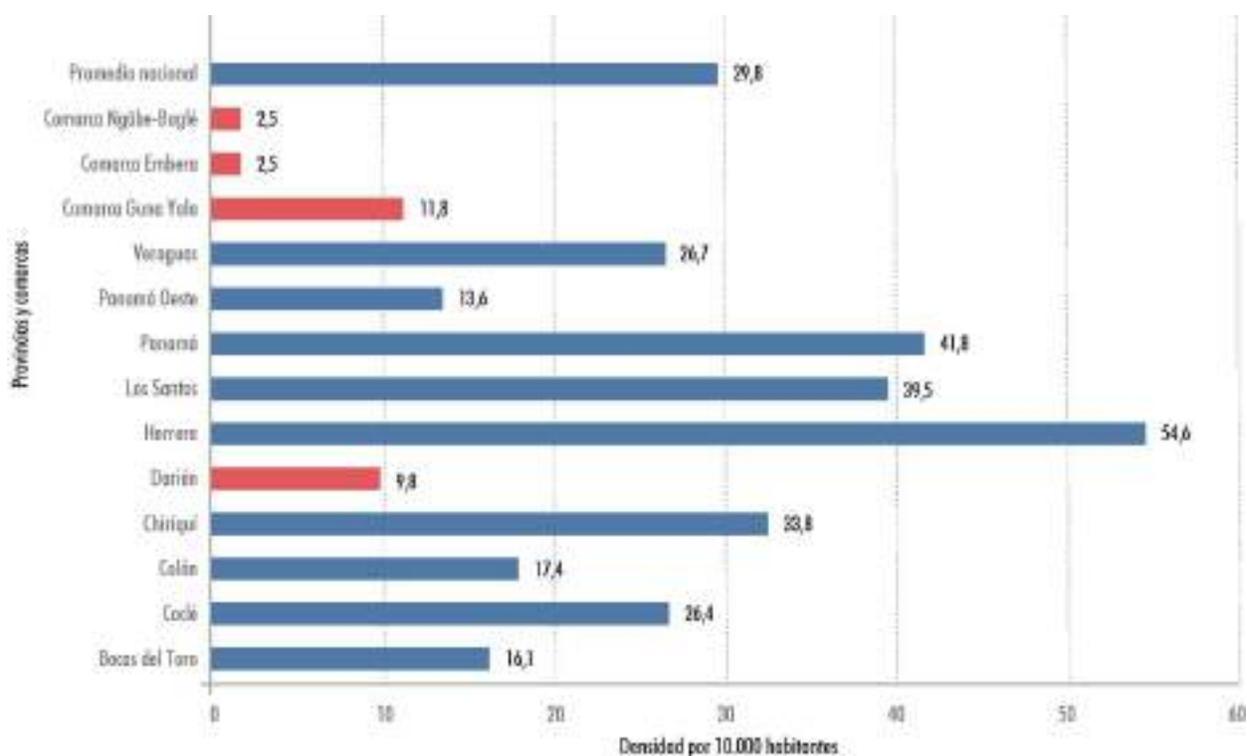
Panamá reconoce que los recursos humanos de salud juegan un rol central para el logro del acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud. Se reconoce que para superar los desafíos que obstaculizan el logro de los objetivos nacionales en materia de salud es fundamental formar trabajadores sanitarios competentes, motivados, bien respaldados y ubicados donde se les necesita.

Una consulta nacional sobre el tema, realizada en 2016, deja claro que existen problemas importantes en materia

de gestión de los RHUS, entre ellos una inequitativa distribución de los trabajadores de salud, manifestada en la concentración de estos en los centros urbanos del país, en detrimento de las áreas rurales y las comarcas indígenas; la necesidad de fortalecer los equipos de atención primaria de salud con competencias en género, derechos humanos e interculturalidad, para la adecuada atención de la población; la inexistencia de mecanismos de negociación y legislaciones efectivas para prevenir, mitigar o resolver los conflictos de trabajo y garantizar la prestación de los servicios; la débil coordinación entre las entidades educativas y las prestadoras de servicios para la producción de los trabajadores que encajen con las necesidades y tendencias de salud de la población y con las competencias apropiadas, entre otros desbalances en materia de RHUS.

La última evaluación de las metas decenales de RHUS mostró, por ejemplo, el desbalance que existe en la distribución de los trabajadores de salud entre las diversas provincias y comarcas indígenas, siendo estas últimas las más afectadas con estos desbalances. El promedio nacional de médicos y enfermeras por 10 mil habitantes para el año 2016 fue de 29,8, como se observa en la gráfica 1. Para las provincias de Herrera, Panamá y Los Santos fue de 54,6, 41,8 y 39,5, respectivamente. En tanto que, para las Comarcas GNabe Buglé, Guna Yala y la provincia de Darién, fue de 2,5, 11,8 y 9,8, respectivamente.

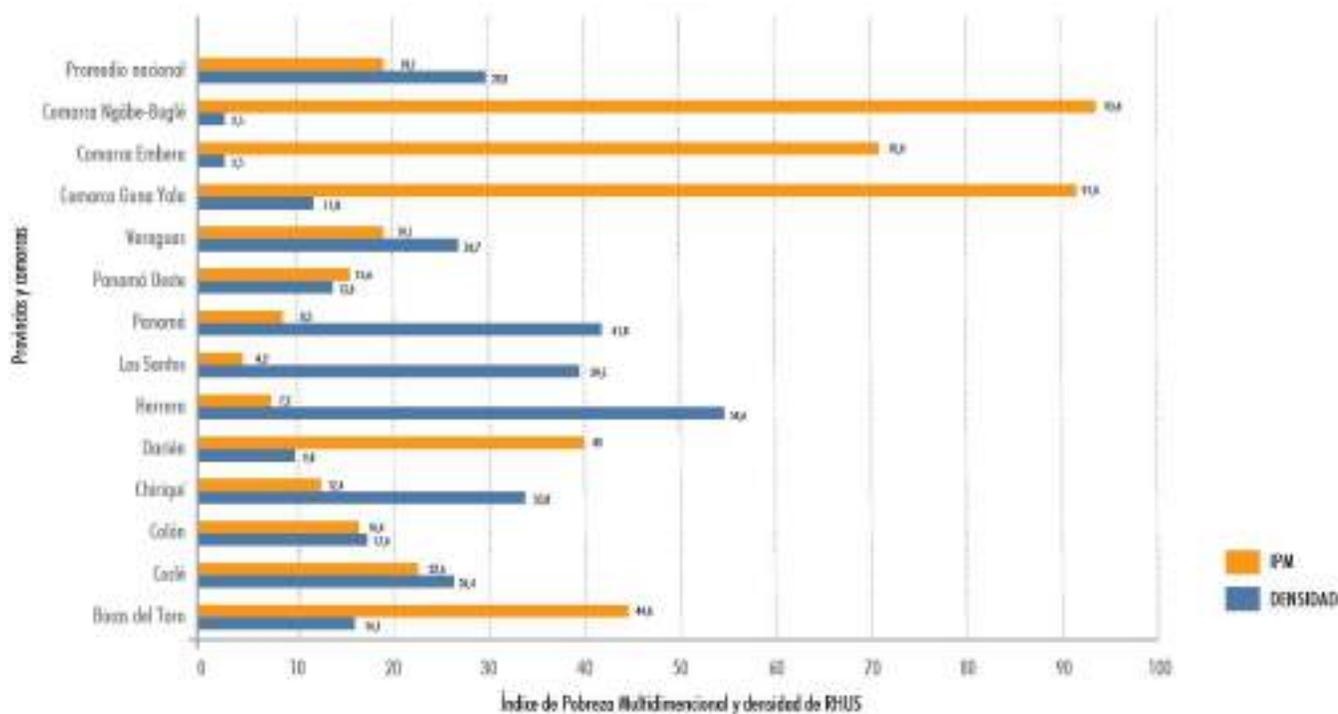
Gráfica 1. Densidad de RHUS, por provincias y comarcas indígenas Año 2016.



Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas y Censo. Contraloría General de la República, 2018.

Es claro que, al menos, hay una evidente desigualdad en la distribución de los trabajadores de la salud, en detrimento de las áreas del país más afectadas por la pobreza, el desempleo y otros determinantes sociales de la salud (ver gráfica 2). Esta condición y la falta de estrategias para promover la permanencia de los profesionales en estas áreas desfavorecidas limitan alcanzar la salud, el bienestar y el desarrollo integral de las poblaciones de las comarcas y provincias más pobres. Otro desafío vinculado a esta problemática es la formación de nuevos profesionales en carreras en las que hay o se prevé habrá escases de trabajadores, principalmente en el contexto de la Atención Primaria de Salud y la reorganización de los servicios en redes integradas de servicios de salud. Este es el caso, por ejemplo, de los profesionales en control de vectores o de los promotores de salud, entre los que existe no solo escases sino también inequitativa distribución entre las provincias y comarcas indígenas. Asimismo, es una preocupación la falta de profesionales en algunas especialidades médicas como ocurre con la geriatría. De las 13 áreas (provincias/comarcas) en las que se ubica a este tipo de profesional, sólo en cinco de ellas hay geriatras nombrados por el Estado, con una evidente concentración en la capital de la República (2).

Gráfica 2. Densidad de RHUS e Índice de Pobreza Multidimensional, por provincias y comarcas indígenas Año 2016.



Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas y Censo. Contraloría General de la República, 2018.

Sin embargo, cada una de estas situaciones constituye una oportunidad para avanzar en el fortalecimiento de la gestión y el desarrollo de los RHUS de Panamá. Ante este panorama, el país ha realizado diversos esfuerzos encaminados a enfrentar estas problemáticas. Panamá formuló una política relacionada con los RHUS en el conjunto de las Políticas Nacionales de Salud 2016-2025, marco de trabajo elaborado por el Ministerio de Salud con la participación de diversos actores del campo de la salud de Panamá, incluyendo el apoyo y la participación de la OPS/OMS.

La efectiva implementación de los componentes de RHUS priorizados en la Política Nacional de Salud 2016-2025 requiere, sin duda, de procesos de planificación que aseguren la disponibilidad y la distribución equitativa del personal de salud con las competencias adecuadas para entregar una atención de buena calidad a la población. La planificación asegurará que la demanda de personal del sistema sanitario tenga una respuesta apropiada de la oferta, en cantidad y en calidad.

Panamá está invirtiendo en la formación de nuevos trabajadores de la salud. El país lanzó el Programas de Becas para el Fortalecimiento del Recurso Humano en Salud 2018, que busca incentivar en los jóvenes estudiantes el interés por aspirar a obtener una beca en áreas afines a salud para carreras técnicas, licenciaturas, maestrías, especialidades y sub especialidades médicas (3). También, se crearon las especialidades médicas de Medicina del Trabajo y Salud Pública y Medicina Preventiva. La formación de especialidades médicas y de enfermería ha sido una prioridad. Para aumentar esta formación se han hecho convenios con España, Israel, Colombia, México y Costa Rica (4).

Adicionalmente, a través de varios esfuerzos, se han formado profesionales panameños en el campo de la formulación de políticas públicas de recursos humanos de salud, a través de varios cursos virtuales dictados a través del Campus Virtual de Salud Pública (CVSP) de la OPS.

Se trabaja en el fortalecimiento de los sistemas de información de manera que se pueda contar con información confiable y oportuna para la toma de decisiones. En este sentido, se avanza en el desarrollo de acciones que promuevan la utilización de metodologías para estimar brechas de dotación y mejorar la calidad de la asignación y distribución del recurso humano.

En armonía con la Política Nacional de Salud 2016-2025, actualmente se desarrolla un Plan Nacional de RHUS con la participación de todos los actores del campo de los recursos humanos de salud. Este Plan orientará la implementación de acciones de forma sistemática, en concordancia con la Política y Plan de Acción regional de RHUS y en respuesta a las necesidades del país, en las áreas de planificación –que incluye el fortalecimiento de los sistemas de información-, gestión de la educación, gestión del trabajo y participación de la ciudadanía.

Cada vez es más frecuente la utilización del CVSP en el desarrollo de capacidades para el logro de la salud universal. Durante el año 2018, entre otros cursos, el Nodo de Panamá desarrolló el “Curso virtual de Formación Docente Tutorial para el Sistema de Residencias e Internado: Estrategias y Herramientas Pedagógicas”, en el marco de la cooperación para la transformación de la educación en salud. Esta iniciativa, así como otras encaminadas a fortalecer la educación interprofesional y el mejoramiento de la calidad en la formación en ciencias de la salud se desarrollan en conjunto con el Ministerio de Salud, la Universidad de Panamá y los hospitales del país.

El reto está planteado y es permanente: dotar al sistema de salud de los recursos humanos de la salud necesarios para superar de manera progresiva las barreras de tipo geográfico, económico, sociocultural, de organización, étnicas y de género para que todas las comunidades puedan acceder de manera equitativa y sin discriminación a servicios integrales de salud que sean adecuados, oportunos y de calidad (5).

Frente al reto, también hay avances y compromisos al más alto nivel para:

i) Fortalecer y consolidar la gobernanza y rectoría de los recursos humanos para la salud mediante:

- La conducción de procesos intersectoriales (incluida la educación, la salud, el trabajo y las finanzas) en el más alto nivel.
- El fortalecimiento de las capacidades de planificación estratégica.
- El incremento de la inversión pública en recursos humanos en el sector de la salud.

ii) Desarrollar condiciones y capacidades de los recursos humanos para la salud para ampliar el acceso y la cobertura de salud con equidad y calidad, a través de:

- La implementación de estrategias destinadas a facilitar el acceso a una dotación de recursos humanos acorde a las necesidades de cada comunidad.
- La priorización de la conformación de equipos interprofesionales en el primer nivel de atención.
- Desarrollo de un marco normativo que establezca los mecanismos de ingreso (selección y reclutamiento), salario y sus escalafones, incentivos, evaluación del desempeño, desarrollo, capacitación, ascenso y promociones, y egreso del personal dentro del sistema de salud.

iii) Concertar con el sector educativo para dar respuesta a las necesidades de los sistemas de salud en transformación hacia el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud, promoviendo:

- Acuerdos de alto nivel entre los sectores de educación y salud para alinear las estrategias de formación de los recursos humanos hacia el acceso universal.
- La regulación de la calidad de la formación para los profesionales de la salud.
- El desarrollo políticas de educación permanente de los trabajadores de la salud.

El componente humano es indispensable para el funcionamiento del sistema de salud. Esto significa que hay que invertir recursos de todo tipo, tanto en la formación como en el desarrollo de los RHUS. La solución no es fácil, pero es posible, viable y necesaria: ***¡alcancemos los consensos y sigamos trabajando juntos para no dejar a nadie atrás!***

Referencias:

1. OMS. Informe sobre la salud en el mundo 2006 - Colaboremos por la salud. Panorama general. Disponible en: <http://www.who.int/whr/2006/es/>.
2. INEC. Médicos en las instalaciones de salud en la República, por provincia, comarca indígena y Ciudad de Panamá, según sexo y especialidad: marzo de 2017. Disponible en: <https://www.contraloria.gob.pa/inec/archivos/P886108.pdf>.
3. MINSa. Lanzamiento de programa de becas 2018. Disponible en: <http://bit.ly/2OzuFCj>.
4. MINSa. Recursos Humanos en Salud. Disponible en: <http://bit.ly/2Ns5Trt>.
5. OPS/OMS. Estrategia sobre recursos humanos para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud. Disponible en: <http://bit.ly/2MMtIVx>.

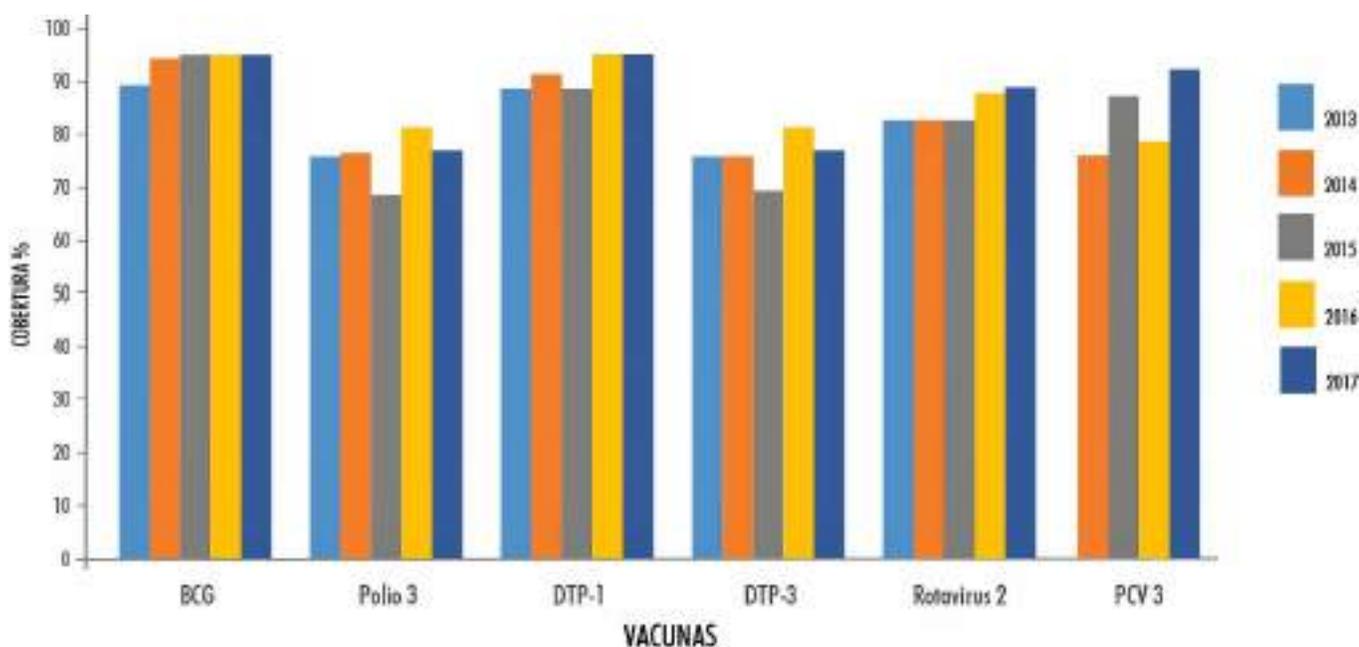
PANORAMA ACTUAL DE LA INMUNIZACIÓN EN PANAMÁ: HACIA EL ACCESO Y LA COBERTURA UNIVERSAL EN SALUD

Lara, Dilsa

Desde la creación del Programa Ampliado de Inmunizaciones en Panamá, en el año 1978; el país ha enfocado las acciones en mantener un país libre de enfermedades inmunoprevenibles, ofreciendo a todos los niños y niñas, hombres y mujeres de Panamá, igual acceso a los servicios de vacunación. En los últimos años, el país ha incluido nuevas vacunas en el Esquema Nacional de Vacunación, realizando la transición a la vacuna contra el virus del Papiloma Humano Cuadrivalente para niños y niñas de 10 años de edad en el año 2016; y a la vacuna contra la Influenza Estacional Cuadrivalente en el año 2017. Actualmente, el país cuenta con 23 biológicos que protegen contra más de 30 enfermedades.

En cuanto a coberturas de vacunación en los últimos 5 años, el Programa Ampliado de Inmunización (PAI) ha reportado coberturas cercanas o superiores al 100% para BCG, DPT 1 y en algunos años para MMR1. Sin embargo, las coberturas reportadas para la vacuna triple contra la difteria, el tétanos y la tos ferina (DTP3) en el mismo periodo han ido desde 80% en 2013 y 2014, a 73% en el 2015; con un ligero incremento en el 2016 con 86% y 81 % para el 2017. Además de las fluctuaciones en las coberturas, el país presenta alta tasa de deserción entre DPT1 y DTP3, la que para 2017 fue de 21,2 %.

Gráfica 1. Cobertura de vacunación en menores de un año de edad. Panamá, 2013-2017.



