



Artículo original

Situación De Salud De Panamá.

Panama Health Situation

Grupo de Política y Lineamientos estratégicos 2016-2025.

Ministerio de Salud, República de Panamá.

Palabras claves:

estructura poblacional, transición urbana, morbilidad.

Keywords:

population structure, urban transition, morbidity.

Correspondencia a:

Dra. Reina Roa

Correo electrónico:

reinaro@cwpanama.net

Resumen

Se plantea la situación de la salud en Panamá, planteando una serie de variables básicas para describir la misma como son: la demanda y necesidades de servicios, cobertura de salud, morbilidad por grupo de edad y sexo, tasa de mortalidad infantil y materna, recurso humano, inversión en salud, infraestructura y proyectos en salud.

Abstract

The health situation in Panama is posed, posing a number of basic variables to describe it as: the demand and needs for services, health coverage, morbidity by age group and sex, rate of infant and maternal mortality, resource human, investment in health, infrastructure and health projects.

INTRODUCCIÓN

Demanda y necesidades de servicios

La población panameña se estimó, hasta el 1 de julio de 2014 en 3, 913,275 habitantes, con una relación hombre mujer de 1:1. En zonas urbanas se concentra el 63.8.0% de la misma y el 36.2.0% restante lo hace en las zonas rurales. El 30.1% de la población panameña es menor de 15 años, el 63.9% de 15 a 64 años y el 6% de 65 y más.

La estructura poblacional se encuentra en plena transición al envejecimiento, y con el aumento de la esperanza de vida y la tendencia a inversión de la pirámide, permiten vislumbrar que el envejecimiento de la población se ha estado dando de forma paulatina, apreciando un aumento, para la edad mediana, pasando de 18 años en 1950, a 27 años en el 2010 y finalmente a 39 años en el 2050; el porcentaje de población económicamente activa habrá aumentado, pasando del 54% de la población en 1950 al 62% cien años después (2050), teniendo un pico de su crecimiento en el período 2011- 2032 en el que el porcentaje de esta población será de un 65%. La población mayor de 65 años pasara durante este lapso de 100

años de ser un 3.6% de la población a quintuplicarse hasta llegar a representar un 19% de la población en el 2050.

Transición demográfica

Destaca la transición urbana (transición de la migración) y, la transición de la fuerza de trabajo, durante la cual un grupo de población con un perfil predominante rural se ha tornado mayoritariamente urbano; transición que obedece, en gran medida, a la migración del campo a la ciudad dada, entre otros factores, por una elevada fecundidad y limitadas oportunidades socioeconómicas, en las áreas rurales.

Este hecho se evidencia por los cambios en la distribución geográfica de la población según área, se observa que entre el año 1970 y 2010, se dio un incremento porcentual del 44% en la población urbana, a expensas de un descenso en la rural que descendió en un 36.6%.

La proporción de población urbano, para el 2012, es 1.91 veces porcentuales mayor que la rural.

Índice de Desarrollo Humano

Panamá es el país de Centroamérica con el más alto índice de desarrollo humano; es la economía latinoamericana que más creció durante la última década y, por eso, logró una reducción de la pobreza y un aumento en el empleo.

La República de Panamá clasifica como país de desarrollo humano alto (0.765, en el número 65) según PNUD (2013). Para el 2013, el PIB fue de 42.6 y el crecimiento del PIB fue de 8.4%, al igual que en años recientes; el crecimiento del PIB se concentra en las exportaciones de bienes y de servicios, a lo que se suma la explosión en materia de construcción de viviendas y apartamentos. Aunado a ello, se agrega inversión pública en infraestructura y la expansión de la actividad y el crédito bancario que respalda un alto crecimiento del consumo. El sector turismo sigue contribuyendo de manera importante en el crecimiento del PIB como actividad económica.

Debe destacarse el alto índice de Gini que aplica a Panamá, que mide la inequidad en la distribución de los ingresos con un 51.09 (Banco Mundial, 2012) ocupando la posición número 140 de los 160 países, según publicaciones del banco mundial del año 2012; se ha incrementado la inversión pública y el gasto social, elementos que han favorecido un descenso sostenido de los niveles de pobreza general; es decir, hay menos personas que carecen de recursos para satisfacer sus necesidades alimentarias y no alimentarias básicas, así como también ha disminuido la pobreza extrema, o sea la población que no tiene recursos suficientes para cubrir sus necesidades alimentarias mínimas.

