ESTRATEGIA DE COOPERACIÓN CON EL PAÍS
PANAMÁ
2007-2011

"NUEVOS ESCENARIOS PARA VIEJOS RETOS"

ÍNDICE

Sección 1
Introducción 3

Sección 2
Desafíos del desarrollo y la salud en el país 5

I. Aspectos políticos 5
II. Aspectos socio-económicos 7
III. Aspectos demográficos 12
IV. Mortalidad y morbilidad 15
V. Sistema de salud 21
VI. Salud del ambiente 27

Sección 3
Cooperación al desarrollo y alianzas estratégicas: Tendencias, instrumentos y coordinación 29

Gestión de tipos de cooperación internacional 29
Principales agencias y programas del SNU y la estrategia de cooperación conjunta 31
La cooperación de la OPS y alianzas con otros organismos 33
Política de relaciones internacionales y cooperación técnica hacia el futuro 33

Sección 4
Actividades actuales de cooperación OPS/OMS Panamá 35

Breve reseña histórica 35
Proceso de cooperación 36
Oficina de la Representación 38
Apoyo de la Oficina Regional 41
Participación de Panamá en los cuerpos directivos de OPS y OMS 42

Sección 5
Directrices globales y regionales de la Cooperación de la OPS/OMS 44

Metas globales de la Organización Mundial de la Salud 44
Estrategia Regional de la Organización Panamericana de la Salud 45
Agenda Salud de las Américas 45
Plan estratégico 2003-2007 46

Sección 6
Agenda estratégica:
Prioridades acordadas conjuntamente con respecto a la Cooperación de la OPS/OMS en el país y con el país 48

Objetivos estratégicos 48
Ejes transversales 49
Consolidar el posicionamiento de la salud en la agenda de desarrollo nacional 49
Fortalecer la institucionalidad del sector salud 52
Promover la salud individual, familiar y comunitaria 54
Apoyar acciones para la prevención y control de enfermedades e intervenciones sobre la salud ambiental y otros determinantes de salud 56
Consolidar el sistema de información y desarrollo de la inteligencia sanitaria 57

Sección 7
Implementación de la agenda estratégica:
Implicaciones para la Secretaría de la OPS/OMS, seguimiento y próximos pasos en cada nivel 60

Implementación de la agenda estratégica 60
Implicaciones generales para la oficina en el desarrollo de la cooperación 61

Anexo.
Matriz de implementación de la agenda estratégica 63

Sección 1
Introducción

Panamá una joven República, cuya economía y organización social democrática se encuentran en pleno crecimiento, ha procesado en las últimas cuatro décadas paulatinos cambios en sus determinantes de la salud que la han llevado a superar muchos de los retos que las enfermedades transmisibles le imponen a los países en desarrollo. Sin embargo, el modelo de desarrollo y las políticas redistributivas seguidas en el país han generado un fenómeno de polarización social (manifiesto en los niveles de pobreza que alcanzan a aproximadamente 40% de la población) y epidemiológica (donde se traslapan enfermedades transmisibles y no transmisibles en todos los estratos de población). A su vez, han emergido nuevos retos producto de la transición social y demográfica, que exigen concentrar parte importante de la atención en las poblaciones jóvenes y adultas mayores, sin descuidar los logros alcanzados en materia de salud materna infantil.

El país tiene un importante gasto en salud (8,4% del PIB)[1] que denota el esfuerzo del Estado (US$ 794 millones) y de las familias (US$ 360 millones), para lograr una mejor salud. No obstante, esta inversión no ha logrado cumplir los objetivos de reducción de la desigualdad en el acceso y logro de la salud, visible sobre todo en las poblaciones urbano marginales, rurales y pueblos indígenas[2]. Adicionalmente, la contribución externa no reembolsable en salud representa cerca del 1% de la inversión total en salud hecha en el país.

Los ejercicios de sistematización y evaluación de la cooperación con el país, que se realizan bianualmente por OPS/OMS y quinquenalmente por otras agencias del Sistema de las Naciones Unidas, han identificado necesidades y prioridades, ligadas al avance del país en el cumplimiento de los objetivos del milenio[3]: la disminución de la pobreza mediante la ejecución de acciones que faciliten el acceso a los beneficios sociales y el empleo; la reducción de la desnutrición mediante apoyo a la seguridad alimentaria; la igualdad de género reforzado mediante estrategias de participación social, equidad de ingresos y reducción de la violencia intrafamiliar; el fortalecimiento de instituciones y comunidades para el desarrollo de estrategias de promoción de salud, prevención de enfermedades, reducción de la mortalidad materna e infantil desarrollando un modelo de atención integral; apoyar las acciones que lleven a combatir el VIH/SIDA y otras enfermedades transmisibles; fortalecimiento de los marcos normativos que aseguren la sostenibilidad del medio ambiente y la promoción de nuevos mecanismos de participación ciudadana con una visión del desarrollo integral fundamentado en los Derechos Humanos.

Marco de referencia

El Ministerio de Salud (MINSA) ha definido las Políticas Nacionales de Salud 2004 – 2009[4], el mismo que recoge aspectos fundamentales de la propuesta regional de la OPS/OMS para el Desarrollo Nacional de la Salud, entendido como un proceso nacional dirigido a lograr mejores niveles de salud y bienestar de la población, a fomentar la incorporación de la salud en los planes y programas nacionales de desarrollo y a asegurar que las poblaciones alcancen su mayor potencial y mejor calidad de vida. Estos dos elementos se encuentran firmemente

[1] Organización Mundial de la Salud. *Informe sobre la salud en el mundo 2005 ¡cada madre y cada niño contarán!* Ginebra, Suiza. 2005

[2] Instituto del Tercer Mundo. *Social Watch Informe 2005, Rugidos y murmullos. Género y pobreza: más promesas que acciones*. Montevideo, Uruguay 2005.

[3] Sistema de las Naciones Unidas, Panamá. *Análisis conjunto del país (Borrador de discusión)*. Panamá, 2006.

[4] Ministerio de Salud. República de Panamá. *Políticas y estrategias de Salud* Publica 2005 - 2009. Panamá, 2006

vinculados a las tres agendas establecidas por OPS: la necesidad de proteger los logros alcanzados (con objeto de mejorar la eficiencia de los sistemas de salud y promover el incremento de los presupuestos nacionales para salud), resolver la agenda inconclusa (que refleja los principios de equidad y respeto al derecho individual y colectivo de disfrutar de condiciones dignas de vida, tal como se definió en el llamamiento de Salud para Todos) y afrontar los nuevos desafíos a la salud (que requiere abordar la extensión de la protección social en salud como contribución a reducir el problema de la exclusión en materia de salud)

Ejes estratégicos de la cooperación de OPS/OMS en Panamá

Desde esta perspectiva, el desarrollo de la salud en el país, se ha concebido como un proceso nacional que requiere generar gobernabilidad, rectoría y liderazgo en salud poblacional, que cuente con la más amplia participación social, orientado a reducir las brechas y lograr la equidad. Las áreas temáticas y las modalidades de trabajo que actualmente se han adoptado buscan que la cooperación técnica aporte en; a) la construcción y fortalecimiento de las capacidades nacionales y locales para la generación de inteligencia sanitaria, b) la reducción de las inequidades en salud, c) la extensión de protección social, d) el uso de modelos de atención de la salud basados en estrategias de promoción y prevención, y e) el desarrollo de los recursos humanos en salud

Los ámbitos de la cooperación OPS/OMS se dirigirán a propiciar intervenciones sanitarias hacia las ***poblaciones de mayor pobreza***, para resolver la agenda inconclusa en salud, hacia las ***instituciones rectoras***, para fortalecer sus capacidades y reforzar la respuesta integral vinculada al desarrollo con equidad y las necesidades de salud de la población y a las ***instancias sociales y la sociedad civil*** como parte de los otros actores en el desarrollo nacional de la salud, para facilitar la coordinación y óptima utilización de todos los recursos disponibles para salud, catalizando sinergias y complementariedades entre los diferentes actores del desarrollo nacional de la salud.

Sección 2
Desafíos del desarrollo y la salud en el país

Panamá se caracteriza como un país de ingresos medios altos[5], cuya economía muestra un sostenido crecimiento y está basada en un sector de servicios altamente integrado al comercio internacional[6]. Sin embargo, el 40% de su población se encuentra en pobreza[7] y la deuda pública asciende al 70% del PIB[8]. Los indicadores del desarrollo económico y social muestran que los más excluidos de ejercer sus derechos son los pueblos indígenas (19 % y 35 % de los pobres y extremadamente pobres de la nación)[9].

En plena transición demográfica, el país es predominantemente urbano, joven y con una creciente proporción de adultos mayores, muestra avances en sus indicadores de salud y afronta los retos de la polarización epidemiológica con inequidades que se concentran en las poblaciones urbano marginales, rurales y los pueblos indígenas.

Los perfiles de morbilidad y mortalidad exhiben procesos mórbidos asociados a estilos de vida y comportamientos no saludables, incluidos los accidentes y violencia, que se encuentran fundamentalmente en las poblaciones urbanas, a la par que procesos ligados a las condiciones inapropiadas de vida y la falta de acceso y de capacidad resolutiva a los servicios de salud, que se concentran en las áreas rurales fundamentalmente indígenas, muchos de ellos relacionados a la pobreza y la exclusión social.

La atención de salud es provista por el MINSA y la Caja del Seguro Social (CSS). Actualmente el 67% de la población panameña es beneficiaria de la seguridad social, a través de la CSS. Ambas instituciones permanecen separadas imponiendo un sobrecosto al sistema de salud y aunque se propuso una ley de Reforma de la Seguridad Social, esta finalmente se concentró en el régimen de retiro y pensiones[10]. El gobierno actual se encuentra implementando intervenciones focalizadas para la reducción de la pobreza y la mejoría de la salud y están pendientes los mecanismos que garanticen la sostenibilidad de la extensión de la protección social en salud. El gasto público y en salud, se encuentran entre los más altos de la Región; sin embargo, no se ha logrado aún cumplir con la reducción de la desigualdad existente, probablemente por una redistribución inadecuada.

I. Aspectos políticos

Desde su independencia de Colombia, Panamá es un estado soberano y una republica democrática, con un gobierno central elegido directamente por los ciudadanos, cada 5 años y gobiernos provinciales a cargo de Gobernadores, designados por el poder ejecutivo nacional. El poder legislativo está en manos de la Asamblea Nacional es unicameral y sus miembros son elegidos por voto directo en la misma elección presidencial; mientras que el poder judicial lo ejerce la Corte Suprema de Justicia, los tribunales y los juzgados establecidos por la ley. El gobierno actual fue elegido el 2 de mayo de 2004, su presidente Martín Torrijos del Partido

[5] Banco Mundial. *World Development Indicators Database,* 2005
[6] CEPAL. *Balance preliminar de las economías de América Latina y el Caribe.* Naciones Unidas, LC/G.2292-P Santiago de Chile, 2005.
[7] Ministerio de Economía y Finanzas, Dirección de políticas sociales. República de Panamá. *La pobreza en Panamá. Encuesta de niveles de vida – 2003, principales resultados*. Panamá junio 2005
[8] Ministerio de Economía y Finanzas, Dirección de análisis y políticas económicas. República de Panamá. *Informe económico anual 2004.* Panamá, 2004
[9] Ministerio de Economía y Finanzas, Dirección de políticas sociales. República de Panamá. *Perfil y Características de los Pobres en Panamá*. Panamá, 2003
[10] Ministerio de Economía y Finanzas, Dirección de análisis y políticas económicas. República de Panamá. *Informe económico anual 2005.* Panamá, 2005

Revolucionario Democrático, obtuvo el 48% de los votos. Entre los principales avances logrados por el actual gobierno, se encuentran:

- **Reorganización del Ministerio de la Juventud, la Mujer, la Niñez y la Familia (MINJUNFA)**, convirtiéndose en Ministerio de Desarrollo Social (Ley 29) actuando como el ente rector para los grupos de atención prioritarios, teniendo como objetivo principal, impulsar el desarrollo humano.
- **Creación del Consejo Nacional para la Integración Social de las Personas con Discapacidad (CONADIS)** como responsable por la elaboración y seguimiento al plan y de la coordinación de actividades e inversión del estado en el tema de Discapacidad y la **Secretaria Nacional para la Integración Social de las Personas con Discapacidad (SENADIS),** como instancia política de puente, entre el despacho presidencial y el CONADIS[11].
- **Creación de la Secretaría de Coordinación y Seguimiento del Plan Alimentario Nutricional (SENAPAN)**, elevando el tema a un asunto de Estado y generando un ágil proceso de evaluación y reformulación de la inversión en alimentación y nutrición hacia una mayor efectividad en los recursos.

El Gobierno ha buscado posicionar su liderazgo subregional en cuanto a políticas sociales y sanitarias promoviendo reuniones como la *"IV Cumbre de Jefes de Estado y/o de Gobierno de la Asociación de Estados del Caribe (AEC)"* que giró en torno al tema "El combate al hambre y la desnutrición infantil", así como el "Encuentro de esposas de Jefes de Estado", cuyo tema central fue "Discapacidad y pobreza, hacia una inclusión"[12].

Otros aspectos de la agenda política del actual gobierno se han concentrado en:

- **Reforma de la Seguridad Social:** Debido a la crisis financiera que venia afrontando y amenazaba con el colapso de la Caja del Seguro Social, el gobierno propuso una Ley que reformaba aspectos del sistema de pensiones y que fue detenida por presión social reformulándose a través de una Mesa de Diálogo amplia[13], que propuso la ley 51, sin incorporar cambios relevantes en la organización y funciones del sistema de salud
- **Ampliación del canal:** Esta iniciativa recientemente difundida en cuanto a sus aspectos técnicos y financieros[14], fue aprobada por la Asamblea Legislativa y se realizó un Referéndum Nacional, que a pesar de la oposición de un sector de la población (argumentando el alto costo y el endeudamiento ligado a ello[15]), el voto fue mayoritario a favor del "Sí", por un 76,8%.
- **La reforma tributaria:** En el 2004, el déficit fiscal excedió los USD 700 millones. El gobierno señaló, entre otras causas, la debilidad del sistema tributario. Se han efectuado y comenzado a aplicar cambios al Impuesto sobre la Renta y los incentivos, con cierta oposición de la población y el comercio[16].
- **Tratado de Libre Comercio (TLC):** El gobierno firmó un TLC con Singapur y finalizó las negociaciones con Chile sin mayores problemas, mientras que en las negociaciones con Estados Unidos de América (EUA), el punto de controversia fue un cambio exigido por Estados Unidos en las medidas sanitarias para el ingreso de productos estadounidenses al mercado panameño y viceversa. Las exigencias de EUA motivaron la renuncia del ministro de Desarrollo Agropecuario (enero del 2006). Las negociaciones continúan avanzando.

[11] El CONADIS y el SENADIS se instalaron el 1 de septiembre del 2004, primer día de mandato del nuevo gobierno.
[12] Esta reunión realizada el 29 de julio del 2005, congregó a las esposas de los Jefes de Estado y Gobierno de la AEC y otros responsables nacionales en el tema de discapacidad.
[13] Mesa de diálogo nacional por la Caja de Seguro Social. Informe del facilitador, resultados del diálogo. Consejo Nacional de Rectores. Panamá, noviembre 2005
[14] Autoridad del Canal de Panamá. *Propuesta de ampliación del Canal de Panamá, proyecto del tercer juego de esclusas*. Panamá, abril 2006
[15] Illueca J., Manfredo F,. Manduley J., Richa G., Illueca E. *Acerca de nuestro canal y nuestro mega puerto*. Panamá, marzo 2006
[16] El gobierno sancionó la *Ley 20 del 2002, de Responsabilidad fiscal* y la *Ley 61 del 2002 de Reforma Tributaria*. Esta ley intentó simplificar el sistema tributario y ampliar la base del Impuesto sobre la Transmisión de Bienes Muebles (ITBM) a los servicios (ITBMS).

II. Aspectos socio - económicos

Panamá tiene una posición geopolítica privilegiada que ha marcado su desarrollo histórico y ha influido en su avance económico. Calificado como un país de ingreso medio alto, es una de las más importantes economías de Centroamérica y de la región. El 2005 registró un Producto Interno Bruto (PIB) nominal de B/. 13.939.5 millones y un PIB per capita de B/. 4.084, que se encuentran en sostenido crecimiento (aumentos de 6,4% y 4,3% respectivamente respecto al año anterior)[17] (Figuras 1 y 2). No obstante, el crecimiento se concentró en el sector servicios (80% del PIB), con pocos encadenamientos hacia el resto de la economía, en tanto que la manufactura y la construcción aportan en conjunto un 12% y el sector agropecuario el restante 8 por ciento[18].

A pesar de su crecimiento, Panamá tiene un limitado ingreso tributario, lo que unido a un rígido gasto corriente (por la alta participación de los salarios y del servicio de la deuda pública), ha resultado en un creciente déficit del sector público no financiero que llegó a 5,6% del PIB. Este déficit se ha traducido en un aumento sustancial en la deuda pública, la cual llegó a alcanzar 70,2% del PIB en 2004[19]. El 86,4% de la Población Económicamente Activa (PEA) se encuentra ocupada, pero el 43% de ellos en actividades informales, que no garantizan acceso a la seguridad social[20].

Figura 1: Crecimiento del PIB. Panamá 1996- 2005

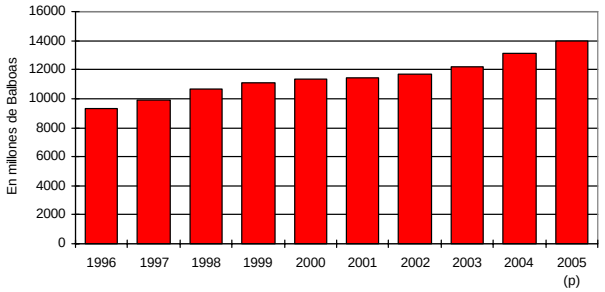


Figura 2: PIB per-capita y porcentaje de variación. Panamá 1996-2005

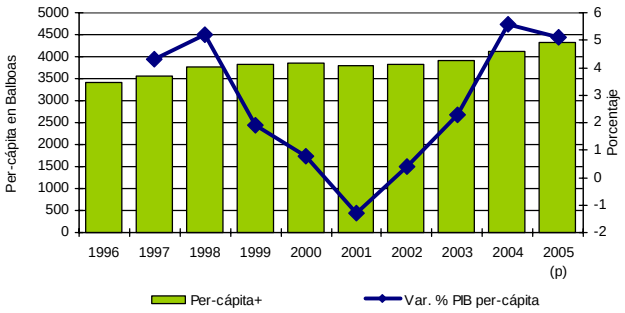
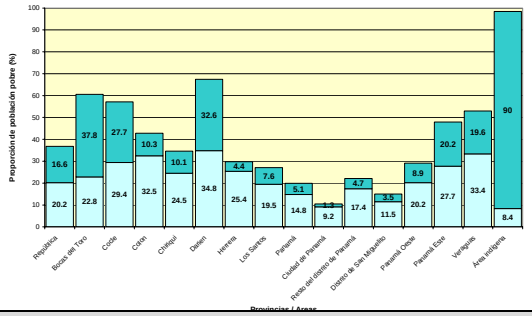


Figura 3: Niveles de pobreza según provincias. Panamá 2003



Fuentes: Figuras 1 y 2. Contraloría General de la Republica
Figura 3. Ministerio de Economía y Finanzas República de Panamá (Ref. 7).

Las actividades agrícolas, con una débil participación en la estructura del PBI (4,6%), emplean a un 16,6% de la población ocupada, en contraste con las actividades de transporte, almacenamiento y comunicaciones (que incluyen al Canal de Panamá, los puertos, la Zona Libre de Colón), que generan un importante volumen del PIB (16,8%) pero sólo emplean el 7,9% del contingente laboral ocupado, en tanto que el sector de intermediarios financieros con una participación de 7,8% en el PIB emplea sólo al 2%. Como se puede observar, la estructura económica de Panamá, fundamentalmente basada en servicios e intermediación, y que ha logrado éxitos en términos de la macroeconomía, es a la vez singularmente excluyente en la medida que se encuentra concentrada en el área metropolitana y sólo emplea al 14% de los panameños

[17] *Ibid 10*

[18] La participación del sector servicios como porcentaje del PIB alcanzó en promedio el 76% durante el periodo 1991-2003 (una de las más altas de Latinoamérica), mientras que la contribución del sector primario representó alrededor del 9% y la del industrial entre 11% y 8 por ciento.

[19] *Ibid 8*

[20] Contraloría General de la República. República de Panamá. *Cifras Definitivas de la Encuesta de Hogares 2005*. Dirección de Estadística y Censos. Panamá, agosto 2005.

ocupados. Los empleos tienen como tendencia la terciarización, informalización y disminución de la cobertura de la seguridad social[21]

La tasa de desocupación alcanzó 13,6% (2003), el desempleo es significativamente más elevado entre las mujeres y los jóvenes (el desempleo urbano masculino fue de 9%, en las mujeres 13% y en los jóvenes 34%). En el 2004, el 3% de los niños, niñas y adolescentes con edades entre 5 y 17 años laboraban en trabajos prohibidos por la legislación del país y/o convenios internacionales.

Pobreza

La bondad de los indicadores macro económicos nacionales, contrasta con los niveles de pobreza de la población: 36,8% de los habitantes son pobres y 16,6% viven en condiciones de extrema pobreza.[22] En las áreas urbanas del país, la pobreza total[23] y la extrema[24] alcanzan su menor nivel, 20% y 4,4% de su población, respectivamente. En las áreas rurales no indígenas la pobreza general afecta a 1 de cada 2 personas (54%) y 1 de cada 5 personas (22%) viven en pobreza extrema. En las áreas indígenas, la pobreza afecta al 98,4% de los habitantes y en pobreza extrema se encuentra el 90% de la población[25].

Panamá presenta uno de los más altos niveles de desigualdad del mundo: El quintil más rico recibe el 62,7% del ingreso, mientras el quintil más pobre acumula apenas el 1,5%; esta situación se refleja en los niveles de consumo anual por persona que para el quintil más pobre es de US$ 371 mientras que para el quintil más rico de US$ 4.803. Para el año 2003, 434.000 panameños (14,2% de la población) vivían con menos de 1 dólar por día, y de éstos, el 66%, era población indígena, el 31,9% era población rural no indígena y el 4% era población urbana[26].

Los niveles de pobreza total, mayor al promedio nacional, se encuentran en las áreas indígenas (Figura 3). Estas áreas corresponden a las comarcas indígenas de Ngöbe Buglé, Emberá Wounaan y Kuna Yala, en las que se encuentran los distritos con mayores porcentajes de población pobre (Figura 4).

Los niños y niñas menores de seis años, son los más afectados por la pobreza: tres de cada diez se encuentran en pobreza extrema (29,2%) y más de la mitad en situación de pobreza total (54,5%), esta proporción alcanza al 21,9% de la población de 6 a 18 años. Es decir el 51,1% de la pobreza extrema recae sobre la infancia y la juventud[27].

El país no cuenta con información que permita caracterizar la situación de la población afro descendiente.