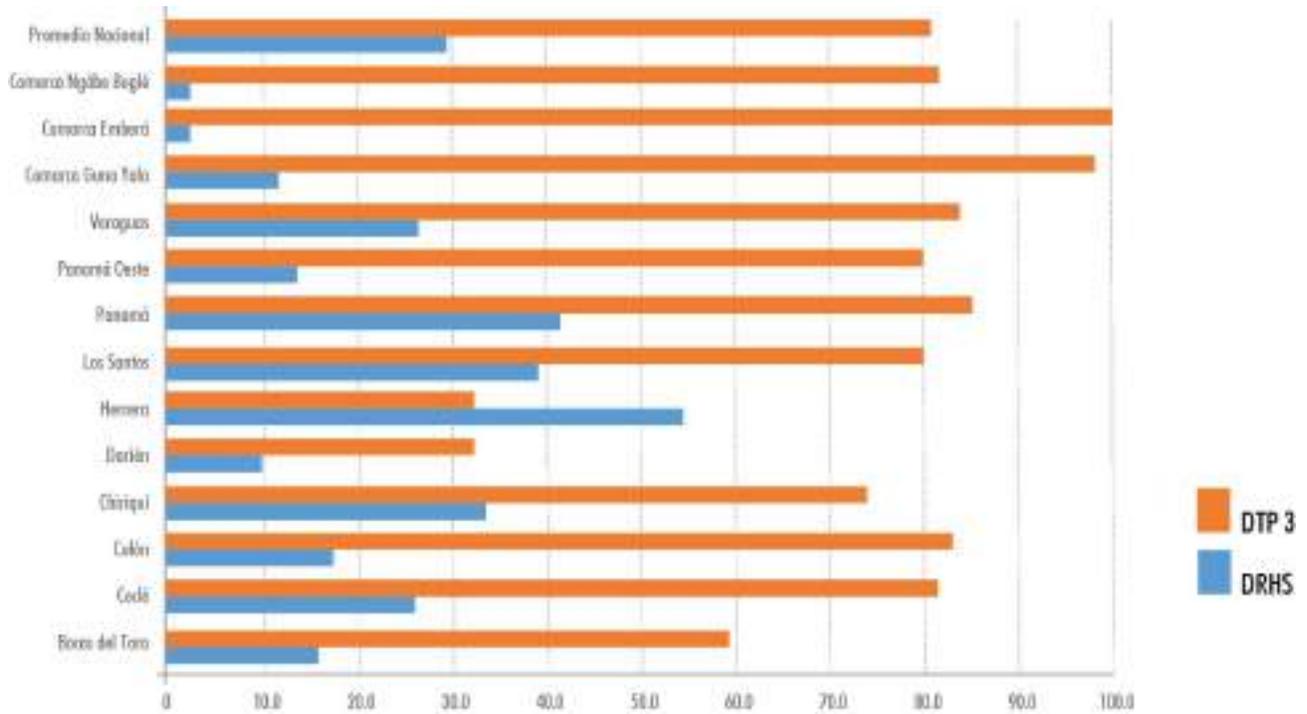
Fuente: Folleto Inmunización en las Américas. www.paho.org/inmunizacion/Datos

Panamá cuenta con uno de los mejores esquemas de vacunación en la Región de las Américas. Sin embargo, existen comunidades, entre éstas las comarcas indígenas que viven en situaciones de vulnerabilidad que requieren de abordajes más eficaces, que demandan servicios de salud pública de calidad, efectivos y seguros, que respondan a las expectativas de los usuarios y tomen en consideración su diversidad cultural.

No obstante, al comparar la Densidad de Recurso Humano en Salud (RHUS), el Índice de Pobreza Multidimensional (IPM) y las coberturas de vacunación con DTP3 por provincias y comarcas indígenas en el año 2017 (Gráfico 2 y 3), se

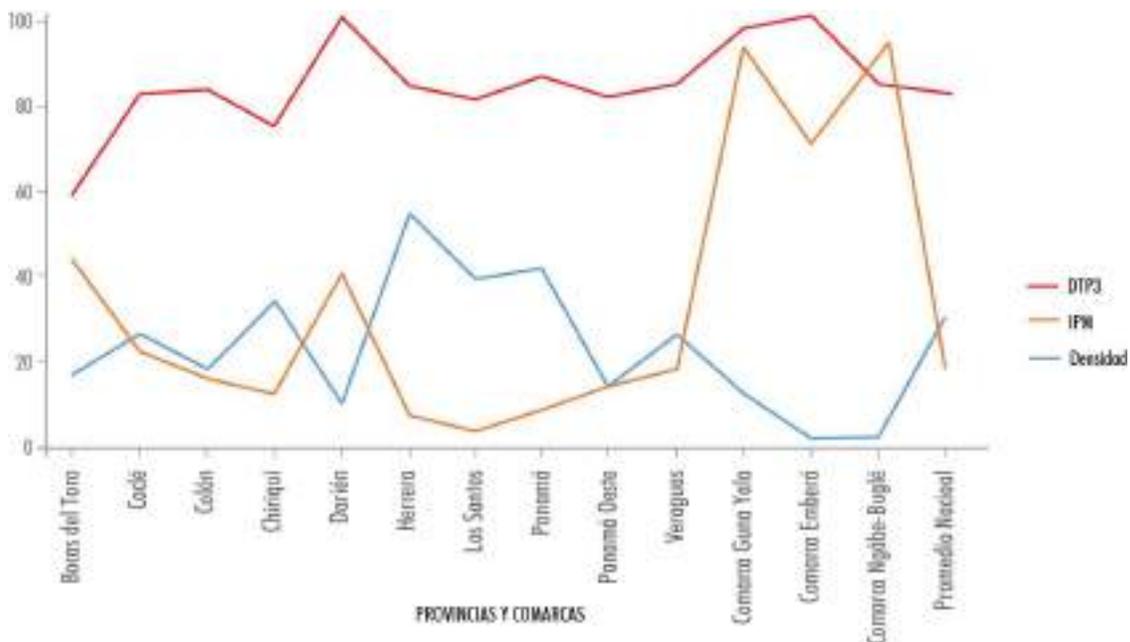
observa que la provincia de Darién y las Comarca Guna Yala y Emberá, que poseen una baja densidad de RHUS y un alto IPM, alcanzaron mejores coberturas de vacunación de DTP3, oscilando entre 98,2% y 100%, en comparación con el resto de las provincias. Sin embargo, la Comarca Ngäbe Buglé que presenta el IPM más alto del país (93,4) y una densidad de RHUS de 2,5, alcanzó coberturas de 81,7%; lo que sugiere la necesidad de incrementar el recurso humano vacunador y fortalecer los servicios de salud para la prestación eficaz de la vacunación.

Gráfica 2. Comparación entre la DRHS y cobertura de DTP3 por provincias y comarcas indígenas. Panamá, 2017.



Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Censo, Año 2016. Disponible en: <https://www.contraloria.gob.pa/inec/>

Gráfica 3. Comparación entre la DRHS, el IPM y cobertura de DTP3 por provincias y comarcas indígenas. Panamá, 2017.



Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Censo, Año 2016. Disponible en: <https://www.contraloria.gob.pa/inec/>

Esta información es muy relevante porque, a pesar que la distancia geográfica a los centros de salud en esta regiones es un factor que de acceso; existen otros determinantes socioeconómicos, tales como los niveles de ingresos y el grado de educación que intervienen en las bajas coberturas. No obstante, el esfuerzo y tesonera labor de los equipos de trabajo del nivel operativo local, que día tras día visitan esta comunidades ofreciendo la vacunación, contribuyen a mejorar sobremanera los indicadores de cobertura de vacunación.

Avances

En este contexto, con la asistencia técnica de la OPS, se realiza la autoevaluación de la calidad de los datos y del sistema de información; así como el análisis de oportunidades perdidas en vacunación con la intención de disponer con datos más exactos, fiables y oportunos y un sistema de información fortalecido en los distintos ámbitos, incluido el tecnológico. Entre las oportunidades perdidas de vacunación se pueden señalar:

1. Escasez de Recurso Humano en el nivel regional y local, así como el existente con múltiples funciones.
2. Falta de acciones de capacitación y actualización periódica del recurso humano existente en el Programa de vacunación y otros funcionarios de las unidades locales de salud.
3. Cadena de frío con deterioro e insuficiente para el almacenamiento de la gran cantidad de vacunas que maneja el programa.
4. Limitada asignación presupuestaria para la compra de equipos de cadena de frío.
5. Falta de promoción de la vacunación con mensajes de divulgación masiva, para los diferentes tipos de población.
6. Débil monitoreo y supervisión capacitante, tanto a nivel regional como a las unidades locales de atención, para verificar el cumplimiento de normas y de las actividades operativas del programa.



Por medio del Fondo Rotatorio para la Compra de Vacunas de la Organización Panamericana de la Salud en virtud de la resolución CD25.R27 aprobada por el 25.º Consejo Directivo en 1977, el país adquiere los biológicos y jeringas precalificadas por la OPS/OMS, sustentado en Artículo 5 de la Ley de vacunas N° 48 del 5 de diciembre de 2007 (1) ; garantizando el abastecimiento sostenido de los biológicos, lo que le ha permitido al país realizar la transición de la vacunación centrada en el niño a la vacunación para toda la familia, permitiendo el acceso gratuito de todos los biológicos en las instalaciones del sector de salud público.

Otra herramienta es el Plan Regional de Vacunación (RIAP) que busca reafirmar las acciones para mantener los logros alcanzados por el país como son: la eliminación autóctona del polio (1972), el sarampión (1995), la rubeola (2003) y el síndrome de Rubéola Congénita (SRC) desde el 2000, entre otros, favoreciendo la vacunación a toda la población con énfasis en las poblaciones en situaciones de vulnerabilidad.

Oportunidades y desafíos

En el país aún se presentan algunos retos para lograr la cobertura universal efectiva y equitativa. Esto requiere asegurar los recursos para implementar estrategias que favorezcan el aumento de coberturas de vacunación, empezando por aquellos que viven en situaciones de vulnerabilidad e integrando la vacunación con otros servicios de salud en el primer nivel de atención con la participación de la comunidad.

Otro aspecto fundamental es el acceso oportuno a los servicios básicos de salud que faciliten la atención médica de la población, especialmente aquellas poblaciones desatendidas para abordar las inequidades y evitar enfermedades prevenibles por vacunación.

Es necesario tomar en cuenta que, con la introducción de nuevas vacunas y el aumento de la inversión en inmunización, se requiere de un plan sostenido de supervisión y rendición de cuentas en todos los niveles con una cultura de análisis periódico de los datos para la toma de decisiones.

Referencias:

- Organización Panamericana de la Salud. Folleto Inmunización en las Américas. Resumen 2018. <http://www.paho.org/inmunizacion/Datos>.
- Departamento de Inmunización, Vacunas y Biológicos (IVB) de la Organización Mundial de la Salud. Estimaciones de cobertura de la OMS/UNICEF.2018. http://apps.who.int/immunization_monitoring/globalsummary/timeseries/tscoveragebcg.html.
- Organización Panamericana de la Salud. Informe Final de la Autoevaluación de la calidad de los datos de inmunización (DQS) Panamá 22-30 mayo de 2014.
- Ministerio de Salud. Informe final Evaluación de Oportunidades Pérdidas de Vacunación en la República de Panamá. Marzo -julio 2014.
- Gaceta Oficial Digital, viernes 07 de diciembre de 2007. Ley No. 48 de 5 de diciembre de 2007. Panamá. https://www.minsa.gob.pa/sites/default/files/normatividad/ley_48_de_5_de_diciembre_de_2007.pdf
- Organización Panamericana de la Salud. Formulario Conjunto para la notificación sobre inmunización de la OPS-OMS/UNICEF para el periodo Enero-diciembre 2017. Cobertura por Municipios. Panamá 2018.

LA INTEGRACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL EN LA RED DE SERVICIOS DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

Rivera, Arelis; Martinez Carmen





Contexto

A nivel mundial, la carga de trastornos mentales sigue en aumento, tomando cada vez más peso como problema de salud pública con serias consecuencias sociales, económicas y en el ámbito de los derechos humanos. En ese contexto, Panamá ha contado con programas de salud mental formales desde 1969 y, en el año 2003, el país diseñó de manera participativa un Plan Estratégico de Salud Mental, revisado y avalado casi en su totalidad en 2014 (OPS, 2016) en consonancia con las resoluciones y planes de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2016) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2014). Posteriormente, a nivel nacional se desarrolló un Plan Operativo 2016–2017.

En Panamá, la salud mental cobró importancia y representatividad, principalmente a partir de la década de los años 1990 e inicios de 2000, en gran medida debido a la normativa jurídica nacional y los acuerdos internacionales que favoreció la reestructuración y la modernización de los servicios de salud mental, ubicando al país en un sitio de avanzada en la región (OPS, 2016) enmarcado en los principios de la Declaración de Caracas (1990) (OPS, 2007; OPS, 2016), que propugnó la reestructuración de la atención psiquiátrica en la región de las Américas. En la actualidad, la realidad es otra ya que muchos de los procesos que se iniciaron con gran entusiasmo han disminuido de intensidad a tal punto que es necesario volver a retomarlos, tal es el caso de la estrategia mhGAP (programa de acción para superar las brechas en la atención en salud mental). En parte, la pérdida de dinamismo se debe a la distribución inequitativa del personal especializado, una vez que el mayor número de instalaciones y recurso humano en salud mental se encuentra en la ciudad de Panamá y en las cabeceras de provincias (IESM-OMS, 2017). Este es un aspecto que constituye una gran brecha en la atención, tanto de salud mental como del resto de las especialidades.

La OMS diseñó el Plan de Acción de la Salud Mental 2013-2020, el cual incluye, la estrategia mhGAP dirigida principalmente a los países con ingresos bajos y medios bajos, con el objetivo de mejorar la atención de los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias, en servicios de atención de salud no especializada. La OPS también desarrolló el Plan de Salud Mental Regional 2015-2020, en la misma línea que el global. Ambos planes hacen referencia a la universalidad, accesibilidad, inclusión y equidad en la salud mental, en consonancia con la Estrategia de Salud Universal.

Avances

Panamá inició en el año 2010 la implementación del programa mhGAP con el apoyo de la OPS, escogiendo las áreas pilotos para la implementación del proyecto, que fueron las Regiones de Salud de Colón y San Miguelito, por ser regiones del país con población étnica mixta y escaso número de profesionales de salud mental para poblaciones de gran densidad. Se adaptó la Guía de Intervención de mhGAP al contexto de la salud mental del país y se inició el periodo de capacitación en las áreas pilotos que consecuentemente se extendió a otras regiones del país (OPS/OMS, 2016). Este proceso no se acompañó suficientemente de los mecanismos de evaluación de resultados y supervisión.

Actualmente, aunque Panamá se ha estrenado en la lista de países con ingresos altos, según los criterios del Banco Mundial y, por lo tanto, podría cuestionarse la pertinencia del desarrollo de un programa como mhGAP, ésta se justifica al formar parte de la lista de los 10 países más desiguales del mundo (OPS, 2007). El programa se basa en un modelo de atención centrado en las necesidades de las personas y las comunidades, que favorece el aumento de la capacidad resolutoria del primer nivel de atención.

La OPS en Panamá está brindando apoyo al Ministerio de Salud, para fortalecer las capacidades técnicas, mediante la implementación de la nueva versión mhGAP 2.0. En 2018, la OPS realizó en el país la primera capacitación de las Américas en español para capacitadores (especialistas) de Centroamérica y Caribe Latino. Estos serán los encargados de replicar en cascada al personal no especializado de las diferentes regiones de salud del país, principalmente en aquellas regiones donde no hay especialistas ni personal capacitado previamente.

Perspectivas y desafíos

Un gran reto para la Salud Mental en Panamá será instaurar los debidos mecanismos de monitoreo, supervisión y evaluación de resultados e impactos, del proceso de capacitaciones en mhGAP.

La perspectiva de cooperación incluye iniciar la logística de capacitaciones con sus respectivos mecanismos de monitoreo y seguimiento a fin de garantizar que verdaderamente se dé una integración de la Salud Mental en la Red Primaria de Salud, sobre todo por la desigualdad que hay en cuanto a la atención en las diferentes regiones de salud. En aquellos casos en los que la cobertura de especialistas es insuficiente, mhGAP fomenta que el personal de salud de atención primaria debe cubrir los servicios básicos en salud mental, aunque no estén asignados específicamente a un servicio de salud mental como una medida costo-eficiente y accesible. El Recurso Humano en la Atención de Salud Mental, según las tasas por 100.000 habitantes en el país está representado de la siguiente manera, 6,2 trabajadores sociales, 4,9 psicólogos, 4,3 enfermeros en salud mental, 4,3 asistentes o auxiliares de salud y 2,8 médicos psiquiatras (OPS, 2007), con distribución poco equitativa como ya mencionado. Se hace indispensable focalizar recursos y acciones en las comarcas indígenas, así como en las regiones del interior del país, pues aún hay una gran brecha en la atención de las personas con enfermedades mentales, neurológicas y por uso de sustancias, así como también es necesaria una mejor y mayor articulación de la atención, y un abordaje basado en redes integradas de los servicios de salud con el fin de garantizar el acceso oportuno y la cobertura universal de los servicios de salud.

Otro importante desafío en el país es el desarrollo de un sistema de información en Salud Mental sólido, para el efectivo monitoreo de datos, análisis de brechas y evidencias que le den sustento a la toma oportuna y efectiva de decisiones. Así como mejorar el componente de investigación en Salud Mental.

Si bien es cierto que Panamá ha avanzado en salud mental, aún queda mucho por hacer, urge que la protección jurídica se fortalezca y que se avance con mayor agilidad de las declaraciones y de las buenas intenciones a la acción efectiva. También es relevante comprender que en la salud mental inciden diversos factores culturales, sociales, biológicos y psicológicos. En ese sentido, la acciones deben orientarse hacia la equidad, el respeto a la dignidad y la incorporación de estrategias para potenciar las capacidades, el tratamiento y la recuperación de las personas que sufren alguna enfermedad mental; tal como se promueve desde la implementación de la estrategia mhGAP.

Referencias:

- Organización Panamericana de la Salud (OPS). 2016. Programa Nacional de Salud Mental. Plan Operativo de Salud Mental (5). Panamá: OPS.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). 2013. Plan de Acción sobre Salud Mental 2013- 2020.
- OPS-OMS. 2014. Estrategia y Plan de Acción sobre Salud Mental 2015-2020.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). 2007. Desarrollo de la Salud mental en Panamá.
- IESM OMS - Panamá 2017.
- OPS-OMS. 2016. Informe de la experiencia de la implementación del programa de mhGAP en Panamá.
- Chandiramani, R. 2018. Panamá se estrena en la lista de los países con ingresos altos. 08-10-2018, de La Estrella de Panamá. Disponible en: <http://laestrella.com.pa/economia/panama-estrena-lista-paises-ingresos-altos/24073228>



AMPLIANDO EL ACCESO A SERVICIOS DE SALUD INTEGRALES, DE CALIDAD, CENTRADOS EN LAS PERSONAS PARA EL VIH Y LA TUBERCULOSIS – PANAMÁ 2018

Victoria, Jorge; Botello, Ana Margarita

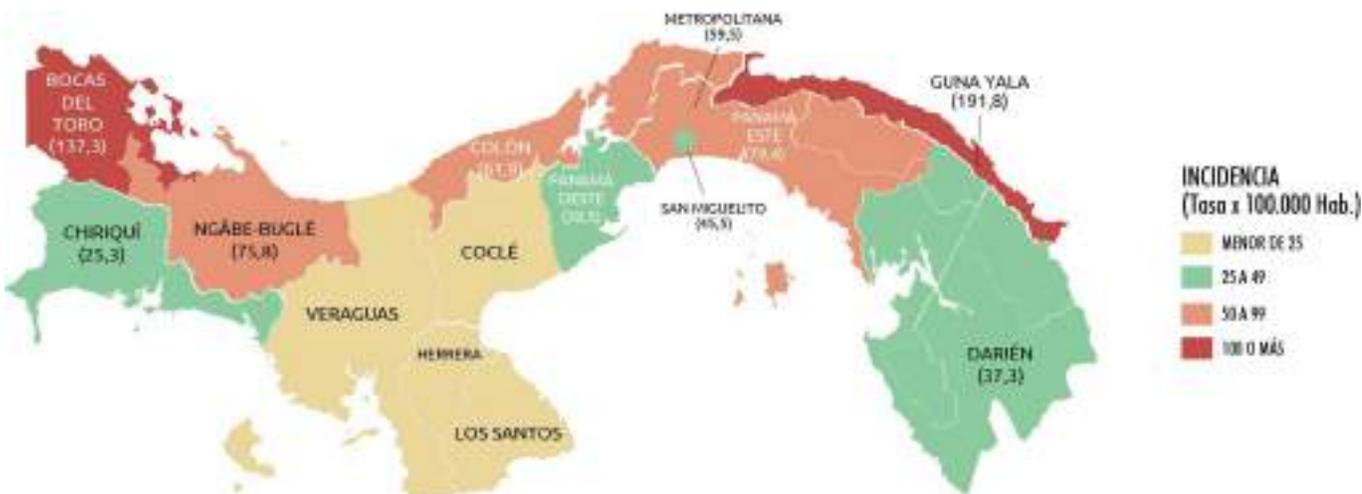
Contexto

La Tuberculosis y el VIH continúan siendo un serio problema de Salud Pública en Panamá. Para el año 2017, la Organización Mundial de la Salud estimó en aproximadamente 2.200 los casos incidentes (nuevos y recaídas) de tuberculosis (TB) en todas sus formas. Cuatrocientos de estos casos estarían asociados a VIH y 84 serían casos con resistencia a la rifampicina y a la isoniacida (TB-MDR/RR).

El país notificó un total de 1.867 casos de TB durante el año 2017, de los cuales 1.778 fueron casos incidentes (nuevos y recaídas), lo corresponde a un 81% de los estimados (detección), y representó una brecha de 422 casos que no fueron captados por el sistema de salud. Para los coinfectados TB/VIH la brecha fue de 108 casos (73% de detección); en tanto que para los TB-MDR esta brecha fue de 31 casos (63% de detección).

Por regiones de salud las que tienen el mayor riesgo de enfermar con tasas superiores a 50 casos por cada 100.000 habitantes son, en orden descendente, Guna Yala, Bocas del Toro, Panamá Este, Ngäbe Bugle, Colón y Área Metropolitana de Panamá (Mapa 1).