Cobertura de Salud

Las estimaciones de cobertura asignan el 60% de la población a la CSS y el 40% al MINSa que además de ser un importante prestador de servicios es también, el ente Rector del Sistema Nacional de Salud y, como tal, formula las políticas, regula la actividad y ejerce la función de autoridad sanitaria. Las dos entidades financiadoras de los servicios públicos de salud pública y atención médica en el país son el MINSa y la CSS, quienes aportan cerca del 70% de los recursos utilizados, dejando un 30% al gasto de bolsillo de los ciudadanos.

La morbilidad por grupo de edad y sexo

Grupo <1 año

Ocupan el primer lugar la rinofaringitis aguda, La diarrea y gastroenteritis de origen infeccioso la influenza con manifestaciones respiratorias, virus no identificado ocupan el segundo y tercer lugar de morbilidad en menores de 1 año. El cuarto y quinto lugar de morbilidad atendida

en este grupo de edad, corresponde a afecciones de la piel: piodermatitis y escabiasis.

Grupo de 1 a 4 años

En el caso de los menores de 1-4 años observamos que los problemas asociados al sistema respiratorio las rinofaringitis aguda y la influenza con otras manifestaciones respiratorias, virus no identificado ocupan el primer y tercer lugar entre las patologías más frecuentes. En segundo y quinto lugar lo ocupan enfermedades del tracto intestinal como la diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso y las parasitosis intestinales. El tercer lugar de morbilidad atendida en este grupo es por problemas dérmicos (piodermatitis).

Grupo de 5 a 9 y de 10 a 14 años

En primer lugar por causa de morbilidad, se encuentra la rinofaringitis aguda (resfriado común). En un segundo lugar se presentan las Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso. Las parasitosis intestinal, ocupa el tercer lugar. Otras patologías frecuentes en éste grupo de edad son las infecciones de las vías respiratorias superiores agrupadas (influenza, infecciones agudas de sitios múltiples y la faringitis no especificada) y las piodermatitis.

Grupo de 15 a 19 años

Encontramos las rinofaringitis aguda (resfriado común) ocupan el primer lugar. En un segundo lugar las enfermedades del sistema genitourinario. Las Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso ocupan el tercer lugar. Desde el enfoque de género, es importante resaltar que en este grupo de edad el 68.3 % de la morbilidad atendida es en mujeres, las infecciones de vías urinarias y las enfermedades por causas ginecológicas y obstétricas ocupan un lugar importante: vaginitis aguda, amenorrea e infecciones de vías urinarias no especificadas y las infecciones de vías urinarias asociadas a embarazos. Por otro lado, el 76 % de las consultas por gastritis y el 75 % de las consultas por obesidad son en mujeres.

Grupo de 20 a 24 y 25 a 34 años

En este grupo de jóvenes empiezan a surgir patrones característicos de la edad, entre las morbilidades más frecuentes podemos mencionar la rinofaringitis aguda, las infecciones de vías urinarias, enfermedades infecciosas y parasitarias, seguidas de las gastritis y en quinto lugar se ubica la obesidad.

Grupo de 35 a 49 años

La rinofaringitis ocupa el primer lugar, en segundo lugar se ubica la hipertensión seguida en tercer lugar de las lumbalgias no específica y en cuarto lugar se reportan las infecciones de vías urinarias. En quinto lugar la obesidad no específica quedando en sexto lugar las diarreas y gastroenteritis.

Grupo de 50 a 59 y 60 a 64 años

Encontramos otro perfil de problemas característicos de las consecuencias naturales del envejecimiento. La hi-

presión arterial se ubica en primer lugar, en segundo lugar se encuentra la rino-faringitis, en tercer lugar encontramos la lumbalgia no específica, en cuarto lugar se ubica las infecciones de vías urinarias, en quinto lugar se encuentra la obesidad no específica, en sexto lugar tenemos a la diarrea y gastroenteritis.

Adultos mayores de 65 años y más

En los grupos mayores de 65 años el perfil se presenta la hipertensión esencial (primaria), es la de mayor frecuencia en este grupo poblacional. En segundo lugar la rino-faringitis aguda, en tercer lugar están la infecciones de vías urinarias, en cuarto lugar las lumbalgias no específicas, seguidas en quinto lugar por los dolores articulares y en sexto lugar se ubica la diabetes mellitus.

El elemento más característico de la transición epidemiológica ha sido el desplazamiento de las enfermedades infecciosas y parasitarias a los tumores y enfermedades crónicas degenerativas (especialmente del aparato circulatorio) y a causas externas (accidentes, homicidios, suicidios).

Estos cambios en la prevalencia de ciertas enfermedades y causas de muerte, que son consecuencia del avance de la medicina, de la educación en materia de prevención de enfermedades, se dan en el marco del descenso de la fecundidad y del cambio en la estructura por edades de la población, lo que contribuye a modificar con mayor intensidad el perfil de la demanda planteada al sector salud, lo cual obliga a los sistemas de salud a encarar problemas de naturaleza degenerativa y crónica, que exigen técnicas de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de mayor complejidad y costo.