---

[21] OIT, Oficina Regional para América Latina y el Caribe. *Panorama Laboral 2005, América Latina y el Caribe*. Lima, Perú, octubre 2005

[22] PNUD. *Informe Nacional de Desarrollo Humano Panamá 2002. El compromiso con el Desarrollo humano: un desafío nacional*. Panamá, 2002

[23] Línea de pobreza general: Corresponde a B/.953 de consumo total por persona al año, que incluye el costo de los alimentos mínimos requeridos, más un monto adicional para cubrir necesidades esenciales no alimenticias (vivienda, salud, educación, vestuario, transporte, entre otras). Las personas con un consumo anual por debajo del valor señalado, se clasifican en situación de pobreza total o pobreza general

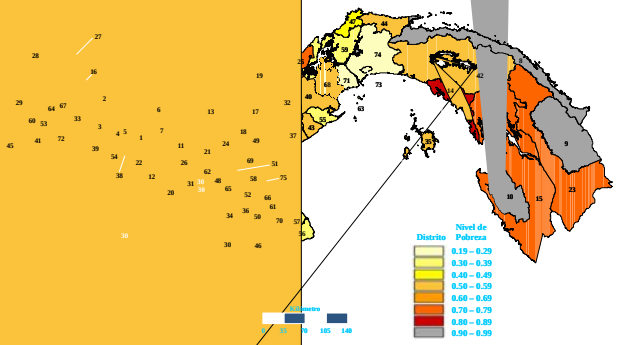
[24] Línea de pobreza extrema: Corresponde al valor del consumo de los requerimientos mínimos de alimentos por persona al año, equivalente al promedio de 2.305 calorías diarias por persona, con un costo estimado en B/.534 anuales. Las personas con un consumo total anual menor a este valor, se consideran en situación de pobreza extrema

[25] *Ibíd. 9*

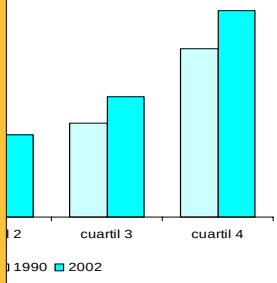
[26] BID. *Pobreza y desigualdad a nivel de áreas menores en Panamá*. Serie de estudios económicos y sectoriales. RE2-05-009. Washington D.C. Diciembre 2005

[27] *Ibíd. 7*

cia de Pobre por
anamá 2003



ingreso y cuartiles de
amá 1990 - 2002



ón de los cuartiles de
no. Panamá 2002

		2002	
IDHP	(IDHPp; pp%)	provincia	IDHP
0.307		Ngöbe Buglé	0.400
0.321	(0.416; 5.3%)	Emberá Wounaan	0.416
0.389		Kuna Yala	0.468
0.455		Darién	0.536
0.527	(0.621; 11.9%)	Bocas del Toro	0.629
0.578		Veraguas	0.634
0.584		Coclé	0.649
0.610	(0.678; 17.9%)	Colón	0.695
0.625		Herrera	0.702
0.627		Chiriquí	0.704
0.659	(0.734; 64.9%)	Los Santos	0.724
0.719		Panamá	0.743

DHPp: IDHP ponderado; pp%: peso poblacional (%)

terio de Economía y Finanzas
epública de Panamá (Ref. 10).
y 4. PNUD, Panamá (Ref. 28)

alta disparidad, así la
penas el 17,9% de la

Ayuda al desarrollo, comercio y

s: educación, longevidad, ingreso,

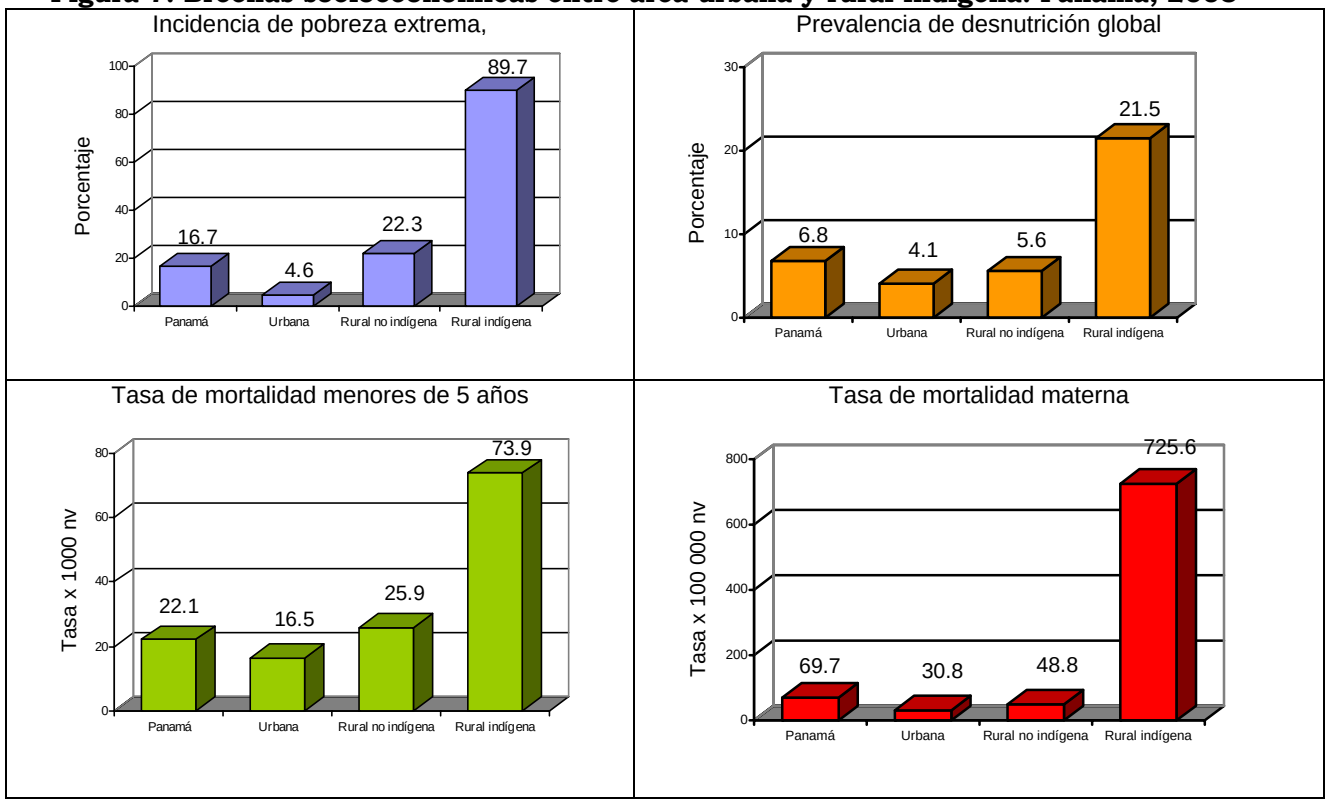
de la juventud, Panamá 2004

Algunos de los indicadores, como el ingreso, muestran que las brechas se han ampliado entre los cuartiles del IDH, pasando de 1.943 a 2.424 Balboas[32], entre 1990 y el 2002; es decir, la desigualdad en el ingreso promedio de la población entre los cuartiles de mayor pobreza (q1) y los de mayor riqueza (q4), pasó de 10:1 a 12:1

Ante esta situación de desigualdades que muestra grandes brechas en los niveles de desarrollo, de las condiciones de vida y salud, entre las áreas urbana y rural, podría hablarse de dos polos o "dos Panamás"; uno rico y desarrollado, concentrado en las grandes áreas urbanas, que recibe la mayor parte de la riqueza del país (casi dos tercios); y el otro pobre y excluido, en las áreas rurales e indígenas (comarcas), que apenas alcanza el 2% de la riqueza nacional[33].

Este panorama ha sido reflejado en las investigaciones[34] y el análisis de los resultados de las encuestas de niveles de vida en el país[35], como los, análisis de la situación de salud y otros estudios tomando como base datos censales y de encuestas por instituciones nacionales. La pobreza extrema es casi 20 veces mayor en las áreas rurales indígenas con respecto a la urbana; una brecha aun mayor se observa con relación a la mortalidad materna (ver figura 7). Por otro lado la mortalidad y la desnutrición en menores de 5 años, son cinco veces mayor entre los indígenas, comparado con las áreas urbanas. Esta situación está determinada en gran medida por el deficiente desarrollo social a nivel local en las áreas rurales e indígenas.

Figura 7: Brechas socioeconómicas entre área urbana y rural-indígena. Panamá, 2003



[32] Balboas constantes a 1987
[33] BID. Op. Cit.
[34] PNUD, Panamá. Informe de Desarrollo Humano, Panamá 2002 y Segundo Informe Objetivos de Desarrollo del Mileno, septiembre 2005
[35] Ministerio de Economía y Finanzas. Jerarquización de Corregimientos, según niveles de Satisfacción de Necesidades Básicas de Vivienda, Salud y Educación, diciembre de 2004 y Pobreza y desigualdad en Panamá: la equidad, un reto impostergable. Dirección de Políticas Sociales. Ministerio de Economía y Finanzas. Panamá, marzo de 2006

Las dos Panamá: brechas de desigualdad entre áreas urbano-rural e indígena.					
Indicadores	**Nacional**	**Urbana**	**Rural no indígena**	**Rural indígena**	**Razón Urb/ Rur-Indig**
Incidencia de pobreza, 2003 (% del total de personas)					
Total	37.2	20.6	54.2	98.5	4.8
Extrema	16.7	4.6	22.3	89.7	19.5
No extrema	20.5	16	31.9	8.8	0.6
No pobres	62.8	79.4	45.8	1.5	0.0
Indice de satisfacción de necesidades básicas, estratificado por distritos, 2000					
Porcentaje de la población con ISNB <20	-	0	1.81	98.19	
Porcentaje de la población con ISNB >=80	-	77.02	20.14	2.84*	0.0
Indice de desarrollo humano, 2004					
	0.707	0.776	0.576	0.363	0.5
Indicadores de salud, 2005					
Nacimientos registrados MINSA	60,263	38,930	18,439	2,894	0.1
Muertes en menores de 1 año registradas	980	533	340	107	0.2
Muertes en menores de 5 años registradas	1,334	643	477	214	0.3
Muertes maternas registradas	42	12	9	21	1.8
Tasa de mortalidad infantil x 1.000 nv	16.3	13.7	18.4	37.0	2.7
Tasa de mortalidad menores de 5 años x 1.000 nv	22.1	16.5	25.9	73.9	4.5
Tasa de mortalidad materna x 100.000 nv	69.7	30.8	48.8	725.6	23.5
Esperanza de vida al nacer (2003)	75.1	78.3	77.3**	-	
Hombres	-	-	-	63.2	
Mujeres	-	-	-	65.4	
Prevalencia de desnutrición, 2003 (% de niños menores de 5 años)					
Crónica	20.6	13.8	18.5	56.6	4.1
Global	6.8	4.1	5.6	21.5	5.2
Aguda	1.3	1.3	1.4	1.2	0.9
Sitio de atención del parto (% del total de partos)					
Hospital	80.7	89.8	84.7	22.6	0.3
Casa	9.3	1.1	7.5	57	51.8
Profesional que atendió el parto (% del total de partos)					
Médico o enfermera	87.2	96.2	90.2	31.5	0.3
Partera, curandero u otro tradicional o familiar	11.3	3.2	8.3	62	19.4
Mujeres con anticoncepción (% del total de partos)					
	48.1	50.7	42.9	9.5	0.2
Accesibilidad a servicios de salud (% del total de partos)					
Sin acceso a servicios de salud+	7.3	1.3	12.5	13.1	10.1
Alfabetismo en mayores de 15 años de edad (% del total de personas de 15 años y mas)					
Total	93.1	97.8	89	61.7	0.6
Hombres	94	98.1	89.2	76.8	0.8
Mujeres	92.4	97.6	88.7	47.7	0.5
Disponibilidad y condiciones de escuelas (% del total de escuelas)					
Buen estado	42.8	48.2	41.9	17	0.4
Suficientes aulas/salones	50.8	60.8	67.2	13.2	0.2
Suficientes maestros	59.3	66.2	67.6	35.8	0.5
Suficientes bancas	44.7	48.5	47.7	5.7	0.1
Promedio de 5 días de clase por semana	96.7	99.7	95.2	77.3	0.8
Población que recibe servicios e infraestructuras básicas (% del total de personas)					
Agua potable de acueducto	89.8	98	80.2	40.1	0.4
Servicio sanitario					
Conectado a alcantarillado o tanque séptico	52	70	6	18	0.3
Letrina	41	28	31	73	2.6
No tienen	7	1	63	8	8.3
Participación en organizaciones comunitarias	43.1	36.9	50.6	83.4	2.3

- dato no disponible * El índice de desarrollo humano en área rural indígena corresponde a la comarca Ngobe Bugle
** La esperanza de vida al nacer en el rural no indígena incluye a los indígenas. + Población que utiliza más de una hora al lugar de atención

Fuentes: Análisis y Tendencias de Salud. Dirección de Políticas de Salud. MINSA . Encuesta de Niveles de Vida 2003. MEF
Ministerio de Economía y Finanzas. Jerarquización de Corregimientos, según Niveles de Satisfacción de Necesidades Básicas de Vivienda, salud y educación. Diciembre 2004. Informe Nacional de Desarrollo Humano, Panamá 2002
CEPAL Los pueblos indígenas de Panamá: Diagnóstico sociodemográfico a partir del censo del 2000, junio 2005

III Aspectos Demográficos

La población de Panamá, estimada al 2006[36], alcanza los 3.283.959 habitantes, en su distribución según sexo hay un ligero predominio de los varones (51%).

Con una población predominantemente urbana (64%), Panamá se encuentra en un acelerado proceso de transición demográfica expresado en la tendencia al descenso de sus tasas de crecimiento poblacional (1,7%) (Figura 7), global de fecundidad (2,7) (Figura 8), de natalidad (19,8 por 1.000 hab.) y bruta de mortalidad (4,3 por 1.000 hab.) (Figura 17) [37]

Los cambios en la probabilidad de morir, en conjunto con el declive de la fecundidad, se reflejan en la estructura poblacional. En Panamá los menores de 15 años representan el 30% y las personas de 65 y más, el 6% de la población (Figura 10). Hoy, la edad mediana del poblador panameño se estima en 26 años (Figura 11), siendo el índice de envejecimiento el más alto de Centroamérica (25,9%).

Las dinámicas demográficas de las diferentes provincias, se asocian a sus patrones de desarrollo económico y social, la urbanización y los fenómenos migratorios, los que han modelado escenarios demográficos diferenciados (Figura 12). Las poblaciones de mayor desarrollo muestran pirámides de base angosta con una creciente población adulta mayor, las poblaciones de riqueza moderada muestran una progresiva disminución de población infantil, pero manteniendo población joven y entre las más pobres se distingue la base ancha de predominio de las poblaciones infantiles con un reducido volumen de población adulta mayor, en estas también es posible observar el impacto de la migración con una importante pérdida de población económicamente activa[38].

Figura 8: Tasa de crecimiento poblacional. Panamá 1950-2050

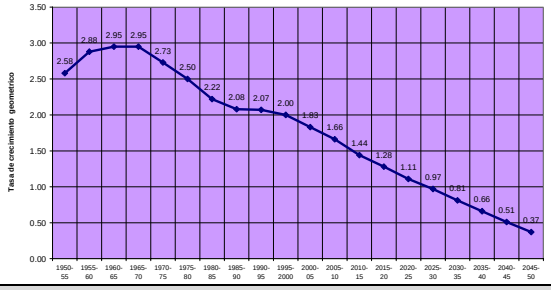


Figura 9: Tasa global de fecundidad. Panamá 1950 - 2050

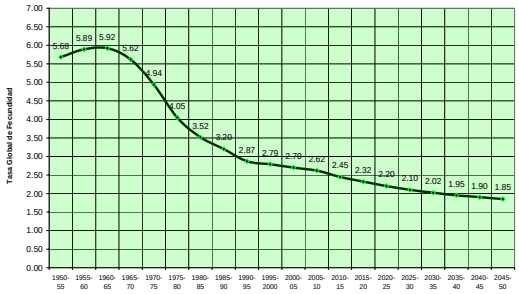


Figura 10: Crecimiento y distribución de la población panameña por grupos de edad. Panamá 1950 – 2050

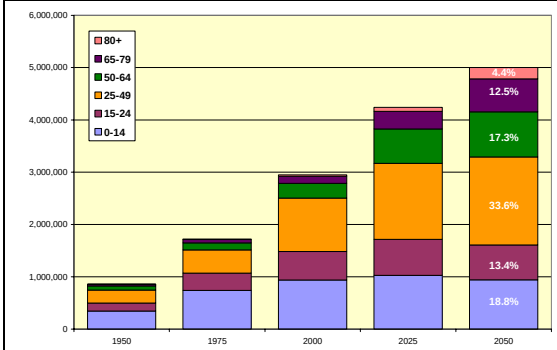
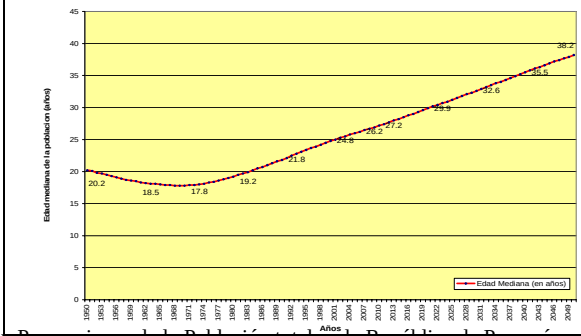


Figura 11: Edad mediana de la población. Panamá 1950 – 2050



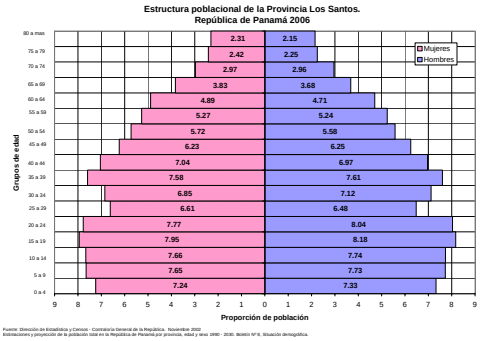
Fuentes: Figuras 5, 6, 7 y 8. Contraloría General de la República. Dirección de Estadística y Censos. República de Panamá (Ref. 37). Análisis OPS / OMS

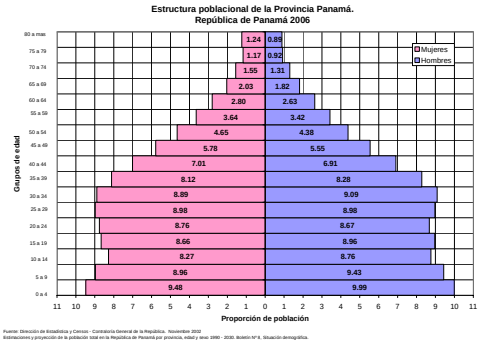
[36] Estimaciones del Departamento de Estadística y Censos de la Contraloría General de la República sobre la base del Censo Nacional del 2000.

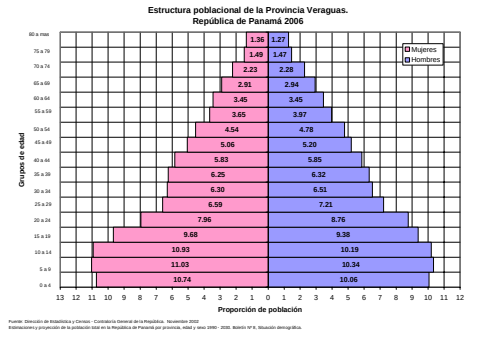
[37] Contraloría General de la República. República de Panamá. Estimaciones y Proyecciones de la Población total en la República de Panamá, por sexo y edad: Período 1950-2050. Dirección de Estadística y Censo. Estadística Panameña, Situación Demográfica. Boletín Nº 7. Panamá, Julio 2005

[38] Contraloría General de la República. República de Panamá. Estimaciones y provincia y comarca indígena, según sexo y edad: Período 1990-2030. Demográfica. Boletín Nº 8. Panamá, Julio 2005

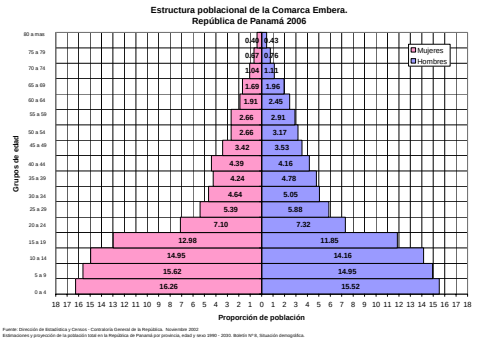
Figura 12: Pirámides poblacionales y escenarios demográficos en Panamá. Panamá, 2006

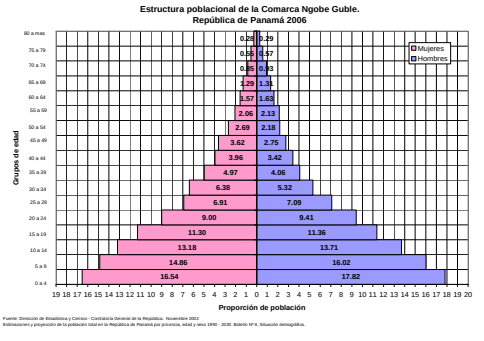






Provincia / Comarca	Relación de dependencia (x 1000 hab.)	Edad mediana (años)	Tasa global de fecundidad	Tasa bruta de mortalidad (por 1,000 hab.)	Tasa de mortalidad infantil (x 1000 nv)	Esperanza de vida al nacer total (años)	Tasa de crecimiento (x 100 personas)
Total República	569.5	26	2.62	5.11	18.18	75.57	1.66
Bocas del Toro	782.8	19	3.86	4.3	25.84	71.87	2.33
Coclé	667.2	24.4	3.06	5.71	19.5	75.28	1.18
Colón	595.4	24.3	2.78	5.44	18.7	73.02	1.62
Chiriquí	591.1	26.3	2.58	5.37	16.04	76.39	1.06
Darién	794.8	19.9	4.19	6.01	37.16	70.24	0.81
Herrera	554.7	29.8	2.27	6.47	15.12	76.72	0.45
Los Santos	513.7	33.1	1.99	7.82	14.74	76.78	0.44
Panamá	492.5	27.6	2.26	4.38	11.69	77.25	2.13
Veraguas	658.2	25	2.95	6.77	16.81	74	0.31
Kuna Yala	877.3	20.2	3.52	7.09	47.26	70.92	0.47
Emberá	997.2	16.6	5.03	7.27	52.79	66.41	0.38
Ngöbe Guble	977.1	16.6	4.68	5.91	46	68.21	2.61





Fuentes: Figura 9. Contraloría General de la República. Dirección de Estadística y Censos. República de Panamá (Ref. 37 y 38).

El movimiento migratorio externo en Panamá ha tenido un comportamiento que paso de ser negativo en los años 70 y 80 (tasa neta de migración de alrededor de menos 1) a tener un saldo migratorio positivo en los años noventa (tasa neta de migración de 0.78 en el quinquenio 1995-2000)[39], lo que significa que ha comenzado a ser un país receptor de inmigrantes.

[39] Indicadores demográficos derivados de la estimación y proyección de la población: quinquenio 1950-55 a 2045-50. Contraloría General de la Republica.

Esperanza de Vida al Nacer (EVN)
El impacto del descenso de la mortalidad del país, se refleja claramente en el incremento de la EVN. Para el período 2005 – 2010 tiene un promedio de 75,57 años (EVN varones: 73,02 y EVN mujeres: 78,24) y para el 2020 las mujeres alcanzarán una ENV de 80,2 años y los hombres podrían llegar a los 74,7 años (Figura 13)

La esperanza de vida al nacer presenta una distribución inequitativa entre los cuartiles de la población panameña definidos por el IDH, tanto en 1990 como en 2002 (Figura 16). Esta desigualdad se corresponde con la observada en la distribución de la prevalencia de muerte prematura, antes de los 40 años de edad, la cual se concentra en el cuartil de más bajo IDH. Los Santos y Herrera se ubican como las provincias de más alta EVN (72.4 y 76.7 años), mientras que las comarcas indígenas tienen la más baja expectativa de vida: EVN entre 64 y 66 años[40].

Un aspecto relevante, es la ganancia de la EVN por reducción de la muerte de menores de 5 años de edad y, en especial, de menores de 1 año de ambos sexos. Tal esfuerzo permitió ganar cerca de 1,5 años de EVN en cada sexo, obtenidos básicamente por la reducción por causas infecciosas y perinatales (Figura 15). Sin embargo, estos avances se ven amenazados por el impacto negativo de la epidemia de VIH/Sida en el país, principalmente en la población adulta joven masculina[41].

Figura 13: Esperanza de vida al nacer según sexos. Panamá 1950 – 2050

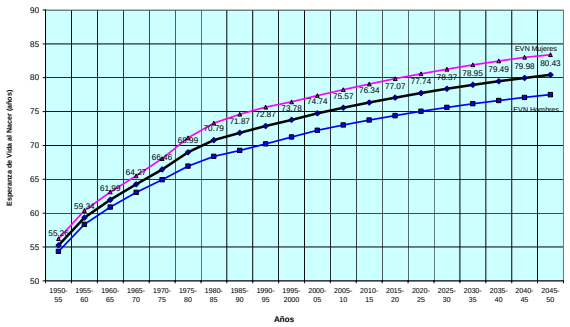


Figura 14: Ganancia de esperanza de vida según grupos de causa de muerte. Panamá 1980 - 2000

gran grupo de causa de muerte	AEVG 1980-2000		
	hombres	mujeres	ambos
total	3.90	4.39	8.29
transmisibles	0.71	1.43	2.14
neoplásicas	0.53	0.44	0.97
cardiovasculares	1.39	1.54	2.93
perinatales	0.42	0.35	0.77
externas	0.56	0.23	0.79
residuales	0.29	0.40	0.69

Figura 15: Ganancia de años de vida según grupos de edad y causa de muerte. Panamá 1980 – 2000

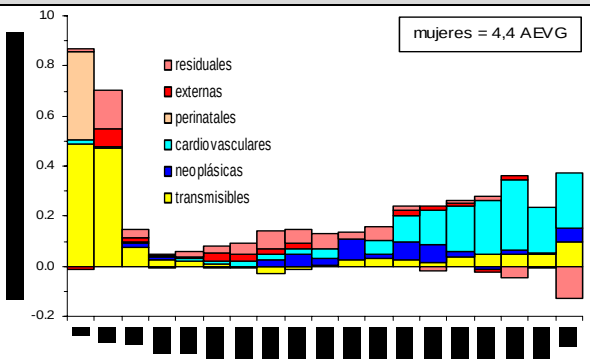
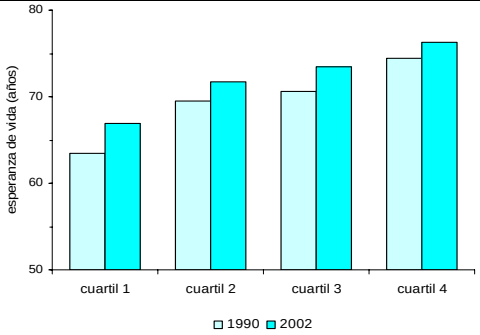


Figura 16: Esperanza de vida al nacer según cuartiles de desarrollo humano. Panamá 1990-2000



Fuente: Figura 10, 11 y 12. Contraloría General de la República. Dirección de Estadística y Censos, República de Panamá (Ref. 37)
Figura 13. PNUD. Panamá (Ver Ref. 22)

[40] *Ibíd. 37*
[41] OPS/OMS-Panamá. La dimensión de la desigualdad socioeconómica en las metas de salud de los Objetivos de Desarrollo del Milenio en Panamá (documento de trabajo). Panamá, junio 2005

IV. Mortalidad y morbilidad

Mortalidad

La mortalidad muestra importantes reducciones en las últimas décadas alcanzando 5 muertes por mil hab. el 2000 (Figura 17). En el descenso de la mortalidad las intervenciones más exitosas han sido las de atención primaria, programas de salud y saneamiento ambiental desarrollados desde 1960 y cuyo mayor impacto ha sido en las poblaciones infantiles

Las variaciones en el perfil epidemiológico son claras cuando se toma en cuenta la situación de los 1950 en que prevalecían entre las principales causas de muerte las enfermedades infectocontagiosas y ya para el año 1980 estos sitiales eran predominantemente ocupados por las enfermedades crónicas y degenerativas.