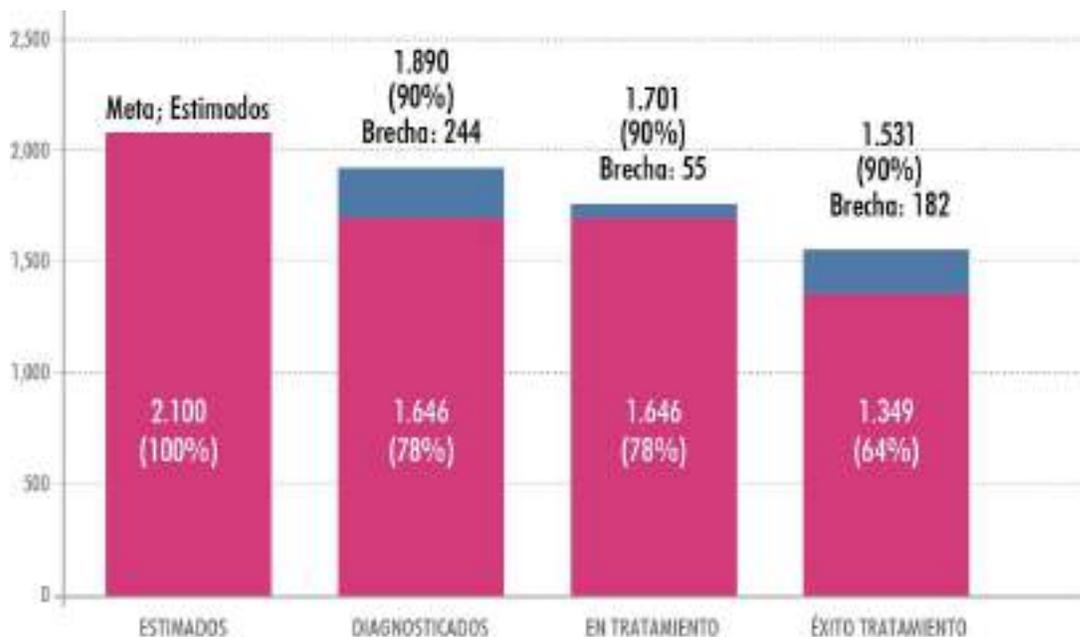
Mapa 1. Incidencia notificada al Programa Nacional de Tuberculosis (todas las formas). Panamá, 2016. Ministerio de Salud



Fuente: Programa Nacional de Tuberculosis, Ministerio de Salud de Panamá

El análisis de las cohortes de tratamiento de casos de Tuberculosis en Panamá para el año 2015 muestra que solo se logra diagnosticar al 78% de los casos estimados de la enfermedad en el país y aunque a todos se les logra dar tratamiento solo el 64% tienen éxito en el mismo (Gráfica 1)

Gráfica 1. Cascada de la atención de la Tuberculosis (todas las formas). Panamá, 2015

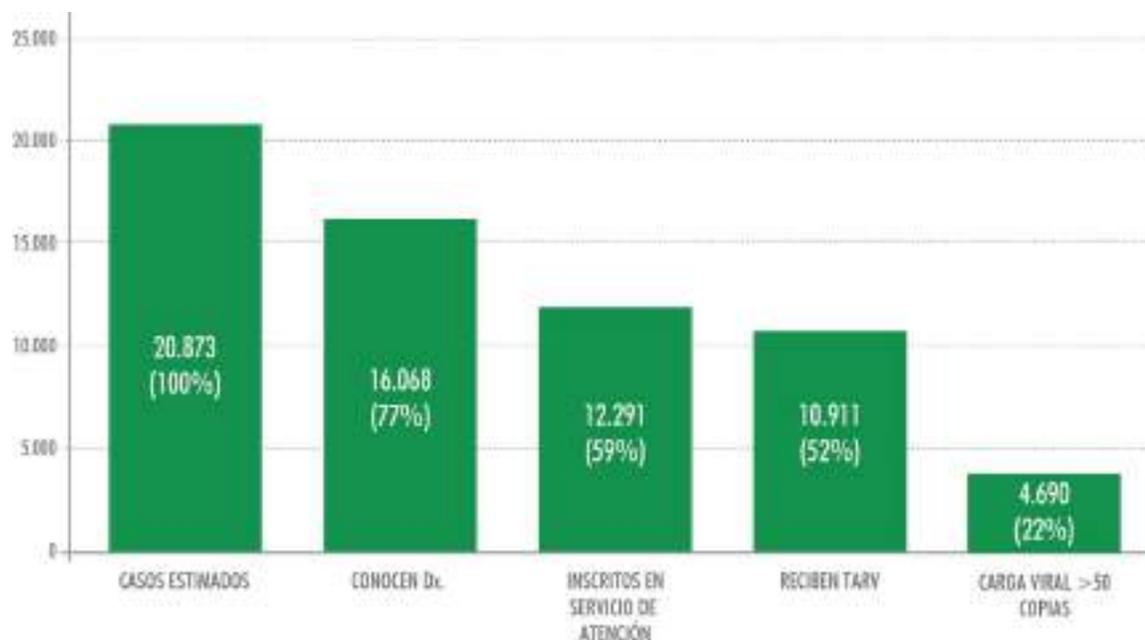


Fuente: Global Tuberculosis Report, 2017. OMS (http://www.who.int/tb/publications/global_report/en/)

De acuerdo con las estimaciones del Ministerio de Salud, se calcula que en 2016 vivían en Panamá 20.873 personas con VIH (69% hombres y 31% mujeres), lo que arroja una prevalencia de 0,7% de la población mayor de 14 años, siendo una de las más altas de América Latina. La prevalencia ha ido aumentando paulatinamente desde la estimada en 0,6% diez años antes. En 2016, se reportó un total de 1.272 casos incidentes (71% hombres y 29% mujeres), con una incidencia estimada en el 0,5 por mil personas de más de 14 años, por encima del 0,3 por mil de la región. En la década de 1990, las muertes registradas relacionadas con el sida se multiplicaron por diez, de 60 en 1990 a un máximo de 624 en 1999; desde entonces han disminuido. El número de muertes relacionadas con el sida estimadas en 2016 es de 580 (404-H; 176-M).

Según los resultados del estudio de la cascada de atención del VIH en Panamá, el 77% de las personas con VIH conocen su diagnóstico, el 59% están vinculadas a servicios de salud, 52% están en TARV y 22% tienen carga viral indetectable (gráfico 2). Estos son promedios nacionales y existen diferencias significativas entre provincias y comarcas indígenas.

Gráfica 2. Cascada del continuo de la atención en VIH. Panamá, 2016



Fuente: Programa Nacional de VIH-sida, Ministerio de Salud de Panamá

Avances

En TB, el país aprobó el Plan Estratégico Nacional para el Control de la Tuberculosis 2018-2022, que se alinea con la estrategia Fin de la TB de la OMS. Fue desarrollado de manera participativa, incluyendo a la sociedad civil. El plan se estructura en torno a 3 pilares, focalizados en las poblaciones más afectadas y en las áreas geográficas de mayor incidencia de tuberculosis: 1. atención y prevención centrada en el paciente, 2. políticas y sistemas de apoyo, 3. innovación e investigación científica. Sus principales avances:

- **Pilar 1:** actualización de la norma de atención de la TB, fortalecimiento de capacidades de la red de laboratorio incluyendo la detección y prevención de casos de TB-MDR, mejoras en el acceso al tratamiento y seguimiento con redes de promotores comunitarios, fortalecimiento de capacidades del recurso humano, implementación de actividades de colaboración VIH/TB.
- **Pilar 2:** incremento en la dotación de recurso humano, facilitando la integración de estrategias interculturales, la participación de la sociedad civil, y la revisión de las políticas y legislación que establecen el marco de la respuesta a la TB, y propuesta de políticas para proveer un marco adecuado a una respuesta efectiva. Desarrollo de los módulos de tuberculosis para el sistema de vigilancia epidemiológica y para el seguimiento de la atención.
- **Pilar 3:** propuesta de una agenda de investigaciones operativas y aplicadas orientadas a problemas programáticos del control de la tuberculosis.

La Comisión para la Prevención y Control del VIH (CONAVIH), cuya secretaría está en el Programa Nacional de ITS/VIH/sida, agrupa a diversos sectores gubernamentales y sociales y se encarga de la vigilancia macro de la implementación del Plan Estratégico Multisectorial 2014-2019 (1), actualizado en 2016, y es implementado por el país para alinearse con el marco de acción acelerada promovido por el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida ONUSIDA. En este marco, se trabaja sobre cinco pilares, permitiendo un mayor acceso de los servicios a la población, con acciones como la discusión de la nueva ley sobre VIH en la Asamblea Nacional, el decreto de gratuidad de la prueba de VIH y de sífilis para toda la población (2), la discusión de una propuesta para dedicar un nuevo impuesto a la respuesta al VIH y se ha implementado el índice de estigma hacia las personas con VIH. Además, se han actualizado las normas de atención integral, integrando las últimas recomendaciones de la OPS/OMS, y las normas de TARV. Se están elaborando las normas de atención a poblaciones clave y se está actualizando el plan para la prevención de la transmisión materno infantil del VIH y la sífilis, incorporando recomendaciones realizadas en la última evaluación de la OPS/OMS en 2016.

Se desarrolló un módulo de VIH en el sistema de vigilancia epidemiológica y se encuentra en proceso de vinculación con el software para monitoreo de la atención en VIH MoniTARV, así como el sistema de seguimiento de laboratorio. Se desarrollarán diversos estudios (estimación de prevalencia de VIH en poblaciones indígenas, tamaños de las poblaciones clave), con apoyo de la subvención del Fondo Mundial.

El Mecanismo de Coordinación de País supervisa la implementación de los programas financiados por el Fondo Mundial para VIH y tuberculosis, con representación de varios sectores. Este ha contribuido a fortalecer la respuesta en prevención del VIH; mejorar el tratamiento, atención domiciliaria, apoyo psicosocial entre las personas que viven con VIH; incrementar búsqueda activa de casos y al mejoramiento de la capacidad diagnóstica de la Tuberculosis mediante la adquisición de equipos de laboratorio especializados.

El MINSA y las organizaciones de la sociedad civil implementan las estrategias de alcance de poblaciones clave a través de promotores pares y cuentan con seis clínicas amigables para estas poblaciones (3). Otras organizaciones no gubernamentales también contribuyen a fortalecer el continuo de la atención en VIH. El MINSA, está desarrollando un proyecto para descentralizar la atención al primer nivel de atención.

Perspectivas y desafíos

Se centran en:

- La sostenibilidad del modelo comunitario y la vinculación con servicios de atención.
- El mejoramiento de la calidad de los datos y la vinculación de sistemas de información, incluyendo información estratégica de poblaciones clave.
- Discriminación social hacia población clave, tanto para el VIH como para la tuberculosis.
- Fragmentación del sistema, especialmente la coordinación insuficiente entre los programas de VIH y de tuberculosis del MINSA.
- Falta de estudios con rigor científico sobre el gasto en tuberculosis que permitan conocer la magnitud y la evolución de la respuesta financiera a la enfermedad.
- Falta de organizaciones de la sociedad civil y grupos comunitarios con participación efectiva en la respuesta a la TB, que garanticen su sostenibilidad.

Referencias:

1. Decreto Ejecutivo 7, de 22 de enero de 2008.
2. Decreto Ejecutivo 214 de 17 de mayo de 2016.
3. El funcionamiento de estas clínicas fue institucionalizado por el Decreto Ejecutivo 464 de 27 de octubre de 2016.



ELIMINACIÓN DE LA MALARIA, UN EJEMPLO DE AVANCE HACIA LA SALUD UNIVERSAL

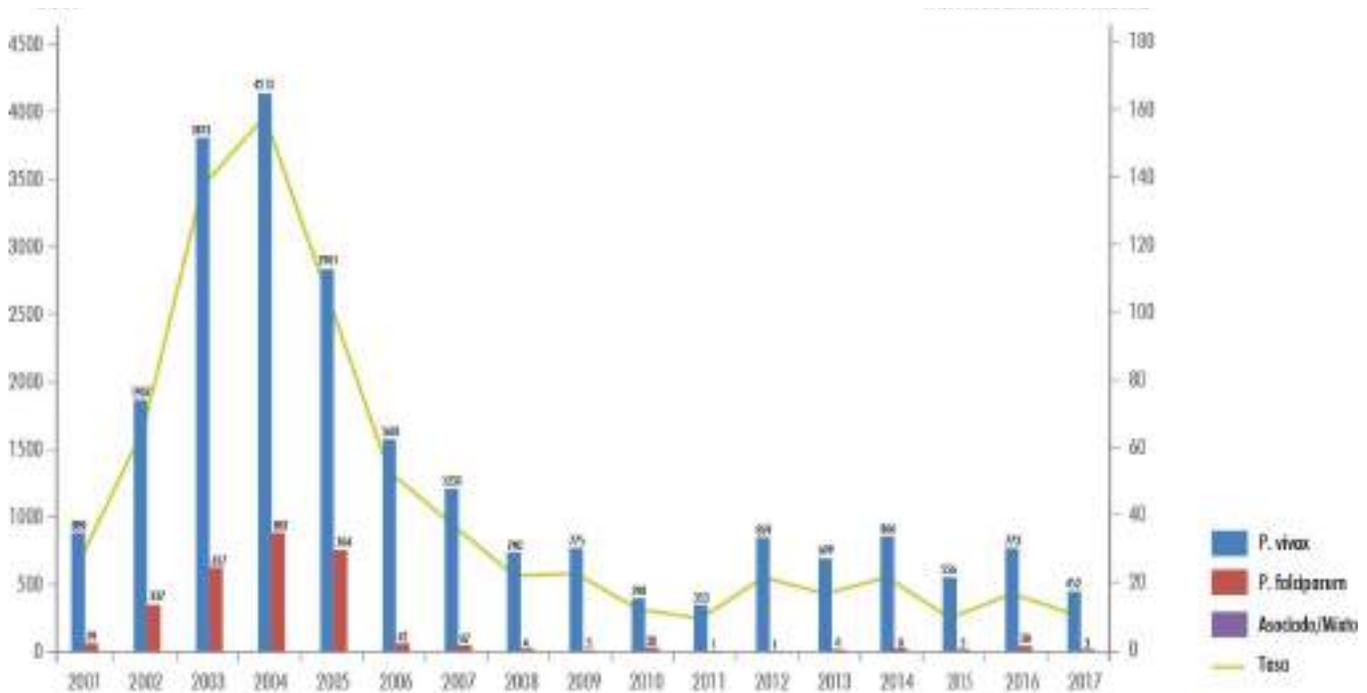
Victoria, Jorge; Botello, Ana Margarita; Mancheno, Manuel

Contexto

En los últimos 5 años en Panamá la transmisión de la malaria se ha logrado mantener focalizada en zonas específicas del país, siendo la eliminación de la enfermedad una meta factible en salud pública. Se registran, sin embargo, grandes desafíos debido a los determinantes socioeconómicos y culturales presentes y a la amenaza permanente de introducción de casos de otros países de América y el continente africano.

En Panamá se mantuvo una baja incidencia de malaria por varias décadas y a partir de 1999 hubo una situación de reemergencia, marcada por un incremento entre el 2000 y 2004 que alcanzó un total de 5.094 casos en el 2004. Desde el 2005 al 2011 hubo una tendencia a la disminución de los casos. Sin embargo, en el 2012 (844 casos) se revela un nuevo aumento, con más del doble de los registrados en 2011 (353 casos) y este aumento se mantiene hasta el 2014 (866), para volver a bajar en 2015 (556 casos) (ver gráfico 1).

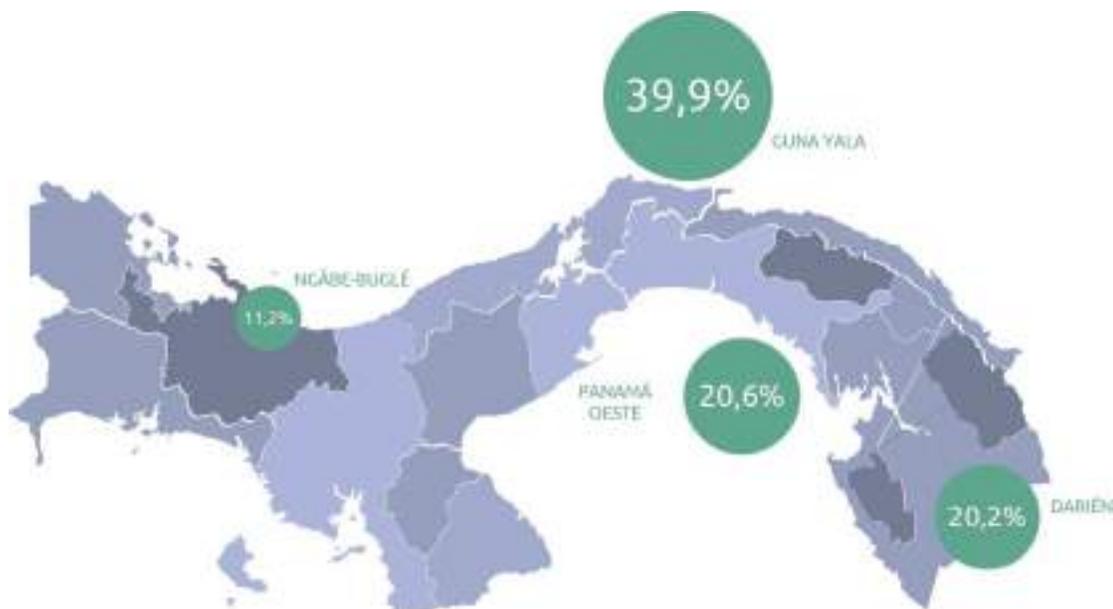
Gráfico 1: Número de casos y tasa de incidencia de paludismo según tipo de Plasmodium en Panamá, 2001-2017-SE 36



Fuente: Departamento de control de vectores / MINSA, Panamá

En el país, la malaria es causada principalmente por el parásito Plasmodium vivax y la transmisión está focalizada en las regiones sanitarias y comarcas indígenas de Panamá Este (Comarca Madungandí), Darién (Comarcas Wargandí, y Emberá-Wounaan), Ngäbe-Buglé y Guna Yala. (Mapa 1)

Mapa 1. Concentración de casos en las regiones endémicas, año 2017



En estas áreas se reporta el 90 % del total de los casos registrados a nivel nacional. Son regiones altamente vulnerables debido a su condición de extrema pobreza, patrones culturales que incluyen su organización política tradicional, su ubicación geográfica de difícil acceso con gran dispersión poblacional y sus constantes movimientos migratorios.

Avances

La OPS proporcionó apoyo técnico para la elaboración del Plan Estratégico de Eliminación de la Malaria en Panamá 2018-2022 (PEEM), partiendo del análisis de la situación de la malaria en el país, de las brechas del sistema sanitario, las capacidades, los desafíos en la vigilancia epidemiológica y el control vectorial, y los retos de la provisión de atención integral y de una red de servicios.

El PEEM ofrece orientación sobre las actividades y las estrategias que se consideran necesarias para lograr la interrupción de la transmisión de la malaria y para mantener las acciones con el fin de evitar su restablecimiento, y se constituye en la base para los planes locales o micro planes, adaptados a los contextos de las diferentes áreas endémicas donde la transmisión es elevada.

El objetivo central del PEEM es la eliminación de la malaria, pero también plantea acciones de ayuda al fortalecimiento del sistema de salud, a través de la aplicación del Modelo de Atención definido por el MINSA Panamá, para la implementación de una atención integral de la enfermedad y de una red de servicios de diagnóstico.

El plan fue basado en la Estrategia técnica mundial contra la malaria 2016-2030 (1), elaborada por la OMS y aprobada por la Asamblea Mundial de la Salud en el 2015; y el Marco para la eliminación de la malaria OPS/OMS, 2017 (2). El PEEM es el resultado de un proceso ampliamente participativo en los diferentes niveles del sistema de salud pública, incluyendo a organismos que directa o indirectamente están involucrados o podrían involucrarse en la respuesta a la malaria, y supera la visión sectorial tradicional de responsabilidad exclusiva del Departamento de control de vectores, proponiendo un enfoque fundamentado en la atención integral y en la provisión en redes integrales e integradas de salud y la promoción de la participación activa de la población en riesgo, gobiernos locales, grupos comunitarios organizados e instituciones de desarrollo local.

En el país se ejecutan acciones en las áreas de alta transmisión, siguiendo las normas nacionales para la malaria, que aún no se implementan de manera adecuada a nivel local. La OPS está apoyando técnicamente en la definición o cambio de políticas y normativas para la reorganización de la red de servicios, habilitación de trabajadores de salud y promotores comunitarios en nuevos procesos de diagnóstico, atención en los servicios de salud. Adicionalmente, se han realizado capacitaciones dirigidas al fortalecimiento de la gestión, el control integral de vectores, el desarrollo de la Red Nacional

de Laboratorios Clínicos y micro redes locales, identificación y caracterización de focos maláricos. Estos apoyos están enfocados al reforzamiento de capacidades, tanto de los recursos humanos, como infraestructura, que permitan que se realice una gestión descentralizada efectiva del programa de malaria. También, se da apoyo al desarrollo de protocolos y la implementación de investigaciones entomológicas y estudios comunitarios; y estratificación epidemiológica de las localidades endémicas en las regiones y distritos.