Tasa de mortalidad

En el sexo masculino se muestra más elevada en todas las principales causas de muerte excepto en la diabetes, donde predominan las defunciones femeninas. Los años perdidos por muerte prematura fueron mayores en el caso de las defunciones a causa de accidentes, suicidios, homicidios y otras violencias y debido a las enfermedades asociadas al VIH.

Con el desarrollo social y económico del país se han logrado importantes cambios en el comportamiento de la mortalidad en Panamá, desde una perspectiva cualitativa y cuantitativa. La tasa de mortalidad registrada en las décadas de los años '30, '50 fue de 28.3 y de 15.2 muertes por 1,000 habitantes respectivamente. En la década 80 alcanzó cifras de 4.1 muertes por 1,000 habitantes la cual se mantuvo sin variación hasta el 2000 y desde esta década inicia un ascenso, presentando en el 2010 una tasa de 4.5 muertes por 1000 habitantes). Para el 2012, la razón de la tasa de mortalidad en hombres, respecto a las mujeres es de 1.4, siendo para el sexo masculino los accidentes, homicidios y suicidio la primera causa de muerte, mientras que para el sexo femenino lo ocupan los tumores malignos.

Al analizar las 16,542 causas de muerte por sexo y grupos de edad registradas en el 2010, utilizando la Lista abreviada de 80 grupos de causas, los "Tumores (neoplasias) malignos" (72.1 por 100,000), ocupan la primera posición; en segundo lugar se ubican los "Accidentes, lesiones auto infligidas, agresiones y otra violencia" (55.9 por 100,000), en el tercer lugar, las "Enfermedades isquémicas del corazón" (52.8 por 100,000), en cuarto lugar aparecen las "Enfermedades cerebrovasculares" (36.4 por 100,000); y en la quinta posición, la "Diabetes mellitus" (24.9 por 100,000).

Al utilizarse esta misma lista para destacar las causas de muerte en cada grupo de edad, se puede apreciar, que en el grupo menor de 1 año de edad las "Afecciones originadas en el periodo perinatal" ocupan el primer lugar, seguida por las "Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas", y en un tercer lugar las "Neumonías". Sin embargo, de 1 a 4 años de edad la "Neumonía" ocupa el primer lugar, como causa básica de muerte, seguida de los "Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso" en cambio, en el grupo de 5 a 14 años, la causa más importante son los "Accidentes, lesiones auto infligidas, agresiones y otra violencia".

De los 15 a 44 años, se mantienen en primera posición los "Accidentes, lesiones auto infligidas, agresiones y otra violencia". A partir de los 5 a 14 años se comienzan a manifestar los tumores (neoplasias) malignos" como segunda causa de muerte, ocupando el tercer lugar en el tramo de los 25 a 34 años, posición en la cual se mantiene pero a mayor nivel, entre los 35 a 44 años, para posteriormente ocupar el primer lugar con una elevada tasa, entre los 45 a 74 años.

En el grupo de 15 a 24 años se comienza a manifestar la "Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana" (VIH), como tercera causa de muerte, para ocupar el segundo lugar, entre los 25 a 34 años, posición en que se mantiene, entre los 35 a 44 años, con la diferencia de que la tasa es más elevada, para nuevamente ocupara la tercera posición, entre los 45 a 54 años.

Las "Enfermedades isquémicas del corazón" comienzan a presentarse, en las personas de 35 a 44 años, en una cuarta posición, la cual sigue ocupando entre los 45 a 54 años, para alcanzar la segunda posición entre los 55 a 64 y 65-74 años, y llegar a ocupar la primera posición, a partir de los 75 años.

En cuanto a las "Enfermedades cardiovascular", ocupan el quinto lugar en el tramo de los 45 a 54 años, para llegar a la cuarta posición entre los 55 a 64 años y 65-74 años, y luego bajar al segundo lugar entre las personas de 75 y más.

Es importante destacar la frecuencia de la "Diabetes mellitus", que hace su aparición entre las principales cinco causas de defunción como quinta causa de muerte entre los 55 a 64 años, para elevarse a la tercera posición en

el grupo de los 65 a 74 años; bajando al cuarto lugar en el grupo de 75 y más.

En el análisis de la mortalidad por causas, es de interés los diferenciales que se observan por sexo, y cómo éstos evolucionan a través del tiempo.

En las muertes por "Accidentes, lesiones auto infligidas, agresiones y otra violencia", se observa el mayor diferencial por sexo; ya que en los hombres, la tasa fue de 94.6 por 100,000, mientras que en las mujeres sólo llegó a 16.6 por 100,000.