En el 2004 tres de cada cinco muertes ocurrieron en instituciones de salud y 9 de cada 10 fueron certificadas por un médico. El 2,9% de las causas fueron mal clasificadas y se estima un 18% de subregistro de las muertes acontecidas a nivel nacional[42].

En ese mismo año, cerca del 11% de las muertes ocurrieron antes de los 15 años; el 32% en las edades productivas (15 a 64 años) y más de la mitad, el 56%, a partir de los 65 años. Las causas de muerte más importantes, a partir del análisis de la mortalidad[43], fueron: "Enfermedades del sistema circulatorio" (119 x 100.000 hab.), "Tumores (neoplasias) malignos" (72,7 x 100.000 hab.), "Causas externas de muerte" (43,6 x 100.000 hab.) y "Enfermedades del sistema respiratorio" (Figura 18)

Entre las causas específicas de mortalidad más importantes se encuentran la diabetes mellitus (3° lugar, 24,4 x 100.000), VIH/SIDA (6° lugar, 14 x 100.000) y accidentes de transporte terrestre (9° lugar, 12,8 x 100.000). La probabilidad de morir masculina comparada con la femenina es superior en todas las edades, principalmente en el grupo de 15 a 40 años, el cual está ampliamente afectado por factores exógenos como la violencia y los accidentes. Se prevé que en el período 2000-2050 continúe una alta sobremortalidad masculina en todas las edades, que tenderá al doble (e inclusive hasta el triple que las femeninas en algunos grupos de edad, como el de 20 a 24 años).

Figura 17: Tendencia de la tasa bruta de mortalidad. Panamá 1950-2050

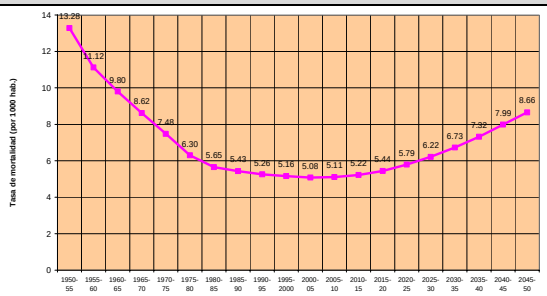


Figura 18: Principales causas de muerte en población general. Panamá 2004

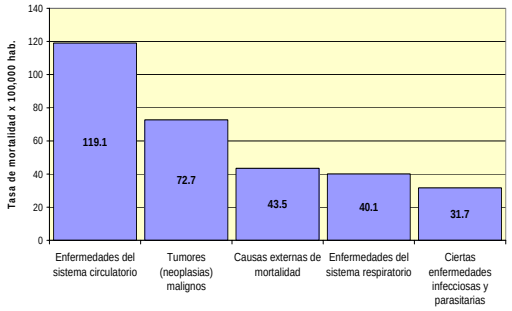


Figura 19: Causas de muerte y componentes según sexo. Panamá 2004

Hombres	Mujeres
1. **Enfermedades del sistema circulatorio** (Enfermedad isquémica del corazón y enfermedad cerebrovascular)	1. **Enfermedades del sistema circulatorio** (Enfermedad cerebrovascular y enfermedad isquémica del corazón)
2. **Causas externas** (accidentes de transporte terrestre, homicidios y suicidios)	2. **Tumores malignos** (cuello uterino, mama y de colón, recto y ano)
3.**Tumores malignos** (próstata, tráquea, bronquios y pulmón y estómago)	3. **Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas** (diabetes mellitus)
4. **Enfermedades infecciosas y parasitarias** (SIDA y tuberculosis respiratoria)	4. **Enfermedades del sistema respiratorio** (enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores y neumonías)
5. **Enfermedades respiratorias** (enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores y neumonías)	5. **Enfermedades infecciosas y parasitarias** (SIDA, diarreas de origen infeccioso, septicemia y tuberculosis respiratoria)

Fuente: Figura 14, 15 y 16. Contraloría General de la República. Dirección de Estadística y Censos, República de Panamá (ver Ref. . 37 y 42)

[42] Contraloría General de la República. República de Panamá. Panamá en cifras, años 2000 – 2004. Panamá, noviembre 2005.
[43] Según la lista abreviada de 103 grupos que clasifica las causas según el sistema al que pertenecen

Mortalidad infantil

La tasa de mortalidad infantil estimada para el 2004 se situaba en 19,15 por 1.000 n.v. evidenciando una tendencia al descenso (1990: 28,6 y 2000: 22,09 por 1.000 n.v.)[44].

El quintil de población de menor ingreso concentra 32% de las muertes de menores de 1 año; en el quintil de mayores ingresos esta proporción es de 12%. Los niños panameños tienen, en promedio, tres veces más riesgo de morir antes de cumplir un año de edad si pertenecen al 20% más pobre, que si pertenecen al 20% más rico.

La probabilidad de sobrevivir en la infancia es desigual en términos de la situación socio económica de la población, el Índice de Concentración del Riesgo de muerte fue de 0.21 en menores de 1 año (Figura 20). En cuanto a su distribución por área, el 71% de las muertes en menores de un año, se produjeron en las áreas rurales, de las cuales el 35% estaban asociadas a afecciones originadas en el período perinatal y el 28% a malformaciones congénitas.

La tasa de mortalidad registrada en menores de 5 años fue de 19,95 por 1000 n.v, el volumen de muertes en este grupo de edad, incluyendo los menores de 1 año, alcanza a 9,3% de las muertes en el país.

Mortalidad Materna

A pesar de existir una cobertura relativamente alta de atención profesional del parto (95% de los nacimientos vivos registrados en el área urbana y 80% en el área rural[45]), las muertes maternas se ha mantenido relativamente estable en los dos últimos decenios.

La toxemia y la hipertensión asociada al embarazo, las causas indirectas y la hemorragia fueron las tres primeras causas de muerte materna, en el grupo de 188 muertes registradas en el quinquenio anterior (2001-2005). Análisis preliminares indican que la tuberculosis y la desnutrición están asociadas a la mortalidad por causas indirectas,

Figura 20: Tasa de mortalidad infantil. Panamá 1950 – 2050

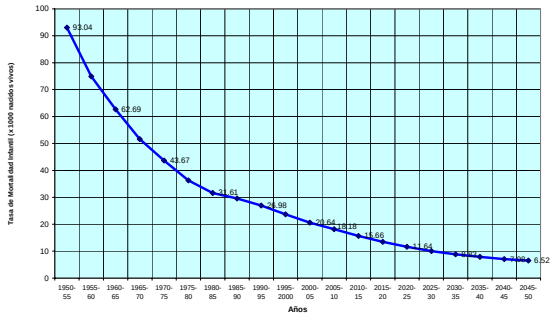


Figura 21: Índice de concentración de Gini y Mortalidad infantil. Panamá 2002

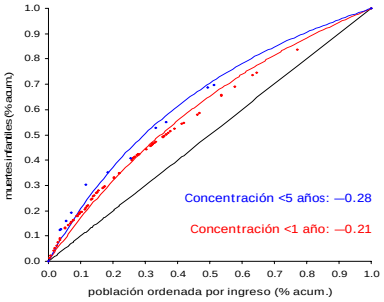


Figura 22: Tasa de Mortalidad materna según área de residencia y reducción necesaria al 2015. Panamá 1990 al 2003

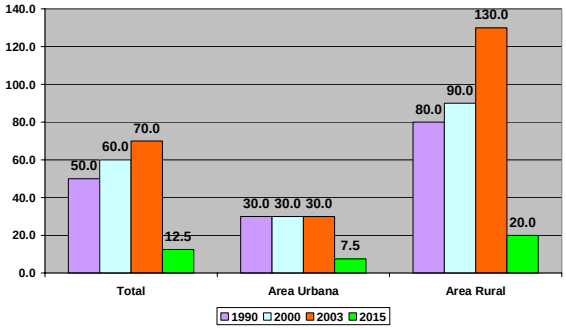
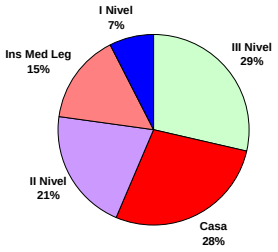


Figura 23: Muertes maternas registradas según lugar de ocurrencia. Panamá 2001 – 2005



Fuente: Figura 19, 20, 21 y 22. Contraloría General de la República. Dirección de Estadística y Censos, República de Panamá (ver Ref. 37)

[44] Contraloría General de la República, Dirección de Estadística y Censo.
[45] Contraloría General de la República. República de Panamá. Estadísti
Censo. Panamá, 2006

particularmente en las muertes de madres residentes en Comarcas Kuna Yala, Ngobe Buglé y en la provincia de Veraguas. Respecto a la edad de ocurrencia, el 17% de las muertes maternas ocurrieron en adolescentes.

En cuanto al lugar de fallecimiento, un poco más del tercio (35%) de las muertes registradas ocurrieron en casa o un establecimiento del primer nivel de atención. La proporción de mujeres que mueren sin poder acceder a la atención en forma oportuna podría llegar al 50% de las muertes maternas, si se consideran las muertes reportadas por los institutos médico legales, que podrían corresponder a mujeres que no pudieron llegar oportunamente a un establecimiento de salud. Este supuesto se refuerza ante el hallazgo que, particularmente en el área rural y sobretodo en las comarcas indígenas, un porcentaje significativo de los partos asistidos profesionalmente ocurren en provincias distintas al área de residencia.

Las mayores tasas de mortalidad materna registradas por el MINSA para el año 2003, ocurrieron tanto en las Regiones de Salud que atienden a población indígena (Comarca Kuna Yala y Ngobe Buglé), como en aquellas donde la población habita en áreas rurales dispersas como (Bocas del Toro y Darién). El riesgo que ocurra una muerte materna es algo mayor de 4 veces en la población rural (TMM 130 por 100.000 n.v.) en comparación con las poblaciones urbanas (TMM 30 por 100.000 n.v.). El país requiere de grandes esfuerzos para reducir estas brechas, así como para cumplir los compromisos de los Objetivos del Milenio, que requieren que en los próximos 9 años las tasas de mortalidad materna se hayan reducido cerca de 6 veces de los niveles actuales (TMM 2003: 70 por 100.000 n.v.).

La atención del embarazo y el parto es un factor importante para la mortalidad materna. En una muestra de 31.823 embarazos registrados por el sistema de información perinatal durante el 2005, el 83,5% tuvieron control prenatal, 61% lo iniciaron antes de las 20 semanas de embarazo y 7,7% después de las 30 semanas, con una media de 5 controles durante el embarazo. La atención del parto fue en el 95,4% de los casos asistida por personal profesional (88,9% de las veces por médico) el 95,1% ocurrido en instituciones de salud. Hay diferencias significativas entre la atención del parto en áreas urbanas e indígenas, viéndose en la comarca Ngöbe Buglé que de un total de 904 partos registrados, el 10,2% de los partos fueron asistidos por personal profesional, de las cuales sólo el 38,0% fue por médico.

Morbilidad

Panamá ha alcanzado importantes logros en el control de algunas enfermedades y el mantenimiento de las intervenciones preventivas, como la erradicación de la polio (1972), el control de la fiebre amarilla selvática (1974), la eliminación del sarampión (1995) y cero casos de meningitis por *Haemophilus influenzae* (2005), aunque persisten importantes condiciones (como la malaria, tuberculosis, VIH/sida, las condiciones asociadas a la muerte infantil y muerte materna) que aun deben resolverse.

Además, los cambios progresivos en la estructura de la población plantean grandes retos para el sistema nacional de salud sobre todo por la actual concentración de población entre los adolescentes y adultos jóvenes. Esta población, se ve afectada por patologías de carácter social como las fármaco-dependencias, entre las que se cuentan el tabaquismo, el alcoholismo y el consumo de drogas ilegales, las cuales también tendrán un impacto en la salud mental individual y a nivel colectivo. La depresión, los trastornos afectivos y de ansiedad se han constituido en las patologías psiquiátricas más prevalentes en el país. A su vez, el incremento en la población mayor de 65 años trae consigo el incremento de las enfermedades crónicas y degenerativas, como la diabetes mellitus, la hipertensión arterial, las enfermedades isquémicas del corazón y el cáncer, propias de una población en proceso de envejecimiento.

En todas estas se requerirá la adopción de estrategias e intervenciones más integradas que cambien el foco de la atención de la enfermedad, hacia la atención de la condición de salud y sus determinantes

En el 2001 la comunidad de naciones establecieron los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), que se proponen reducir los inaceptables rezagos e inequidades que persisten en el mundo. El análisis de los avances en el cumplimiento de los ODM mayormente relacionados a la salud permite verificar los esfuerzos de Panamá por el logro de mejores niveles de salud y vida.

Salud infantil

En el 2005, la población de menores de 5 años representa 10,6% de la población total. La cobertura de consultas por crecimiento y desarrollo a nivel nacional en menores de 5 años para el 2004 fue de 56,2%%, observándose las mayores coberturas en las regiones de Kuna Yala (127,1%) y Darién (109,8%) y la menor en la región de Bocas del Toro (36,6%). La concentración de actividades fue de 2,5 consultas promedio por niño[46].

La tasa de casos de diarrea en menores de cinco años ha experimentado un incremento sostenido de 16.046,5 en 1987 a 22.938,0 por 100.000 habitantes en 2004, a expensas el grupo de 1 a 4 años, donde se ha duplicado de 11.605,6, a 20.357 por 100.000 habitantes en 2004.

Malnutrición

Según la Encuesta de Niveles de Vida (ENV) de 2003[47], en menores de cinco años la desnutrición global según el indicador peso/edad se ha mantenido desde 1997 en 7%; sin embargo, en el área urbana aumentó de 2 a 4% y en el área rural indígena de 21 a 22%. Se observa una clara asociación entre pobreza y desnutrición, ya que la prevalencia de desnutrición entre los no pobres es de 2,1%, mientras que en los pobres alcanza el 10,7% y en las áreas de pobreza extrema se eleva hasta 16,3 por ciento.

Otro aspecto relevante en el país es la obesidad del adulto en pobreza. En la población adulta la ENV 2003 presenta 33,6% con sobrepeso sin distinción por sexo y 18,3% con obesidad, resultando mayor entre las mujeres (21,8%). En el área urbana el sobrepeso y la obesidad afectan el 56% de la población; sin embargo, en áreas rurales indígenas y no indígenas el sobrepeso es de 30%. La obesidad es menor en áreas indígenas (7%). Al comparar la prevalencia de sobre peso y obesidad por nivel de pobreza, encontramos un 42% en los pobres y 35% en pobres extremos.

[46] La norma establece 3 controles entre los 12 y 23 meses y después, 2 controles por año hasta cumplir 5 años

[47] Ministerio de Economía y Finanzas. República de Panamá. Encuesta de Niveles de Vida 2003. Panamá 2003.

Tuberculosis

La TBC describe una tendencia ascendente pasando de 39,2 por 10.000 hab. en el 2000 a 51,7 en el 2004. Ese año se registraron 1639 casos de TBC (51,7 casos por 100.000 hab.). Las Regiones de Kuna Yala, Ngöbe Buglé, Bocas del Toro y Colón presentan mayor riesgo con tasas de 210, 152,6, 107,1 y 97,7 casos por 100.000 habitantes, respectivamente[48] (Figura 24).

El sexo masculino es el más afectado en todo el país con una relación de sus tasas hombre – mujer de 1,22 (49,9 para hombres y 40,8 casos por 100.000 habitantes para las mujeres). Las Regiones de Kuna Yala, Ngobé Bugle, Bocas del Toro y San Miguelito, presentan tasas más elevadas en la población femenina.

En relación a la estrategia de tratamiento oral directamente supervisado, la evaluación de la cohorte mostró que el 64.8% se curaron, 10% abandonaron, 1,2% fracasaron y 7,8% fallecieron

Las tasas de coinfección VIH/sida-TBC tienen tendencia al incremento (2000: 4,7, 2004: 6,2 por 100.000 hab.).

El riesgo de *muerte* por tuberculosis, también muestra marcada desigualdad. El índice de concentración fue —0,48. Aproximadamente 55% de los casos mortales de tuberculosis del país se concentran en el quintil de menor desarrollo humano, en oposición a menos de 5% en el de mayor desarrollo (11 veces más alto en la población con mayor exclusión social) (Figura 25).

Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA)

Panamá es uno de los tres países más afectados en Centroamérica, con una prevalencia del VIH estimada en 1% de la población en edades entre 15 y 49 años de edad. Se estima que el número de infectados por el VIH en Panamá oscila entre 18.000 a 22.000 personas entre los 15 a 49 años de edad.

Figura 24: Incidencia de Tuberculosis según provincias. Panamá 2003

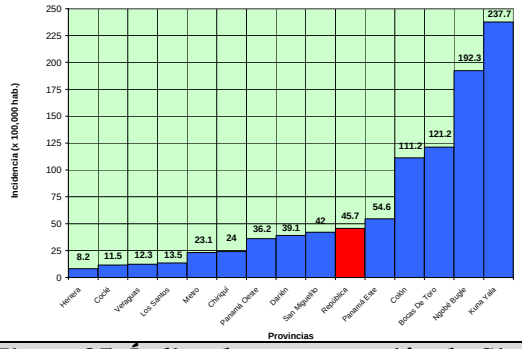


Figura 25: Índice de concentración de Gini y mortalidad por TBC. Panamá 2003

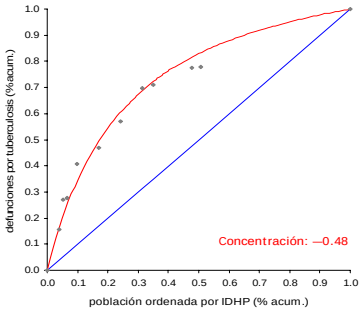


Figura 26: Casos de SIDA según sexo y razón hombre/mujer. Panamá 2003

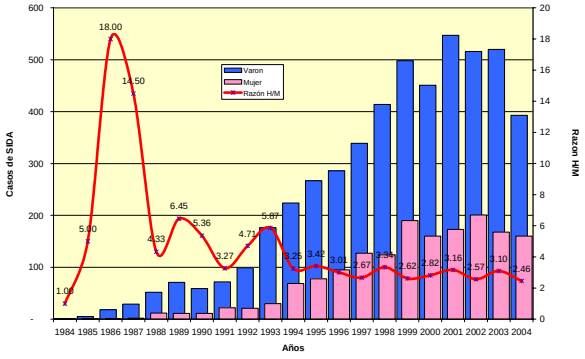
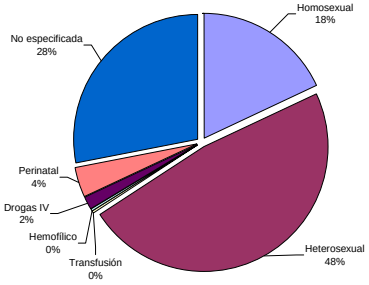


Figura 27: Vía de transmisión en casos de SIDA registrados. Panamá 2003



Fuente: Figuras 23, 24, 25 y 26. Ministerio de Salud. República de Panamá. Sección de Registros médicos y estadísticas de salud. (ver Ref. 48)

[48] Ministerio de Salud. República de Panamá. Estadísticas de salud, 2003. Dirección Nacional de Políticas de Salud. Panamá, julio 2004

Los varones concentran el 75,6% de los casos de SIDA, las tasas de seroprevalencia más elevadas (17%), están en Hombres que tienen Sexo con Hombres (HSH).

Del total de casos reportados, la mayoría corresponde a transmisión, sexual y más del 70% son del sexo masculino. Las tasas de prevalencia mas elevadas están en HSH (17%). En los últimos años se observa una tendencia a la feminización, la razón hombre/mujer en el ámbito nacional ha tenido un paulatino decrecimiento desde 17:1 al inicio de la epidemia, hasta 3:1 en los últimos ocho años (Figura 26); sin embargo, esta razón es sólo de 2 a 1 en personas entre las edades de 15 a 24 años[49].

Entre los casos registrados, el 65,9% de los casos reportan como mecanismo de transmisión la vía sexual, 3,8% la transmisión madre-hijo (peri natal), 2,3% a transmisión sanguínea (drogas, hemofilia, transfusión sanguínea) y el 28% restante se desconoce el factor de riesgo (Figura 27).

La epidemia en Panamá está concentrada en los grandes conglomerados urbanos, las tasas de incidencia acumulada, según región fueron la Región Metropolitana, Colón, San Miguelito y Panamá Oeste. A nivel regional las tasas acumuladas varían entre 19,9 (Bocas del Toro) y 513,2 (Metropolitana) casos por 100.000 Habitantes. El índice de concentración de la desigualdad en la distribución de los casos incidentes de SIDA durante el año 2002, a partir de datos agregados a nivel provincial, fue 0,41. El quintil de menores ingresos de la población panameña acumuló 6% de los casos nuevos de SIDA, mientras que 47% de ellos se concentró en el quintil de mayor ingreso. El riesgo relativo entre los quintiles más rico y más pobre de la población fue 7,6.

A nivel del país no se han realizado estudios que entreguen información apropiada del comportamiento de riesgo poblacional y el uso consistente del condón como medio de prevención de las ITS-VIH.

Malaria

Ha registrado un persistente aumento durante los últimos años cuando en el año 2000 se registraron 1.036 casos y en el año 2003 se elevaron a 4.500. Un desglose de las cifras, para el año 2003, nos muestra que las comarcas indígenas y las áreas de frontera presentan las situaciones más graves. Tal es el caso de Kuna Yala con una tasa de incidencia de 1.882 casos, Ngöbe Buglé 1.901, Darién 458, Bocas del Toro 356, entre los principales.

El índice de concentración de la *incidencia* de malaria en la jerarquía poblacional de desarrollo humano fue - 0,76 en el año 2002. El quintil de menor desarrollo humano concentra 82% de los casos incidentes (i.e., nuevos) del país: en este quintil, el riesgo relativo de contraer malaria es, en promedio, 60 veces el riesgo del de mayor desarrollo humano.

El país no ha reportado estudios que den cuenta de la proporción de población en áreas de riesgo que aplica medidas eficaces de prevención para el paludismo

[49] UNFPA, "Desafíos de Panamá en materia de Población y Desarrollo, Salud Sexual y Reproductiva y Equidad de Género". agosto 2005

V. Sistema de salud

Características generales y desempeño de las funciones como Autoridad Sanitaria Nacional (ASN)

La Constitución Política de la República de Panamá, en sus artículos 106 a 110 establece la obligatoriedad del estado de asegurar el acceso de toda la población panameña a servicios integrales de prevención, curación y rehabilitación. El MINSA[50] tiene delegada la función de rectoría, sin embargo, existe una superposición de funciones, entre algunas instituciones que actúan de manera separada:

- La función de prestación, es ejercida a la vez por el MINSA y la Caja de Seguro Social (CSS) quien es delegataria de las funciones de aseguramiento en Salud, invalidez, vejez y muerte (IVM) y riesgos profesionales.
- La función de financiamiento, es ejercida por el Ministerio de Economía y Finanzas (MEF).
- La función de conducción y regulación (rectoría), es ejercida parcialmente por el MINSA, compartiendo con instituciones como el Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud (ICGES)[51] los aspectos de conducción de la investigación científica y tecnología en materia de salud y con la Autoridad Nacional del Ambiente (ANAM) la regulación ambiental

Esta superposición y escasa separación de funciones responde al modelo institucional fragmentado (dos prestadores públicos) que induce la segmentación poblacional (existencia de grupos poblacionales con diferentes planes de beneficios y acceso a servicios acorde con la condición socioeconómica), dado que no se ha desarrollado aun, un proceso de coordinación/unificación organizacional.