Se han impulsado leyes que permitirán la aplicación de pruebas de diagnóstico rápido por personal que no sea de laboratorio, en áreas de difícil acceso, ampliando el acceso al diagnóstico y tratamiento a las poblaciones de estas áreas.

El país adquiere los medicamentos antimaláricos a través del Fondo Estratégico de la OPS desde el año 2015.

Uno de los grandes logros alcanzados ha sido la integralidad de los programas y sectores para el cumplimiento de los objetivos del PEEM.

En cuanto a financiamiento, el gobierno ha aportado la mayor parte de los fondos para el control de la malaria. Forma parte de la Iniciativa Regional de Eliminación de la malaria (IREM), acordada por el Consejo de Ministros de Salud de Centro América y República Dominicana (COMISCA), con el apoyo técnico de la OPS, Clinton Health Access Initiative (CHAI) y con el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) como facilitador, con miras a la eliminación de esta enfermedad. La Iniciativa AMI/RAVREDA, financiada por la United States Agency for International Development (USAID), y la OPS/OMS también ha proporcionado apoyo. Según se informa, en el 2014 el gobierno asignó casi \$11 millones para el control de la malaria. En el 2014, el Fondo Mundial aportó \$200.000 en calidad de financiamiento inicial como parte de la iniciativa EMMIE, aunque no todos estos fondos se usaron en el 2014. La USAID proporcionó más de \$75.000 con apoyo técnico de la OPS/OMS y de otras entidades asociadas de la Iniciativa contra la Malaria en la Amazonia (los CDC, Management Sciences for Health, la Farmacopea Estadounidense y Links Media).

Actualmente, el país mantiene un convenio con OPS/OMS para el manejo de los fondos de recompensa de la Iniciativa EMMIE por un monto de \$1.2 millones.

Perspectivas y desafíos

- La falta de oportunidad en el diagnóstico y el tratamiento de la malaria es uno de los principales cuellos de botella en el avance hacia su eliminación.

- La oportunidad del tratamiento, comprendida dentro del período (menor a 48 horas) entre la aparición de síntomas de malaria y el inicio del tratamiento.
- Debilidades en la captación de casos y la falta de manejo y análisis de la información en todos los niveles.
- El manejo integrado de vectores, basado en información epidemiológica y operativa.
- Las limitaciones para realizar la promoción de la salud y fomentar la participación comunitaria, especialmente en población indígena.

Referencias:

1. Estrategia técnica mundial contra la malaria 2016–2030. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2015 http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186671/9789243564999_spa.pdf?sequence=1, consultado el 2 de mayo del 2016
2. Marco para la eliminación de la malaria. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud; 2017. <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34172/9789275319659-spa.pdf>



VIRTUALIZACIÓN DEL APRENDIZAJE, CON VISTAS A PROMOVER LA FORMACIÓN DEL RECURSO HUMANO DE SALUD

Listovsky, Gabriel; Aparicio, Sashia

El sector salud ha experimentado en las últimas décadas profundas transformaciones derivadas de los cambios en los contextos socioeconómicos y políticos, en los perfiles epidemiológicos, en los patrones de ejercicio profesional, en la inserción profesional en el mercado laboral y en la organización de los servicios y prácticas de salud.

La magnitud y velocidad de las transformaciones plantean de modo imperioso la necesidad de pensar cambios profundos, tanto en los contenidos y estructuras curriculares como en las estrategias pedagógicas del sistema de educación superior, para poder atender las nuevas demandas y responder a las necesidades de la Salud Universal y la Atención Primaria de Salud.

Para lograr la salud universal y ampliar el acceso equitativo a servicios de salud, integrales, de calidad, centrados en las personas y las comunidades, una de las estrategias clave para alcanzarla es aumentar el recurso humano en el primer nivel de atención y acercar las especialidades médicas a todas las personas. En este rumbo, parte esencial es la formación que recibe el recurso humano que brinda el servicio de salud.

Por tal motivo, hace más de 15 años la Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud, promueve la formación de recursos humanos para la salud en la Región de Las Américas, a través de su Campus Virtual de Salud Pública (CVSP). El Campus Virtual de Salud Pública, es una red de personas, instituciones y organizaciones que comparten cursos, recursos, servicios y actividades de educación, información y gestión del conocimiento en acciones de formación, con el propósito de mejorar las competencias de la fuerza de trabajo y las prácticas de la salud pública, mediante el aprovechamiento y la innovación en el uso de





las tecnologías de información y comunicación (TIC's) para la mejora continua en el desempeño de los programas de educación permanente en salud.

El CVSP proporciona a los países de la región diversos cursos virtuales en idioma español, inglés, portugués y francés, como son los cursos de autoaprendizaje que son de acceso libre y, pueden ser completados al ritmo del usuario, sin tiempos definidos y de manera autónoma; también están los cursos tutoriados, que son cursos coordinados por equipos docentes y tienen fechas establecidas de inicio y finalización; otros cursos son los cursos en convocatoria, los mismos son cursos con inscripción abierta en los que pueden postularse las personas que reúnen los requisitos indicados; por último, están los cursos de diversas modalidades diseñados y coordinados por la red de nodos de países del CVSP.

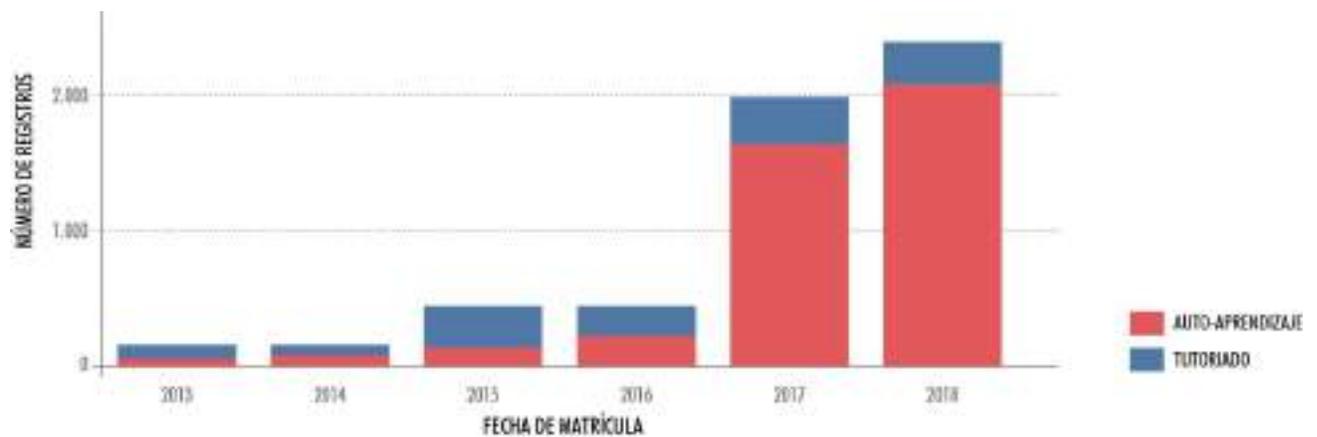
Esta modalidad de aprendizaje permite llegar a todos los trabajadores, masificando la oferta y ofrece gran flexibilidad de la formación en tiempo y espacio, donde los participantes pueden organizar sus estudios y resolver sus dudas en cualquier momento, permite el completo seguimiento de la acción formativa, permitiéndole a los docentes controlar la evolución de la clase. La relación entre docentes y participantes aumenta con el empleo de las herramientas de la plataforma virtual, que fomentan el debate y la discusión favoreciendo el aprendizaje cooperativo, creando comunidades educativas en las cuales los formadores comparten material y colaboran en proyectos educativos conjuntos.

El nodo de países del Campus está compuesto por 18 países y las islas del Caribe, donde Panamá es uno de ellos desde el 2010 ofreciendo esta red para crear, compartir y colaborar en los procesos educativos de Salud Pública.

En los últimos años, el nodo Panamá del CVSP ha tenido un crecimiento positivo en número de usuarios y cantidad de cursos ofrecidos, resultados obtenidos por el esfuerzo del país y de instituciones como el Ministerio de Salud, la Caja de Seguro Social, el Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud, la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) y universidades locales.

Actualmente, el Nodo Panamá ofrece varios recursos y espacios para el intercambio de experiencias, conocimiento y aprendizaje colaborativo, como son el Curso Virtual de Manejo de la Hipertensión Arterial para equipos de atención primaria, el Curso Virtual sobre el correcto llenado del certificado de defunción (RELACSYS), Planes de Seguridad del Agua, entre otros.





Con más de 2.000 matriculados en cursos de auto-aprendizaje y cursos tutoriados en el nodo panameño, se muestra un crecimiento que representa un 83% más de usuarios que en el 2017. Dos factores centrales que han contribuido a lograr dicho crecimiento, por un lado, el desarrollo de nuevos cursos con alternativas novedosas por parte de las distintas unidades de la OPS, promoviendo la formación de recursos humanos para la salud del país. Por otro, la cooperación técnica de los trabajadores de la salud de las distintas instituciones que promueven este espacio para el fortalecimiento de capacidades nacionales y el mejoramiento del sistema de salud.

- 5.611 usuarios
- 96 Cursos con tutoría
- 95 Cursos activos de auto-aprendizaje
- Más de 1.790 aprobados en los cursos de auto-aprendizaje
- 337 egresados de cursos con tutoría

Referencias:

<https://www.campusvirtualsp.org/es/que-es-el-campus>

eSALUD: TIC'S E INNOVACIÓN PARA EL LOGRO DE LA SALUD UNIVERSAL EN PANAMÁ

Montilla, Isaías

La visión de lograr la salud universal en la República de Panamá implica avanzar hacia servicios integrales de salud, disponibles para todas las personas y las comunidades a lo largo de su curso de vida, con calidad y sin dificultades financieras. La eSalud, es decir, el uso de las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) en apoyo a los procesos de gestión de la salud, puede desempeñar un rol importante en el logro de esta visión.

Actualmente, Panamá trabaja de forma sostenida en el desarrollo de importantes proyectos destinados a incorporar las TIC en salud, con énfasis en aquellos destinados a: a) disponibilizar la información de los usuarios para una atención continuada; b) ampliar el acceso, c) lograr la interconexión entre diversas entidades relacionadas con el sector de la salud y, por supuesto, d) producir información para la toma de decisiones en salud pública.

A partir de 2014, en el marco de la Estrategia y Plan de Acción sobre eSalud (2012-2017), aprobada por los Estados Miembros de la OPS/OMS en 2011, la Representación en Panamá inició un proceso de trabajo, en conjunto con el Ministerio de Salud, destinado a implementar la Estrategia en el país, con la finalidad de contribuir al desarrollo sostenible del sistema de salud. Como indica la propia Estrategia y Plan de acción regional, con su adopción, Panamá “busca mejorar el acceso a los servicios de salud y su calidad” y, a través de la utilización de las TIC, fortalecer la formación en alfabetización digital y TIC, el acceso a información basada en pruebas científicas, la formación continua y la implementación de diversos métodos de gestión de los servicios de salud.

Se ha llegado a la comprensión de que, si se le da un buen uso y se aplica ampliamente, la eSalud puede ser una herramienta estratégica que permitirá mejorar el acceso, ampliar la cobertura y fortalecer la eficiencia financiera del sistema de salud. Es indudable que las TIC ya están revolucionando el acceso a los servicios y la atención continua e integral de buena calidad, superando muchas dificultades, como las geográficas y las de disponibilidad de personal sanitario especializado, y permitiendo que la atención primaria sea más efectiva en la resolución de problemas de salud (1).

El proceso de adopción de la eSalud en Panamá, en el marco de la Estrategia regional, inició con el diseño de una hoja de ruta y el establecimiento del modelo de gobernanza, coordinado por el Ministerio de Salud, y con la participación de ocho instituciones, entre ellas, prestadores de servicios (MINSAL y Caja de Seguro Social), universidades, institutos de investigación y la Autoridad de Innovación Gubernamental.

Ante la existencia de una diversidad de iniciativas de eSalud en el territorio nacional y la inexistencia de un registro de estas, la OPS/OMS en Panamá realizó un mapeo de iniciativas, tanto públicas como privadas, de eSalud. El Mapeo de Iniciativas de eSalud mostró los diversos avances que existen en el país y permitió identificar los actores claves en el tema. Se registraron 26 desarrollos que aportan a una mejor atención a la población. Las iniciativas fueron incluidas en una base de datos regional sobre iniciativas de eSalud (2).

Con esta base y producto de un trabajo coordinado por el MINSAL, con el apoyo técnico de la OPS/OMS, y en consulta y consenso con los diversos actores del campo de la salud y sectores relacionados, se elaboró la Estrategia Nacional de eSalud, enmarcada no solo en la Estrategia y Plan de acción regional, sino también, en respuesta a la Política Nacional de Salud y Lineamientos Estratégicos 2016-2025, específicamente la Política N° 9 Modernizar la red de servicios de salud a nivel nacional, que establece en las Líneas de acción 9.2.1 y 9.2.2, respectivamente, el desarrollo de la eSalud y del expediente electrónico.



La Estrategia Nacional de eSalud está constituida por 7 ejes estratégicos que abordan los temas de:

1. Gobernanza y conducción de eSalud
2. Mejorar la calidad y continuidad de los servicios de salud en eSalud
3. Armonización para facilitar la interoperabilidad entre entornos de salud
4. Investigación, desarrollo e innovación continua en eSalud
5. Mantenibilidad de las infraestructuras y de la estructura organizativa
6. Fortalecimiento del recurso humano en salud y a los usuarios de los servicios a través de la educación continua y permanente
7. Telesalud como instrumento para el acceso y la cobertura universal a los servicios de salud

A fines del año 2016, mediante Decreto Ejecutivo 599 de 28 de diciembre, se crea la Comisión Nacional de eSalud con la finalidad de mejorar los servicios de salud y su calidad mediante la utilización de las TIC's.

En el año 2017, en el marco de la implementación de la Estrategia Nacional de eSalud, el Ministerio de Salud, en conjunto con la Autoridad de Innovación Gubernamental (AIG), la Caja de Seguro Social (CSS) y la (OPS/OMS), se instaló la Red Nacional de eSalud como apoyo al trabajo de la Comisión Nacional de eSalud. La Red está integrada por delegados del MINSA, CSS, AIG, Universidad de Panamá, Universidad Tecnológica de Panamá, Universidad Especializada de las Américas, Instituto Gorgas de Estudios de la Salud, Universidad Latina de Panamá, Ministerio de Educación, Sistema Único de Manejo de Emergencias 911, Autoridad de Turismo de Panamá, Consejo de Rectores de Panamá, Autoridad de Tránsito y Transporte Terrestre, hospitales públicos y expertos independientes.

Panamá muestra importantes avances en la implementación del expediente clínico electrónico –componente de la eSalud-. Sin embargo, un gran desafío es la interoperabilidad. Al existir dos prestadores de servicios públicos de salud, se dispone de dos conjuntos de datos de usuarios: los del MINSA y los de la CSS. Dado que estas instituciones son autónomas, ambas han desarrollado sus propios sistemas, con soluciones funcionalmente distintas, ocasionando dificultades de interoperabilidad. Es esencial, para garantizar una atención continuada, efectiva y de calidad –para el usuario y para el sistema- trabajar fuertemente en establecer procedimientos de comunicación e interoperabilidad que permita consultar y compartir datos de los usuarios. Un paso importante será determinar la información básica común de informes clínicos y administrativos a compartir, así como los requerimientos técnicos, funcionalidades y condiciones de acceso a esa información.

El desarrollo de capacidades mediante la virtualidad, el acceso a información científica y la gestión del conocimiento cobran mayor relevancia en los procesos de educación permanente que conduce el país. Durante el año 2018, unos 70 profesionales del país participan en el curso virtual Redes Integradas de Servicios de Salud: del concepto a la acción, dictado desde el Campus Virtual de Salud Pública; otros 60 realizan el curso de formación docente tutorial para el sistema de residencias e internado, dictado desde el Nodo de Panamá; ambos cursos, con equipo docente nacional,



entre otros procesos de desarrollo de capacidades. Fortalecer los procesos de alfabetización digital para generar una cultura de uso de herramientas virtuales para la formación y el trabajo es un desafío.

Un factor importante para la ampliación en el uso de las TIC's en salud es brindar las condiciones para que las instalaciones de salud implementen el trabajo en red; es decir, tengan a disposición el acceso a internet, la infraestructura y el equipamiento necesario. Sin ello es imposible cumplir con todas las metas que se han establecido para la eSalud.

La hoja de ruta para la implementación de la Estrategia Nacional de eSalud se ejecuta atendiendo a los distintos ejes de trabajo y en concordancia con la Política Nacional de Salud y el proceso de transformación del sistema de salud. Para lograrlo se requiere personal profesional para sostener y viabilizar los proyectos y las estrategias de TIC'e en salud. La Informática médica, la telemedicina, la gestión del conocimiento, deben ir incorporándose en los planes de estudio, tanto de las carreras de las ciencias de la salud como de las tecnologías de la comunicación. Pero también es necesario apoyar a los trabajadores que ya están en servicio, mediante el diseño de estrategias educativas para los profesionales de la salud, de forma que les facilite el cambio y se adapten con menos dificultad a la sociedad de la información y a los cambios tecnológicos en el sistema de salud.

Adicionalmente, el uso de las redes sociales y los dispositivos móviles, que también se incluyen en los procesos de desarrollo de la eSalud en Panamá, requiere una mejor definición para lograr transferir información y conocimiento a la población, que le ayude en la toma de decisiones en relación con el cuidado de la salud individual, familiar y comunitaria.

La eSalud está promoviendo de forma progresiva una adecuada gobernanza y organización de la aplicación de las TIC en salud, coadyuvando a la transformación de los procedimientos de trabajo y mejorando las comunicaciones, la interacción y la seguridad de los pacientes con base en la toma de decisiones clínicas fundamentada en evidencia científica. Un conjunto de oportunidades de desarrollo de procesos de cooperación interinstitucional, intersectorial, e interpaíses se abre con la implementación de la eSalud en Panamá, favoreciendo las acciones dirigidas a lograr el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud.

“Nuestro propósito en la OPS es asegurar que todas las personas tengan acceso a la atención de salud que necesitan, dónde y cuándo la necesitan, y que las personas y el personal de salud tengan acceso al conocimiento adecuado en el momento propicio y en el formato correcto. Nuestro plan, ampliar la cobertura universal de salud y el acceso equitativo a los servicios de salud, requerirá de alianzas en las que se apliquen las mejores ideas, se intercambien los conocimientos más pertinentes y se adopten enfoques e intervenciones de eSalud basados en la evidencia y bien fundamentados.” (3)

Referencias

1. Etienne, Carissa F. La eSalud: aprovechar la tecnología en el camino hacia la cobertura universal de salud. Revista Panamericana de Salud Pública. Disponible en: <http://bit.ly/2MLinVR>.
2. OPS/OMS. Lista de iniciativas de eSalud. Disponible en: <https://bit.ly/2MHRk2o>
3. Etienne, Carissa F. La eSalud: aprovechar la tecnología en el camino hacia la cobertura universal de salud. Revista Panamericana de Salud Pública. Disponible en: <http://bit.ly/2MLinVR>.



AUMENTAR Y MEJORAR EL FINANCIAMIENTO, CON EQUIDAD Y EFICIENCIA, Y AVANZAR HACIA LA ELIMINACIÓN DEL PAGO DIRECTO QUE SE CONVIERTE EN BARRERA PARA EL ACCESO EN EL MOMENTO DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS

FINANCIAMIENTO EN SALUD EN PANAMÁ: TENDENCIAS E INDICADORES CLAVES HACIA LA SALUD UNIVERSAL

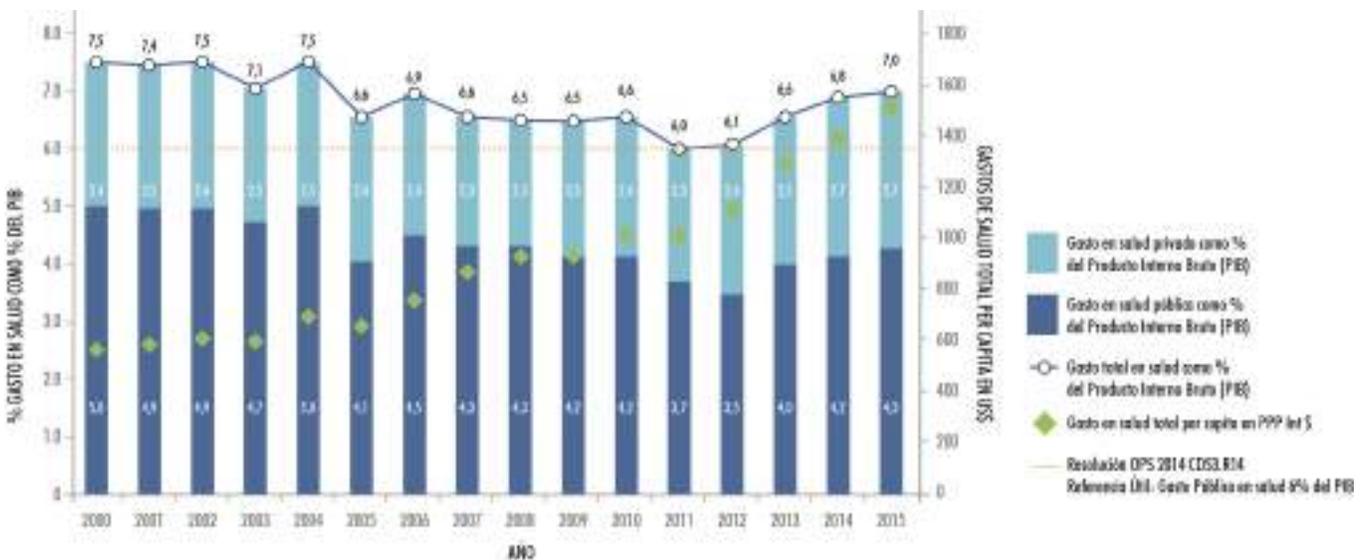
Carrillo Roa, Alejandra

Niveles de gasto en salud

A pesar que en los últimos quince años Panamá obtuvo resultados macroeconómicos positivos, la participación del gasto total en salud con relación al PIB no ha experimentado incrementos sensibles. De hecho, el gasto en salud pasó de 7,5% a 7,0% del PIB, entre 2000 y 2015, registrando una tendencia decreciente en parte de ese período y alcanzando su menor valor (6,0%) en 2011 (Gráfico 1).