Esto también se aprecia con los "Tumores (neoplasias) malignos" en donde se registraron 77.2 muertes por cada 100,000 hombres, mientras que en las mujeres la tasa fue de 66.8 por 100,000. En las enfermedades isquémicas del corazón se observa mayores tasas en hombres con 62.4 por 100,000 hombres, mientras que en las mujeres la tasa fue de 43.1 por 100,000 mujeres.

Se observan diferencias más pequeñas, por sexo, en la "Neumonía", en las "Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores", en las "Enfermedades cerebrovasculares" y en la "Diabetes mellitus"; sólo que en este último caso, las mujeres presentan tasas más elevadas que los hombres, 28.1 y 21.9 por 100,000 respectivamente. Un análisis de las causas de muerte en Panamá, ubica a la enfermedad infecciosa en el primer lugar durante la década de los años sesenta. Sin embargo, a la fecha esta posición es ocupada por una Enfermedad Crónica No Transmisible, y los eventos de Causa Externa (homicidios), al igual que para esa década de los sesenta ocupa los primeros lugares en el 2010. La excepción es el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) como Enfermedad Transmisible, que en los últimos años se ha identificado entre las primeras 10 causas de muerte en el país.

Con una proporción de población con 60 y más años que envejece cada día, incrementa cada vez más a las enfermedades crónicas y degenerativas como los tumores malignos, las enfermedades cerebro vasculares e isquémicas del corazón, Diabetes Mellitus y las Enfermedades Crónicas de las Vías Respiratorias Inferiores por mencionar algunas, esto ocasiona una alta demanda en los servicios de salud de alta tecnología, una larga estancia hospitalaria y altos costos. Esta transformación tanto demográfica como epidemiológica ha incrementado el costo de los servicios y por ende el gasto total en salud, tanto público como privado.

Durante el periodo 1970-1980 se observa un descenso rápido de la mortalidad infantil, que se hace gradual desde la década del 80 hasta el año 2010. La tasa de mortalidad neonatal para el año 2012 evidencia un significativo aumento de 1.5 muertes por 1000 NV (6.8 a 8.3) mientras que la tasa de mortalidad postneonatal ha mantenido un descenso gradual hasta alcanzar el 6.1 en el 2012.

Mortalidad Infantil

En general las muertes de los menores de un año son causadas por factores relativos al embarazo y parto, tal es el caso de los nacimientos prematuros y las malformaciones congénitas; así como por enfermedades infecciosas como las neumonías, las diarreas y gastroenteritis.

Según cifras del 2008 al 2012, a nivel provincial, la tasa de mortalidad infantil más alta la ostenta la provincia de Bocas del Toro, Darién y las comarcas, cuyos menores de un año tienen un riesgo entre 1.2 a 2.4 veces mayor que la tasa nacional y 3.6 veces mayor que los menores de un año de la provincia de Los Santos (9.5x1000NV).

Tasa de mortalidad infantil del país

Muestra una tendencia a la disminución en las últimas seis décadas de 40.5 x1000 nacidos vivos, en 1970 a 14.3 en el 2012, según el desarrollo urbano-rural, siendo las provincias de Bocas del Toro, Darién y La Comarca Guna Yala las que han mostrado las tasas de mortalidad infantil más altas del país en las últimas décadas.

La mortalidad materna

En la República de Panamá, presentó un aceptable descenso entre la década de 1970 (1.4) y 1980 (0.7), desde entonces, se ha mantenido sin variaciones. El comportamiento de la tasa de mortalidad entre provincias y comarcas es muy diverso. Para el año 2010 el rango de tasa va desde 0.4 defunciones por 1000 nacidos vivos en Panamá y Chiriquí hasta 24.5 defunciones por 1000 nacidos vivos en la Comarca Ngabe Bugle y para el año 2012, la tasa más baja la presentó Veraguas (0.2) y la más alta la Comarca Ngabe Bugle (34.5) la cual aumento en un 41 % en dos años.

Se ha implementado distintas estrategias en vías de mejorar el acceso a los servicios de salud buscando ofrecer salud con calidad. Estas estrategias están basadas en el "Proyecto de Mejora de la Equidad y Desempeño en Salud y el Programa de Mejoramiento de la Equidad y Fortalecimiento de los Servicios de Salud", tales como:

Las Jornadas de Atención Primaria Ambulatorias de Salud: son esperadas y aprovechadas por la población que está desempleada ya sea beneficiaria o no asegurada y tienen buena aceptación.

Ferías de la salud organizadas: tienen sus beneficios en temas de la promoción y prevención.