Políticas y lineamientos de salud

El Sistema de Salud tiene un modelo conformado por dos sub-sectores, el público (MINSA y CSS) y el privado. Ambas entidades del sector público presentan un sistema centralizado con estructura jerárquica vertical, y con grados variables de desconcentración a nivel regional. El MINSA ha iniciado un proceso mayor de desconcentración de algunas funciones administrativas y de ordenación parcial del gasto, pues los procesos de planificación, asignación, manejo presupuestal y financiero continúan concentrados en el nivel central. La CSS presenta un sistema autónomo de gestión (administrativo y financiero) y cuenta con una junta directiva bipartita: patronos y empleados. El modelo de atención es curativo y no posee programas de prevención de riesgos o daños están dirigidos a la atención de problemas de salud prevalentes y de mayor impacto negativo en la población.

En consecuencia, no existe un sistema unificado de planeamiento sectorial y por lo que el MINSA y la CSS formulan, implementan, monitorean y evalúan aisladamente sus propios planes, proyectos y programas. Actualmente, el gobierno se plantea desarrollar un sistema único de prestación de servicios públicos de salud con cobertura universal, mediante la integración operativa del MINSA y la CSS. Un grupo de expertos nacionales está trabajando en una propuesta que establezca los mecanismos funcionales y legales para lograr la separación de las funciones de rectoría (MINSA), de aseguramiento (CSS) y de provisión de servicios (por una nueva entidad).

Con el fin de orientar las acciones de los diferentes subsectores, los últimos gobiernos han elaborado políticas y lineamientos de salud que recogen los objetivos gubernamentales. En el 2005 se elaboraron las “Políticas y estrategias en Salud 2005 – 2009”, las que recogen las principales áreas temáticas en las cuales el MINSA está interesado en trabajar:

- Fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria Nacional
- Implantación del modelo de Atención Primaria en Salud

[50] Este mandato de la carta magna se traduce posteriormente en el decreto de gabinete Nº 1 del 15 de enero de 1969, que crea el MINSA y lo consagra como ASN.

[51] Ley 78 del 17 de diciembre de 2003

- Incentivar la sostenibilidad y cuidado del Medio Ambiente
- Incentivar la Participación Social
- Modernizar la Gestión Administrativa
- Desarrollar y fortalecer la gestión del Recurso Humano en Salud
- Fomentar la Investigación aplicada.

Políticas de Salud 2005 - 2009

Las políticas de salud 2005 – 2009, priorizan el fortalecimiento de la ASN, la atención primaria con enfoque de genero y derechos humanos, la promoción en salud y la participación ciudadana en la producción social en salud como pilares operativos.

Objetivo 1: Fortalecer el sistema de rectoría en salud para el ejercicio de las funciones de la autoridad sanitaria nacional

- Política 1: Reforzar la capacidad de conducción del MINSA para la regulación, aseguramiento y vigilancia sanitaria en todo el territorio nacional.

Objetivo 2: Mejorar la accesibilidad de la población a los servicios de salud, reduciendo las inequidades y favoreciendo a los grupos mas vulnerables.

- Política 2: Fortalecer el modelo de Atención familiar, comunitaria y ambiental con una oferta de intervenciones efectivas en promoción, prevención, recuperación y rehabilitación, considerando el perfil demográfico y epidemiológico de la población.

Objetivo 3

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

- Política 3: Garantizar ambientes saludables sostenibles, aplicando los nuevos enfoques de promoción y mercadeo social de la salud, con la participación de otros sectores

Objetivo 4

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

- Política 4: Fortalecer la estrategia de atención primaria ambiental para la prevención y protección a la población de la exposición a los factores de riesgo originados por el deterioro, contaminación y catástrofes del ambiente

Objetivo 5

Aumentar la participación ciudadana para el desarrollo de la protección social en salud

- Política 5: Instrumentar nuevos modelos de participación ciudadana que incentiven las capacidades de autogestión, cogestión y producción de bienes y servicios, para el desarrollo humano.

Objetivo 6

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

- Política 6: Transformar la gestión sanitaria, para el desarrollo de una oferta definida, por niveles de intervención para la provisión de servicios de salud pública con equidad, eficiencia, eficacia, calidad y sostenibilidad.

Objetivo 7

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

- Política 7: Fortalecer el sistema de recursos humanos y ajustar la planta de personal del MINSA para la operación de un modelo descentralizado

Objetivo 8

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

- Política 8: Impulsar la investigación acorde con el desarrollo tecnológico, para que ayude a mejorar la calidad de vida a un bajo costo social

Fuente: Políticas y Estrategias de Salud Pública 2005 - 2009. Ministerio de Salud. Panamá, 2006.

Organización del Sistema de Servicios de Salud
La provisión de servicios de salud del país se ofrece por tres grandes sub-sectores: el público, el de seguridad social y el privado (no existen datos). El sistema público está dividido en regiones sanitarias en donde tienen presencia paralela tanto la red pública del MINSA como de la CSS. A pesar de su autonomía, el MINSA y la CSS intentan armonizar los planes de acción y los modelos de gestión de sus propias instituciones prestadoras de salud, con un cierto grado de desconcentración de funciones en las regiones sanitarias, los cuatro hospitales nacionales y las clínicas especializadas de la CSS.

La organización de la oferta pública de servicios de salud, es ejercida por el MINSA, con una cobertura abierta de población y la CSS, limitada a los cotizantes y sus beneficiarios. Ambas instituciones cuentan con una estructura de gestión piramidal, organizada en regiones administrativas que tienen a su cargo los servicios de salud. El MINSA cuenta con 14 regiones y la CSS con 9 direcciones regionales.

La atención de salud se lleva a cabo a través de redes de servicios que tienen escasa interacción entre ellas y que están constituidas por establecimientos con distintos grados de complejidad y capacidad de resolución. Se han establecido tres niveles de atención: un primer nivel con recursos organizados para resolver las necesidades básicas y/o más frecuentes en la atención de salud en donde se incluyen los Puestos, Subcentros, Centros de Salud y Unidades Locales de Atención Primaria; el segundo nivel de atención incluye a las Policlínicas, Policentros y Hospitales Rurales y Regionales; y el tercer nivel de atención esta compuesto por los Hospitales Nacionales, de alta complejidad y capacidad de resolución.

Red de servicios de salud
La capacidad instalada (2003) del MINSA y CSS cuenta con 868 establecimientos distribuidos en 39 hospitales, 36 policlínicas, 1 policentro, 151 centros de salud sin cama, 31 centros de salud con cama, 10 Unidades Locales de Atención Primaria (ULAPS), 9 Centros de Promoción de la Salud (CPS), 116 subcentros de salud, 451 puestos de salud y 2 instalaciones sociosanitarias, clasificadas como hospitales (el Leprosorio de Palo Seco y el Hogar de la Esperanza). Existe una irregular distribución tanto de la red como del recurso humano con una concentración mayor en las cabeceras urbanas (Figura 28).

Recursos humanos
A nivel nacional, el sistema de salud cuenta con 4321 médicos (13,63 médicos x 10000 hab.), 3665 enfermeras (11,55 enfermeras x 10000 hab.) y 923 odontólogos (2,91 médicos x 10000 hab.) A nivel de las provincias se verifica que es la Comarcas Ngöbe Bugle la que tiene la menor disponibilidad de médicos con una tasa de 0,62 por 10000 habitantes, en el otro extremo se sitúa la provincia de Panamá que acumula 17,96 médicos por 10000 habitantes. El número de recursos por 100.000 habitantes es hasta diez veces menor en las comarcas indígenas, si se compara con el resto del país (Figura 29). Esta situación se da a pesar de los incentivos económicos que el sistema posee para incentivar la migración de profesionales hacia esas áreas y que entre otras, prevé una bonificación permanente de hasta el 40% del salario base.

A finales del año 2005, se inició la certificación del recurso humano técnico y profesional en salud, a través de la promulgación de la normativa de la ley 43 del 2004 que creó los Consejos y procedimientos interinstitucionales de certificación y re-certificación de las profesiones de salud, estos procesos fueron detenidos a mediados del año 2006 una vez el MINSA derogó la reglamentación de la mencionada ley, mediante el decreto ejecutivo 329 del mismo año. Se espera que el proceso sea retomado en el futuro mediato.

Sistema de información de salud
Si bien el MINSA recolecta y analiza información relevante sobre el estado de salud de la población, existen otras instancias en donde información igualmente relevante de otros eventos y determinantes (por ejemplo hechos vitales, factores de riesgo) es colectada y analizada, sin

que necesariamente sea compartida con el MINSA de una manera sistemática y permanente siendo manejada de forma centralizada y fraccionada. Estudios recientes han demostrado la necesidad de implementar mecanismos que permitan la asociación entre datos de salud y datos de las características socio-económicas de la población de manera que pueda identificar desigualdades y exclusiones de grupos vulnerables. Se ha identificado igualmente que existe la clara necesidad de incentivar una cultura sistemática del uso de la información en el proceso de toma de decisiones, especialmente de manera descentralizada.

Si bien el sistema de información en salud panameño ha permitido un conocimiento general de los principales problemas de salud de las comunidades y los requerimientos básicos de información del país, recientes evaluaciones realizadas han mostrado que posee importantes falencias que deben ser corregidas en el futuro mediato. Se ha demostrado por ejemplo, que el sub-registro de hechos vitales en zonas urbanas puede alcanzar hasta un 25% y llegar a más del 80% en zonas rurales y comarcas indígenas.

Adicionalmente, se ha demostrado que la estructura de los instrumentos y métodos de recolección de información no permiten una completa integración de información asistencial entre la CSS y el MINSA y mucho menos con los proveedores de servicios privados, lo cual incrementa el sub-registro existente. De igual manera, esta información en muchos de los casos, procesada de manera manual, no se encuentra desagregada por grupos étnicos y/o socio-económicos, ni geográficamente hasta lugares poblados, impidiendo, como se dijo anteriormente la medición de desigualdades internas, que parecieran ser una parte muy importante de la problemática social del país.

Modelo de atención

El modelo de atención, provisto por el sistema de salud de Panamá, es predominantemente recuperativo, contándose también con una oferta de programas de prevención de riesgos y daños dirigidos a la atención de los problemas de salud más prevalentes y de mayor impacto negativo en la población. Aunque está planteado entre las políticas del MINSA, aún no se ha consolidado el modelo de atención integral a la familia, comunitario y ambiental, con un enfoque de promoción de salud y prevención de enfermedades.

Los programas a **poblaciones vulnerables,** son ejecutados por el MINSA y la CSS a través de actividades clásicas de enfoque poblacional tales como; el programa de salud mental, de salud sexual y reproductiva, de atención integral al ambiente, de atención de la niñez, la adolescencia, la población adulta, las personas con discapacidad y la salud maternal, entre otros. Todos estos programas hacen parte de la oferta en salud que MINSA ofrece de manera gratuita a toda la población a través de sus instalaciones y en los tres niveles y la CSS a sus afiliados y beneficiarios con su propia red. Adicionalmente la CSS posee un programa de atención domiciliaria a pacientes crónicos denominado SAMI.

En cuanto a la **unificación de servicios**, si bien existen convenios de compensación y algún grado de coordinación operativa informal entre los dos grandes prestadores en las áreas periféricas del país, no hay mecanismos unificados de prestación de servicios con excepción de la región de San Miguelito (provincia de Panamá), que posee un modelo formal de integración y unificación de servicios con población asignada e identificada.

Mención especial merece la estrategia de la Presidencia de la República denominada **"Sistema de Protección Social"**, que busca incrementar las capacidades de cerca de 25.000 familias catalogadas como pobres absolutos para salir de la pobreza. La Red de Oportunidades es una de las iniciativas de la política social que coloca a más de 72,000 familias en pobreza extrema en el centro de convergencia de las intervenciones intersectoriales de un conjunto de instituciones. Es un programa impulsado por el Gobierno Nacional, liderado por el Gabinete Social, donde intervienen la Contraloría General de la Republica, el Ministerio de Economía y

Finanzas, Ministerio de Desarrollo Social (MIDES), así como los Ministerios de Salud y de Educación.

Esta red aglutina a diversas instituciones, involucra a diversos actores de la sociedad política y civil (organizada y no organizada), comprometidas con la potenciación de capacidades de las familias en pobreza extrema y su acceso equitativo a oportunidades para que puedan alcanzar una mejor calidad de vida. Su objetivo es reducir la vulnerabilidad social de las familias en pobreza extrema, vinculándolos a programas articulados haciendo énfasis en educación, salud y nutrición; potenciando sus capacidades para ser autónomos, fortaleciendo el capital y la participación social.

La oferta en salud de este sistema, está basada en la prestación de servicios de salud preestablecidos en un plan básico denominado PAISS, de manera domiciliaria, gratuita y regular a las comunidades distantes y excluidas, usando como mecanismos la contratación de Organizaciones Externas (OE) o mediante métodos institucionales como las Ferias y Caravanas de la Salud. La CSS no participa de manera sistemática de estas actividades.

Seguridad social

El sistema de seguridad social es administrado por la CSS, como ente autónomo adscrito al Ministerio del Trabajo, quien tiene por objeto administrar, ejecutar y prestar los servicios de los seguros de Invalidez Vejez y Muerte (IVM), Enfermedad General y Maternidad (EGM) y de Accidentes de Trabajo y Enfermedad Profesional (ATEP).

De acuerdo con su ley orgánica, los Servicios de Salud son prestados a sus afiliados obligatorios e independientes y al grupo de beneficiarios del sistema (pareja e hijos hasta la mayoría de edad no emancipados), de manera ilimitada y en los tres niveles de atención, a través de su propia red de servicios o mediante contratos con otras redes, incluida la pública.

Estos servicios, de acuerdo con cifras estimadas cubrirían nominalmente aproximadamente al 60% de la población. Sin embargo, las coberturas reales no se conocen con exactitud.

Financiamiento y gasto en salud

Panamá es uno de los países en América Latina que mayor gasto social por habitante dedica en su presupuesto, sin embargo el mismo tiene una elevada proporción de gasto corriente (planilla, operaciones y transferencias) dejando muy poco al gasto de capital o inversión social. El gasto público social, representa el 25,5% del PIB y el 49,7% del gasto público total. En el período 2000-2001 se estimó en US$ 853 por persona. Entre 1980 y 2000 creció cuatro veces más que el Producto Nacional Bruto per cápita.

Para financiar la prestación de los servicios asistenciales y de salud publica, para el 2004 Panamá gasto más de US$1.100 millones, lo que equivalió al 8,4% de su producto interno bruto (OMS Gastos en Salud 2004); una de las cifras más altas de la región. Sin embargo, de esta cantidad se estima que para el mismo año, cerca de US$ 360 millones (31%), fueron aportados directamente de los bolsillos de los ciudadanos, bien sea como compra directa de bolsillo o pago de seguros prepagados.

Figura 28: Establecimientos de salud según provincias. Panamá 2004

REGIONES DE SALUD	Instalaciones de Salud							
		Hopitales		Atención Ambulatoria				
	Total	Minsa	CSS	Total	Policlínicas, ULAPS, CAPPS	Centros de Salud	Centros de Promoción de la Salud	Subcentros y puestos de salud
Bocas del Toro	4	1	3	37	2	11	0	24
Coclé	2	1	1	83	4	18	3	58
Colón	3	0	3	64	2	11	0	51
Chiriquí	5	2	3	109	16	36	0	57
Darién	3	3	0	36	0	6	0	35
Herrera	3	2	1	40	5	15	1	19
Los Santos	4	4	0	38	6	10	0	22
Panamá total	**13**	**7**	**6**	**178**	**27**	**43**	**2**	**106**
Veraguas	3	2	1	88	4	16	1	67
C.Kuna Yala	2	2	0	18	0	6	0	12
Emberá	0	0	0	18	0	0	0	18
C.Ngobé Buglé	0	0	0	103	0	10	0	93
TOTAL PAIS	**42**	**24**	**18**	**817**	**66**	**182**	**7**	**562**

Figura 29: Médicos y otros profesionales por 10.000 hab. Panamá 2004

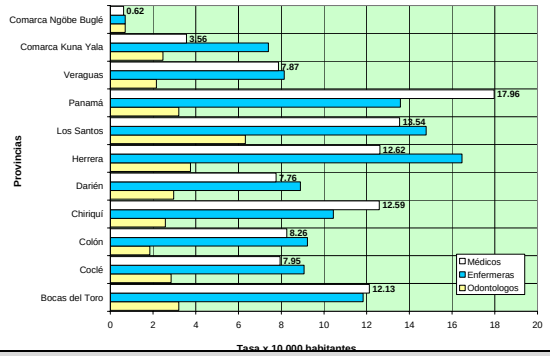
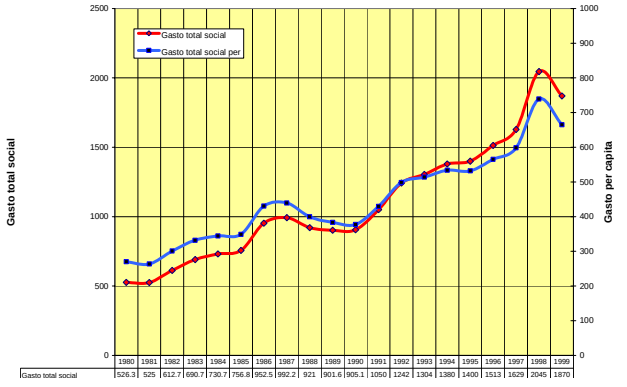


Figura 30: Población asegurada en la CSS. Panamá 1990 – 2004

Año	Población Total	PEA	% de Asegurados del Total de la Población
1990	2.398.042	820.005	50,7%
2000	2.815.644	1.088.974	71,4%
2004	3.172.360	1.357.272	63,1%

Figura 31: Gasto social. Total y per capita. Panamá 2003



Fuente: Figuras 27, 28 y 29. Contraloría General de la República. República de Panamá. Dirección de Estadística y Censo (ver Ref. 42)

Figura 30. Ministerio de Economía y Finanzas. República de Panamá

Si bien no existen datos que permita asegurarlo, se presume que este gasto proviene en un alto grado de poblaciones pobres y de clase media con acceso limitado a los servicios o debido a la baja calidad de los públicos. El resto de los recursos (cerca de US$ 794 millones), son financiados casi de manera equitativa entre el Sistema de Seguridad Social (US$ 363 millones) y el Ministerio de Salud (US$ 431 millones).

El estado panameño destinaría cerca de US$ 363 dólares por persona por año; en teoría suficiente para cubrir un plan obligatorio de salud universal. Sin embargo, la totalidad de los recursos del sistema público, son utilizados para subsidiar la oferta de Servicios de Salud a través de la red de servicios públicos. Adicionalmente, al interior de ella, un porcentaje cercano al 70%, se utiliza para el pago de la fuerza laboral y cerca del 2% para mantenimiento e inversión en infraestructura, lo cual significa que menos del 30% son destinados a la compra y suministro de medicamentos y otros insumos.

El control del uso de los recursos es ejercido por la Contraloría General de la República y es de carácter previo a la ejecución del gasto.

Por otro lado, los hospitales de III nivel y los institutos especializados de carácter nacional, poseen una figura administrativa denominada "patronatos", presidida por el Ministro de Salud o su delegado. Estas "juntas" se consideran autónomas para ejercer la función normativa y de control de la entidad cuyo representante legal es un gerente posesionado por el Ministro de Salud y pagado por el erario público, con cargo a la entidad. Otro mecanismo de control recientemente implementado por el MINSA lo constituyen los denominados "Convenios de Gestión", en los cuales se plasman compromisos (previos a la recepción del presupuesto) de cumplimiento de metas específicas, por parte de las 14 regiones sanitarias y los cuatro hospitales nacionales. Este módulo de rendición de cuentas, está iniciando su segundo año de aplicación y enfrentando su primera evaluación.

Un aspecto de importancia son las dificultades que confronta la CSS que desde el 2002 mostró déficit actuariales crecientes que alcanzaron los B/. 70 millones en 2004. Según estimaciones de la OIT realizadas en 2001, las reservas del sistema de pensiones se agotarían alrededor del 2011–2016 ocasionando que el Estado deba asumir las obligaciones para con los pensionados. La deuda contingente del Estado ascendería a B/. 13 mil millones, aproximadamente 120% del PIB actual[52].

VI. Salud del Ambiente

El ambiente viene recibiendo una creciente presión y demanda de recursos que ejercen las poblaciones, especialmente de las áreas sobre pobladas con altas densidades demográficas, tales como las de las principales ciudades, así como también por las practicas intensivas de extracción que se ejercen sin tecnologías apropiadas de protección ecológica,

En la actual política del MINSA se ha reconocido el rol de la salud ambiental (Objetivo 4), como uno de los determinantes clave en el desarrollo de una estrategia integral para mejorar la salud de la población. Los aspectos de la salud del ambiente cobran especial relevancia en el contexto actual del país, particularmente ante el próximo inicio de las operaciones para la ampliación del canal. En este contexto se abren nuevas perspectivas para el desarrollo de intervenciones y programas específicos en el área de la salud ocupacional, dado el esperado incremento de la fuerza laboral previsto para realizar los trabajos de ampliación.

Bosques

En el caso de la cobertura boscosa, vemos que ha habido una pérdida de la misma de 3.130 km^2 (una superficie equivalente al 1,3 de la superficie total de la provincia de Herrera) entre los

[52] *Ibíd. 8*

años 1992 y 2000 mayoritariamente en la región de Darién y la Comarca Ngöbe Buglé. El 27% de los suelos está clasificado como degradado.

Agua y saneamiento
La mayoría de los ríos próximos a los centros urbanos presentan un grado significativo de contaminación, debido a las descargas de aguas residuales semi-tratadas o no tratadas. Esta situación es particularmente crítica en la ciudad de Panamá, donde la población (900.000 habitantes) y las industrias del área metropolitana de la ciudad de Panamá generan diariamente del orden de 280.000 metros cúbicos de aguas residuales, los cuales son vertidos sin tratamiento alguno a los ríos que atraviesan la ciudad y directamente a la Bahía de Panamá a través de un sistema de alcantarillado sanitario que solo cubre al 70% de la ciudad. Consecuentemente, los ríos y la bahía presentan niveles de contaminación orgánica y bacterial excesivamente altos.

Los servicios de agua potable y alcantarillado sanitario en el área metropolitana son responsabilidad del Instituto de Acueductos y Alcantarillados Nacionales (IDAAN).

Las redes de agua potable permiten abastecer al 94% de la población, con una producción aproximada de 500 litros diarios por habitante[53]. Este elevado valor del indicador se debe a las pérdidas físicas y comerciales que se estiman en 40% del agua producida, a la estructura tarifaria que desincentiva el ahorro, a la insuficiente cobertura de la micromedición (52%) y a las altas presiones que se observan en algunos sectores de la red. Como consecuencia, los barrios más alejados de los puntos de distribución están sujetos a frecuentes racionamientos. En general el acceso al agua es muy desigual en perjuicio de las áreas rurales indígenas. En el área urbana el 97% de la población tiene acceso al agua, en el área rural indígena el acceso es sólo del 57%.

En lo que respecta al acceso a saneamiento adecuado, la población urbana tiene un 75% de acceso a alcantarillado o tanque séptico, la población rural sólo tiene acceso en un 22%. Un 61% de esta última tiene disposición de excretas en hueco o letrina, y el 16% carece totalmente de un medio de disposición de excretas (ENV-2003).

Aire
Las áreas urbanas son las que sufren mayor contaminación atmosférica debido a las emisiones de gases y partículas generadas por la gran concentración de automóviles e industrias. En 1990 el parque vehicular era de 190.000 vehículos y en el 2000 era de 425.000; si la proporción se mantiene en el año 2010 se alcanzará una cifra de un millón. El 70% de estos vehículos pertenecen a la provincia de Panamá.

Mediciones de la calidad del aire realizadas en el 2002 mostraron que en algunas de las zonas de muestreo, existían valores mayores a los valores recomendados por la OMS en cuanto a óxidos de nitrógeno (NOx), monóxido de carbono, plomo y óxidos de azufre (SOx).

En las áreas rurales, los problemas de contaminación atmosférica son causados principalmente por el alto uso de agrotóxicos, como sucede en las tierras altas de Chiriquí (Cerro Punta, Volcán, Boquete, Río Sereno, Barú, Bambito).

[53] La producción per capita (incluyendo pérdidas) normalmente debería ser inferior a 300 litros diarios.