No obstante, al examinar el gasto en salud per cápita se aprecia otra realidad. En el mismo período hubo un aumento de 260% del gasto en salud por habitante, que pasó de USD 590 a USD 1.543 (en PPA USD internacionales) (Gráfico 1). Esta variable acompañó en buena medida el comportamiento del PIB per cápita, mostrando una desaceleración en el período de crisis que afectó a la región y retomando su senda creciente en 2012.

Gráfico 1. Gasto en salud per cápita y como proporción del PIB. Panamá, 2000 - 2015

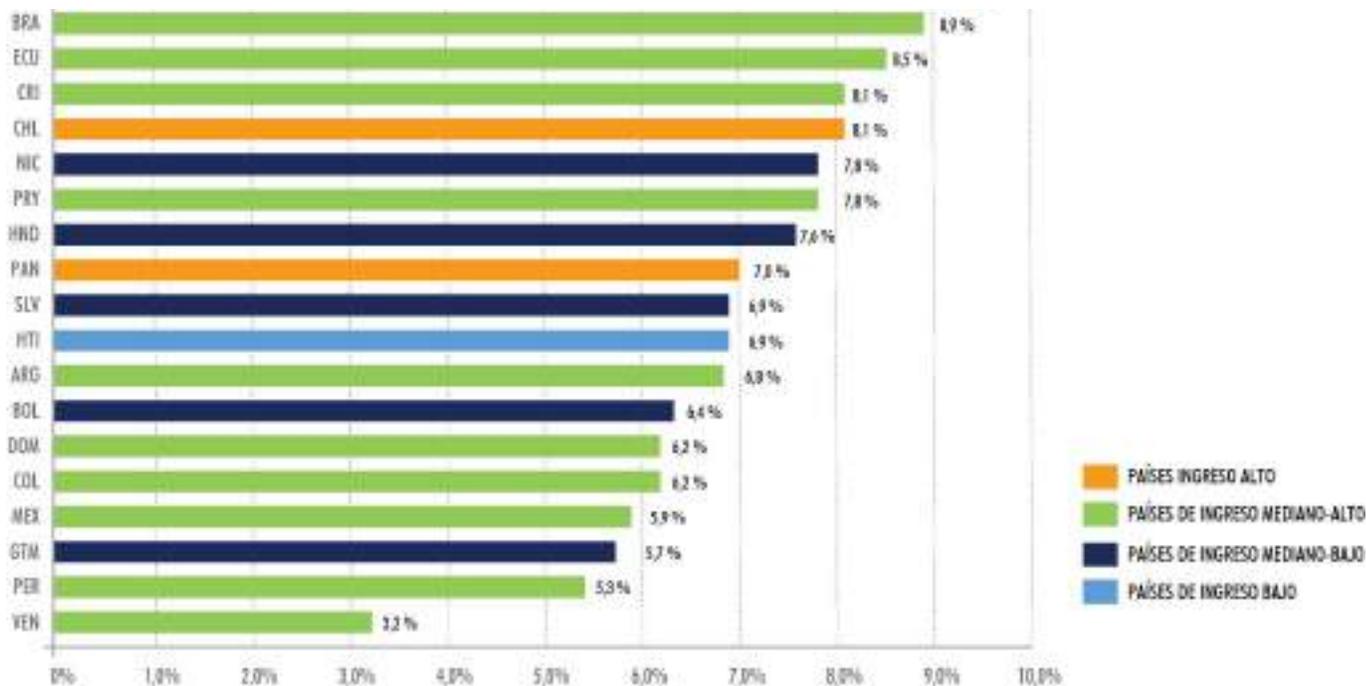


Fuente: WHO. Global Health Expenditure Database. Elaboración propia.



Una característica sobre el financiamiento de la región es la gran heterogeneidad en los niveles del gasto en el sector. En 2015, el gasto en salud como proporción del PIB varió del 3,2% en Venezuela hasta el 9,2% en Uruguay. El gasto de Panamá igualó al del promedio de la región (7,0% del PIB). No obstante, ese gasto fue inferior al de algunos países de ingreso mediano bajo como Honduras (7,6%) y Nicaragua (7,8%) y otros de ingreso mediano alto, como Paraguay, Costa Rica, Ecuador y Brasil (Gráfico 2).

Gráfico 2. Gasto en salud como proporción del PIB. América Latina, 2015.



Fuente: WHO. Global Health Expenditure Database. Elaboración propia.

Como es sabido, el nivel de riqueza de un país no es la única variable explicativa de la priorización del sector salud. Otros factores de carácter social y político, vinculados con la garantía de la universalidad en el acceso a los servicios de salud, son también determinantes (Báscolo et al., 2014).

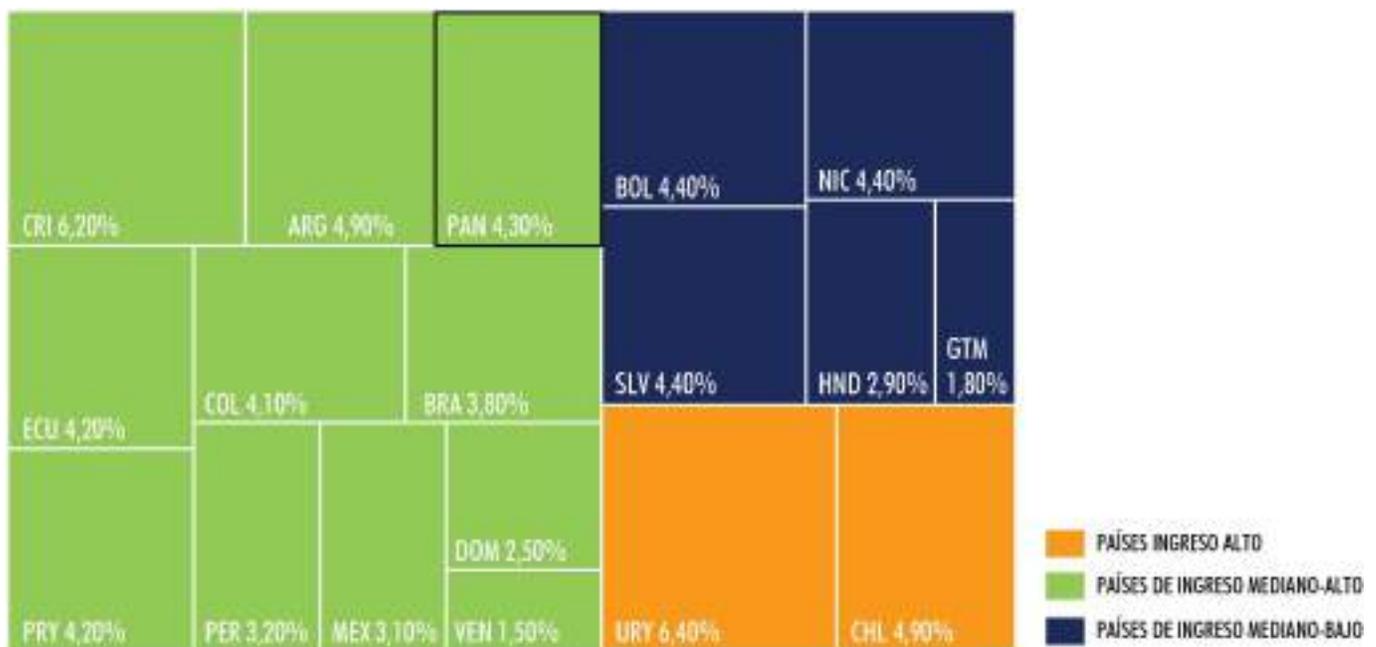
Composición del gasto público y privado: panorama y reflexiones

El gasto en salud en Panamá se caracteriza por ser predominantemente público. La evolución de la composición del gasto en salud en términos del PIB denota que hubo una tendencia a la reducción de la fracción pública del gasto que pasó de 5,0% para 3,5% del PIB entre 2004 y 2012, cuando inició un período de retomada del crecimiento para alcanzar 4,3% del PIB en 2015 (Gráfico 1). Esa tendencia muestra que, si bien en términos absolutos ha habido un aumento sostenido del nivel de gasto público en salud, éste no ha acompañado al crecimiento del PIB. Adicionalmente, la serie histórica pone en evidencia que, aunque en Panamá el gasto público en salud siempre superó al gasto privado, la proporción de este último viene ganando peso desde 2012 en la composición del gasto total en salud (Gráfico 1).

En 2015, el nivel de gasto público en salud de Panamá (4,3% del PIB) fue comparable al de varios países de ingreso mediano alto y ligeramente superior al promedio de la región (4,0% del PIB). Sin embargo, llama la atención que Bolivia, Nicaragua y El Salvador, catalogados como países de ingreso mediano bajo, presentaron un gasto público equiparable al panameño (Gráfico 3).



Gráfico 3. Gasto público en salud como porcentaje del PIB. América Latina, 2015.

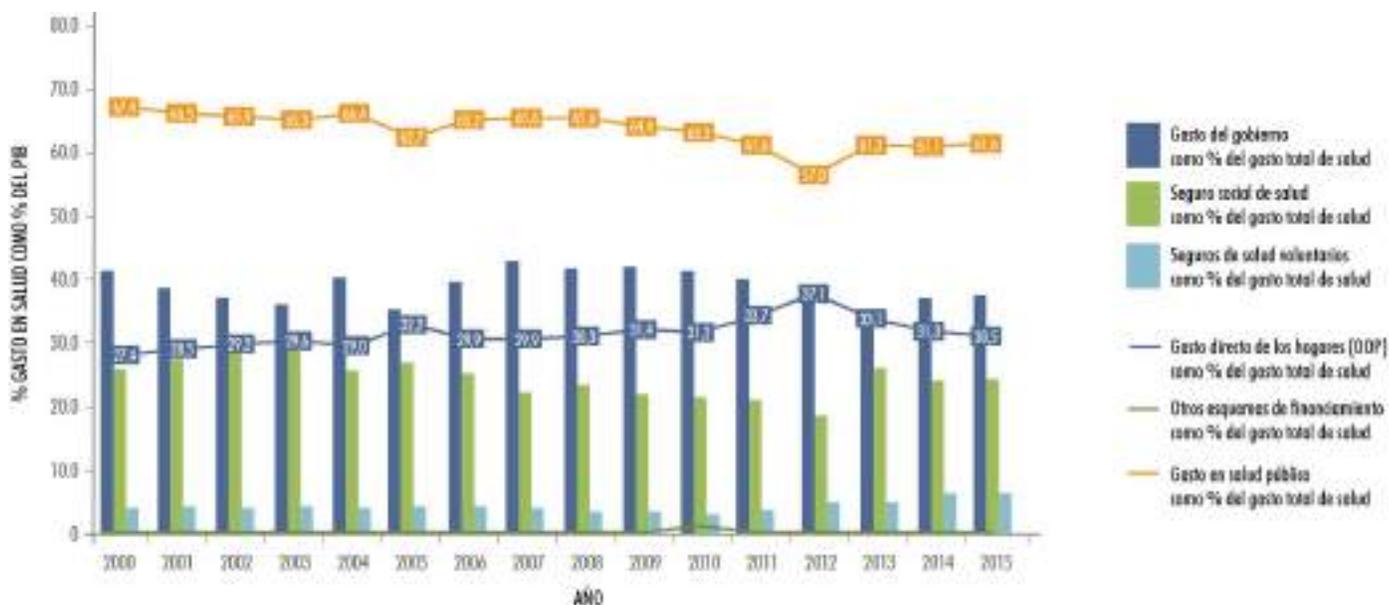


Fuente: WHO. Global Health Expenditure Database. Elaboración propia.

En el período 2000 a 2015, sólo Costa Rica y Uruguay superaron el nivel del 6% del PIB acordado por los países miembros de la Organización Panamericana de la Salud como una referencia útil de gasto público en salud para la región (OPS, 2014). Como señalan Cid et al. (2018), el aumento del gasto público en salud en términos del PIB, contribuiría a la reducción de la incidencia del gasto catastrófico y empobrecedor que suelen enfrentar las familias a causa del elevado gasto de bolsillo con salud. De este modo, considerando la referencia de 6% del PIB, el gasto público en salud practicado por Panamá y la mayoría de los países de América Latina es bajo (Gráfico 3).

En términos de la participación del gasto público en el total de gastos en salud de Panamá, se observa una tendencia gradualmente decreciente, con una contracción de 5,8 puntos porcentuales (pp) en el período de 2000 a 2015 (Gráfico 4). El financiamiento público de salud proviene, por un lado, del Ministerio de la Salud (MINSa) que recibe directamente del Ministerio de Finanzas (MF) los recursos recaudados por el fisco nacional mediante impuestos y contribuciones. Por otro lado, la Caja del Seguro Social (CSS) que recauda las contribuciones (de los empleados y trabajadores) directamente de las empresas y también recibe recursos del MF y del MINSa (MINSa, 2016 a, 2016 b).

Gráfico 4. Tendencia y estructura de los gastos de salud por fuente de financiamiento. Panamá, 2000 – 2015.



Fuente: WHO. Global Health Expenditure Database. Elaboración propia.

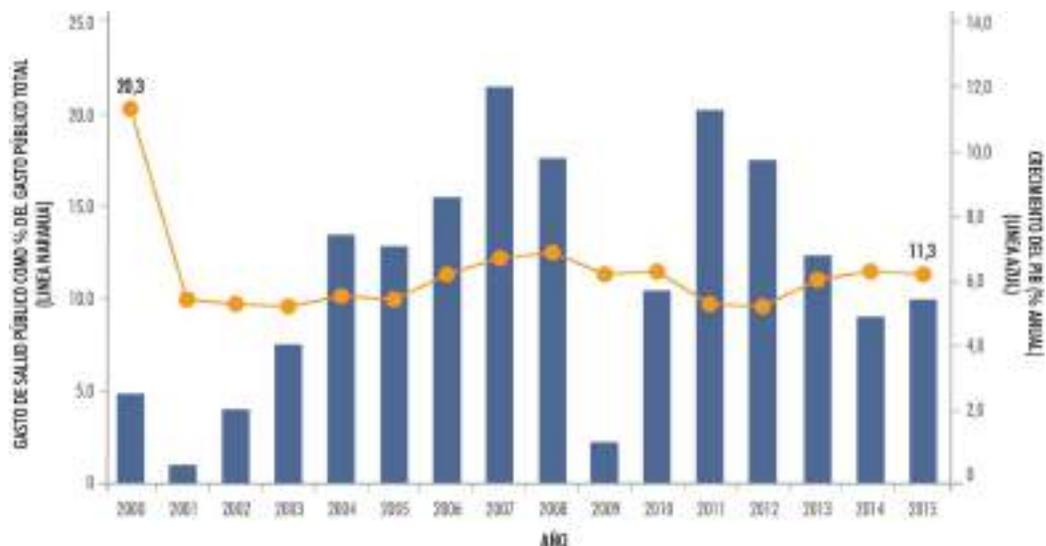
En Panamá el gasto del gobierno ha tenido un mayor peso en la composición del gasto total en salud que aquel proveniente del seguro social obligatorio. Entre 2000 y 2015, el gasto gubernamental representó en promedio alrededor del 40% del total de gastos en salud, mientras que el gasto de la CSS representó el 25% aproximadamente. La serie histórica evidencia que la brecha entre el gasto del gobierno y del seguro social se amplió notoriamente entre 2006 y 2012, año a partir del cual la CSS retomó una mayor participación en el gasto público de salud con proporciones semejantes a las del inicio de la década de 2000 (Gráfico 4). Ese aumento del gasto del seguro social contribuyó para revertir la tendencia decreciente del gasto público en salud de años precedentes.

Desde la óptica de la universalidad y de la equidad, la composición del gasto en salud y la estructura del financiamiento son determinantes. La fragmentación de los recursos financieros limita el alcance de la redistribución de los fondos prepagos y constituye un obstáculo para avanzar hacia los objetivos de la salud universal (WHO, 2010). Particularmente en el caso de Panamá, el sistema de financiamiento de salud se caracteriza por la ausencia de la mancomunación de los recursos financieros públicos del sistema de salud y la fragmentación en la financiación con múltiples flujos de recursos para la compra y el pago de los prestadores de servicios.

Esa fragmentación en el financiamiento acaba por segmentar a la población en dos grupos: uno de los trabajadores del sector formal con un “sistema de financiamiento” para los cotizantes y sus dependientes, gestionado por la CSS, y otro para el resto de la población gestionado por el MINSA. Esta separación de fondos impide, por un lado, el subsidio cruzado entre los dos subsistemas de financiamiento, inviabilizando la agrupación de riesgos y limitando con ello la capacidad de proporcionar protección financiera a la población. Por otro lado, al segmentar la población, este tipo de financiamiento contribuye para las inequidades en el uso de los servicios en relación con las necesidades de atención, las cuales a su vez están vinculadas con la inequidad en la distribución de los recursos de salud.

Adicionalmente, se observa que esa fragmentación tiene consecuencias negativas en términos de la eficiencia del sistema, pues tanto el MINSA como la CSS cubren poblaciones en el mismo territorio geográfico, lo que lleva a la duplicación de costos administrativos e inviabiliza el uso de mecanismos de compras estratégicas para respaldar cambios de comportamientos en los proveedores de servicios y ser eficientes. Por otro lado, si bien existen los denominados convenios de compensación entre la CSS y el MINSA, la ausencia y debilidad normativa de estos instrumentos, así como la opacidad de las informaciones sobre los costos de los servicios, dejan espacio para interpretaciones diversas y dificultan el consenso necesario entre las instituciones para la implementación de los convenios.

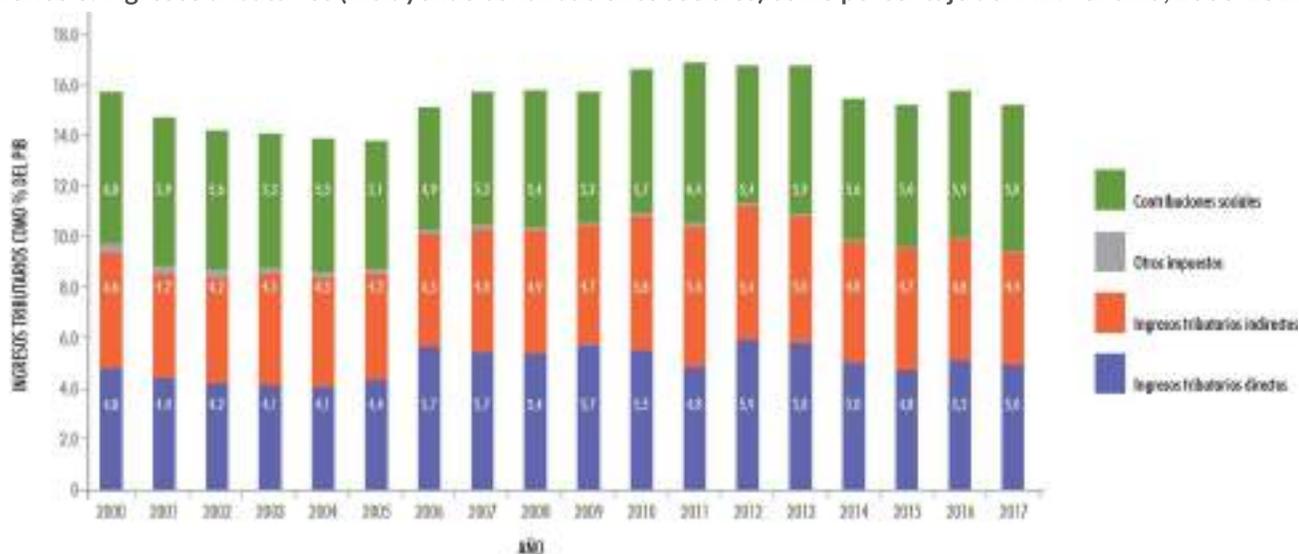
Gráfico 5. Prioridad del gasto en salud y crecimiento económico. Panamá, 2000 – 2015



Fuente: WHO. Global Health Expenditure Database, Banco Mundial. Elaboración propia.