Extensión de horario: las estrategias de extensiones horarias los días de semana y la apertura de Centros de Salud los fines de semana, para dar respuesta a las necesidades específicas de los hombres y las mujeres de la clase trabajadora para cerrar la brecha de la inequidad y mejorar la oportunidad en atención.

Sistema de Protección Social (SPS), Red de Oportunidades (RO) dirigido a pobres y a pobres extremos, con la finalidad de ampliar coberturas de atención a la población priorizada, para mejorar el acceso a los servicios básicos de salud.

El Plan Estratégico de Gobierno de Panamá (PEG-2015 2019) da cumplimiento a la Ley 34 de 2008, sobre Responsabilidad Social Fiscal.

El Plan se formula para orientar y concretar las líneas de la acción estratégica de Gobierno, en un contexto global que presenta tendencias e indicadores expresivos de cambios en las dinámicas socio-económicas y ambientales dominantes a nivel mundial, regional y a escala local.

El MINSA ha dispuesto el derecho de acceso universal a los servicios de salud de forma gratuita en sus instalaciones: a los niños hasta los cinco años de edad, a las mujeres durante el embarazo, parto y post parto, a las personas con discapacidad y a la población indígena y rural de mayor postergación. Para ello se ha implementado modelos de atención externalizados, mediante una red itinerante, acompañado de un modelo de gestión en salud individual, familiar, comunitaria y ambiental. Logrando avances en mejoras de las estadísticas materno-infantiles y la cobertura de agua potable.

MINSA realiza además un programa integral de fortalecimiento de la atención primaria en salud. Este programa, incluye, entre otras las siguientes acciones prioritarias: Construcción y equipamiento de Centros de Atención Primaria en Salud Innovadores (MINSA/CAPSI); Continuación, evaluación y fortalecimiento de la Estrategia de Extensión de Cobertura; Adecuación y Equipamiento de la red existente; Mejoramiento de la cadena de suministro de productos farmacéuticos, con énfasis en la atención primaria y la calidad.

Mejoramiento de la coordinación entre el MINSA y CSS. En tal sentido, se piensa crear entre ambas instituciones un acuerdo de coordinación de inversiones para evitar la duplicidad y el uso ineficiente de las infraestructuras.

Igualmente, se está reactivando un diálogo entre ambas instituciones para funcionar con responsabilidad compartida frente a la población demandante de los servicios de salud y así evitar el subsidio a la población derechohabiente en detrimento de la población no asegurada.

Esto se intenta lograr con la red de telemedicina y tele radiología, la automatización e informatización de expedientes médicos a nivel nacional en 100 centros de salud y el fortalecimiento del sistema.

El Modelo de Atención y la Salud Integral a la Población

La propuesta del Modelo de Atención Individual, Familiar, Comunitario y Ambiental está basado en la Estrategia de Atención Primaria en Salud Renovada, que incorpora el Derecho a la Salud, la atención integral, integrada y continua y desarrolla el abordaje individual, familiar, comunitario y ambiental para incidir de manera efectiva en los factores determinantes de la salud.

Retos actuales del Modelo son el fortalecimiento de la atención primaria renovada en función de la red integrada de servicios de salud (RISS), reorientación del proceso de atención hacia las acciones de promoción y prevención de daños y riesgos del individuo, familia, comunidad y el ambiente, optimización del proceso de la gestión de recursos y disminución de las desigualdades en la asignación presupuestaria, impulsado la gestión eficiente de los recursos con la actualización de la competencia de los profesionales en salud, promoviendo la participación en la gestión de profesionales y ciudadanos, buscando el desarrollo de los instrumentos de gestión que permitan hacer operativo este modelo.

Caracterización de la oferta

Actualmente la República de Panamá cuenta con una cartera de servicios de cerca de 915 instalaciones públicas, de las cuales 835 pertenecen al Ministerio de Salud y 80 a la Caja de Seguro Social. Cerca de 212 instalaciones de primer nivel de atención, poseen al menos, un equipo básico de salud, el cual además de brindar atención intramuros, se encarga por medio de equipos de respuesta rápida de las acciones de vigilancia epidemiológica y de desastres del área.

Recursos Humanos

De acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística y Censo, en las instalaciones de salud había 4.404 médicos (uno por cada 742 habitantes) en 2006 y 4.904 (uno por cada 704 habitantes) en 2009. En 2006 había un enfermero por cada 869 habitantes, proporción que ascendió a uno por cada 780 habitantes en 2009.

Los médicos se concentran en la ciudad de Panamá, donde hay 2.561, un poco más de la mitad de todos los médicos para un tercio de la población total del país. En 2008, en la ciudad de Panamá había 32,3 médicos por 10.000 habitantes, mientras que en la provincia de Darién había solo 5,7 médicos por 10.000 habitantes.