Sección 3
Cooperación al desarrollo y alianzas estratégicas: Tendencias, instrumentos y coordinación

Gestión y tipos de cooperación internacional

La gestión y negociación de la cooperación internacional, está a cargo del Ministerio de Economía y Finanzas (MEF), en estrecha colaboración con el Ministerio de Relaciones Exteriores y de la oficina de Coordinación de la Cooperación Internacional de la Presidencia de la República. Sin embargo, cada ministerio posee oficinas de cooperación internacional, quienes se encargan de la coordinación interna, del asesoramiento en el diseño de proyectos y del seguimiento de los compromisos internacionales adquiridos por ellos. Producto de la gestión de estas dependencias, existen varios tipos de recursos externos en Panamá que pueden clasificarse de la siguiente manera:

Cooperación bilateral

Existen recursos internacionales reembolsables y no reembolsables procedentes de las agencias de cooperación internacional, aunque de acuerdo con la información suministrada el monto de la primera es mucho más importante, dado el estatus de país no prioritario. Como es predecible, los recursos no reembolsables responden a programas dirigidos a poblaciones puntuales y relacionadas con intereses de cooperación regionales de algunas agencias.

- **Cooperación bilateral reembolsable*:*** Bajo este tipo de modalidad se puede señalar el Plan de Saneamiento de la Bahía de Panamá, que no sólo tiene importancia turística, sino sanitaria y que será financiada conjuntamente por la banca internacional y el gobierno de Japón. El aporte inicial de la banca internacional para la primera fase está en el orden de los USD 45 millones, con un costo total esperado superior a los USD 200 millones, que serían aportados por empresas japonesas bajo el modelo de concesión.

- **Cooperación bilateral no reembolsable:** Dentro de esta modalidad se encuentran las negociaciones con: la Embajada de Japón, la Embajada de Canadá, la Embajada de los Estados Unidos de Norteamérica, la Agencia de Ayuda Internacional de los Estados Unidos (USAID), la Comisión Económica Europea (CEE), la Agencia Japonesa de Cooperación Internacional (JICA) y la Agencia Española de Cooperación Internacional (AECI). Un ejemplo concreto en este campo lo constituyen las gestiones del MINSA con el gobierno de los Estados Unidos para el fortalecimiento del Instituto Conmemorativo de Estudios de la Salud Gorgas en el diagnóstico laboratorial de enfermedades infecciosas emergentes y remergentes, así como el desarrollo de un laboratorio de alta seguridad P3. Otros ejemplos de este tipo de cooperación en Panamá son los proyectos financiados por JICA en los temas de Hemored (actualmente en fase de evaluación y rediseño) y mejoramiento de la calidad de la red prestadora en el área mesoamericana (actualmente en ejecución en las comarcas indígenas)

Cooperación multilateral

- **Cooperación multilateral reembolsable:** Actualmente el MINSA está participando de dos (2) préstamos con el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) por un valor de US$ 80 millones: el *primero* por US$ 50 millones, con un aporte externo de US$ 45 millones y que será destinado a la canalización y tratamiento de aguas servidas de los barrios

que aún vierten sus desechos a la Bahía de Panamá (anteriormente mencionado) y un *segundo* préstamo, por un valor total de US$ 50 millones (US$ 35 millones de aporte externo) destinado al financiamiento del "Programa Multifase de Transformación Institucional del Sector Salud". Este proyecto, cuyo aporte es muy significativo para el MINSA, inició su primera fase en el año 2002 y se prevé continúe hasta el año 2007, cuando se negociará una segunda fase. En términos generales, el proyecto posee tres sub-componentes claramente diferenciados; el *número uno* con un porte de US$ 5,8 millones y que apuntan al fortalecimiento del rol rector del MINSA; el *número dos*, posee el aporte más significativo (US$ 28 millones) para financiar la ampliación de coberturas a regiones desprotegidas mediante el modelo de contratación de Organizaciones Externas (OE) y el establecimiento de un Plan Integral de Servicios de Salud (PAISS) y finalmente el *número tres*, que con un monto de US$ 10 millones financia la transformación de los servicios de salud para incrementar su productividad. Una rápida revisión de la distribución financiera y de ejecución del mismo, muestra que el sub-componente dos posee el mayor peso relativo y mejor porcentaje de ejecución a la fecha (US$ 27,1 millones y 79%), lo cual es congruente con el énfasis que el gobierno actual está realizando a la lucha contra la pobreza y la exclusión social.

Finalmente, existen al menos cinco proyectos que se encuentran en fase de diseño y/o aprobación entre los cuales es importante mencionar:

- Red de protección social, que conllevará financiamiento del Banco Mundial y del Banco Interamericano de Desarrollo.
- Seguridad ciudadana, con financiamiento del Banco Interamericano de Desarrollo.

(En estos dos primeros proyectos, el MINSA constituye el organismo ejecutor primario sino funge como entidad de apoyo).

- Salud rural-Fase II, con financiamiento del Banco Mundial.
- Adquisición de unidades móviles de cirugía ambulatoria.
- Sistema de administración de llamadas de emergencia 911.

(Estos últimos conllevarán la suscripción de convenios de préstamo con el Banco de Exportaciones de Corea).

- **Cooperación multilateral no reembolsable:** Panamá no es considerado como un país prioritario para recibir fondos de la gran mayoría de agencias cooperantes y por ende, el peso relativo de recursos no reembolsables en el presupuesto general de salud no ha superado el 1% (USD 10.000.000 al año) en los últimos 10 años, según información de la Dirección Nacional de Asuntos Internacionales del MINSA. Adicionalmente, y por las mismas razones, el país tampoco califica para mecanismos de alivio de la deuda u otros fondos globales tales como los PRSP, GAVI, CIII; el Fondo global de lucha contra la TBC, malaria y VIH/SIDA en su primera ronda, sólo destinó USD 570.000 para la financiación del componente de TBC, cuya ejecución finaliza este año. Sin embargo, recientemente la Red de la Medición en Salud (HMN) destinó USD 100.000 para fortalecer el sistema de información en salud. En general, se puede afirmar que el gobierno panameño trabaja para mantenerse en la categoría de país objeto de cooperación internacional no reembolsable, mediante el establecimiento de alianzas estratégicas a nivel regional e internacional, aprovechando espacios de actuación en los foros internacionales, de acuerdo a las prioridades del país establecidas en el Plan de Gobierno.

Instancias de diálogo de la cooperación internacional

Las organizaciones gubernamentales encargadas de la gestión de la cooperación internacional, son además responsables de mantener los canales e instancias de diálogo con los diferentes foros internacionales y agencias cooperantes anteriormente mencionados y los organismos regionales tales como: COMISCA, SICA, COCISS, RESSCAD, RECACER, y FOCARD. Adicionalmente, deben mantenerse en permanente contacto con fondos mundiales tales como: el Fondo multilateral del protocolo de Montreal, el Fondo mundial para el medio ambiente, la

Fundación Damián, el Fondo Global para la lucha contra la TBC, VIH/SIDA y Malaria; y la Agencia Internacional de Energía Atómica (AIEA), entre otros. Para cumplir con esta labor de dialogo permanente, estas instancias del gobierno desarrollan foros, seminarios y reuniones de coordinación periódicas.

Principales agencias y programas del SNU y la estrategia de cooperación conjunta

El PNUD la OPS/OMS, el UNICEF, el UNFPA, ACNUR, UNDSS, ONUSIDA, CINUP y la FAO, poseen oficinas y representantes acreditados en el país. Algunas de las oficinas y fondos, como es el caso de PNUD, ONUSIDA, UNFPA, UNDSS, CINUP, y UNICEF local se encuentran agrupadas en un edificio único (Casa de Naciones Unidas) en la Ciudad del Saber. Solamente la OPS/OMS y la FAO poseen sus sedes en el área cercana. También tienen su sede en Panamá las Oficinas Regionales de UNICEF, PMA, OCHA y ONUSIDA.

Como parte de sus mandatos, las agencias acreditadas en el país han realizado desde el año 2000 dos ejercicios de CCA y elaborado sus respectivos UNDAF. Los objetivos de estos ejercicios están relacionados con la realización y consenso de un diagnóstico que permite la identificación de prioridades de la cooperación para el desarrollo del SNU, con el fin de garantizar la máxima efectividad y eficiencia, que coadyuve a las políticas y prioridades del gobierno nacional, bajo el marco conceptual de los derechos humanos. Con este enfoque, incluidos la perspectiva de género y los Objetivos de Desarrollo del Milenio, se procura aumentar y generalizar el ejercicio de la libertad individual y del acceso a las oportunidades de vida.

El Sistema de las Naciones Unidas, definió al final del su último ejercicio de CCA (concluido recientemente) las siguientes tres áreas como prioritarias para el enfoque de su cooperación:

Reducción de la pobreza y mejoramiento de la distribución del ingreso.
El principal desafío es diseñar y aplicar una estrategia que estimule el empleo y la productividad, que permita la satisfacción de necesidades sociales básicas y permita a las comunidades más pobres salir de la pobreza absoluta. Para el logro de esta meta, el SNU planea apoyar técnica y financieramente la "Red de oportunidades" como parte del sistema de protección social de Panamá.

Garantías sociales básicas para el ejercicio de los derechos humanos.
Los objetivos enfatizan la universalidad y equidad en el acceso a servicios sociales básicos, mediante el fortalecimiento del Estado para realizar inversiones sociales en respuesta a las demandas y la superación de prácticas o situaciones discriminatorias que perpetúen la desigualdad en las oportunidades de vida y la exclusión de poblaciones vulnerables.

Modernización del Estado y reforma del sector público.
Con énfasis en tres objetivos, el fortalecimiento del Estado para diseñar y adoptar políticas de justicia distributiva, en el ámbito legal e institucional, uno de cuyos soportes es un sistema informático integrado y abierto; reducir las brechas de participación y representación e institucionalizar la cultura de rendición de cuentas y transparencia y el ejercicio de la democracia y el fortalecimiento de los lazos de solidaridad a nivel colectivo.

Cooperación de las Naciones Unidas en Panamá: Áreas y resultados

Líneas de cooperación	Efectos esperados	Derechos Humanos abordados	ODM
Reducción de la pobreza y mejoramiento de la distribución del Ingreso	1. Disminución de la inequidad y la pobreza mediante la ejecución de acciones que faciliten el acceso a los beneficios sociales y al empleo.	Económicos, sociales y culturales	1
	2. Mejor distribución del ingreso mediante el apoyo a acciones para incrementar los ingresos de trabajo y mejorar la calidad del empleo y disminuir el trabajo infantil.		1
	3. reducción de la desnutrición mediante acciones de apoyo a la seguridad alimentaria nacional		1
	4. Sistema educativo promueve el acceso y la permanencia en condiciones de equidad, inclusión y participación así como la alfabetización de adultos.		2
Garantías sociales básicas para el ejercicio de los Derechos Humanos	5. Igualdad de género reforzada mediante estrategias de participación social, equidad de ingresos y reducción de la violencia intrafamiliar.	Económicos, sociales y culturales / civiles y políticos	3
	6. La salud de la población mejora con el desarrollo de estrategias de promoción de la salud, prevención de enfermedades, ampliación de la cobertura y acceso a los servicios.	Económicos, sociales y culturales	4 y 5
	7. El VIH/SIDA y otras enfermedades trasmisibles, como la tuberculosis y la malaria, no se incrementan dadas las acciones de prevención, atención de las personas y desarrollo de servicios adecuados.		6
	8. La sostenibilidad ambiental (biodiversidad, desarrollo forestal, estabilización del cambio climático, prevención de desastres) se fortalece con el apoyo de marcos normativos, estrategias nacionales y acciones locales.		7
Modernización del Estado y reforma del sector público	9. Una visión del desarrollo integral fundamentada en los DDHH como marco para políticas nacionales de desarrollo.	Derechos al desarrollo/ económicos, sociales y culturales / civiles y políticos	Capacidad para promover el avance en todos los Objetivos de Desarrollo del Milenio
	10. Apoyo al fortalecimiento del sistema político y construcción de acuerdos nacionales. 11. Modernización de la administración pública para una gestión más eficaz, eficiente y equitativa. 12. Fortalecimiento del desarrollo local mediante la descentralización política y administrativa. 13. Mayor vigilancia y ejercicio de la ciudadanía en torno al cumplimiento de los DDHH y los ODM.	Civiles y políticos	

Fuente: Cerrando las brechas. Evaluación Común de País 2005 y Marco de Cooperación para el Desarrollo 2007-2011. Sistema de las Naciones Unidas en Panamá, 2006

Para el desarrollo de estas actividades el SNU estaría en capacidad de movilizar cerca de USD 11 millones de recursos propios y canalizar cerca de USD 100 millones más en los próximos cinco años. Adicionalmente a la realización de este ejercicio de coordinación de la cooperación, cada agencia posee sus propios planes que se desarrollan e implementan de manera conjunta con sus contrapartes nacionales.

Operacionalmente, el SNU en Panamá ha implementado grupos temáticos (GT) y equipos de trabajo (ET) como mecanismos complementarios de coordinación interagencial y con el gobierno en temas como; Salud, Género, ONUSIDA e Indicadores de las ODM. Sin embargo, para el año 2006 se planteó la re-estructuración de estos Grupos, eliminándose los GT de Salud e Indicadores y creándose los de "Derechos Humanos" y de "Descentralización", además de ya existente de ONUSIDA. La Representación de la OPS/OMS tuvo a cargo la presidencia del Grupo Temático de Salud durante el bienio 2004-2005 y del GT de ONUSIDA gran parte del 2005. Los ET también han sido reestructurados este año y enfocados a temas tales como: CCA/UNDAF, UNETE, ODM, Servicios Comunes, Comunicaciones y ONUSIDA. OPS/OMS en Panamá coordina el ET- UNETE.

La cooperación de la OPS y alianzas con otros organismos

La cooperación de la OPS se ha mantenido un amplio espectro de áreas, desde el apoyo en el desarrollo de los sistemas y servicios de salud, colaboración en la introducción de nuevas tecnologías sanitarias, la prevención y control de enfermedades hasta la capacitación y mejoramiento del desempeño de los recursos humanos entre otras. En este proceso el Ministerio de Salud es la principal contraparte de la OPS/OMS, colaborando permanentemente en múltiples aspectos destacándose la asignación de personal de apoyo. De igual manera, hace tres años se inició una modalidad de cooperación con la Caja de Seguro Social para la asignación de profesionales técnicos adscritos a la OPS/OMS, durante un año.

Otras instancias como la Sociedad Canadiense para la Salud Internacional (CSIH) y la Agencia de Cooperación Internacional del Japón (JICA), están colaborando con el programa de cooperantes. Con las Agencias del SNU se está trabajando en algunos temas específicos, como VIH/SIDA, especialmente con el UNFPA, PNUD y el UNICEF. En los temas de desastres y sangre segura se está trabajando con la Cruz Roja, JICA y otras instituciones nacionales. Con el Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud (ICGES), se ha trabajado en el área de Bioética, laboratorios y estudios de resistencia.

Política de relaciones internacionales y cooperación técnica hacia el futuro

Panamá posee una política de relaciones internacionales enfocada a ampliar la presencia del país en los distintos Foros y Organismos Internacionales de carácter económico, político y social y la generación de ingresos. Esta política incluye; la definición clara de acciones para la participación del país en los foros y organismos internacionales de carácter económico; la realización sistemática de estudio de coyuntura para evaluar de manera permanente las oportunidades en los diversos sistema de integración y coordinación de políticas multilaterales existentes a nivel regional y extra-regional, tales como: AEC, CARICOM, CAN, MERCOSUR, G-3, ALCA, SICA, APEC, UNION EUROPEA y FOCALAE, entre otros; incentivar las relaciones económicas bilaterales en apoyo a la política de comercio exterior panameña; e incrementar la participación del estado en organismos Internacionales del SNU y otros a nivel regional, tales como: ONU, OMC, OMI, ONUDI, UNCTAD, CEPAL, ALADI y SELA, entre otras.

Estas acciones son complementarias y sinergizan el "Plan Estratégico de Comercio Exterior" y la "Agenda Nacional de Competitividad" que buscan: mejorar la competitividad de las empresas panameñas en el mercado externo; identificar los nuevos frentes de negociación comercial; atraer la inversión extranjera; promocionar las exportaciones y reafirmar el país como líder en la prestación de servicios bancarios y del transporte y movimiento de carga de la región en

general. Todo esto con miras a incrementar los ingresos de la nación y posicionar el canal marítimo.

Además de estas políticas, orientadas al crecimiento económico, el país tiene políticas sociales que promueven el desarrollo humano y social y presupuestos que permiten financiarlas. De hecho, el fortalecimiento de la política tributaria ha sido una de las herramientas utilizadas para compensar las desigualdades en la distribución del ingreso y promover la inclusión social. Panamá es mundialmente reconocido como uno de los países que dedica una importante proporción de sus ingresos en el financiamiento de servicios sociales básicos y apoyo a la producción.

A pesar de lo anterior y los continuos esfuerzos por la reducción de la pobreza, principalmente en las poblaciones periféricas a la gran urbe y poblaciones indígenas, ella sigue como uno de los problemas de la sociedad panameña. Otro, menos debatido pero de importancia estratégica para el desarrollo, es la profunda desigualdad de la distribución del ingreso entre las provincias y comarcas. Estos temas, junto con otros temas actuales tales como, la aprobación del TLC con los Estados Unidos y el referéndum popular para la construcción del tercer juego de esclusas para el Canal, determinarán, sin lugar a dudas, los escenarios futuros de la cooperación externa en Panamá.

Sección 4
Actividades actuales de cooperación OPS/OMS Panamá

Breve reseña histórica

Las relaciones de Cooperación Técnica (CT) entre OPS/OMS y Panamá, se remontan a los años 1939-1940, bajo la forma de Zona Sanitaria del Caribe, y 1947, cuando el país oficialmente pasa a ser miembro activo de la OPS/OMS. La misión residente de la Oficina Sanitaria Panamericana, Representación de la Organización Panamericana de la Salud y de la Organización Mundial de la Salud, realiza sus funciones de cooperación técnica en salud desde la Ciudad de Panamá, acreditada en su según los términos del Convenio entre el Gobierno de Panamá y la Organización Panamericana de la Salud, sobre Prerrogativas e Inmunidades, suscrito el 9 de noviembre de 1951.

Dentro de este marco se han venido estableciendo otros acuerdos de Cooperación Técnica como el de fortalecimiento de la División de Control de Alimentos y Vigilancia Veterinaria, firmado en agosto de 1996 y que fue extendido hasta el 28 de agosto de 2006; la Carta de Entendimiento entre la República de Panamá y la OPS/OMS para la ejecución del Proyecto de Salud Bucal de los Niños de Bajos Ingresos, cuyo vencimiento fue el 7 de agosto de 2003; el Acuerdo de cooperación entre OPS/OMS y el Centro de Coordinación para la Prevención de Desastres en América Central, que se inició el 14 de febrero 2000, el Acuerdo para la participación de Panamá en el Fondo Rotatorio para la adquisición de productos estratégicos en Salud Pública, que se inició el 8 de marzo del 2001 y tiene carácter indefinido; así como otros convenios y acuerdos que expiraron en anteriores años.

A lo largo de casi 70 años se han mantenido y fortalecido las relaciones de trabajo mutuo, encontrándose en estos momentos en un alto nivel, en cuanto a su dimensión y al papel que la cooperación técnica actual juega con los programas tanto en el ámbito nacional, subregional y regional teniendo como principios esenciales ampliar la cobertura de servicios y programas de salud con calidad, equidad y justicia social.

Contexto

El sector Salud en Panamá es influenciado por los procesos de integración económica y es importante mencionar la dificultad que ha expresado Panamá para la firma del TLC con EEUU, que al igual que CAFTA todavía están en etapa de revisión y negociación. La IX Ronda de Negociaciones se concentró principalmente en un paquete de partidas arancelarias agrícolas de siete rubros específicos (arroz, carne de pollo, carne de cerdo, café, papa, cebolla, aceite y azúcar). Igualmente, considero el tema de las compras gubernamentales, específicamente, para el caso de la Autoridad del Canal de Panamá y lo referente a la apertura del Comercio al por Menor, por su lado Panamá aceptó abrir la frontera fitosanitaria a productos de los EEUU. También, dentro la modalidad de TLC se destaca que durante el 2005, Panamá firmó un acuerdo bilateral de libre comercio con Singapur, logrando acceso a aquel mercado con cero arancel para todos los productos agrícolas e industriales; lo que permitió la apertura de inversiones de capital de Singapur en el Sector Portuario de Panamá y el mercado de las empresas de Singapur a las telecomunicaciones, creando una mayor competencia en el ámbito local.

En octubre del 2005, se realizaron reuniones entre Taiwán y Panamá para incrementar el flujo de comercio amparado por el TLC existente entre ambos países, que desde la perspectiva panameña, busca ampliar nuevos mercados para sus productos, a fin de facilitar la competencia de los mismos en los mercados internacionales. Por otra parte, en febrero del

presente año se llevó a cabo el cierre de negociaciones TLC Chile – Panamá, que conlleva aperturas para servicios profesionales y de productos agrícolas ofrecidas en libre comercio por Panamá y apertura de los servicios financieros, principalmente bancarios por Chile.

Panamá, también forma parte de la Reunión Interamericana a Nivel Ministerial en Salud y Agricultura (RIMSA) que es el único foro regional de colaboración y coordinación entre los sectores salud y agricultura, en el más alto nivel político. Durante la 14° RIMSA "Agricultura y salud: sinergia para el desarrollo local", se discutió la cooperación internacional en temas relacionados con la salud publica veterinaria al más alto nivel político y se buscaron nuevas formas de abordar los problemas en común.

Múltiples procesos, planes de trabajos, proyectos, recursos humanos y financieros se combinan a diario para buscar avanzar en objetivos y metas comunes que van mas allá de la propia dimensión del sector salud para alcanzar a otros entes gubernamentales, organizaciones no gubernamentales y de la sociedad en general, con la misión de promover la equidad en salud, combatir la enfermedad, mejorar la calidad y prolongar la duración de la vida del pueblo Panameño, buscando siempre liderar esfuerzos colaborativos estratégicos entre todos los aliados y en consonancia con los mandatos del Sistema de Naciones Unidas. Así, Panamá, participó en la formulación de la propuesta de APS renovada y la definición de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, ratificando, además, su compromiso de integrar en forma prioritaria esas propuestas en su agenda nacional.

Proceso de cooperación

La cooperación técnica se establece y desarrolla a través de un diálogo entre la Representación de la OPS/OMS y el país, principalmente a través del MINSA y en el cual participan todos los actores nacionales e internacionales relevantes para la salud. Como resultado se establece en el Programa y Presupuesto Bienal (BPB), que se ejecuta a través de Planes de Trabajo Semestrales (PTS), donde se especifican las tareas y se asignan los fondos. El BPB se evalúa en forma anual y bienal y se monitorea a través de informes semestrales. El BPB está basado en el enfoque de marco lógico y se centra en el cumplimiento de resultados esperados, establecidos de mutuo acuerdo entre el país y la OPS/OMS. Tanto la definición, como la preparación y evaluación, se realiza en conjunto con las autoridades del sector salud.

En el desarrollo dinámico y constante de la cooperación técnica en salud participan, además del MINSA, otros ministerios y diversas instituciones nacionales que se dedican a la investigación científica, técnica y docente, tanto públicas como privadas, pertenecientes al sector salud y otros sectores.

Los enfoques funcionales a través de los cuales se operacionaliza la cooperación técnica, responden a: desarrollo de políticas, planes y normas, diseminación de información; entrenamiento y capacitación; promoción de la investigación; movilización de recursos; y cooperación técnica directa. La OPS/OMS coopera con el país desde la Representación del país, como desde el nivel subregional, regional y global

Programa de Cooperación

El principio rector del programa cooperación técnica es el **desarrollo nacional en salud**, tratando de contribuir al desarrollo sostenible de los sistemas de salud, estimulando intervenciones sobre los determinantes de la salud, promoviendo la prioridad política de la salud y asegurando que las poblaciones alcancen su mayor potencial en salud. La estrategia de cooperación técnica se basa en un profundo contenido de salud pública en el marco de un desarrollo social equilibrado y la relevancia política de este proceso, constituyendo una oportunidad y un gran reto para el sector salud. Desde esta perspectiva, el desarrollo nacional de salud en el país, se ha concebido como un proceso nacional generador de gobernabilidad, rectoría y liderazgo en salud poblacional. Las áreas temáticas y las modalidades de trabajos

que actualmente se han adoptado buscan que la cooperación técnica logre elementos de construcción y fortalecimiento de las capacidades nacionales y locales para la generación de inteligencia sanitaria, la reducción de las inequidades en salud, la búsqueda de financiamiento solidario, la extensión de protección social, el uso de modelos de atención de la salud basados en estrategias de promoción y prevención y el desarrollo de los recursos humanos en salud.

En noviembre de 2005 se realizó la evaluación conjunta de la cooperación técnica para el bienio 2004-2005, se revisaron las prioridades nacionales definidas para el bienio y se ajustó la propuesta del BPB 06-07, en base a recomendaciones consensuadas también en forma conjunta.