El Gráfico 5 es expresivo y muestra como el crecimiento económico, a pesar de ser una variable importante, no es el único factor que explica en su totalidad la prioridad fiscal del gasto en salud. Si bien en el período 2000 – 2015 la economía registró un crecimiento anual positivo y, en algunos años, con tasas bastante elevadas, esto no se tradujo automáticamente en una expansión de la porción del gasto público destinado a salud. Con excepción del año 2000, la serie histórica del gasto público en salud como proporción del gasto público total revela una tendencia relativamente estable alrededor del 11% del gasto público total. Esto denota que aún existen oportunidades para ampliar el espacio fiscal para la salud, bien sea mediante la reasignación del presupuesto público o a través de aumentos en la recaudación tributaria y mejoras en la eficiencia del gasto.

Gráfico 6. Ingresos tributarios (incluyendo contribuciones sociales) como porcentaje del PIB. Panamá, 2000-2017.



Fuente: CEPAL: Comisión Económica para América Latina y el Caribe - Sobre la base información oficial. - <http://www.cepal.org>. Elaboración propia.

Cabe señalar que la carga tributaria de Panamá no alcanza el 20% del PIB. En el período 2000 a 2017, los ingresos tributarios totales promediaron 15,4% del PIB (Gráfico 6), mostrando que existe espacio para aumentar la recaudación. Además, la estructura del sistema tributario sigue siendo regresiva. La serie histórica muestra que, en promedio, el 31% del ingreso fiscal corresponde a impuestos indirectos, muy semejante a la proporción de tributos directos (32%) tales como impuestos sobre la renta, la propiedad, los beneficios y otros tributos. Las contribuciones

sociales tienen el mayor peso sobre los ingresos tributarios totales (36%). Esta estructura tributaria, con una alta participación de impuestos indirectos, en mayor o menor grado, limita desde el financiamiento la capacidad redistributiva del Estado, necesaria para garantizar un sistema universal de salud.

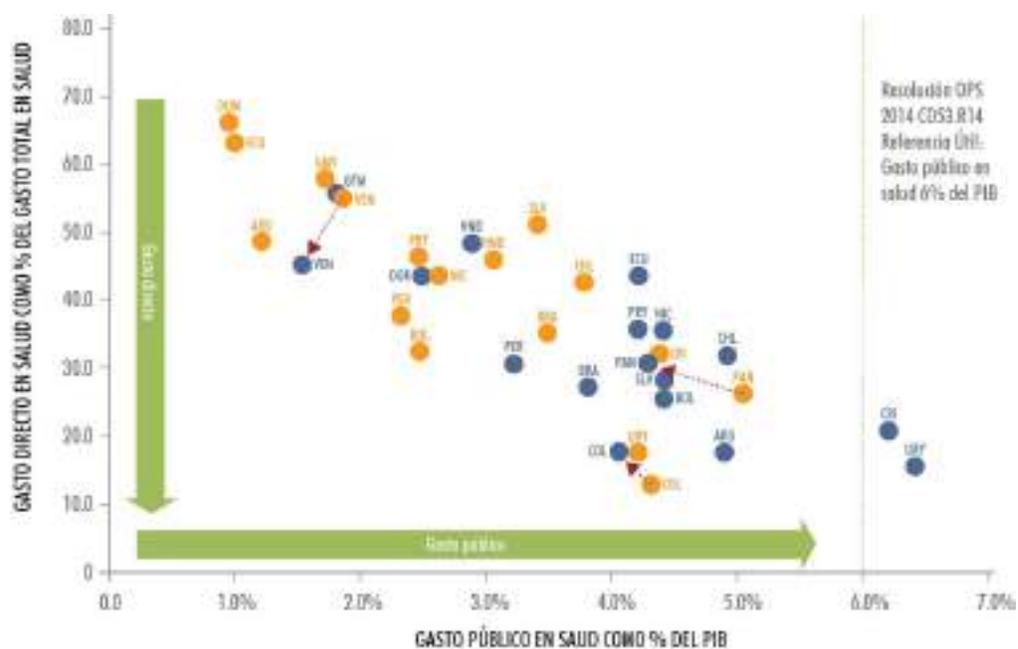
Por otro lado, los indicadores muestran que el gasto privado tiene una importancia significativa como fuente de financiamiento del sistema de salud del país. Entre 2000 y 2015, el gasto privado pasó de 32% para 37,4% del gasto total en salud (Gráfico 4). Si bien es cierto que desde 2010 se aprecia un aumento gradual y sostenido del gasto en seguros privados voluntarios (de 3,9% a 6,8% del gasto total en salud, entre 2000 y 2015), éste es todavía muy bajo si comparado con el nivel de gastos directos. Cabe señalar que los seguros privados basados en el prepago son mecanismos pertinentes que contribuyen, mas no garantizan, la disminución de la carga de los desembolsos directos e implican un gran desafío en términos del diseño de políticas públicas y regulaciones que velen por la eficacia del funcionamiento de los mercados y actúen sobre las desigualdades de acceso a los servicios de salud (CEPAL, 2008).

En los últimos dieciséis años, los hogares panameños han asumido sistemáticamente más de un cuarto del total de los gastos con salud (Gráfico 4). A este respecto cabe mencionar que los hospitales del III nivel y los institutos especializados de carácter nacional poseen una figura administrativa denominada “Patronatos”, cuyo financiamiento asignado vía presupuesto público es complementado mediante la aplicación de copagos. Dado que estos recursos complementares son administrados directamente por las regiones de salud o los patronatos, los copagos son una práctica muy aceptada y estimulada en el sistema público de salud panameño que obstaculiza, en alguna medida, el acceso de la población a los servicios públicos de salud.

Adicionalmente, al analizar un conjunto de países de la región de las Américas en los años 2000 y 2015, se observa que la enorme mayoría aumentó el gasto público en salud y redujo el gasto de bolsillo, recomponiendo el financiamiento de la salud que gráficamente se aprecia como un desplazamiento hacia abajo y a la derecha (Gráfico 6). No obstante, Panamá fue uno de los tres países del grupo que tuvo un comportamiento diferente, con la reducción del gasto público en salud y el aumento del gasto directo. En otras palabras, el financiamiento del sistema de salud parece seguir una ruta contraria a la salud universal (Gráfico 7).

En este sentido, la baja proporción del gasto público, el elevado nivel de gastos de bolsillo en salud y la manutención de medidas como el copago para el acceso a servicios públicos de salud, contraría los consensos y compromisos internacionales asumidos por Panamá, que promueven la reducción al mínimo del gasto directo en el financiamiento de la salud, objetivando la salud universal (OPS, 2014).

Gráfico 7. Gasto público y gasto directo en salud. América Latina, 2000 y 2015.



Fuente: WHO. Global Health Expenditure Database. Elaboración propia.

Recomendaciones hacia la Salud Universal

La estrategia de salud universal, aprobada por el Consejo Directivo de la OPS en 2014, propone como objetivo aumentar y mejorar el financiamiento, con equidad y eficiencia y avanzar hacia la eliminación del pago directo mediante su substitución por mecanismos mancomunados solidarios (OPS, 2014). Considerando esta estrategia, cada uno de los elementos que componen los modelos o esquemas de financiamiento - recaudación de recursos, mancomunación de los fondos y sistemas o mecanismos de pago a los proveedores de bienes y servicios de salud - influyen directa o indirectamente en los objetivos de la salud universal.

En lo que se refiere a la recaudación de recursos, Panamá aún precisa aumentar la proporción que representa el financiamiento público en salud, que puede provenir de la recaudación tributaria o de las contribuciones obligatorias al seguro social. En este sentido, el financiamiento público de la salud está condicionado por el espacio fiscal de la economía y también por la estructura del mercado de trabajo que en Panamá, como en la mayoría de los países de nuestra región, se caracteriza por tener un elevado sector informal. Además, los tributos que financian a la salud pueden ser directos o indirectos. Entonces, si Panamá adopta un modelo que persiga la salud universal desde el financiamiento debe promover una estructura tributaria que esté constituida principalmente por impuestos directos, progresivos, modificando la estructura tributaria actual que se caracteriza por ser altamente regresiva, basada en impuestos indirectos como los impuestos sobre el consumo o el valor agregado que tachen a las personas independientemente de su nivel de ingresos. Al mismo tiempo, Panamá podría adoptar medidas que busquen formalizar, en forma gradual y progresiva, el sector informal de la economía, reduciendo los niveles de precarización de los empleos y la segmentación de la población en el financiamiento y acceso al sistema de salud.

Los gastos directos dependen del poder de compra de cada individuo y, en consecuencia, huyen a la lógica de la solidaridad y de diversificación de riesgos. Por esa razón, el gasto de bolsillo es una fuente de financiamiento de la salud ineficiente e injusta (CEPAL, 2008). Con la finalidad de disminuir la carga de los gastos directos que recaen sobre los hogares, Panamá podría implantar algunas políticas como, por ejemplo, eliminando los copagamentos en los servicios públicos de salud o también creando un fondo especial para el financiamiento de servicios de salud de alto costo.

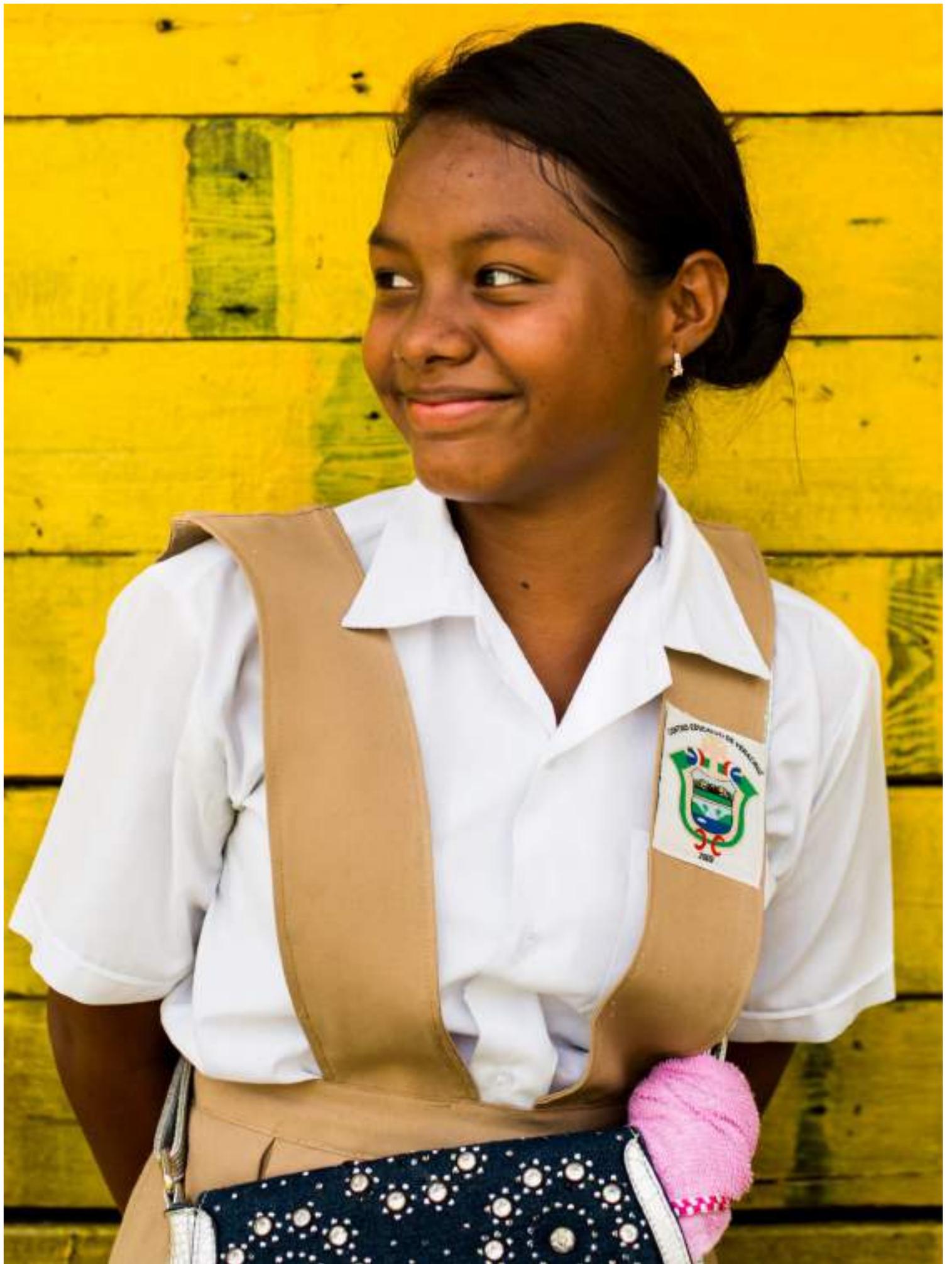
Otro elemento relevante a considerar en Panamá es la mancomunación de los fondos para reducir o eliminar la fragmentación de las fuentes de financiamiento, - sean estas provenientes del fisco nacional o de las contribuciones obligatorias - viabilizando la agrupación de riesgos y el subsidio cruzado entre los diferentes subsistemas de financiamiento y con ello aumentar la capacidad redistributiva del financiamiento, la equidad y la protección financiera de los usuarios del sistema.

Los sistemas de pagos representan otro desafío para el modelo de financiamiento de Panamá. En este sentido, es necesario poner en práctica nuevos arreglos de organización y gestión de los servicios que permitan, por un lado, la implantación de procesos de contractualización de proveedores - incluso siendo del MINSAL y de la CSS - para la obtención de resultados de salud consensuados y que atiendan a los objetivos del sistema de salud (acceso, calidad, equidad, eficiencia). Por otro lado, que otorgue libertad para utilizar mecanismos de pagos más sofisticados y eficientes al tradicional presupuesto histórico que actualmente predomina en el país.



Referencias:

- Banco Mundial. 2018. Nueva clasificación de los países según el nivel de ingreso para el periodo 2018-19. Disponible en: <https://blogs.worldbank.org/opendata/es/nueva-clasificacion-de-los-paises-segun-el-nivel-de-ingreso-para-el-periodo-2018-19>
- Banco Mundial. 2015. Panama - Locking in success: a systematic country diagnostic. Disponible en: <http://documentos.bancomundial.org/curated/es/180611468100727814/Panama-Locking-in-success-a-systematic-country-diagnostic>
- Báscolo, E. et al. Financiamiento público del gasto total en salud: un estudio ecológico por países según niveles de ingreso. Revista Gerencia y Políticas de Salud, Bogotá, v. 13, n. 26, p. 60-75, enero./ jun. 2014.
- CEPAL. El gasto de bolsillo en salud: evidencia de desigualdades profundas. en: CEPAL. Objetivos de desarrollo del milenio: la progresión hacia el derecho a la salud en América Latina y el Caribe. Santiago: ONU/CEPAL, mayo 2008. p. 85-102.
- Cid Pedraza C, Matus-López M, Báscolo E. Espacio fiscal para salud en las Américas: ¿es suficiente el crecimiento económico? Rev Panam de Salud Publica. 2018; 42e 86. Disponible en: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.86>
- Contraloría General de la República/ Instituto Nacional de Estadística y Censo. Panamá en Cifras (varios años). Disponible en: https://www.contraloria.gob.pa/INEC/Publicaciones/subcategoria.aspx?ID_CATEGORIA=17&ID_SUBCATEGORIA=45&ID_IDIOMA=1
- Instituto Nacional de Estadística y Censo (INEC) de la Contraloría General de la República de Panamá. Encuesta de Hogares. Agosto 2015. <https://www.contraloria.gob.pa/INEC/Default.aspx>
- Ministerio de Economía y Finanzas (MEF); – Ministerio de Desarrollo Social – Instituto Nacional de Estadística y Censo. Índice de Pobreza Multidimensional de Panamá: Año 2017. Junio de 2017. Disponible en: <https://www.mides.gob.pa/wp-content/uploads/2017/06/Informe-del-%C3%8Dndice-de-Pobreza-Multidimensional-de-Panam%C3%A1-2017.pdf>
- Ministerio de la Salud (MINSa) y Organización Panamericana de la Salud (OPS). Boletín de desigualdades Panamá 2017. Disponible en: http://www.minsa.gob.pa/sites/default/files/publicacion-general/boletin_de_desigualdades_panama_2017.pdf
- Ministerio de Salud de Panamá (MINSa). 2016 a. Política Nacional de Salud y Lineamientos Estratégicos 2016 – 2025, p. 110. Disponible en: https://www.minsa.gob.pa/sites/default/files/transparencia/politicas_de_salud_del_minsa.pdf
- Ministerio de Salud de Panamá (MINSa). 2016 b. Perfil de Salud de la República de Panamá, p. 108. Disponible en: http://www.minsa.gob.pa/sites/default/files/direcciones/perfil_de_salud_de_la_republica_de_panama_final.pdf
- OPS. Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud. In: Consejo Directivo 53.; 66.a Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas., 2014. Tema 4.3 de la Agenda. Washington, D.C., EUA, 2014. CD53/5, Rev. 2, 2oct. 2014.
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). ATLAS de Desarrollo Humano Local: Panamá 2015. 96p. Disponible en: http://www.undp.org/content/dam/panama/docs/documentos/undp_pa_atlas_2015.pdf
- WHO. Global Health Expenditure Database. 2018. Disponible en: <http://apps.who.int/nha/database/Home/Index/en>
- World Health Organization 2010. Fragmentation in pooling arrangements. Technical Brief Series – Brief No 5. Geneva: World Health Organization. Disponible en: <http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/FragmentationTBNo5.pdf?ua=1>
- WHO. 2017. Developing a national health financing strategy: a reference guide / Joseph Kutzin, Sophie Witter, Matthew Jowett, Dorjsuren Bayarsaikhan (Health Financing Guidance Series No 3).



**FORTALECER LA COORDINACIÓN
INTERSECTORIAL PARA ABORDAR LOS
DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD**

LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES Y SUS FACTORES DE RIESGO, ABORDAJE EN PANAMÁ DESDE LA PERSPECTIVA DE SALUD UNIVERSAL

Victoria, Jorge; Houghton, Modesta

Contexto

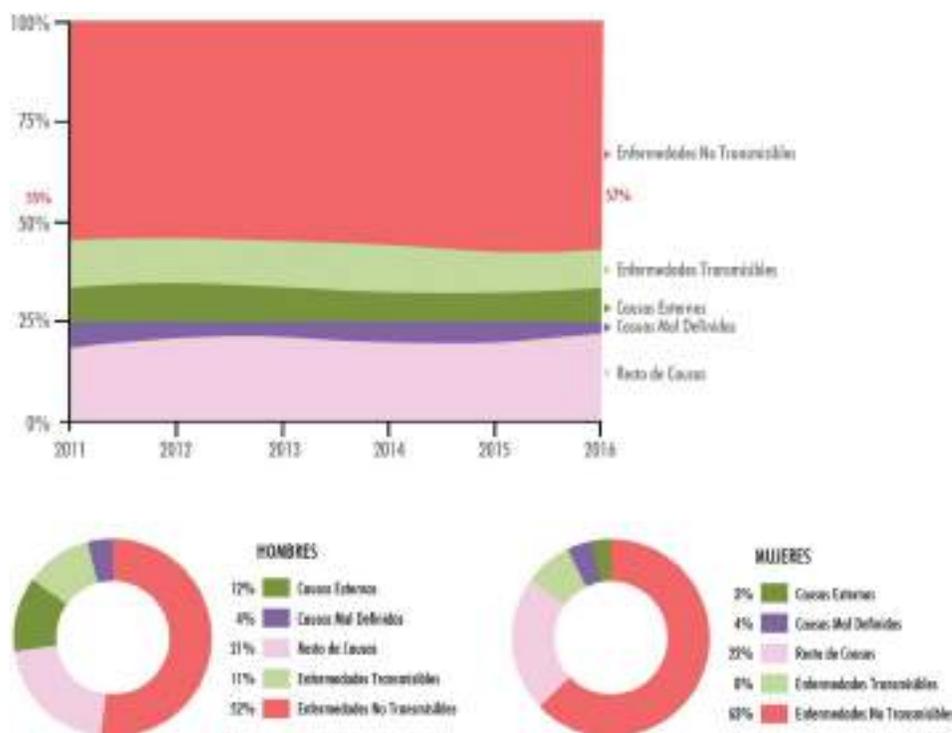
En Panamá las Enfermedades No Transmisibles (ENT), sobre todo las del sistema circulatorio, ocupan los primeros lugares no solo en la morbilidad general, sino también en la mortalidad, en especial en adultos y adultos mayores.

Mortalidad

Un análisis de las causas de muerte en Panamá ubica a las enfermedades infecciosas en el primer lugar durante la década de los años sesenta, sin embargo, a la fecha esta posición es ocupada por las Enfermedades Crónicas No Transmisibles y los eventos de Causa Externa.

En los últimos años, las muertes por ENT corresponden a más del 50% de todas las muertes del país, con tendencia al aumento. La mayor proporción de muertes por ENT la presentan las mujeres con un 63% frente a un 52% de los hombres (Gráfica 1).

Gráfica 1. Distribución de muertes por grandes grupos de causas Panamá, 2011-2016



Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Censo. Contraloría General de la República de Panamá. Disponible en: <https://www.contraloria.gob.pa/inec/>

En el reporte más reciente de mortalidad del Instituto Nacional de Estadística y Censo de la Contraloría General de la República de Panamá se evidencia que la primera causa de muerte en Panamá en el año 2016 son los tumores malignos (neoplasias), con un 16% del total de muertes, seguidos por las enfermedades cerebrovasculares con un 9% y las enfermedades isquémicas del corazón con 8%. Si se agrupan todas las enfermedades del sistema circulatorio se evidencia que este grupo constituye la principal causa de muerte con casi un 30% de todas las muertes. La diabetes aporta el 7% del total de muertes y las enfermedades respiratorias crónicas el 3% de ellas.