SEIS – Sistema Electrónico de Información de Salud; Implementación de la digitalización

Desde marzo del 2014, se inició la tarea de digitalizar los expedientes y registros médicos en las regiones de salud de Coclé, Herrera y Los Santos, con la tecnología de in-

formación en salud (TIS) buscando un modo de orden y dejando poco a poco los cartapacios. A finales de julio 2014 se organiza un equipo conductor nacional (ECN) conformado por representantes de las direcciones nacionales involucradas y se solicita conformar equipos conductores regionales (ECR) y equipos conductores locales (ECL) en las regiones de salud en donde se implementa el expediente clínico electrónico.

El Software permite la automatización de los documentos, facilitando la recuperación de los expedientes para mayor rapidez a la hora de atención del paciente. Es importante mencionar que el Expediente Clínico Electrónico, ha permitido homologar formatos procedimientos, elaborar bases legales requeridas como la Resolución para los medicamentos de uso prolongado, trabajar normativas pendientes, en fin mejorar nuestros procesos y por ende la atención que brindamos a nuestros usuarios.

Otras Intervenciones de Salud

Vacunación, Panamá es el país que cuenta con el esquema de inmunización vacuna más amplio de Latinoamérica, y de muchos otros países. Las vacunas a nivel nacional se adquieren a través del MINSa. Durante los últimos 5 años el país ha invertido un total para el período (2007-2011) sesenta y tres millones doscientos cincuenta mil sesenta; B/.63 250 060.

Se introdujo nuevas vacunas en el esquema de inmunización, tales como contra la hepatitis A, el toxoide tetánico diftérico acelular (Tdap), la vacuna contra el virus del papiloma humano y la antineumococica de polisacáridos. El trabajo arduo del equipo de salud de barrer el país para proteger a toda la población en Jornadas masivas de Vacunación, así como la búsqueda intensiva casa por casa de desertores e inasistentes a nuestras instalaciones de salud.

Inversión en Salud y Financiamiento

Panamá es uno de los países de la región que proporcionalmente destina uno de los más altos porcentajes de su producto interno bruto para la salud (8.2% en el 2011). De esta cantidad se estima que para el mismo año, cerca de B/. 673 millones (33%), fueron aportados directamente de los bolsillos de los ciudadanos, bien sea como compra directa de bolsillo o pago de seguros pre pagados.

El resto de los recursos (cerca de B/.1, 693 millones), son financiados entre el Sistema de Seguridad Social (B/. 602 Millones) y el Ministerio de Salud (B/.1, 091 millones). Si lo miramos como inversión total per cápita, el estado panameño destinaría cerca de B/.703 dólares por persona por año. Si analizamos los montos informados por el MINSa de los recursos que son financiados con inversión externa en salud, vemos como durante los últimos siete años, esta clase de recursos no retornables, no superaron los B/.10 millones de dólares al año, lo que

representa menos del 0.3% del Gasto total en Salud. Esto es coincidente con el hecho que debido a los importantes logros en el PIB per cápita, la mortalidad infantil y los porcentajes relativamente bajos de pobreza total, el país no es considerado como prioritario para la inversión de agencias de cooperación externa.

Medicamentos

El MINSa por su parte incrementa su presupuesto de 23.2 millones de balboas en el 2007 a 53.4 millones de balboas en el 2011 de medicamentos, lo cual suma un monto de 157.8 millones de balboas en la compra de medicamentos requeridos por los asegurados y no asegurados del sector público de salud para el año 2011. La CSS registro un incremento en el presupuesto de compra de medicamentos de 76 millones de balboas en el 2007, a 104.4 millones de balboas en el año 2011.

Actualmente la lista Oficial de Medicamentos contiene más de 604 renglones de medicamentos para atender los problemas de los asegurados y 382 renglones de medicamentos para los no asegurados de todo el país En el 2010 el nivel de abastecimiento de medicamentos del MINSa era de un 75.14%, y para la CSS se alcanzó reducir el porcentaje del desabastecimiento de medicamentos de un 12% registrado como promedio en el año 2009, a un 5% a 6% en septiembre del año 2010.