Las prioridades de la cooperación técnica en Panamá, tienen en cuenta además, los mandatos de las Cumbres de las Américas y los Objetivos de la Declaración del Milenio, en base a los cuales la Representación OPS/OMS en Panamá, definió los siguientes **proyectos para el bienio 2006-2007:**

- **Apoyo al desarrollo nacional de la Salud**, cuyo propósito es apoyar al desarrollo sanitario nacional y contribuir a la disminución de las desigualdades existentes, al logro de los Objetivos del Milenio y a la CTEP. A través de este proyecto se hace énfasis en las alianzas estratégicas, la coordinación con las agencias del Sistema de Naciones Unidas, los aspectos de Seguridad y el trabajo a nivel de Subregión COMISCA/RESSCAD/SISCA.
- **Gestión y coordinación del programa de cooperación técnica** en el país, que coordina los aspectos relativos al funcionamiento de la oficina y su personal.
- **Gestión de información y conocimiento**, que procura el fortalecimiento del Sistema de Información en Salud y el Análisis de Situación de Salud, a través del fortalecimiento de los subsistemas. Dentro de este proyecto se encuentran incorporados el CEDOPS, BVS/BIREME, PALTEX, INFOCOM, datos básicos, estadísticas de salud y medición de desigualdades.
- **Salud familiar y comunitaria**, que prioriza estos dos conjuntos como ejes de acción para ejecutar planes de acción en salud dirigidos a la población infantil, adolescente, madre y mujer, salud mental, abuso de substancias, accidentes y violencias, tercera edad, VIH/SIDA. Con relación a este ultimo, se está aplicando el Plan Regional de VIH/ITS para el Sector Salud, conjuntamente con los principales actores de la región, ya sean estatales, no gubernamentales o internacionales. Ha finalizado la implementación de la iniciativa 3x5, a la que sigue otra que persigue el acceso universal a la atención integral en VIH/sida para 2010. En alianza con UNICEF y otros socios se trabaja para reducir la transmisión materno-infantil del VIH y la sífilis congénita. Además, desarrolla estrategias de promoción de la Salud y de Seguridad Alimentaria Nutricional.
- **Gestión de servicios de Salud**, para fortalecer procesos de desarrollo de modelos de atención a las personas asegurando incrementos concretos en la accesibilidad, calidad y eficacia. Esos procesos se refieren al fortalecimiento de la infraestructura de servicios y laboratorios de salud, recursos humanos, bioética, seguridad social, economía de la salud, investigación, discapacidad y rehabilitación, medicamentos y tecnología, así como la salud oral.
- **Desarrollo sostenible y salud ambiental**, que aplica enfoques intersectoriales para la gestión ambiental y mitigación de riesgos ambientales, comprende los aspectos referidos a la calidad ambiental, salud ocupacional, salud de los pueblos indígenas, ECOCLUBES, proyecto DDT y plaguicidas, así como agua y saneamiento. También incorpora los aspectos relacionados con emergencias y desastres.
- **Prevención y control de enfermedades**, para fortalecer las capacidades nacionales y la formación en epidemiología para la prevención y control de enfermedades transmisibles, no transmisibles, emergentes y remergentes, así como salud pública veterinaria, inocuidad de alimentos, enfermedades prevenibles por vacunación, así como el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) y los planes de contingencia frente a la pandemia de influenza.

Para operacionalizar la ejecución de estos proyectos, la Representación ajustó su estructura funcional bajo cuatro grandes ***áreas temáticas*** de cooperación: epidemiología, salud ambiental, servicios de salud y salud familiar y comunitaria. Bajo estas cuatro áreas técnicas se ejecutan los proyectos de cooperación, contenidos en el BPB. Cada una de estas áreas tiene un coordinador designado, cuyo propósito es articular el trabajo de su área y monitorear el desarrollo de las actividades programadas y los informes periódicos de ejecución.

Además, para fortalecer el trabajo integrado del programa de cooperación técnica, se ha definidos ***grupos funcionales transversales*** que atraviesan el que hacer de las diferentes áreas. Para el presente bienio se cuenta con cuatro grupos funcionales compuestos por consultores y personal de apoyo, a saber:

- ***Grupo de Gestión de Información*** para el desarrollo de la estrategia de información y comunicación y así fortalecer la gestión, análisis y difusión de información de la Representación.
- ***Grupo de Desarrollo Institucional*** para la elaboración, monitoreo, coordinación y evaluación del Plan de Desarrollo de la Representación.
- ***Grupo de Epidemiología*** para apoyar y fomentar el área de epidemiología y análisis de las tendencias en los diferentes proyectos
- ***Grupo de trabajo para la Política de Acoso*** para la difusión y orientación al personal de la Representación sobre el contenido de la Política.

La Representación de Panamá, como parte de las acciones de descentralización impulsadas por la OPS/OMS en su proceso de cambio organizacional, en los últimos dos años ha ido acogiendo a consultores subregionales y regionales, como lo son el Asesor Regional de Vigilancia y Control del Dengue, el Asesor Subregional de Salud Mental y el Asesor Subregional para Influenza y Reglamento Sanitario Internacional. Adicionalmente, desde inicios del año 2006 se trasladó para Panamá el Programa Subregional de Emergencias y Desastres (PED), que contará con consultores regionales y subregionales. Asimismo, se aprobó el puesto de consultor subregional de Salud familiar y Comunitaria (SFC) que entrará en funciones en los próximos meses. Esta afluencia de consultores subregionales y regionales ha obligado a la Representación a hacer los ajustes internos necesarios para garantizar la adecuada respuesta a esta nueva demanda de trabajo que representan estos programas.

A todo este proceso organizativo lo acompaña un ***Plan de Desarrollo de la Representación*** que a su vez busca la excelencia en la calidad de la cooperación técnica que se brinda al país, en el cual se identificaron cinco componentes de desarrollo o áreas de trabajo, focalizando las propuestas de desarrollo para el bienio estas son:

- Liderazgo de la organización
- Disponibilidad de recursos financieros
- Capacidades técnicas de cooperación
- Ambiente de trabajo
- Apoyo administrativo al proceso de cooperación técnica

Oficina de la Representación

Infraestructura física y seguridad

capacitar al recurso humano nacional y a la vez se refuerza el equipo técnico de la Representación. Hasta la fecha, cinco funcionarios de la CSS han trabajado en la Representación como adscritos en las áreas de análisis de situación, salud de los trabajadores, desastres, salud familiar y comunitaria y promoción.

Recursos financieros

En el presente bienio, la oficina de Panamá ha experimentado una reducción del 40% de sus recursos regulares, como resultado de la aplicación de la nueva política de presupuesto de la Organización, como se puede observar en siguiente tabla:

Cuadro comparativo del presupuesto aprobado por bienio

Bienio	Monto aprobado en US$
2002 - 2003	2.257.200
2004 - 2005	2.348.800
2006 - 2007	2.069.000

La asignación inicial del presupuesto regular para el 2004-2005 fue de US$ 757.500 incluyendo los US$ 73.700 de fondos de Cooperación Técnica entre Países (CTEP). Adicionalmente, fueron aprobados US$ 290.347 de fondos regulares específicos, lo que incrementó una disponibilidad de fondos regulares a US$ 1.047.847 para el bienio.

De igual manera, se movilizaron US$ 330.166 de fondos extrapresupuestarios para apoyo del programa de cooperación, entre los que se destacan los fondos del Proyecto DDT/GEF y los del proyecto para la implementación de la Iniciativa 3 por 5 en Panamá

A continuación se observan los niveles de ejecución presupuestaria en los fondos administrados por la Representación durante el bienio 2004–2005, que en su conjunto alcanzaron un 95 por ciento.

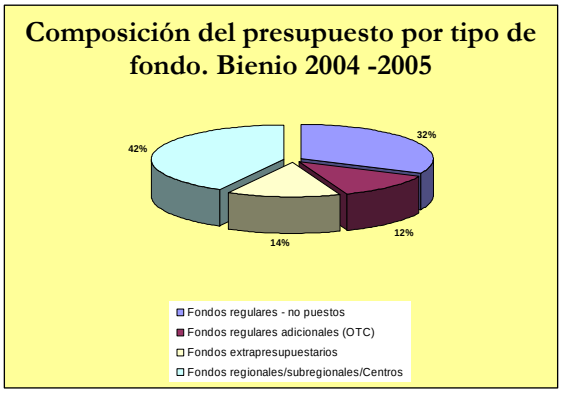
Cuadro de ejecución presupuestaria por tipo de fondo. 2004 – 2005

Tipo de fondo	Asignado	Ejecutado	% Ejecución
Fondos regulares (*)	757.500	742.586	98%
Fondos regulares adicionales (OTC)	290.347	281.905	97%
Total fondos regulares	**1.047.847**	**1.024.491**	**98%**
Fondos extrapresupuestarios	**330.166**	**279.422**	**85% (**)**
Total del presupuesto asignado	**1.378.013**	**1.303.913**	**95%**

(*) Incluye fondos CTEP asignados.
(**) La ejecución del 85% de fondos extrapresupuestarios, se debe a que en la gestión 2005, se asignaron fondos de la Oficina Subregional de PED cuya instalación concluyó sólo en el presente año.

De igual manera, la Representación administró durante el bienio 2004-2005 un total de US$ 993.543 de fondos de otras fuentes (regionales, subregionales y de Centros), que sumados a los fondos descritos anteriormente, alcanzaron un monto de US$ 2.371.556, cuya composición por tipo de fondo se ilustra en la siguiente gráfica:

Composición del presupuesto por tipo de fondo. Bienio 2004 -2005



El presupuesto regular no relativo a puestos, asignado para el bienio 2006-2007 es de US$ 763.800, que está distribuido en los diferentes proyectos de cooperación de la siguiente forma:

Proyecto BPB 2006-2007	Monto asignado en US$
Apoyo al desarrollo nacional de salud	118.068
Gestión y coordinación del programa de país	232.286
Información, comunicación y tecnología	108.452
Desarrollo sostenible y salud ambiental	61.860
Salud familiar y comunitaria	86.639
Gestión de servicios de salud	50.160
Prevención y control de enfermedades	106.335
Total	**763.800**

Sin embargo, dentro del presupuesto no relativo a puestos (US$ 763.800) se debe considerar el monto correspondiente a gastos de operaciones del programa de cooperación, así como los costos del personal contratado localmente y los subsidios del personal de gobierno asignado a la oficina, que en su conjunto representa un monto estimado de US$ 505.259 para el bienio.

Adicionalmente, se recibieron US$ 160.000 del componente de asignación variable del presupuesto, solicitados para fortalecer el programa de cooperación técnica para el presente bienio, en especial aquellas áreas que sufrieron disminución con el recorte de presupuesto para el bienio.

Apoyo de la Oficina Regional y participación del país en las actividades de cooperación técnica planificadas por la Sede

Durante el bienio 2004-2005 se realizaron 107 actividades subregionales en las que participó el país. De ellas, 101 actividades se efectuaron en el extranjero, pero involucraron el traslado de técnicos, profesionales y consultores. Estas 101 actividades representaron un monto de US$ 170.049,24. Las seis actividades restantes se realizaron en el país y correspondieron a talleres nacionales y subregionales y emplearon fondos por un monto de US$ 36.775,30, en ambos casos esos fondos provenían de programas regionales.

En el año 2005, se tuvo además, 31 asesorías temporeras (AT) de personal que participó en eventos o brindó asesorías cortas al país; 102 visitas cortas de funcionarios (CF) en misiones oficiales. Esta cifra incluye las diferentes visitas realizadas por el equipo de PED a Panamá, gestiones realizadas con la transferencia de sus oficinas a Panamá; cinco visitas de consultores a corto plazo (STC) y siete visitas de funcionarios del INCAP en misión oficial al país.

Durante el pasado bienio se llevaron a cabo los siguientes Proyectos de CTEP:

- "Establecimiento de un laboratorio de monitoreo de resistencia a insecticidas de insectos vectores de referencia para Centroamérica", entre el Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud de Panamá y el Instituto de Medicina Tropical "Pedro Kouri" de Cuba.
- “Agua y saneamiento en poblaciones indígenas” entre Panamá, Guatemala y El Salvador.
- “Atención Primaria Ambiental en manejo de desechos, agua potable, excretas, y el mejoramiento del ambiente interno en poblaciones indígenas”, entre Guatemala, Panamá y Costa Rica.
- “Fortalecimiento de la Vigilancia Epidemiológica mediante la utilización de una Red de información y comunicación con énfasis en el Cordón Fronterizo Costa Rica – Panamá”.
- “Gestión Inter fronteriza de Costa Rica y Panamá, en los componentes de enfermedades transmisibles, vigilancia epidemiológica, desastres y Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI)”.
- Proyecto para el “Fortalecimiento del componente de salud mental en la atención primaria de salud” entre Cuba, Panamá y República Dominicana.

La ejecución de los fondos asignados para CTEP fue de un 98 por ciento.

Participación de Panamá en los cuerpos directivos y ejecutivos de OPS y OMS

Su Excelencia Dr. Camilo Alleyne, Ministro de Salud de Panamá, participó en las reuniones de los cuerpos directivos: en el 45o Consejo Directivo del 26 al 30 de septiembre del 2004 en Washington, D.C.; en la 58o Asamblea Mundial del 16 al 25 de mayo del 2005 en Ginebra. En ocasión de su participación en el 46o Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud, del 26 al 30 de septiembre de 2005 en Washington, D.C., Panamá fue elegido como miembro del Comité Ejecutivo, junto con Antigua y Barbuda y Chile. En ése mismo momento, Panamá solicitó se adopte la resolución WHA58.23, propuesta por la 58º Asamblea Mundial de la Salud en 2005 y que se relaciona con la necesidad de promocionar y proteger los derechos humanos de las personas con discapacidad, en especial su derecho al más alto nivel posible de salud física y mental.

Actividades subregionales

Panamá participa activamente en el contexto subregional a través de las diferentes instancias establecidas:

- **SICA**: Panamá ejerce la Presidencia Pro Tempore desde el 1º de enero del 2006. En la Reunión Extraordinaria de Jefes de Estado del SICA, celebrada en Panamá el 9 de marzo 2006, el acuerdo más importante fue el impulso a la entrada en vigencia de un TLC entre Panamá y el resto de países centroamericanos que facilitara las negociaciones del acuerdo de asociación entre Centroamérica y la Unión Europea que se desarrollará en Viena en el mes de mayo.
- **SISCA**: Panamá contribuyó a la consolidación de esta Secretaría que ha sustituido a la Comisión Regional de Asuntos Sociales (CRASD) a raíz de la entrada en vigor del Tratado de Integración Social (TIS) y sus funciones son velar a nivel subregional por la correcta aplicación del Tratado y los demás instrumentos y decisiones, realizar las tareas que el Consejo de Integración Social le encomiende, y servir de enlace de las acciones de las otras subsecretarías del sector. Existe un acuerdo de cooperación con OPS/OMS firmado en mayo de 1996.
- **COMISCA**: Durante los días 7 y 8 de junio, 2006, se llevo a cabo la XXIV Reunión del Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica (COMISCA), con Presidencia Pro-Tempore de Panamá. Dentro de los temas discutidos estuvieron: i) la propuesta de un laboratorio regional de referencia para influenza en el laboratorio Gorgas de Panamá, respecto a lo cual se solicitaron informaciones complementarias en cuanto a características, valor agregado para los países y mecanismos de financiación, para luego tomar decisiones; ii) se aprobó el Plan Centroamericano de Respuesta a la Pandemia de Influenza e Influenza Aviar, con modificaciones respecto a los plazos para el monitoreo y evaluación; iii) se aceptaron también las sugerencias del Secretario de Salud de EEUU, sobre la utilización de antivirales, comunicación social, planes operativos locales, desarrollo de un laboratorio productor de vacunas para lo cual se gestionarán financiamientos del Fondo Español a través del BCIE, fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica e ingreso en la red de rastreo epidemiológico de enfermedades. Asimismo se presentó la propuesta de BPB subregional, como conjunto de proyectos que responden a prioridades colectivas de los países centroamericanos en proceso de integración, el interlocutor COMISCA y su secretariado SISCA, con acción coordinada con las otras instancias subregionales (RESSCAD, FOCARD, FEMICA, CSUDA, etc.)
- **RESSCAD**: Existe un Comité Nacional para el seguimiento de los acuerdos y preparación de propuestas en la RESSCAD
- **COMMCA**: El SICA en su XXVI reunión ordinaria (junio del 2005) incorporó formalmente al Consejo de Ministras de la Mujer de Centroamérica, cuya es actualmente presidencia

ejercida por Panamá. Su objetivo es desarrollar estrategias técnico-políticas que permita incluir en la Agenda de Integración Centroamericana los temas prioritarios contenidos en los acuerdos y compromisos asumidos por los Estados de la Sub región, en las convenciones y tratados internacionales de los cuales son signatarios; así como los acuerdos de los Presidentes en las cumbres y reuniones donde han discutido y acordado decisiones sobre equidad de género y políticas de igualdad.

- **COCISS**: El Consejo Centroamericano de Instituciones de Seguridad Social, constituye uno de los esfuerzos de la región para garantizar el desarrollo integral del istmo en materia de seguridad social y coadyuvar junto con los ministerios de salud al mejoramiento del nivel de salud de la población de la región Centroamericana. Su prioridad es desarrollar estrategias para un abordaje subregional de contención de costos de medicamentos y OPS/OMS ha sugerido acciones relativas a la promoción de políticas de genéricos, sistemas de suministros y apoyo a compras conjuntas Durante el mes de mayo se llevará a cabo en Nicaragua, la Asamblea General del Consejo, en donde Honduras hará entrega de la presidencia a Nicaragua y se revisará el estado de los acuerdos de la reunión anterior, acaecida en el 2005.
- **Banco Centroamericano de Integración Económica (BCIE)**: Panamá ha ingresado recientemente como miembro activo durante la pasada cumbre extraordinaria de presidentes de CA, con lo cual se abre la posibilidad de que el país participe de recursos de la banca regional, a los cuales no tenía acceso antes de su ingreso.
- **InfoCom**. La iniciativa subregional de Información y comunicación en salud está siendo coordinada, por decisión de la RESSCAD 2003, por el Ministerio de Salud de Panamá, en conjunto con la Representación de la OPS/OMS en el país. La iniciativa ha mostrado avances, principalmente, en el tema de vigilancia epidemiológica subregional (RECACER), así como en la vigilancia interfronteriza, a través de la implementación de la aplicación de vigilancia interfronteriza COR-PAN. El mantenimiento, tanto de las aplicaciones informáticas como del sitio de InfoCom, está a cargo de la Representación de Panamá.
  Se han desarrollado manuales y guías tanto para los administradores de país como para los usuarios finales, destacándose la "Guía de administración de cuentas de usuario para administradores de país", la "Guía de ingreso a InfoCom y uso del repositorio de documentos", el manual de usuario de la aplicación de vigilancia interfronteriza y el manual de usuario de la aplicación de vigilancia epidemiológica subregional, haciendo sencillo el uso del sitio y las herramientas que ofrece. A finales del 2005 se modificó la interfase gráfica de la aplicación de vigilancia epidemiológica subregional (RECACER), haciéndola más amigable y permitiendo a los usuarios generar información basada en múltiples parámetros de consulta y exportar a distintos formatos, facilitando su manipulación.

Movilización de recursos

Para el fortalecimiento de la cooperación técnica al país y la canalización de recursos hacia temas prioritarios en salud pública, se han elaborado diversos proyectos en el último período. Entre ellos se obtuvo financiamiento de la GTZ, a través del CEPIS para la ejecución del proyecto de agua y saneamiento en regiones indígenas, se obtuvo la aprobación del proyecto "Desarrollo del sistema de información en salud en Panamá", financiado por la Red Métrica en Salud; en lo que respecta a VIH/SIDA se recibieron fondos para la implementación de la iniciativa del 3 por 5 y fondos FAP para VIH/SIDA en cárceles y para el establecimiento de un sistema de monitoreo y evaluación.

Otros proyectos aprobados, pero sin financiamiento, son Salud y pueblos indígenas y Escuelas Inclusivas, proyecto dirigido a la inclusión escolar de personas con discapacidad (PCD) y sus familias. Se espera contar con el apoyo del proyecto Ayudemos a Panamá, de BPB Canadá, que busca ampliar el suministro de ayudas técnicas para PCD y un proyecto de Rehabilitación Basada en la Comunidad, financiado por la Misión Cristiana para Ciegos, a iniciarse en el 2007.

Sección 5
Directrices Globales y Regionales de la Cooperación de OPS/OMS

5.1 Metas globales de la Organización Mundial de la Salud

La OMS, se enfoca a contribuir con el logro del mayor grado posible de salud de los habitantes de todos los países del mundo. Para conseguir esto, ella ha desarrollado un marco estratégico que traduce las necesidades de los países miembros y las convierte en el sustento de sus acciones.

Prioridades para la acción mundial

Basado en el análisis estratégico de la situación en salud, y con la finalidad de dar respuesta a los requerimientos y diferentes escenarios configurados en las regiones, la Organización ha definido prioridades y la necesidad de acciones mundiales[54] relacionadas con: la reducción de riesgos para la salud (factores como el habito de fumar y la dieta entre otros) y la promoción de una vida sana; la salud mental; la salud materna e infantil; el VIH/sida; el riesgo de las enfermedades emergentes, las epidemias mundiales desatendidas (enfermedades cardiovasculares, vinculadas al tabaquismo y las consecuencias de los accidentes de transito); el desarrollo de una atención integrada en los sistemas de salud; y los propios recursos humanos, algunas de las cuales además han sido objeto de iniciativas a escala global, como es el caso de la malaria[55], la tuberculosis[56] y el VIH/sida[57]. Así, se apunta a la reducción de la mortalidad, morbilidad y discapacidad especialmente en poblaciones pobres y marginadas; a la promoción de modos de vida sanos y reducción de los factores de riesgo para la salud humana de origen ambiental, económico, social y conductual; y al desarrollo de sistemas de salud que mejoren de manera equitativa los resultados sanitarios, respondan a las demandas legítimas de la población y sean financieramente justos y sostenibles, con una política propicia y un entorno institucional para el sector de la salud que promueva una dimensión sanitaria para la política social, económica, ambiental y de desarrollo.

Todo ello en el marco del proceso de cambio interno de la misma Organización, que busca mejorar la respuesta ante los actuales y nuevos retos haciendo de los resultados esperados de los planes nacionales sus principales objetivos[58]. Por ello, el 11º programa general de trabajo de la OMS incluye: ofrecer liderazgo en temas cruciales para la salud y participar en alianzas cuando se requieran actuaciones conjuntas; determinar las líneas de investigación y estimular la producción de conocimientos valiosos, así como la traducción y divulgación del correspondiente material informativo; definir normas y patrones, promover y seguir de cerca su aplicación en la práctica; formular opciones de políticas que aúnen principios y fundamentos científicos; prestar apoyo técnico, catalizar el cambio y crear capacidad institucional duradera; seguir de cerca la situación en materia de salud y determinar las tendencias sanitarias[58].

---

[54] Al respecto se pueden consultar los informes sobre la Salud en el mundo, cuyos énfasis temáticos muestran estas prioridades, en particular: 2002, Reducir los riesgos y promover una vida sana referido a la promoción y prevención; 2003, Salud mental: Nuevos conocimientos, nuevas esperanzas; 2005, Cada madre y cada niño contaran; 2004, Cambiemos el rumbo de la historia, referido al VIH/sida; 2003, Forjemos el futuro, referido a las enfermedades emergentes y desatendidas; 2000, Mejorar el desempeño de los Sistemas de Salud y 2006, colaboremos por la salud, referido a los Recursos Humanos en salud.

[55] En diciembre de 1998, la OMS y un conjunto de organizaciones y gobiernos, lanzaron la iniciativa "Roll Back Malaria".

[56] En octubre del 2001, la OMS, junto a otros organismos de cooperación multilateral, gobiernos y socios privados implementaron la iniciativa "Stop TB". Recientemente (2006) se realizó un recuento de la estrategia y sus beneficios en *"The Stop TB strategy. Building on and enhancing DOTS to meet the TB-related Millennium Development Goals"*

[57] En enero del 2002, se estableció el "Fondo Global" como un nuevo mecanismo para financiar rápidos y masivos esfuerzos a nivel mundial, para la lucha contra el VIH/sida, la TBC y la malaria.

[58] Organización Mundial de la Salud. *Decimoprimer Programa General de Trabajo 2006-2015*. A59/25 2006. Ginebra, Suiza, abril 2006

A estos cambios se encuentran sintonizada la Estrategia de Cooperación Centrada en el País (ECP), sistema unificado de planificación centrado en las necesidades individuales de cada país miembro[59], que permitirá, sincronizar el accionar de la cooperación técnica con las necesidades, alinear los recursos de la Organización a nivel global al logro del plan y establecer un solo presupuesto que refleje los requerimientos individualizados[60].