Morbilidad

Los datos representativos del país más recientes corresponden a la encuesta de Prevalencia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedad Cardiovascular (PREFREC), realizada en 2010, la cual evaluó los principales factores de riesgo asociados a enfermedades cardiovasculares en la población adulta. Esta encuesta sirvió de base para la formulación del Plan estratégico nacional para la prevención y el control integral de las enfermedades no transmisibles y sus factores de riesgo (2014-2019). Las tres tasas más altas de morbilidad (por cada 100 000 habitantes) por enfermedades no transmisibles fueron hipertensión arterial (38,5), diabetes mellitus 2 (9,5) y casos nuevos de cáncer (146,8).

Desde febrero de 2015, el Gobierno de la República de Panamá junto con el Ministerio de Salud y la Caja del Seguro Social adelantan el Censo Nacional de Salud Preventiva el cual está dirigido a personas mayores de 40 años. En el proceso, a la población asegurada y no asegurada se le realizan mediciones antropométricas y de presión arterial, y se practican exámenes sanguíneos para determinar glucosa y lípidos. Seguidamente se hace seguimiento y tratamiento.

Hasta finales de agosto de 2018 se han censado cerca de 580.000 personas y los resultados preliminares muestran un 36% de prevalencia de Hipertensión Arterial, 13% para Diabetes Mellitus, 38% para Hiperlipidemias; 45 % para Obesidad o Sobrepeso, 4% para Enfermedad Renal Crónica, siendo la captación mayor en Coclé de un 24% debido a la experticia del personal médico que allí labora, para realizar el diagnóstico (1).





Avances

Panamá, desde el inicio formal de las acciones contra las ENT ha puesto en práctica los mandatos que se han generado en el Seno de la Asamblea Mundial de la ONU y la Asamblea Mundial de Salud de la OMS, pero también los adquiridos a través de otros mecanismos de integración regional como COMISCA, SICA y muy en especial a los mandatos de la VII Cumbre de las Américas sobre promover la colaboración entre los estados miembros y las agencias a través de un respuesta integral e integrada.

Para la población adulta, además de la disponibilidad del sistema de atención a la morbilidad sentida, en el año 2014 se estableció, por ley, la estrategia para el abordaje de las ENT y sus factores de riesgo a través de un Plan estratégico, debidamente estructurado, conteniendo los ejes de políticas, vigilancia, atención, pero sobre todo un gran componente de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, a ser ejecutado en todo el país.

La OPS, ha brindado Cooperación Técnica al Programa Nacional de Enfermedades No Transmisibles del Ministerio de Salud en relación con acciones estratégicas para la Salud Universal, específicamente en la línea estratégica de establecer o fortalecer mecanismos de coordinación intersectorial y establecer o fortalecer la capacidad de la autoridad nacional de salud para implementar con éxito políticas públicas intersectoriales.

Adicionalmente, la OPS está apoyando la lucha contra el cáncer en Panamá. Por las altas cifras que muestra el Cáncer de Mama, el Ministerio de Salud, ha decidido priorizar estrategias dirigidas a mejorar el diagnóstico oportuno del mismo. Se han realizado ejercicios conjuntos OPS-MINSA con los equipos de atención primaria intersectoriales (MINSA y CSS), para la priorización de barreras y definición de alternativas de solución. Además, se definió un Flujograma Único para el Continuo de la Atención de la paciente y se han realizado Cursos Virtuales de Detección Temprana y Gestión Oportuna de Cáncer de Mama con Enfoque de Redes Integradas e Integrales en Salud, desde el Nodo de Panamá del Campo Virtual de Salud Pública de la OPS.

En cuanto a uno de los principales factores de riesgo para la ENT, el tabaquismo, el país ha resuelto abordar el tema del consumo bajo la consideración de que a menos que se emprendan acciones enérgicas (en especial promoviendo medidas efectivas de prevención de tabaquismo en los jóvenes), es muy probable que el consumo de tabaco siga aumentando. Panamá logró una implementación completa del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco. Para conseguirla, se aprobó una legislación que asegura ambientes libres de humo de tabaco, se agrandaron las advertencias sanitarias gráficas, se prohibió cualquier tipo de publicidad, se vedó la promoción y el patrocinio del tabaco, incluida la exhibición del producto en el punto de venta, y se encarecieron los impuestos al tabaco (destinando parte de ellos a salud pública y aduanas).

Esto se ha traducido en la reducción de la prevalencia del consumo de tabaco en la población adulta a 6,4% (la más baja de la Región y una de las más bajas del mundo). Además, se ratificó el protocolo del comercio ilícito y se pudo cooperar técnica y financieramente para mejorar el control del tabaco en la Región.

La OPS en Panamá está apoyando al país en la implementación de la Iniciativa Mundial HEARTS (2), con sus cuatro paquetes técnicos (MPOWER, SHAKE, HEARTS y REPLACE). En el momento se avanza con el paquete técnico de HEARTS el cual se está implementando en seis establecimientos piloto del país (tres del Ministerio de Salud y tres de la Caja del Seguro Social).

Otro avance importante para resaltar con el apoyo de la OPS es en el tema de la Enfermedad Renal Crónica, en especial la No Tradicional que muestra un gran número de personas afectadas en el país y en especial en la Región de Coclé. Debido a esa situación y como parte de una estrategia nacional, la OPS contribuyó técnica y científicamente con la elaboración de la Guía de Diagnóstico y Manejo de la ERC para el primer nivel de atención. Igualmente se ha avanzado en la definición de la Norma Nacional de Vigilancia en Salud Pública de la Enfermedad Renal Crónica.

Perspectivas y desafíos

En la actualidad, las enfermedades crónicas no transmisibles (sobre todo las del sistema circulatorio) son las principales causas de muerte, tanto en hombres como en mujeres en Panamá. Dado que su prevalencia aumenta con la edad y dado que el proceso de envejecimiento de la población continuará, se espera que las enfermedades crónicas sigan aumentando en el futuro.

En virtud de estos cambios en la estructura demográfica poblacional, y debido a que las ENT son de causa multifactorial, de etiología incierta y que su prevalencia aumenta con la edad, se requiere realizar intervenciones integrales y estratégicas que van desde los cambios en estilos de vida y condiciones de vida (determinantes sociales), pasando por la vigilancia de las enfermedades y de sus factores de riesgo, hasta la adecuación del modelo de atención en salud.

Este escenario plantea la necesidad de que el país, de forma global y más allá del sector salud, aborde los factores de riesgo de dichos determinantes. También es necesario adecuar el sistema de salud para ser capaz de dar una respuesta suficiente.

Referencias:

1. Ministerio de Salud (2018). Análisis de Situación de Salud. Macro Visión Nacional de Salud. Panamá. Pag 143-146
2. Global Hearts Initiative, OMS. http://www.who.int/cardiovascular_diseases/global-hearts/en/

SITUACIÓN DE LA SALUD NUTRICIONAL EN PANAMÁ: RETOS PARA LA SALUD UNIVERSAL

Atencio, Ana; Nederveen, Leendert

Contexto

Panamá presenta un panorama de doble carga de enfermedad. Por un lado, el país muestra características de malnutrición con persistencia de desnutrición crónica y anemia; simultáneamente, presenta un incremento del sobrepeso, la obesidad y las enfermedades no transmisibles (ENT) en todos los grupos de la población. La desnutrición crónica y la anemia continúan siendo problemas importantes en áreas de pobreza, zonas rurales e indígenas. La mayor prevalencia de desnutrición crónica en menores de 5 años se da en las comarcas y provincias con poblaciones indígenas (Tabla 1).

ENCUESTA DE NIVELES DE VIDA (ENV)

	1997	2003	2008
Nacional	16,7	22,2	19,1
Áreas Indígenas	53,9	59,6	62,0
Pobreza Extrema	38,4	43,3	46,2

Fuente: MINSA a partir de la Encuesta de Niveles de Vida de 2008. Elaboración propia.

A nivel nacional, la prevalencia de desnutrición crónica en escolares del primer grado disminuyó de 22,1% a 15,9% entre 2007 y 2013. Las mayores prevalencias se observaron en las Comarcas Kuna Yala (61%), Ngäbe Buglé (53%) y Emberá (31%) (MINSA, et al., 2014).

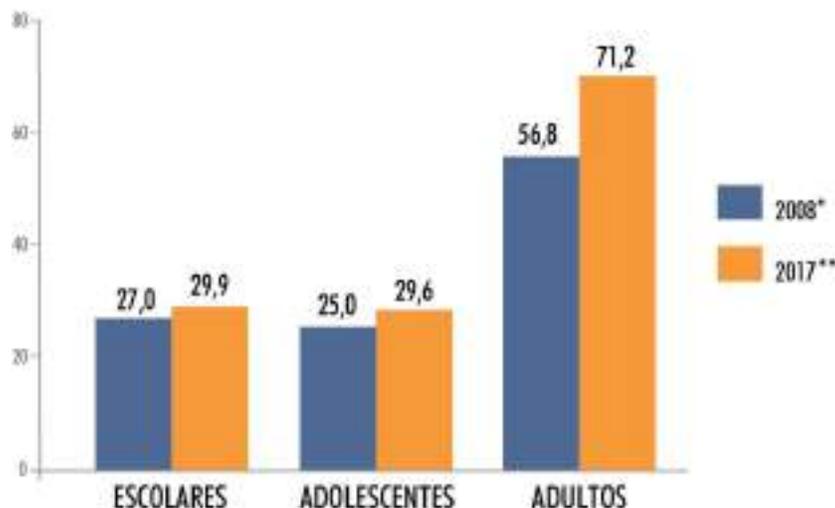
La prevalencia de anemia en preescolares, escolares, mujeres en edad fértil y embarazadas sigue siendo un problema de salud pública (Gobierno de Panamá, 2017). Según datos del Monitoreo del Estado Nutricional (MONINUT) de 2014, a nivel nacional los niños de 6 a 59 meses presentaron prevalencia de anemia de 33,8% y las mujeres embarazadas alcanzaron una prevalencia de 23,3%. No obstante, esos promedios nacionales ocultan las desigualdades existentes dentro del país. Por ejemplo, la prevalencia de anemia de las gestantes en Bocas del Toro (45,8%), Colón (45,1%) superan con creces el promedio nacional (MINSA, 2015).

Sin embargo, el mayor problema nutricional de Panamá es el exceso de peso. El Gráfico 1 es expresivo y muestra como el sobrepeso y la obesidad aumentaron en todos los grupos de población entre 2008 y 2017. En 2017, aproximadamente 30% de los escolares tenían sobrepeso u obesidad. Asimismo, siete de cada diez adultos tenían exceso de peso (Gráfico 1).

La disponibilidad, el acceso y la publicidad de alimentos ultraprocesados, altos en azúcares, grasas y sodio, han contribuido a esta nueva epidemia, que afecta principalmente a las familias de menos recursos, que consumen alimentos altos en calorías y de baja calidad nutricional (ICGES, 2010). También la lactancia materna se ve amenazada por la comercialización indiscriminada de sucedáneos de la leche materna y cambios en los estilos de vida (MINSA, 2011).



Gráfico 1. Evolución del Exceso de Peso (Sobrepeso y Obesidad). Panamá, 2008 y 2017.



Fuente: *Encuesta de Niveles de Vida (2008); **Monitoreo Nutricional, Ministerio de Salud (2017)

Avances

Considerando las evidencias de que tanto la desnutrición crónica como el exceso de peso se relacionan con las enfermedades no transmisibles (ENT), la OPS y el Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá (INCAP) han apoyado la elaboración del Plan Estratégico Nacional para la Prevención y el Control Integral de las ENT y sus factores de riesgo 2014-2025. A partir de una amplia consulta intersectorial, este plan incorporó entre sus metas el combate a la inactividad física y la prevención de las dietas inadecuadas.

El Ministerio de Salud, como ente rector, también ha desarrollado un marco normativo y estándares en nutrición, que se aplican actualmente en todos los niveles de atención y se imparten en la formación académica de los profesionales de salud. Además, cabe referir la adopción de los patrones de crecimiento de la OMS, la implementación de nuevas Guías Alimentarias basadas en la situación epidemiológica actual, la Guía Básica para la oferta de alimentos saludables en los centros educativos; las normas de salas de lactancia en los lugares de trabajo. Desde la Semana Mundial de Lactancia Materna de 2015 se han logrado el establecimiento de salas de lactancia en más de 30 empresas, un centro comercial y once instituciones públicas. Por otro lado, Panamá está entre los países cuyo marco legal se ajusta al Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna, y se plantea reforzar el monitoreo con la herramienta NetCode para lograr el cumplimiento en todos los acápite. Otro aspecto básico para contribuir a la salud universal ha sido la conformación de Comisiones Nacionales Intersectoriales para abordar los determinantes sociales y problemas relacionados a lactancia materna, hábitos alimentarios, deficiencias de micronutrientes y ENT.

Desafíos

- A pesar de los avances en el crecimiento económico, las inequidades siguen siendo un reto: las poblaciones indígenas y los sectores de pobreza continúan sumergidos en la malnutrición. Coexisten en un mismo hogar los problemas nutricionales por carencia y por excesos.
- La segmentación y fragmentación del sistema de salud compromete la universalidad de la cobertura, el acceso a los programas de alimentación complementaria, suplementación con micronutrientes y consejería nutricional, lo cual se agrava con los problemas de suministros de micronutrientes.
- Falta de rectoría, gobernabilidad y capacidad regulatoria: existe marcos legales importantes para la protección y promoción de lactancia materna y oferta de alimentos en el ámbito escolar, pero faltan leyes y políticas intersectoriales para regular la publicidad de alimentos no saludables, etiquetado frontal de advertencia nutricional, impuestos a bebidas azucaradas, reformulación de alimentos altos en sal y eliminación de ácidos trans de origen industrial.
- Existen políticas intersectoriales y normas y guías de atención, pero no hay suficientes recursos humanos comprometidos para su efectiva implementación y vigilancia.



Referencias:

- Gobierno de Panamá. Plan de Seguridad alimentaria y Nutricional 2017-2021. Panamá, 2017.
- Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud (ICGES); MINSA. Prevalencia de - Factores de Riesgo Asociados a Enfermedad Cardiovascular. 2009 - 2010 (PREFREC). Panamá, 2010.
- MINSA. Primer monitoreo del cumplimiento del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna en la República de Panamá. 2011.
- MINSA, MEDUCA, OPS, INCAP. VII Censo de talla de escolares de primer grado de las escuelas oficiales. Panamá, 2013.
- MINSA. Monitoreo nutricional en las instalaciones de salud del MINSA: MONIMUT-2014. Panamá, 2015.

CAMBIO CLIMÁTICO Y SALUD EN PANAMÁ

Thompson, Marilyn; Edwards, Sally

Contexto

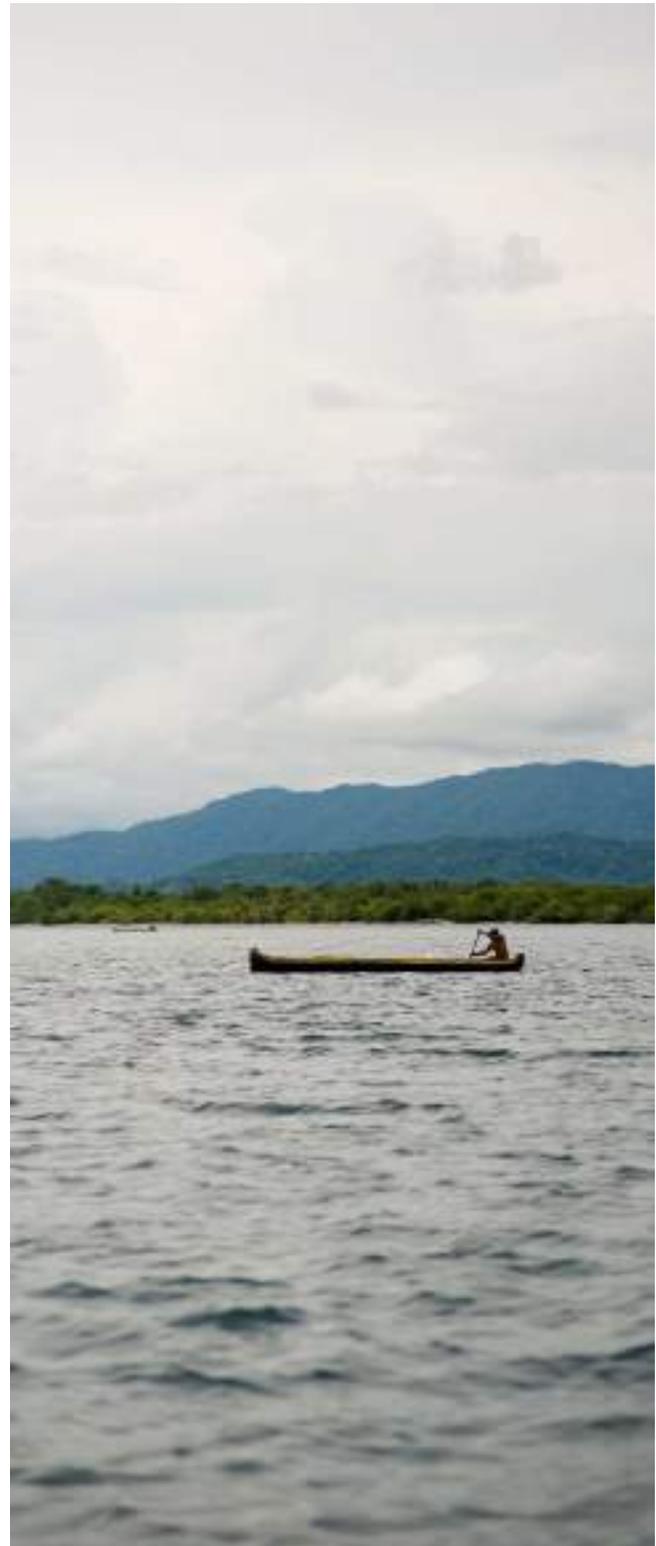
Bajo los auspicios de la Convención Marco de las Naciones Unidas sobre el Cambio Climático, hay tres cumbres claves para el tema de cambio climático: Copenhague, Kioto y París. Todas las cumbres tienen contribuciones significativas, particularmente, destaca la más reciente en París, donde se llegó al novedoso acuerdo, en el cual todos los Estados Miembros tienen un rol de limitar el incremento mundial de la temperatura por debajo de los 2°C hasta el año 2100 y hacer esfuerzos para limitar ese aumento a 1,5°C (1). Adicionalmente, la segunda meta plantea aumentar la capacidad de adaptación y promover la resiliencia mediante un desarrollo con bajas emisiones de gases de efecto invernadero (GEI), que no comprometa la producción agrícola.

Por primera vez, cada país (de acuerdo a sus respectivas capacidades y circunstancias nacionales) tiene el reto de controlar sus emisiones de GEI, con los compromisos desarrollados nacionalmente, basado en la situación actual. Asimismo, los países deberán rendir cuentas de sus contribuciones determinadas a nivel nacional (2).

El acuerdo de París es reconocido como un acuerdo clave por la Organización Mundial de la Salud / Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), tal vez el acuerdo más importante para la salud pública de este siglo (3).

Históricamente, el aporte de Panamá a las emisiones globales de GEI ha representado el 0,02%; y las emisiones per cápita de GEI indican que el país no contribuye significativamente al cambio climático. No obstante, Panamá es sumamente vulnerable a sus efectos y ya enfrenta los impactos de este (4).

La data científica ha documentado un incremento en el nivel medio del Mar Caribe, en la entrada Norte del Canal de Panamá. Según las estadísticas, el nivel medio del mar pasó de 0,024 pies en 1925 a 0,90 pies en 2010 (5). Una serie de desastres naturales y fenómenos meteorológicos que han venido afectando durante los últimos diez años a las islas de Guna Yala, ubicadas en el archipiélago de San Blas, han puesto de relieve el tema del aumento del nivel del mar y el cambio climático en el país. Se estima que aproximadamente 28.000 personas eventualmente tengan que trasladarse de las islas a tierra firme en los próximos años como consecuencia del aumento del nivel del mar (6).



Dado su importancia nacional, la Autoridad del Canal tiene estaciones meteorológicas a través de las cuales se comprobó que, entre 1985 y 2017, la temperatura aumentó 0,5 °C en el área del Canal. Asimismo, la serie histórica muestra que hubo una reducción de hasta 20% de los caudales del río Chagres, que fluye en la Cuenca Hidrográfica del Canal de Panamá y provee agua, no sólo para las esclusas de la vía acuática, sino también para el consumo de casi dos millones de personas en Panamá, Colón y Panamá Oeste (7).

Según el Plan Estratégico de Gobierno (PEG15-19), se estima que el costo anual actual por eventos climáticos recurrentes en el país oscila entre B/.125 y 150 millones/año (0,36% a 0,42% del PIB), lo que puede tener efectos significativos sobre el crecimiento económico a largo plazo de Panamá. La recurrencia de periodos de sequía en los últimos años y las importantes pérdidas que han generado en el sector agropecuario (US\$ 100 millones de pérdidas en el sector solo en el año 2013) han hecho que el cambio climático se convierta en una de las principales preocupaciones del rubro agropecuario panameño (8).