Proyectos de Infraestructura

Con los nuevos proyectos el MINSa busca aumentar la capacidad resolutive de la red de servicios de salud y cumplir eficaz y eficientemente con la prestación de servicios; para que los recursos asignados puedan dar respuesta a las necesidades (perfil epidemiológico) evidenciadas, jerarquizadas y priorizadas que afectan a una población definida en un lugar y tiempo determinado, facilitando que los beneficios estén al alcance de todos los individuos y familias. Actualmente construidos: 5 nuevos hospitales, por aproximadamente, B/. 386 millones y 20 centros de atención primaria en salud innovadora (CAP-SI). Ampliación de coberturas de atención: se diseñó una estrategia de extensión de cobertura de servicios básicos de salud y nutrición que consiste en un conjunto de mecanismos, basados en la atención primaria en salud (APS), a través del cual se busca mejorar la accesibilidad de la población rural pobre a los servicios de salud y nutrición reduciendo las inequidades y favoreciendo a los grupos más vulnerables.

A partir del año 2009 el Ministerio de Salud de Panamá, inició la ejecución de una nueva etapa de la estrategia de extensión de cobertura, mediante la provisión del PAISS+N (a través de Organizaciones Extra institucionales y Equipos Institucionales) dirigidos a población indígena y la PSPV (Equipos Institucionales) dirigido a población no indígena. Ambas modalidades de la estrategia suponen la provisión de una cartera de prestaciones priorizadas compuesta por 15 servicios que detallo a

continuación: servicios de promoción, prevención y atención, dirigidos a la población pobre en el área rural con dificultades de acceso geográfico a los servicios de salud y nutrición.

Todos esto, a través de equipos básicos de salud itinerantes conformados por médico, enfermera, técnico en enfermería, nutricionista, técnico en saneamiento ambiental o educador para la salud y conductor y equipos comunitarios conformados por promotores de salud, parteras comunitarias, auditores sociales, monitoras, miembros de los comités de salud y juntas administradoras de acueductos rurales.

La Reducción de la Desnutrición

En el año 1997 prevalencia de desnutrición en menores de 5 años, según áreas y peso para edad por estándar de OMS en la República de Panamá en el área urbana era de 5.6 y para el 2008 de 3.9 fuente la Encuesta de Niveles de Vida. 1997, 2003, 2008.

Estrategias para Erradicación de la Desnutrición

Programa de Alimentación Complementaria (PAC) entrega bimensual a nivel nacional; entrega de Micronutrientes y Vitamina A; suministro de Antiparasitarios en menores de 5 años; AIN-C (Atención Integral a la Niñez a nivel comunitario); promoción en la Lactancia Materna; educación Nutricional en la Atención primaria; controles de crecimiento y desarrollo; atención a la Morbilidad; reglamentación de la Ley 50 fomento y protección de la lactancia materna; creación de Bancos de Leches.

Monitoreo del ion flúor en el agua de consumo humano

En el periodo que abarco 2010- 2012 se incrementó las intervenciones de eficacia comprobada mediante el mantenimiento y mejoramiento de los programas preventivo como el monitoreo del ion flúor según semana epidemiológica, se crea e implementa el formulario de informe epidemiológico de ion flúor en el agua de consumo humano, y se sistematiza la información que se recibe del Instituto Conmemorativo de Investigación del Gorgas, IC-GES, para evitar los informes escritos, en apoyo al proyecto Panamá sin papel, ahorrando tiempo en el flujo de la información.

Consumo de Tabaco en Panamá

En el año 2007, dos años después de la implementación de algunas medidas atinentes a avanzar en la implementación del CMCT y que se recogen el Decreto 17, dos años después de su entrada en vigor, se realizó la Encuesta Nacional de Salud y Calidad de Vida (ENSCAVI), que aplica la metodología de encuesta de hogar y cuya muestra alcanzó 25,748 personas de 18 años y más de las áreas urbano, rural e indígena, donde se estimó una

prevalencia de consumo de tabaco de 9.4% con un diferencial entre hombres y mujeres de 17.7% y 3.9%, respectivamente. En este estudio se identificó que la población residente en el área indígena tenía una prevalencia mayor al promedio nacional y alcanzaba el 13,5% (masculino: 24.8% - femenino: 5.0%).

En el año 2012, Panamá aplicó por tercera vez la Encuesta Mundial de Tabaco en Jóvenes, encontrándose que a pesar de las disposiciones de control de tabaco existentes en el país, hubo un repunte de prevalencia actual de consumo de tabaco en comparación con las cifras estimadas para el 2008, situación que se reflejó tanto para chicos como para chicas. La prevalencia actual se situaba en un 8,3% en el 2008 y en 12,7% en el 2012. En el caso de los cigarrillos, la prevalencia de consumo en el 2008 fue de 4,3% (3,0 – 6,2) y en el 2012 en 5% (4.2 - 5.9), aunque se reporta un ligero incremento de la prevalencia, no se estimaron diferencias estadísticamente significativas, tanto para la prevalencia general, como por sexo.