5.2 Estrategia regional de la OPS

La Agenda de Salud de las Américas

Bajo la coordinación de la OPS los gobiernos de la Región de las Américas han acordado elaborar la Agenda de Salud para las Américas 2008-2017[61], para orientar la acción colectiva de los socios nacionales e internacionales interesados en contribuir a mejorar la salud de los pueblos de esta Región, a lo largo de la próxima década. En este acuerdo los gobiernos reiteran su compromiso con la visión de una región más saludable, más equitativa en aspectos de salud, con mejoras en los determinantes de la salud y en el acceso a servicios y bienes individuales y de salud pública. Una región en la que cada persona, familia y comunidad tenga la oportunidad de desarrollarse al máximo de su potencial.

La Agenda de Salud para las Américas es una respuesta a las necesidades de salud de nuestras poblaciones y refleja el compromiso de cada uno de los países para trabajar en conjunto, con una perspectiva regional y con solidaridad en favor del desarrollo de la salud en la Región.
La Agenda se sustenta en los siguientes principios y valores:

- Derechos humanos, universalidad, accesibilidad e inclusión en los sistemas de salud dispuestos para individuos, familias y comunidades.
- Solidaridad panamericana para la superación de las inequidades y para el mantenimiento de la seguridad sanitaria panamericana en condiciones de crisis, emergencias y desastres.
- Equidad en Salud para eliminar las desigualdades, evitables, injustas y remediables en salud, entre poblaciones o grupos definidos por su condición social, económica, de género, étnica o geográfica.
- Participación social en la definición y ejecución de políticas públicas y en la evaluación de sus resultados,

La Agenda incorpora y complementa la agenda global incluida en el Décimo Primer Programa General de Trabajo de la Organización Mundial de la Salud, aprobado por los Estados Miembros en la 59 Asamblea Mundial de la Salud de mayo de 2006. Está alineada también con los objetivos de la Declaración del Milenio. Sus áreas de acción son:

a) Fortalecer la Autoridad Sanitaria Nacional
b) Abordar los determinantes de la Salud
c) Aprovechar los conocimientos, la ciencia y la tecnología
d) Fortalecer la solidaridad y la seguridad sanitaria
e) Disminuir las inequidades en salud entre los países y al interior de los mismos
f) Reducir los riesgos y la carga de enfermedad
g) Aumentar la protección social y el acceso a los servicios de salud de calidad.
h) Fortalecer la gestión y desarrollo de las personas que trabajan por la salud

[59] Este nuevo sistema de planificación se espera este en plena vigencia en todas las regiones para el bienio 2008-2009.
[60] Organización Mundial de la Salud. *Plan Estratégico a Plazo Medio*. EBPBAC3/5, 2006. Ginebra, Suiza, enero 2006
[61] OPS. Agenda de Salud para las Americas 2008 – 2017. Propuesta para discusión regional. Organización Panamericana de la Salud. 139.a Sesión del Comité Ejecutivo. Washington, D.C., 29 de septiembre de 2006

La Agenda orientará la elaboración de los futuros planes nacionales de salud y los planes estratégicos de todas las organizaciones interesadas en la cooperación en salud con los países de las Américas, incluyendo el de la Oficina Sanitaria Panamericana. La evaluación del progreso de las áreas de acción definidas en esta Agenda se hará a través de la evaluación del cumplimento de las metas establecidas en dichos planes.

En ese marco, la Agenda es un importante insumo para la elaboración del Plan Estratégico de la Organización para el periodo 2008-2012, en el cual se reunirán todas las iniciativas institucionales y extrainstitucionales, y estará encaminado a orientar el trabajo en los siguientes cinco años. Al mismo tiempo el plan servirá de guía para todos los programas de la OPS, con la flexibilidad necesaria pero en alineamiento programático con la OMS.

Plan estratégico 2003 – 2007

Misión y funciones

La Organización Panamericana de la Salud OPS, actúa como la Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud, al tiempo que se desempeña como organismo especializado de la Organización de los Estados Americanos. Su labor se enfoca a trabajar con los países de la región, para mejorar la salud y elevar la calidad de vida de sus habitantes.

Consecuente con esta doble responsabilidad, la Misión de la Organización es el actuar como catalizador entre los esfuerzos colaborativos de los Estados Miembros y los otros aliados estratégicos, con el fin de promover la equidad en salud, combatir la enfermedad, prolongar la duración de la vida de la población y mejorar la calidad de la misma, ella se construye bajo valores fundamentales como la equidad, la excelencia, la solidaridad, el respeto e integridad y bajo el principio del panamericanismo, para lograrla la Organización desempeña funciones como: proporcionar la visión estratégica para el desarrollo sanitario en las Américas; gestiona información relevante para vigilar la situación, los riesgos y las disparidades en materia de salud de la población y el ambiente; moviliza recursos y fomenta la forja de alianzas, en los planos nacional, regional e internacional, y promociona la cooperación en la búsqueda de soluciones comunes; construye capacidad nacional y regional; adapta soluciones técnicas integrales e innovadoras para alcanzar los objetivos de salud nacionales y comunitarios; formula normas y procedimientos para proteger la salud y conseguir la seguridad sanitaria.

Estrategias

Teniendo como marco conceptual y organizacional lo anteriormente descrito y como referencia los diferentes mandatos globales y regionales, incluido el plan de trabajo de la OMS y los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), así como las metas subregionales y nacionales de desarrollo sanitario, la secretaría de la Organización elabora planes quinquenales que se constituyen en el eje "estratégico" del quehacer de cada una de sus dependencias y representaciones[62].

Para el caso especifico del periodo 2003-2007 se definieron como esferas prioritarias de cooperación técnica a: la prevención, control y reducción de las enfermedades transmisibles y no transmisibles; la promoción de estilos de vida y ambientes sociales sanos; crecimiento y el desarrollo humano saludable; promoción de entornos físicos y seguros; prevención y respuesta en casos de desastres naturales o inducidos; la búsqueda del acceso universal a sistemas de salud integrados, equitativos y sostenibles; y promoción de la intervención eficaz de los asuntos de salud en la formulación de las políticas sociales, económicas, culturales y de desarrollo[63].

---

[62] OPS/OMS. 44º Consejo Directivo, 55ª sesión del Comité Regional. *Estrategia de gestión para el trabajo de la Oficina Sanitaria Panamericana durante el periodo 2003 – 2007*. CD44/5. Washington D.C., septiembre 2003.

[63] OPS/OMS. 26º Conferencia Sanitaria Panamericana, 54ª sesión del Comité Regional. *Plan estratégico de la Oficina Sanitaria Panamericana para el periodo 2003-2007*. CSP26/10. Washington, D.C. septiembre 2002

Para responder a las necesidades de la región, la Oficina y los países concordaron en establecer como prioritarias[64] a las poblaciones pobres, los pueblos indígenas, las mujeres, los niños y los ancianos y prevé el trabajar en y con los países, sitio donde ocurrirán los cambios para mejorar los niveles de salud de la población, para ello la OPS afronta dos grandes retos que están relacionados al fortalecimiento de liderazgo de los gobiernos y al empoderamiento de la sociedad en su conjunto que se traduzcan en acciones que busquen la justicia social, mediante la promoción de la salud y la protección de la vida[65].

La OPS/OMS en el siglo XXI y la hoja de ruta para el cambio institucional

El amplio debate generado en relación a los retos, las nuevas funciones y las responsabilidades que afrontan los países y la OPS/OMS, ha sido asumido institucionalmente en el planteamiento de una hoja de ruta[66] para el cambio, que se concentra en: i) la cooperación centrada en los países y una mayor integración entre los diversos niveles institucionales; ii) el fortalecimiento de la capacidad para actuar como foro regional para el debate y la formulación de políticas de salud pública; iii) la mayor disponibilidad de datos sanitarios e información de salud pública con el fin de apoyar la formulación de políticas, la elaboración de programas y el aprendizaje continuo para la producción, el intercambio y el análisis de la información, el establecimiento de redes y de alianzas; y iv) la creación de un ambiente propicio para la innovación en la prestación de cooperación técnica.

En una perspectiva global, se puede observar que las dinámicas políticas, los procesos sociales, las situaciones de salud y desarrollo de los países han tenido importantes y beneficiosos cambios en los últimos años, con rezagos que aun deben superarse; a la par, también la cooperación internacional, está experimentando cambios que representan retos importantes para las instituciones del sector de la salud en los países de la Región, como: el desarrollo de enfoques sectoriales armonizados; la reducción de la cooperación financiera y el financiamiento por los presupuestos nacionales; la generación de nuevos mecanismos como las alianzas mundiales para afrontar problemas específicos de salud pública, cuya cooperación incluye cada vez mas a los espacios de la sociedad civil, condiciones estas que requieren de una coordinación más intensiva desde el Estado y el sector salud[67].

En este contexto, la OPS/OMS, entendiendo la necesidad de aplicar un enfoque programático más integral en el programa de trabajo que realiza en conjunto con los países, continua fomentando el establecimiento de alianzas y asociaciones estratégicas encaminadas a fortalecer la repercusión de los programas de salud en la Región y la promoción de la salud a nivel regional, subregional y nacional y procurando que las nuevas dimensiones de la salud se aborden en los procesos de integración económica, social y política de la Región [68], y promueve el trabajo simultaneo de los países en la protección de los logros alcanzados; enfrentar los retos actuales y futuros y retomar la agenda inconclusa de la Salud Pública[69].

---

[64] Las poblaciones prioritarias (señaladas como grupos especiales) son aquellos que presentan desigualdades en los resultados de salud o en el acceso a los servicios y cuyas necesidades pueden satisfacerse con intervenciones accesibles y eficaces en función de los costos.

[65] *Ibíd.* 63

[66] OPS/OMS. 46º Consejo Directivo, 57ª sesión del Comité Regional. *Actualización sobre el proceso de fortalecimiento institucional de la Oficina Sanitaria Panamericana.* CD46/15.Rev. 1 Washington D.C., agosto 2005.

[67] OPS/OMS. 136º Sesión del Comité Ejecutivo. *Informe del Grupo de Trabajo sobre la OPS en el siglo XXI.* CE136/5, Add.1 Buenos Aires-Argentina, junio 2005.

[68] OPS/OMS. *Informe anual de la Directora, 2005. Aunar esfuerzos en pro de la salud de las Américas.* Washington D.C. 2005

[69] OPS/OMS. *Informe anual de la Directora, 2004. La salud componente esencial de los Objetivos de Desarrollo expresados en la Declaración del Milenio*. Documento oficial Nº. 312. Washington D.C. 2004

Sección 6
Agenda estratégica: Prioridades acordadas conjuntamente con respecto a la cooperación de OPS/OMS en el país y con el país

El proceso de definición del marco estratégico y de acción para la cooperación técnica de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) a mediano plazo con Panamá, cuenta con la participación activa del MINSA en la planificación y desarrollo de las actividades. En mayo del 2006 se convocó a la primera misión para el desarrollo de la Estrategia de Cooperación con el País (ECP) 2006 – 2011. Miembros de los equipos técnicos y de los más altos niveles de decisión del Despacho de la Primera Dama, la Asamblea Legislativa, cinco ministerios con quehacer en lo social, siete agencias de cooperación del Sistema de la Naciones Unidas, ocho organismos donantes, cinco universidades públicas y privadas, 15 organismos e instituciones gubernamentales especializadas en diversos temas en el campo de la Salud Pública y 25 organizaciones no gubernamentales y de asociaciones de personas afectadas, movilizaron a cerca de 300 funcionarios que a lo largo de tres días discutieron sobre la situación de salud, la visión del Desarrollo Nacional de la Salud y analizaron críticamente las principales estrategias de cooperación técnica internacional con el país.

Como resultado de este proceso se destacó que, no obstante el importante esfuerzo del Estado y la sociedad para alcanzar un mejor estado de salud, no se ha logrado cumplir con los objetivos de reducción de la desigualdad, superación de la exclusión, garantizar el derecho a la salud, que son la base del acceso a los servicios y el logro de la salud para todos[70]. Por otro lado, la sociedad, a través de múltiples procesos[71], incluyendo la misma ECP convocada por la OPS/OMS, coincide en que: los esfuerzos deben dirigirse hacia las poblaciones de mayor pobreza y vulnerabilidad; las respuestas deben ser integrales, coordinadas y propiciar una óptima utilización de todos los recursos disponibles, catalizando sinergias y complementariedades entre los diferentes actores nacionales; y las capacidades nacionales y locales deben fortalecerse para la obtención de una respuesta integral con equidad, eficacia y sostenibilidad. En salud, estos aspectos deben concretarse en la protección de los logros ya alcanzados, resolver la agenda inconclusa y hacer frente con eficacia a los nuevos desafíos.

Objetivos estratégicos.

Los aportes realizados por los diferentes grupos de trabajo permitieron identificar cinco objetivos estratégicos para la cooperación futura de la OPS/OMS en Panamá, que deben desarrollarse en conjunto y bajo el liderazgo de la Autoridad Sanitaria Nacional:

1. Consolidar el posicionamiento de la salud en la agenda de desarrollo nacional
2. Fortalecer la institucionalidad del sector salud
3. Promover la salud individual, familiar, comunitaria

[70] Condición que se refrenda en las evaluaciones realizadas por el país (Informes de avance de cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Gabinete Social 2003 y 2005) y las Agencias del Sistema de las Naciones Unidas (Documentos de Análisis conjunto de la situación del país, 2005 y Marco de cooperación de las Naciones Unidas para el desarrollo de Panamá 2007 - 2011)

[71] Encuentros nacionales desarrollados en distintos momentos, como el Primer y segundo encuentro nacional unidad y desarrollo (Bambito, 1994), el proceso Panamá 2000, diálogo nacional sobre el Canal de Panamá (Coronado, 1996) y la Visión Nacional 2020 (Panamá, 1998)

4. Apoyar acciones para la prevención y control de enfermedades e intervenciones sobre la salud ambiental y otros determinantes de salud
5. Fortalecer el sistema de información y desarrollo de la inteligencia sanitaria

Ejes transversales: La equidad, con énfasis en género y etnicidad, y el desarrollo local.

De acuerdo con los elementos planteados en el análisis de contexto y la situación de salud, así como lo señalado por los participantes del proceso de la ECP, las condiciones de salud y de vida de la población panameña podría ser mejor con los medios y recursos con que cuenta el país y el sistema de salud, pero en algunas sub-poblaciones no es así[72]. Como se ha observado existe una importante situación de desigualdad social y de salud, en detrimento de las personas que viven en áreas rurales y los grupos indígenas.

Existen diversos factores adversos comunes que influyen en esa situación: los costos elevados de la asistencia, la asistencia inadecuada, las actitudes negativas del personal, las diferencias culturales y lingüísticas (desde los servicios); las restricciones sociales y culturales que se imponen al desplazamiento de las mujeres, el menor tiempo de que disponen las mujeres a causa de las funciones familiares que les asigna la sociedad; la información limitada que tienen las mujeres y los jóvenes acerca de sus necesidades y derechos de salud, así como sobre la disponibilidad de los servicios (desde los usuarios); el control de la toma de decisiones; las ideas locales sobre la enfermedad; las normas locales de tratamiento; y la estigmatización, discriminación en los establecimientos de asistencia sanitaria (desde las instituciones) y la alta participación del gasto de bolsillo en el financiamiento de la salud (40%) dado su efecto regresivo en los más pobres.

Por otro lado, un factor clave en la existencia de esas desigualdades es el pobre desarrollo social a nivel local que le impide a esas comunidades disponer de los recursos adecuados (tanto materiales como culturales) para participar mejor del cuidado de su salud.

Debido a ello, los objetivos estratégicos tendrán como ejes transversales un enfoque de equidad (con énfasis en género y etnicidad) y de desarrollo local[73], en consonancia con los adelantos y consensos regionales, para lograr una mejor eficiencia social y superar la segmentación social y la fragmentación institucional. Ello significa que en la ejecución de las líneas de acción definidas para cada planteamiento estratégico, las instituciones y personas responsables incorporarán enfoques y actividades que contribuyan a mejorar las condiciones de vida de las poblaciones y propiciar mayor participación en el proceso de atención a la salud. Esas acciones darán también mayor énfasis en los subgrupos poblacionales mas excluidos, principalmente mujeres y personas de origen indígena.

6.1 Consolidar el posicionamiento de la salud en la agenda de desarrollo nacional

En Panamá, se ha reconocido la existencia de profundas brechas sociales, económicas y políticas y su fuerte asociación al patrón de desarrollo económico del país. Las respuestas políticas y sociales para enfrentarlas han sido diversas, sin embargo, han sido insuficientes para reducir de manera importante las inequidades, entre las razones que dilatan la resolución de ellas, probablemente, se encuentra el sobre énfasis en medidas administrativas

[72] Entre ellos, los niños que nacen en áreas de ingreso bajo tienen probabilidades mucho menores de llevar una vida prolongada y con buena salud, las mujeres por lo general viven más tiempo que los hombres, pero su vida tiende a caracterizarse por una salud más precaria y en las formaciones sociales que niegan a las mujeres sus derechos de educación, económicos y de ciudadanía, éstas sufren más enfermedades y traumatismos y tienen menos acceso al tratamiento y los servicios. Otros grupos marginados de la sociedad —ya sean grandes, como las poblaciones indígenas, los habitantes de las zonas rurales y los trabajadores migratorios o pequeños, como los profesionales del sexo y los niños de la calle— sobrellevan cargas de morbilidad igualmente excesivas.

[73] OPS/OMS. 21º Sesión del Subcomité sobre la mujer, la salud y el desarrollo del Comité Ejecutivo. *Informe sobre los adelantos de la OPS/OMS en materia de género, salud y desarrollo.* MSD21/3, Rev. 1 Washington D.C., febrero 2005.

económicas[74], mientras que la acción sobre los determinantes sociales, especialmente en salud y educación, que generan las capacidades básicas que confieren valor a la vida humana, apenas comienzan a abordarse, como lo muestran las evaluaciones nacionales de los avances en el cumplimiento de los Objetivos del Milenio y las mediciones del Índice de Desarrollo Humano de Panamá.

Si bien el país no posee estudios específicos que demuestren en toda su magnitud y dimensiones la existencia de poblaciones excluidas socialmente[75], existen publicaciones y datos que evidencian la presencia de conglomerados poblacionales sin acceso o con acceso restringido a servicios básicos tales como salud, educación, vivienda, agua potable, saneamiento ambiental y trabajo, entre otros[76]. Las causas de esta exclusión aparentemente se encuentran asociadas a condiciones como la pobreza, la inequidad, la marginalidad, la discriminación (racial, social y de género), patrones culturales, incluyendo el idioma; la informalidad en el empleo, el subempleo o el desempleo; el aislamiento geográfico, y/o el bajo nivel de educación o información de los usuarios de los servicios disponibles[77].

Estos datos muestran la grave problemática de acceso a servicios básicos de calidad que el país posee y la necesidad de introducción de mecanismos correctivos. Esta información, además, evidencia que aunque un gran porcentaje de la población excluida, total o parcialmente, se concentra en las áreas rurales, especialmente indígenas, otro importante grupo poblacional se ubica en las cabeceras urbanas, lo que permite afirmar que si bien es posible la focalización de acciones, la universalización de los servicios es deseable. Un examen acucioso muestra que el fenómeno de la exclusión tiene lugar en la interfase que se produce entre las necesidades -percibidas y no percibidas-[78] y la capacidad de respuesta de los servicios del Estado, por lo tanto las intervenciones deberán enfocarse a intervenir en todas estas áreas, para avanzar en la extensión de la protección social[79] .

La OPS/OMS, a partir de diferentes lecciones aprendidas en la práctica de la cooperación técnica con los países, ha desarrollado estrategias y mecanismos de intervención en salud que podrían contribuir con el desarrollo e implementación de medidas específicas para disminuir la exclusión y su negativo impacto en la salud de los más pobres[80].

Uno de los puntos de coincidencia de los distintos actores de la salud en Panamá, es la necesidad de profundizar el posicionamiento de la salud en el centro de la agenda política social y de desarrollo del país, a fin de hacer que todas las instituciones, en todos los niveles y todos los actores sociales incorporen los principios de la política de salud en sus planes y actividades y de esta forma consolidar el Desarrollo Nacional de la Salud, articulado con los programas socioeconómicos y la participación social, en todos los procesos y ámbitos de la vida de los panameños para alcanzar la meta de salud igual para todos.

6.1.1 Planteamientos estratégicos y líneas de acción.

Para ello se contemplan los siguientes planteamientos estratégicos y líneas de acción:

---

[74] Ministerio de Economía y Finanzas, Dirección de políticas sociales. *Pobreza y desigualdad en Panamá. La equidad: un reto impostergable*. República de Panamá, mayo 2006.

[75] Se entiende como exclusión social, "la falta de acceso de ciertos grupos de personas a bienes, servicios y oportunidades que mejoran o preservan el estado de bienestar que otros grupos de personas disfrutan.

[76] Múltiples publicaciones como las series de estudios sobre pobreza, desarrollados de manera independiente por el Ministerio de Economía y Finanzas (2003, 2006) y la Dirección de Estadística y Censos de la Contraloría General de la República (2004, 2005), así como relativos a la medición del Desarrollo Humano que efectuó el PNUD (2002, 2004) muestran la situación de exclusión.

[77] Ver la sección II del documento de trabajo ECP – Panamá.

[78] Las necesidades percibidas son aquellas que se expresan en demanda espontánea por bienes o servicios y las no percibidas que no se expresan por demanda y que por definición son bienes públicos dependientes de la autoridad sanitaria nacional.

[79] OPS/OMS. 26º Conferencia Sanitaria Panamericana, 54ª sesión del Comité Regional. *Ampliación de la protección social en materia de salud: Iniciativa conjunta de la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Internacional del Trabajo.* CSP26/12 Washington D.C., julio 2002.

[80] Al respecto, los informes anuales de la Directora examinan las distintas iniciativas exitosas en los ámbitos de servicios de salud y programas de salud pública (2003), los ODM (2004) y las tres agendas para la Región de las Américas (2005).

1. ***Desarrollo de abogacía para consolidar el posicionamiento de la salud en el centro del desarrollo.***
   a. Generar procesos de información que posicionen la salud y faciliten la toma de decisión informada y responsable sobre la salud de la sociedad.
   b. Promover espacios de comunicación y de negociación, para generar alianzas estratégicas entre las instituciones del sector salud y los medios de comunicación nacionales, regionales y locales, para lograr la movilización de la opinión pública y la mejora del diálogo social.
   c. Identificar, capacitar y proveer de recursos a grupos o instancias de poder para que se responsabilicen de la abogacía que permita ubicar la salud en el centro de la agenda política.
   d. Incluir la responsabilidad de defender la salud como variable del desarrollo social en la agenda de las instituciones públicas y privadas y sociedad civil, con la coordinación del Ministerio de Salud (MINSA).
2. ***Fortalecimiento de los mecanismos permanentes de participación ciudadana y rendición de cuentas.***
   a. Ayudar a mejorar la transparencia de la gestión de los recursos con procedimientos de rendición de cuentas y auditoria social.
   b. Establecer procesos de diálogo social entorno a temas prioritarios tales como; la salud laboral y social en el marco de la salud ambiental.
   c. Promover el empoderamiento de grupos vulnerables y otros no vulnerables, para el mejoramiento de la salud y sus determinantes.
3. ***Apoyo al mercadeo social para el incremento/inducción de la demanda de la utilización de los servicios (demanda).***
   a. Fomentar la participación social en salud y difusión de los derechos y deberes de los ciudadanos.
   b. Incorporar la investigación participativa, aplicación de la epidemiología comunitaria, comunicación social, mercadeo social, tecnologías modernas de información y sobre cogestión y participación de los usuarios en la gerencia de los servicios.
   c. Contribuir al mejoramiento de la calidad de los servicios, con enfoque de interculturalidad, género e inclusión de personas con discapacidad y sus familias.
   d. Fomentar el desarrollo local y la desconcentración de responsabilidades.
   e. Fortalecer los programas de salud pública y de APS con amplios vínculos con la sociedad civil.
   f. Fomentar alianzas estratégicas entre los diferentes sectores del Estado, la sociedad civil y los medios de comunicación para generar procesos educativos.
   g. Desarrollar mercadeo de los servicios estatales para romper con el paradigma de que lo público es malo.
4. ***Fortalecimiento de la capacidad del país para la formulación e implementación de políticas y un plan nacional de promoción de la salud con enfoque de género e interculturalidad***.
   a. Apoyar los mecanismos de coordinación intra e intersectorial, interinstitucional y de la sociedad civil en la revisión, análisis, formulación y ejecución de las políticas, planes y programas de promoción de la salud.
   b. Desarrollar los mecanismos de abogacía y participación social para el impulso y defensa de las políticas públicas saludables en el país.
   c. Reforzar la política de Seguridad Alimentaría y Nutricional.
   d. Articular el logro de los Objetivos del Milenio con las políticas de promoción de salud a nivel nacional y local.
5. ***Fortalecimiento de la acción comunitaria y colaboración en la instrumentación de formas de participación ciudadana, que incentiven las capacidades de autogestión y habilidades de individuos, familias y***

comunidades e instituciones para buscar la justicia social mediante la promoción de la salud y la protección de la vida.

a. Promover el empoderamiento de las personas, familias y comunidades para el abordaje de las necesidades en salud sexual y reproductiva, VIH, salud materna, de la niñez y de los adolescentes, salud mental y abuso de sustancias, así como seguridad humana y violencia, alimentaría y nutricional y la educación higiénica y ambiental orientada a la promoción de conductas saludables.
b. Apoyar a organizaciones y redes de la sociedad civil que trabajan en el campo de la promoción de la salud.
c. Fortalecer los canales de información, de educación y comunicación en salud.
d. Fomentar la creación de escenarios para la participación social y comunitaria en la evaluación e implementación de propuestas e intervenciones de promoción orientadas a la reducción de la morbilidad y mortalidad, en todos los grupos, especialmente en áreas rurales de difícil acceso, urbano marginales, indígenas y otras etnias.