En agosto de 2015, el país declaró estado de emergencia para enfrentar los impactos adversos del Fenómeno El Niño 2015-2016. Este ocasionó severos problemas en el país por la ausencia de precipitación pluvial y el registro de condiciones de escasez, particularmente en zonas rurales y periurbanas con baja o inexistente inversión pública en seguridad hídrica, así como la adopción de medidas de disminución temporal del calado de los barcos que transitaban por el Canal de Panamá (9).



Avances

Desde 2007, Panamá cuenta con una Política Nacional de Cambio Climático. Esta Política constituye el marco orientador de las actividades a desarrollar por el sector público, privado y la sociedad civil en general, de modo que las mismas consideren la gestión del cambio climático para contribuir con la estabilización de los GEI, promover medidas de adaptación, proteger a la población y asegurar el desarrollo sostenible en el país, en conformidad con las disposiciones comprendidas en la Convención Marco de Naciones Unidas sobre Cambio Climático, el Protocolo de Kioto, la Constitución Política de la República de Panamá y la Ley General de Ambiente (10).

El punto focal de cambio climático de Panamá es el Ministerio de Ambiente y desde el 2009 cuenta con un Comité Nacional de Cambio Climático, conformado por 27 instituciones públicas, que incluye al Ministerio de Salud (MINSa).

El control del comercio internacional de los Contaminantes Orgánicos Persistentes (COPs), movimientos transfronterizos y eliminación de desechos peligrosos, se regula a partir de la ratificación de los Convenios de Rotterdam, Estocolmo y Basilea (11). Panamá alberga desde 2007 el Centro Regional del Convenio de Estocolmo en la Universidad de Panamá, el cual opera dentro del Centro de Investigación e Información de Medicamentos y Tóxicos. El Centro presta servicios a Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y República Dominicana. (12)

Panamá ratificó el Protocolo de Kioto en 1999 y, en el 2015, ratificó su compromiso al aprobar la Enmienda de Doha sobre la reducción de emisiones de GEI hasta el 31 de diciembre de 2020. En septiembre de 2018, el Gobierno panameño se comprometió a la ratificación de la Enmienda de Kigali al Protocolo de Montreal, para reducir la producción y el consumo de los hidrofluorocarbonos (HFC), gases que contribuyen al calentamiento global. (13)



En septiembre de 2016 Panamá ratificó el Acuerdo de París sobre el cambio climático. El país se ha enfocado en las siguientes acciones:

- Fortalecer la legislación pública ambiental y contar con una Política Nacional de Cambio Climático.
- Reducir la vulnerabilidad de los panameños al cambio climático.
- Mejorar la articulación entre las instituciones de gobierno y actores de la sociedad civil en sus estrategias para enfrentar el cambio climático, aunque fortaleciendo el enfoque transversal.
- Reforzar el papel de Panamá como actor proactivo ante la comunidad internacional en materia de cambio climático.

Entre las acciones que desarrolla el país se encuentra el Proyecto “Protección de reservas y sumideros en los Manglares y Áreas Protegidas de Panamá”. Su objetivo es generar experiencia para el manejo de los manglares y los ecosistemas asociados que maximicen el secuestro de carbono, su potencial de adaptación y mitigación como medio de gestión del riesgo de cambio climático. (14)

El Plan Estratégico Nacional con visión de Estado “Panamá 2030” (15), propuesto para el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), establece prioridades relacionadas con: la acción por el clima, producción y consumo responsable, fin de la pobreza y hambre cero. Además, el país cuenta, desde 2018, con un plan nacional de cambio climático específico para el sector agropecuario.(16)

Panamá cuenta con un potencial de recursos hidroeléctricos importante que le permite generar con esta fuente, el 65% de la producción nacional de electricidad aproximadamente. Panamá inició la generación eólica a finales del 2013, con el ingreso de la planta eólica Nuevo Chagres I, ubicada en la Provincia de Coclé. Se prevé que la demanda eléctrica en el país se incremente en más de un 600% en el período 2014-2050, por lo que, en 2016, con el propósito de considerar fuentes alternativas de energía y trazar un programa energético para los próximos 35 años, fue aprobado el Plan Energético Nacional 2015-2050. (17)

Además, el país es sede operativa del Hub de Asistencia Humanitaria para Latinoamérica, iniciativa que nace del compromiso del gobierno nacional para ejecutar una política al servicio del desarrollo global y facilitar la respuesta rápida multilateral ante los desastres naturales y cambio climático en la Región. (18)

Salud

En el contexto de la Convención Marco de las Naciones Unidas sobre el Cambio Climático, se inicia el proceso de elaboración de los Planes Nacionales de Adaptación al Cambio Climático (PNAD), diseñados para brindar apoyo a todos los países en desarrollo para la planificación de la adaptación al cambio climático a mediano y largo plazo; reconocer las poblaciones vulnerables y responder a sus necesidades urgentes.

Es fundamental que el sector salud esté debidamente representado en el proceso del PNAD, con la construcción de capítulos específicos de Salud en los PNAD (S-PNAD). La participación del sector salud en estos procesos permitirá el acceso del sector a los fondos nacionales de adaptación puestos a disposición a través del Fondo para los Países Menos Adelantados, el Fondo para la adaptación, el Fondo Verde para el Clima (GCF, por sus siglas en inglés) y otros fondos internacionales sobre el tema del cambio climático. La coordinación también garantizará que el sector maximice las sinergias y promueva beneficios colaterales en sectores determinantes para la salud, como energía, agricultura, turismo, vivienda, infraestructura y otros.

En febrero de 2017, la reunión subregional de S-PNAD organizada por la OPS/OMS fue auspiciada por Panamá. Durante la reunión los avances presentados por el país fueron:

- Solicitud de asistencia a ONU Ambiente por parte del MIAMBIENTE, para iniciar el proceso de redacción y fortalecimiento de la propuesta para solicitar fondos ante el GCF para iniciar la elaboración del PNAD en Panamá;
- Los sectores considerados como prioridad para el PNAD son: salud, aumento del nivel del mar y costas, turismo, agua, seguridad alimentaria y ciudades.

Una vez el país tenga acceso a los fondos del GCF para elaborar el PNAD, éstos serán gestionados por el MIAMBIENTE para apoyar a los diferentes sectores a elaborar sus respectivos capítulos para el Plan Nacional, incluyendo el de salud. Para el capítulo de salud, será el MINSa quien lidere el proceso de consulta y trabajo con diferentes actores claves, en estrecha coordinación con MIAMBIENTE.



Desde OPS/OMS se continúa promoviendo la elaboración del S-PNAD y brindando cooperación técnica para apoyar a Panamá a obtener los resultados esperados, de acuerdo con el abordaje de problemas que caracterizan al país en cuanto a cambio climático y sus efectos sobre la salud humana.

Desafíos

- El cambio climático influye en los determinantes sociales y medioambientales de la salud, tales como el aire limpio, agua potable, alimentos suficientes y una vivienda segura.
- Muchas personas pueden verse obligadas a desplazarse, como es el caso de los Gunas, lo que acentúa a su vez el riesgo de efectos negativos sobre la salud, que incluyen desde trastornos mentales hasta enfermedades transmisibles.
- Muchas de las enfermedades más mortíferas, como las diarreas, la malnutrición, la malaria y el dengue, son muy sensibles al clima y es de prever que se agravarán con el cambio climático.
- Es necesaria una mayor determinación política a nivel nacional y local para impulsar acciones de adaptación y mitigación de los efectos del cambio climático en el país.
- Se requiere contar con capacidad técnica suficiente para construir resiliencia en el sistema de salud y en todos los niveles; así como para la planificación, preparación y respuesta ante emergencias y/o desastres y la adaptación al cambio climático.
- Articular las políticas públicas en torno a las acciones de mitigación del cambio climático y su impacto social, transversalizando interculturalidad, igualdad de género y sostenibilidad ambiental.
- Las áreas del país con infraestructuras sanitarias deficientes son las áreas donde viven las personas más pobres y más vulnerables, estas poblaciones tendrán más dificultades para prepararse y responder si no reciben asistencia oportuna.
- Los desastres naturales pueden tener impactos significativos sobre el sector salud y en la vida de las personas, lo que hace imprescindible que las instalaciones de salud del país sean resistentes estructuralmente como ambientalmente amigables para seguir operando durante y después de situaciones de desastres y/o emergencias.



Referencias:

1. Acuerdo de París UNFCCC 2015 https://unfccc.int/sites/default/files/spanish_paris_agreement.pdf
2. Acuerdo de París UNFCCC 2015 https://unfccc.int/sites/default/files/spanish_paris_agreement.pdf
3. Dr. Diarmid Campbell-Lendrum, WHO Team Lead on Climate Change and Health
4. Gobierno de la República de Panamá. 2016 http://www4.unfccc.int/Submissions/INDC/Published%20Documents/Panama/1/Panama_NDC.pdf
5. El Canal de Panamá frente al reto del cambio climático 20/05/2018
<http://laestrella.com.pa/vida-de-hoy/planeta/canal-panama-frente-reto-cambio-climatico/24063992>
6. <http://www.gunayala.org.pa/Informe%20sobre%20Cambio%20climatico%20y%20desplazamiento%20en%20Gunayala,%20Panama-Informe%20de%20Misisio%CC%81n.pdf>
7. El Canal de Panamá frente al reto del cambio climático 20/05/2018
<http://laestrella.com.pa/vida-de-hoy/planeta/canal-panama-frente-reto-cambio-climatico/24063992>
8. PLAN NACIONAL DE CAMBIO CLIMÁTICO PARA EL SECTOR AGROPECUARIO DE PANAMÁ <https://www.mida.gob.pa/upload/documentos/PlanNacCambio.pdf>
9. Plan Nacional de Seguridad Hídrica 2015-2050
10. POLÍTICA NACIONAL DE CAMBIO CLIMÁTICO <https://plataformacelac.org/politica/483>
11. <https://www.mire.gob.pa/index.php/en/noticias-mire/11983-panama-busca-ser-sede-del-centro-subregional-del-convenio-de-basilea-para-america-central-y-mexico>
12. <http://www.ccbasilea-crestocolmo.org.uy/wp-content/uploads/2010/11/Centro-de-Investigaci%C3%B3n-e-Informaci%C3%B3n-de-Medicamentos-y-T%C3%B3xicos.pdf>
13. <http://laestrella.com.pa/panama/nacional/panama-compromete-ratificar-enmienda-protocolo-montreal/24085284>
14. REPÚBLICA DE PANAMÁ SEGURIDAD NACIONAL Y CAMBIO CLIMÁTICO
https://sustainabledevelopment.un.org/content/dsd/resources/res_pdfs/ga-64/cc-inputs/Panama_CCIS.pdf
15. Plan Estratégico Nacional con Visión de Estado (PEN) Panamá 2030:
<https://observatorioplanificacion.cepal.org/es/planes/plan-estrategico-nacional-con-vision-de-estado-pen-panama-2030>
16. <https://www.mida.gob.pa/upload/documentos/PlanNacCambio.pdf>
17. <http://www.energia.gob.pa/tmp/file/440/Plan%20Energetico%20Nacional%202015-2050.pdf>
18. Gobierno de la República de Panamá. 2016
http://www4.unfccc.int/Submissions/INDC/Published%20Documents/Panama/1/Panama_NDC.pdf

AGUA, SANEAMIENTO E HIGIENE EN PANAMÁ: AVANCES Y DESAFÍOS - 2018

Thompson, Marilyn; Victoria, Jorge

Contexto

En Panamá, históricamente el acceso a agua y saneamiento ha jugado un rol importante en el desarrollo, crecimiento económico, calidad de vida y salud de su población. En el año 1904, meses antes de iniciar el segundo intento de la construcción del Canal de Panamá, los problemas sanitarios e higiénicos en el país eran de primera importancia, incluso de mayor prioridad que los problemas técnicos que tenía la construcción de este.

En Panamá, el agua es uno de los principales y más abundantes recursos del país, cuyo uso se destina tanto para el funcionamiento del Canal de Panamá, como para la generación de energía eléctrica, usos en el sector industrial, agropecuario, turístico; pero sobre todo para consumo de la población.

La mayor demanda de agua se concentra en la vertiente del Pacífico donde habita 83% de la población (2,96 millones de personas) y aglomera más del 70% de las actividades económicas del país, incluyendo la región Metropolitana (distritos de Panamá, San Miguelito, La Chorrera, Arraiján y Capira) donde habita el 55% de la población total del país y se ubican la mayor parte de industrias y servicios. (1)

Según el INEC (2), en el 2010 el país alcanzó una cobertura del 93,5% en agua potable y 92,9% de cobertura en saneamiento mejorado. En el 2013, la Encuesta INEC-UNICEF de Indicadores Múltiples por Conglomerados (MICS) (3) reportó un 95% de cobertura promedio de agua potable y un 85% de saneamiento. De acuerdo con el IDAAN, para el año 2016 la cobertura promedio de agua potable fue de 96% (4).

Sin embargo, el promedio nacional de cobertura de agua y saneamiento oculta las desigualdades que persisten entre el ámbito rural y el urbano en términos de acceso, cantidad, continuidad y calidad de los servicios, especialmente en las comarcas indígenas. Las áreas geográficas con menor cobertura y acceso a los servicios de agua y saneamiento en Panamá son: Comarca Guna Yala, Comarca Ngäbe Buglé, Comarca Emberá y las provincias de Darién y Bocas del Toro, provincias que se





caracterizan por tener muchas áreas de difícil acceso y una alta presencia de población indígena. Se observa que coinciden con las mismas áreas de mayor incidencia de pobreza multidimensional en el país (5).

Sumado a esto, en los últimos años el escenario de abundancia del recurso hídrico del país ha sido puesto en duda, debido al aumento de conflictos por los diferentes usos del agua, tales como: el crecimiento poblacional, el rápido desarrollo económico, la urbanización, los efectos adversos del cambio climático y el deterioro ambiental, que continúan aumentando la presión sobre las fuentes.

Avances

El sector Agua, Saneamiento e Higiene (ASH) en Panamá y sus planes y programas se orientan con el Plan Estratégico de Gobierno (PEG) 2015-2019 (6) que ofrece líneas de trabajo específicas en agua potable y saneamiento. El PEG 2015-2019 prioriza el sector APS, con un presupuesto indicativo que representa la quinta parte de los fondos destinados a las inversiones públicas. El plan de inversiones en agua y saneamiento representa el 27,7% del total de inversiones en Panamá para el período 2014-2019 (7).

Para hacer frente a los diferentes problemas relacionados con agua y saneamiento, el país ha decidido implementar Planes y Programas estratégicos, con el objetivo de asegurar la sostenibilidad del recurso hídrico, entre los que sobresalen el Plan Nacional de Seguridad Hídrica 2015 - 2050, Plan de Sanidad Básica 100/0, Plan Energético Nacional, Alianza por el Millón de Hectáreas, Proyecto de Saneamiento de Panamá y muchas otras iniciativas a fin de garantizar acceso a agua potable y saneamiento, proteger al medio ambiente, mejorar el bienestar social, el desarrollo económico y la calidad de vida de la población.



Respecto al tema de agua potable, OPS/OMS está brindando apoyo técnico al Ministerio de Salud y demás instituciones del sector para fortalecer sus capacidades técnicas y apoyar la elaboración e implementación de Planes de Seguridad del Agua (PSA). El objetivo principal de un PSA es el aseguramiento de las buenas prácticas de abastecimiento de agua de bebida a través de la minimización de la contaminación de las fuentes de agua, la reducción o el retiro de la contaminación por medio de procesos de tratamiento (barreras); y la prevención de la contaminación durante el almacenamiento, la distribución y la manipulación del agua a nivel intradomiciliario. En otras palabras, la gestión del agua desde la cuenca hasta el usuario final, incluyendo el fortalecimiento de capacidades y empoderamiento de las comunidades. Desde la OPS en Panamá se ha estado trabajando con el MINSA, el IDAAN y la ASEP, principalmente, en los **PSA de la Planta potabilizadora Rufina Alfaro, IDAAN en Volcán y del sistema operado por la Junta Administradora de Acueducto Rural de Paso Ancho en Chiriquí**. La intención del MINSA es que cada sistema de abastecimiento de agua en Panamá cuente con su propio PSA.

El saneamiento urbano ha avanzado en el país debido al proyecto Saneamiento de Panamá (8) adscrito al MINSA. Esta iniciativa representa el principal proyecto de inversión en materia de salud ambiental que se está ejecutando actualmente en la República de Panamá. El desarrollo del Proyecto esta conceptualizado en cuatro componentes: construcción de redes sanitarias, construcción de líneas colectoras, construcción del sistema interceptor y construcción de planta(s) de tratamiento de aguas residuales. El área de influencia del proyecto incluye los Distritos de Panamá, San Miguelito, ubicados en la ciudad capital y los Distritos de Arraiján y La Chorrera ubicados en la provincia de Panamá Oeste. Este proyecto tiene el potencial de mejorar las condiciones sanitarias de aproximadamente 1,5 millones de habitantes en la ciudad capital y 450.000 en Arraiján y La Chorrera.

Para enfrentar y mitigar los efectos de posibles desastres en los sistemas de agua potable y saneamiento, las instituciones con responsabilidades en el sector, lideradas por el Ministerio de Salud, coordinan estrategias para la creación y funcionamiento de la **Mesa Agua, Saneamiento e Higiene (ASH) en la República de Panamá**, con apoyo técnico de la OPS/OMS en Panamá y con estrecha colaboración del Equipo Técnico Regional de Agua y Saneamiento de la OPS/OMS subregional (ETRAS).

Actualmente, se está implementando en las quince Regiones de Salud del país el **Protocolo de Evaluación de la Situación de Agua, Saneamiento e Higiene en Establecimientos de Atención de Salud**. Esta herramienta, proporcionada por el equipo de OPS/OMS en Panamá a los Ministerios de Salud, permite levantar un diagnóstico sobre las condiciones de:

- i) Agua Potable,
- ii) Alcantarillado y Saneamiento,
- iii) Drenaje Pluvial,
- iv) Residuos Sólidos,
- v) Higiene, y
- vi) Control de Vectores en los diferentes establecimientos de salud de nivel I, II y III.

Contar con esta información sistematizada es relevante para la salud de los usuarios, visitas y personal del establecimiento de salud, y para garantizar el adecuado funcionamiento de la instalación y sus equipos (laboratorio, lavandería, cocina, comedor, servicios higiénicos, etc.).

Perspectivas y desafíos

- Los mayores retos para el sector ASH en Panamá se centran en la necesidad de cerrar las brechas de acceso a agua segura, eliminar las desigualdades, reducir significativamente la contaminación y degradación ambiental, garantizar el adecuado saneamiento, tratamiento óptimo de aguas y residuos sólidos, mejorar el drenaje urbano y profundizar las acciones de adaptación al cambio climático.
- Se hace indispensable focalizar recursos y acciones en las comarcas indígenas donde radica la mayor necesidad de acceso a los servicios básicos de agua y saneamiento, así como también en otras provincias y segmentos urbano-marginales con falta de acceso o con servicios de baja calidad.
- Otro gran desafío lo constituye el desarrollo de sistemas de información para la gestión de los recursos hídricos, desde el monitoreo de datos, análisis de brechas y evidencias que le den sustento a la toma oportuna y efectiva de decisiones. Se debe generar información sobre la calidad del servicio de los prestadores a nivel nacional y local, evitando lagunas o brechas de información sobre la cobertura y acceso, calidad del agua / eficiencia de tratamiento,

calidad de fuentes utilizadas y acceso a saneamiento mejorado, especialmente en el ámbito comarcal y rural, a través de un sistema de información común.

- Sobre la preparación, respuesta del sector ante emergencias y/o desastres, así como capacidad de resiliencia ante los efectos del cambio climático: elaborar planes de preparación y respuesta ante emergencias en salud, especialmente en caso de desastres naturales y emergencias humanitarias con impactos sobre los servicios de agua y saneamiento.

Referencias:

1. Plan Nacional de Seguridad Hídrica: Agua para todos. 2015 - 2050.
2. Censo 2010 - Instituto Nacional de Estadística y Censo - Panamá:
<https://www.contraloria.gob.pa/inec/archivos/P516143.pdf>
3. MICS. Encuesta de Indicadores Múltiples por Conglomerados. 2013: https://www.contraloria.gob.pa/inec/archivos/MICS_FINAL.pdf
4. Instituto de Acueductos y Alcantarillados Nacionales: https://www.idaan.gob.pa/wp-content/uploads/2016/04/Boletin_estadistico_2016.pdf
5. Índice de Pobreza Multidimensional de Panamá. 2017: <http://www.mef.gob.pa/es/informes/Documents/Informe%20del%20Indice%20de%20Pobreza%20Multidimensional%20de%20Panama%202017.pdf>
6. Plan Estratégico de Gobierno 2015 - 2019:
<http://www.mef.gob.pa/es/Documents/PEG%20PLAN%20ESTRATEGICO%20DE%20GOBIERNO%202015-2019.pdf>
7. Plan Nacional de Seguridad Hídrica 2015-2050
8. Proyecto Saneamiento de Panamá: <http://saneamientodepanama.gob.pa>