Otros Proyectos

Actualmente se está llevando a cabo la construcción del tercer juego de esclusas del Canal de Panamá, este proyecto surge ante las necesidades crecientes de Canal de Panamá y de ampliar la oferta canalera surge la necesidad de un tercer juego de esclusas. En panamá el 91.8% de la población panameña tiene acceso a agua potable según el censo del año 2010, lo que supone que cerca de 3.4 millones de personas en el país cuentan con este recurso de manera fiable y saludable, un incremento de 13.1% en comparación con el censo del año 1990, en el cual solo el 81.2% tenían acceso a agua potable.

El proyecto saneamiento de la bahía de Panamá

Es un proyecto que se ha venido ejecutando desde hace varios años. Actualmente, su avance general se encuentra alrededor de un 80% y busca recuperar las condiciones sanitarias y ambientales del área metropolitana y la eliminación de contaminación por aguas residuales no tratadas en ríos urbanos y en las zonas costeras de la bahía de panamá; el mismo esta conceptualizado en cuatro componentes: construcción de redes sanitarias, construcción de líneas colectoras, construcción del sistema interceptor y por último, construcción y operación de una planta de tratamiento de aguas residuales.

REFERENCIAS

- [1] Ministerio de Salud de Panamá, 2010-2015. Políticas y Estrategias de Salud, República de Panamá.
- [2] Ministerio de Salud de Panamá, 2000-2004. Políticas y Estrategias de Salud, República de Panamá.
- [3] Ministerio de Salud de Panamá, 2011-2015. "Plan Estratégico Nacional para la Prevención y el Control

- Integral de las Enfermedades No Transmisibles y sus Factores de Riesgo". República de Panamá.
- [4] Ministerio de Salud de Panamá, 2010. Programa Nacional de Cuidados Paliativos.
- [5] Ministerio de Salud de Panamá, 2013. Situación de salud en Panamá.
- [6] Ministerio de Salud de Panamá, 2007. Situación de Salud Mental en Panamá
- [7] Organización Mundial de la Salud, 2010-2011. Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles. Ginebra.
- [8] Organización Panamericana de la Salud, 2003. "Epidemias Mundiales Desatendidas: Tres Amenazas Crecientes". Informe Sobre la Salud en el Mundo.
- [9] Ministerio de Salud, Dirección de Planificación, Departamento de Registros y Estadísticas de Salud. del Ministerio de Salud.
- [10] Instituto Nacional de Estadísticas y Censo. Contraloría General de la República de Panamá. Año 2012-2015.
- [11] Contraloría General de la República de Panamá Dirección de Estadísticas y Censo. Estadísticas Vitales, Año 2013
- [12] Contraloría General de la República de Panamá Dirección de Estadísticas y Censo. Encuestas de Hogares, años 2010, 2011, 2012.
- [13] Contraloría General de la República de Panamá, Instituto Nacional de Estadística y Censo (INEC) de la Contraloría General de la República, en conjunto con la Dirección de Análisis Económico y Social del MEF, Encuesta de niveles de vida, año 2013.
- [14] Ministerio de Salud, Dirección de Planificación, Departamento de Análisis y Tendencia de Salud. 2005.
- [15] Ministerio de Salud, Dirección de Planificación, Departamento de Registros y Estadísticas de Salud, Boletines 2010, 2011, 2012.
- [16] Ministerio de Salud Memoria 2010, 2011 y 2012.
- [17] Ministerio de Salud, Registro Nacional del Cáncer, año 2011, 2012.
- [18] Ministerio de Salud, Dirección de Planificación, Departamento de Formulación y Evaluación de Presupuesto y Proyectos de Inversión, Anteproyecto de presupuesto de Inversiones 2015.
- [19] Ministerio de Salud, Dirección de Infraestructura de salud, Consolidado del presupuesto de funcionamiento e inversiones del 2014.

ENLACES

- [1] <http://www.atp.gob.pa/>
- [2] <http://panama.unfpa.org/poblacion-panama>
- [3] <http://www.minsa.gob.pa>
- [4] <http://www.contraloría.gob.pa>
- [5] <http://www.ignpanama.anati.gob.pa>
- [6] <http://www.miambiente.gob.pa>
- [7] <http://www.hodromet.gob.pa>
- [8] <http://www.etesa.gob.pa>
- [9] <http://www.energia.gob.pa>
- [10] <http://www.asep.gbc.pa>
- [11] <http://www.presidencia.gob.pa>
- [12] <http://www.pancanal.com>
- [13] <http://www.mef.gob.pa>
- [14] <http://www.sinaproc.gob.pa>
- [15] <http://www.css.org.pa>
- [16] http://www.gacetaoficial.gob.pa/pdfTemp/27708_A/49707.pdf