6. ***Generación de una agenda nacional y por regiones de salud*** **para la** ***formulación de políticas y estrategias, cuya implementación se hará a través de planes y programas de salud basados en intervenciones sobre los determinantes sociales y ambientales que condicionan el nivel de salud.***
   a. Apoyar el desarrollo de metodologías para la evaluación de determinantes de salud en grupos de pobres urbanos, poblaciones rurales y comarcas indígenas.
   b. Apoyar el desarrollo de metodologías para la evaluación de impacto en salud de distintas intervenciones sobre determinantes de la salud.
   c. Identificar intervenciones integrales eficaces y propuestas de políticas relativas a los principales determinantes de la salud y el desarrollo del sistema sanitario.
7. ***Construcción de redes de apoyo social y/o de capacidades*** **de los grupos** ***postergados para fortalecer su organización y participación en acciones dirigidas a determinantes de la salud.***
   a. Definir "áreas prioritarias para la acción en salud" donde se implementen intervenciones integradas: nutrición, empleo, mejoría ambiental, seguridad y salud.
   b. Promover la coordinación intersectorial y de la participación social en la formulación y ejecución de intervenciones sobre determinantes de salud.
   c. Fortalecer los lazos de cohesión social, solidaridad y confianza entre personas y grupos de población.

6.2 Fortalecer la institucionalidad del sector salud

Durante la década de los 80s y 90s, los procesos de *Reforma del Estado* que se implantaron en los países de la Región promovieron la reducción sistemática del tamaño del Estado y la transferencia de funciones, que tradicionalmente ejercía el sector estatal, al sector privado y a la sociedad civil. Simultáneamente, el proceso de globalización produjo un aumento en el flujo de información, de capital y de la fuerza de trabajo contribuyendo a la erosión progresiva de la autonomía de la Nación-Estado y a una *débil capacidad de gobernancia.* Por tanto, uno de los temas críticos al cual se enfrentan los países de la Región es el *insuficiente nivel de desarrollo institucional*, factor que repercute en la posibilidad real de desarrollo económico. En el contexto actual, se ha vuelto un tema prioritario para los países la redefinición de los roles institucionales y el fortalecimiento de las funciones indelegables del Estado, tales como la salud pública, la reducción de la inequidad y la protección social de los grupos de población excluidos; todos o casi todos teniendo la salud como eje.

Para lograr esos propósitos se requieren fortalecer el rol rector del Estado y especialmente la capacidad institucional del sistema de salud, sus función conductora y regulatoria, formular políticas y generar los marcos legales y planes correspondientes, procesos participativos que involucren a otros actores (Ministerios y otras instancias de gobierno central y local, sociedad civil, sector privado y gremios); articular la autoridad a fin de hacerla más eficiente y eficaz en sus procesos incluidas las sanciones y lograr la sostenibilidad y continuidad de las políticas para consolidar el Desarrollo Nacional de la Salud, todo ello dirigido a garantizar el disfrute de los derechos sociales de forma universal y la articulación entre la política social y económica y la participación social, en todos los procesos y ámbitos de salud.[81]

6.2.1 Planteamientos estratégicos y líneas de acción.

Se proponen los siguientes planteamientos estratégicos y sus probables líneas de acción:

1. ***Desarrollo de las capacidades de rectoría y regulación en salud.***
   a. Fomentar procesos sostenibles de coordinación y conducción interinstitucional y multisectorial.
   b. Apoyar las capacidades institucionales nacionales para el ejercicio de la rectoría en salud, en el ámbito de las políticas públicas y el desempeño de las funciones esenciales de la Salud Pública.
   c. Apoyar el desarrollo de una agenda legislativa y de regulación, con énfasis en la equidad y la redistribución con enfoque de género, interculturalidad y la inclusión social.
   d. Apoyar a la armonización de la regulación sanitaria nacional con la internacional.
   e. Facilitar la revisión y actualización del marco regulatorio y el código sanitario.
   f. Fortalecer la Autoridad Sanitaria Nacional en sus capacidades para ejercer con liderazgo la conducción de todo el Sector Salud, regular y fiscalizar su funcionamiento, orientar y modular su financiamiento, garantizar el aseguramiento y armonizar la prestación de servicios.
2. ***Fortalecimiento y modernización de la institucionalidad.***
   a. Apoyar la modernización de la gestión institucional.
   a. Brindar soporte a la línea de carrera y desarrollo de recursos humanos.
   b. Apoyar la reingeniería para integrar el área de salud ambiental con el área de atención a las personas.
   c. Estimular la inversión en salud y no en la enfermedad, priorizando el escenario comunitario.
   d. Fortalecer la institucionalización del sector, entendido como desburocratización de los procesos para darle mayor articulación y eficiencia.
   e. Promover la reducción del gasto en los niveles de complejidad, sin afectar la calidad de la atención.
3. ***Apoyo a la extensión de la Protección Social (oferta).***
   a. Fortalecer el sistema de seguridad social y apoyo al programa de extensión de la protección social existentes (incluyendo potenciar la sostenibilidad sanitaria de intervenciones de extensión de cobertura como las caravanas de la salud, PAISS y ferias de la salud).
   b. Fortalecer los servicios estatales tradicionales y promoción de los sistemas de salud basados en la Atención Primaria de la Salud.
   c. Desarrollar nuevos modelos y redes de prestación de servicios y mejoría del desempeño de los sistemas, incluyendo ajuste y fortalecimiento del modelo de atención integral para los pueblos indígenas nacionales, con interculturalidad.
   d. Desarrollar nuevas modalidades de aseguramiento incluidas las trasferencias directas a grupos vulnerables (subsidio a la demanda).

[81] OPS/OMS, USAID. *Fortalecimiento de la Función Rectora de la Autoridad Sanitaria Nacional*, Washington D.C. 2005.

e. Desarrollar mecanismos de articulación de las organizaciones del Estado con la sociedad civil, otros sectores públicos y el sector privado.
f. Desarrollar redes de apoyo a nivel sub-regional y creación de alianzas estratégicas con socios interesados (bancos y cooperantes).

4. ***Apoyo para la planificación y desarrollo de los recursos humanos (formación y recalificación) con una visión integral y de base social, para el desarrollo de modelos de atención centrados en derechos del usuario y la Atención Primaria de Salud.***
   a. Apoyar la revisión y reforzamiento curricular de pregrado, grado y postgrado para que se adecuen a las necesidades del país y los nuevos marcos de actuación en salud.
   b. Apoyar la capacitación en servicio del personal de salud para que respondan a las necesidades individuales, familiares, comunitarias y ambientales en el contexto de la Atención Primaria en Salud.
   c. Fomentar la incorporación de nuevos profesionales y personal técnico (sociólogos, antropólogos, entre otros) en el quehacer de salud.
   d. Fomentar la revisión del marco jurídico del ejercicio de los profesionales y la evaluación de desempeño colectivo de los trabajadores estatales.
5. ***Apoyo para el incremento de los recursos disponibles para la lucha contra la exclusión (gestión).***
   a. Incrementar la captación de fuentes de financiación externa focalizándola a las líneas de acción priorizadas.
   b. Generar herramientas técnicas para fortalecer el área de formulación de proyectos durante las fases de planificación, implementación, monitoreo, seguimiento y evaluación (incluye planeación por resultados).
   c. Fortalecer del empoderamiento de los funcionarios y de la comunidad de los procesos de rendición de cuentas.
   d. Facilitar el alineamiento de la cooperación externa con prioridades intersectoriales.
   e. Establecer mecanismos de financiación de los servicios de los pobres.
6. ***Impulso a la reorientación de los servicios con enfoque de promoción, incluyendo los servicios sociales y de salud pública.***
   a. Fomentar servicios que favorezcan la equidad, género y desarrollo humano para personas de tercera edad, adolescentes y jóvenes, personas con algún grado de discapacidad, trastornos mentales, víctimas de abuso y de violencia, de explotación sexual comercial, niños adolescentes trabajadores, entre otros.
   b. Fortalecer del abordaje desde la atención primaria de aspectos como: el auto-cuidado, la educación para el desarrollo de estilos de vida saludables, salud mental, la creación de ambientes saludables en las instalaciones de salud, la preparación y difusión de normas y regulaciones de prácticas preventivas.
   c. Adecuar los servicios de atención para la prevención y manejo de las adicciones, incluyendo el uso perjudicial del alcohol.

6.3 Promover la salud individual, familiar y comunitaria

En el país, los lineamientos relacionados con el enfoque de promoción de la salud[82] y las necesidades de atención de las personas, familias y comunidades[83] están amparados a través de las políticas 2 y 3 del Ministerio las cuales explícitamente establecen, la necesidad de fortalecer el modelo de atención familiar, comunitaria con una oferta de intervenciones efectivas en promoción, prevención, recuperación y rehabilitación, considerando el perfil

[82] La Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud (1986) define que promoción de la salud consiste en "proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma". Complementa la definición estableciendo que "para alcanzar un estado de bienestar físico, mental y social un individuo o un grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de adaptarse al medio ambiente".

[83] Ministerio de Salud, República de Panamá. *Políticas y Estrategias de Salud 2005- 2009*. Panamá, 2006

demográfico y epidemiológico de la población, así como garantizar ambientes saludables sostenibles, aplicando los nuevos enfoques de promoción y mercadeo social de la salud, con la participación de otros sectores. El proceso actual que busca unificar el proceso de prestación de los servicios está planteado con un enfoque basado en la estrategia de APS renovada, lo que significa una oportunidad para profundizar en este lineamiento.

A pesar de contar con estas políticas y lineamientos, los avances han sido relativamente parciales y no siempre de una manera sostenida, sin embargo es alentador el hecho de la confluencia de diversos organismos del Estado, que han generado políticas e intervenciones temáticas en dirección a la promoción de la salud y la participación comunitaria[84].

En ese sentido, la reformulación de la Ley Orgánica de la Caja del Seguro Social[85], también ha abierto una ventana de oportunidad para la incorporación de la promoción de la salud en los procesos de atención a las necesidades de salud de las personas aseguradas y sus dependientes al establecer entre sus principios los de integralidad, equidad, participación y transparencia. Adicionalmente, la misma ley cambió la denominación de "prestación de servicios asistenciales" a "provisión de servicios de salud integrales" que trae implícita la incorporación de la promoción y prevención en salud".

Las agendas de desarrollo local deben incorporar componentes para intervenciones intersectoriales y participativas sobre los determinantes de la salud dentro un proceso dinámico de respuestas integrales. En el proceso de formulación de esas intervenciones son necesarias las políticas públicas que integren a los diferentes sectores en torno a las prioridades de salud: sus servicios, programas y particularmente su sostenibilidad, en base a ejes temáticos de complementariedad intersectorial, con metas y objetivos viables y factibles.

Coincidentemente, la OPS/OMS en Panamá valora la estrategia de promoción de la salud como un objetivo esencial relacionado con las necesidades identificadas en el análisis de situación de salud y con el carácter de la morbilidad y mortalidad que debido a la polarización epidemiológica muestran la necesidad de propiciar intervenciones tempranas, sostenidas, integrales en los distintos escenarios de la vida y el desarrollo humanos, en los que es necesario generar espacios saludables (familias, comunidades, escuelas y lugares de trabajo).

6.3.1 Planteamientos estratégicos y líneas de acción.

En este marco, la cooperación técnica de la OPS/OMS orientará sus acciones dentro los siguientes planteamientos estratégicos:

1. ***Fortalecimiento de las capacidades nacionales para la mejoría de la salud de la mujer, la niñez y la adolescencia dirigida a la reducción de la morbilidad y mortalidad materna, perinatal, la niñez y adolescencia***
   a. Apoyar la adopción de políticas de Estado hacia la reducción de las inequidades en la salud y acceso a los servicios básicos que provean las intervenciones fundamentales para la reducción de la mortalidad y morbilidad materna y perinatal así como en la niñez y adolescencia.
   b. Apoyar la implementación de intervenciones eficaces y de alto impacto para las poblaciones más necesitadas.

[84] Sobre este particular son especialmente importantes las intervenciones propiciadas por el MIDES y MEDUCA, algunas de las cuales en coordinación con el MINSA; en el mismo sentido experiencias como las de la Contraloría General de la República en la promoción de la vigilancia social; del Gabinete Social en los esfuerzos de mejorar los programas sociales incluyendo contenidos de promoción de la salud; y los esfuerzos realizados por la Dirección de políticas sociales del Ministerio de Economía y Finanzas para recoger las percepciones y prioridades de la población y valorar el capital social realizados en la ENV 2003.

[85] República de Panamá, Asamblea Nacional. *Ley que reforma la Ley orgánica de la Caja de Seguro Social y dicta otras disposiciones*. Ley 51. Panamá, diciembre 2005.

c. Apoyar el aseguramiento continuo de la atención durante el curso de la vida tomando en cuenta el enfoque en salud sexual y reproductiva que incluye el embarazo, el parto y el período postnatal hasta la infancia y que se extienda desde el hogar hasta el nivel primario y el nivel de referencia, y garantizando la acción trans-programática (salud materna, salud de la niñez y adolescencia, salud reproductiva, salud mental, salud ambiental, ITS/VIH, nutrición, inmunizaciones y otros).

2. ***Apoyo a la creación de espacios y entornos que favorezcan la salud.***
   a. Fomentar comunidades, escuelas, centros penitenciarios, espacios laborales, mercados y municipios saludables.
   b. Fomentar los espacios libres de humo de tabaco y otros contaminantes del ambiente.
   c. Promover la construcción de espacios de convivencia ciudadana que favorezcan la seguridad humana.
3. ***Apoyo a intervenciones preventivas y de atención a la salud frente a causas externas.***
   a. Apoyar el desarrollo de programas preventivos con énfasis en la educación y seguridad vial.
   b. Apoyar el desarrollo de programas educativos para prevención y control de la violencia social.

6.4 Apoyar acciones para la prevención y control de enfermedades e intervenciones sobre la salud ambiental y otros determinantes de salud

La polarización epidemiológica ligada a las diferentes condiciones de vida de la población panameña mantiene prevalentes en las poblaciones de mayor pobreza y/o menor desarrollo social, importantes daños que configuran la agenda inconclusa por su impacto en la vida y bienestar de la población. Factores relacionados con el entorno social, ambiental y de comportamiento, así como las causas externas, principalmente accidentes de tránsito y la violencia que se suman al consumo inducido por la comercialización y publicidad del alcohol y otros productos como el tabaco, siguen siendo grandes limitaciones para el progreso en los logros en salud. Así, el primer desafío en la elaboración de nuevas propuestas para la cooperación técnica es el de la acción sobre los determinantes de la salud dentro de una concepción espacial y temporal congruente con la heterogeneidad existente en la población.

Las agendas de desarrollo local deben incorporar componentes para intervenciones intersectoriales y participativas sobre los determinantes de la salud dentro un proceso dinámico de respuestas integrales. En el proceso de formulación de esas intervenciones son necesarias las políticas públicas que integren a los diferentes sectores en torno a las prioridades de salud: sus servicios, programas y particularmente su sostenibilidad, en base a ejes temáticos de complementariedad intersectorial, con metas y objetivos viables y factibles.

El logro de este objetivo estará muy vinculado a la integración de un accionar trans-sectorial en el plano local y al reconocimiento que la salud va más allá de los aspectos vinculados a lo asistencial sanitario y requieren que se considere la participación social como clave. La cooperación técnica de la OPS/OMS desarrollará esfuerzos para el fortalecimiento de intervenciones integrales, sustentables, y basadas en evidencias, dirigidas a mejorar la salud individual, familiar y comunitaria, en el marco del incremento del acceso a servicios sociales y de salud.

6.4.1 Planteamientos estratégicos y líneas de acción.

En este marco, la cooperación técnica de la OPS/OMS orientará sus acciones dentro los siguientes planteamientos estratégicos:

1. ***Fortalecimiento de las intervenciones sanitarias en función de las agendas de protección de logros, resolución de la agenda inconclusa y afrontar nuevos desafíos sanitarios.***
    a. Apoyar la prevención y control de enfermedades de agenda inconclusa referidas fundamentalmente a las enfermedades dentro los ODMs.
    b. Apoyar la protección de logros en prevención y control de enfermedades.
    c. Apoyar acciones sobre nuevos desafíos relacionados con difusión internacional o pandémica de enfermedades, así como enfermedades crónicas no transmisibles.
2. ***Integración de la perspectiva de medio ambiente y desarrollo sostenible, dotándola de una dimensión de oferta de servicios en el ámbito local.***
    a. Promover la relevancia de la salud ambiental dentro del proceso de desarrollo como parte integral del Sistema Nacional de Salud.
    b. Brindar apoyo técnico para:
        - la dotación de agua sanitariamente segura, con énfasis en las actividades de desinfección domiciliar.
        - la eliminación sanitaria de excretas en las áreas rurales.
        - creación de sistemas locales de recolección y disposición segura de los residuos sólidos.
    c. Apoyar el incremento de la oferta de tecnologías de Mecanismos de Desarrollo Limpio (MDL) y artefactos sanitarios culturalmente adaptados al ámbito local y económicamente accesibles.
    d. Apoyar la reducción del riesgo de exposición a sustancias peligrosas.
    e. Apoyar la reducción de carencias cualitativas de las viviendas promoviendo casas saludables.
3. ***Apoyo a la reducción de la vulnerabilidad y fortalecimiento de capacidades de respuesta ante los fenómenos naturales y antropogénicos.***
    a. Apoyar la identificación de riesgos y elaboración de planes nacionales y locales ante situaciones de emergencias y desastres.
    b. Apoyar el desarrollo de obras físicas de protección para reducir la vulnerabilidad (sistemas de agua y saneamiento e instalaciones de salud).
    c. Apoyar al desarrollo y articulación para mejorar la capacidad de respuesta institucional ante riesgos sanitarios (fenómenos naturales y situaciones de potencial epidémico).
4. ***Apoyo para desarrollar estrategias de intervención sobre factores de riesgo individuales y colectivos***
    d. Apoyar el desarrollo de estrategias y acciones preventivas dirigidas al control de hábitos tóxicos consumo de tabaco, alcohol y drogas.
    e. Brindar apoyo a programas de incentivo del ejercicio físico regular y la alimentación saludable.
    f. Impulsar acciones que promuevan hábitos y una conducta sexual segura y saludable.

6.5 Fortalecer el sistema de información y desarrollo de la inteligencia sanitaria

Panamá viene desarrollando esfuerzos para la mejora y disponibilidad de sus datos y la gestión de la información aplicados al desarrollo de políticas de gobierno y Estado[86], sin embargo, persisten importantes debilidades en el ciclo del proceso estadístico (colección, registro, procesamiento, con calidad, oportunidad y continuidad) y más aún en el proceso analítico[87]. La

[86] Una de las más importantes iniciativas en este sentido ha sido el Sistema de Indicadores para el Desarrollo (SID), institucionalizados por Decreto Ejecutivo No.38 de junio del 2004.

[87] Recientes diagnósticos realizados de manera independiente por la Dirección de Estadística y Censos de la Contraloría General de la República en el marco de la propuesta de la Estrategia Nacional de Desarrollo de Estadística (ENDE) y por el Ministerio de Salud para el proyecto de Desarrollo del Sistema de Información en Salud (SIS), con apoyo de la Red de la Métrica en Salud (HMN por sus siglas en inglés) mostraron algunas de las necesidades de fortalecimiento en los sistemas de información y procesos estadísticos en el país.

práctica actual de los sistemas de información resulta insuficiente para el soporte a la toma de decisiones, en los distintos ámbitos y niveles de las instituciones del sector y más aún para el desarrollo, monitoreo y evaluación de las políticas públicas.

En ese sentido, la generación, análisis y diseminación de información sobre la situación de salud, de los servicios de salud y de los determinantes de salud juega un papel clave en la mejora de los procesos técnicos y de conducción en todos los niveles del sector. Por ello, además de contribuir en la mejora de los procesos estadísticos y el acceso de todos los involucrados a información oportuna y confiable sobre la salud, tanto de los daños como de sus determinantes, y del desarrollo social; es necesario impulsar las capacidades analíticas y de inteligencia sanitaria en el país, enfatizando en su vinculación con la formulación de soluciones alternativas a los problemas actuales y los desafíos de la salud pública en el país que servirán de base para la toma de decisiones gerenciales, técnicas y financieras, teniendo como eje la equidad y el desarrollo local.

El proceso de inteligencia sanitaria, permitirá a su vez potenciar el desarrollo de la investigación nacional en salud en Panamá, a través de la Secretaria Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación (SENACYT), que viene trabajando para fortalecer de manera progresiva la actividad científica, tecnológica y la innovación (Plan estratégico 2006 al 2010)[88]. La acción de la cooperación técnica de OPS/OMS buscará ser sinérgica con procesos de este tipo, en asociación con universidades y centros de investigación cuyo esfuerzo se dirija a investigar en función de las prioridades nacionales y los problemas de Salud Publica[89].

Como soporte al desarrollo de las capacidades nacionales en análisis e investigación también se mejorará el acceso a información académica y aplicada de nivel internacional a través del uso de las bibliotecas virtuales y la diseminación electrónica de información.

6.5.1 Planteamientos estratégicos y líneas de acción.

La cooperación técnica de OPS/OMS orientará sus acciones dentro los siguientes planteamientos estratégicos:

1. ***Desarrollo de la rectoría del sistema de información en salud.***
   a. Armonizar y articular los sistemas sectoriales de información y estadísticas de salud, en lo público y privado.
   b. Desarrollar normas, regulaciones y procedimientos para la gestión transectorial de la información en salud.
   c. Implementar mecanismos para el seguimiento y vigilancia de la información en salud, tales como la aplicación de la historia única, de la sectorización y adscripción de las personas a unidades prestadoras de servicios de salud.
2. ***Fortalecimiento y articulación de los sistemas de información.***
   a. Armonizar y articular los sistemas sectoriales en el marco de la Estrategia nacional de desarrollo estadístico.
   b. Apoyar el desarrollo de un programa de mejoramiento de los registros de hechos vitales y de información estadística, en áreas de difícil acceso.
   c. Fortalecer los procesos de gestión de la información con énfasis en la priorización, estandarización de datos, calidad y oportunidad de datos, la generación de información integral y la diseminación, análisis y utilización de los niveles organizacionales.

[88] SENACYT está gestionando la formación de investigadores a través de becas de formación en el exterior y está promoviendo el desarrollo de proyectos de I+D (innovación y desarrollo), a través de fondos concursables de más de 1,5 millones de dólares, en ambos casos están priorizados los proyectos de salud y biociencia. Además, promueve una iniciativa para alcanzar los ODM, a través del Programa ciencia contra pobreza, donde el papel del sector salud es clave.

[89] Actualmente, las investigaciones científicas en Salud están enfocadas en las enfermedades transmisibles y se cuenta con pocas investigaciones relacionadas a enfermedades no transmisibles y sus factores de riesgo que se presentan como las principales causas de muerte de la población panameña. También, son escasas aquellas relacionadas con salud pública y servicios de salud.

d. Extender y desarrollar redes tecnológicas adecuadas y de conocimiento ligadas a la salud con enfoque de género, interculturalidad y equidad.
e. Promover la transferencia de tecnología en materia de gestión de información.
f. Realizar el mercadeo de las fuentes de información existentes.

3. ***Desarrollo de procesos de análisis para la toma de decisiones en todos los niveles y ámbitos de gestión.***
    1. Desarrollar la vigilancia de la salud pública y fortalecimiento de los procesos de monitoreo y evaluación.
    2. Desarrollar y lograr la sostenibilidad en el uso de metodologías de análisis de situación a nivel nacional regional y local.
    3. Apoyar la preparación de los gerentes en el análisis de situación de salud.
    4. Desarrollar y facilitar el uso de la inteligencia sanitaria en la toma de decisiones y en la formulación de políticas, planes, programas y proyectos de salud.
4. ***Vigilancia en Salud Pública en red MINSA, CSS, otras instituciones* (gubernamentales y del sector privado) y laboratorios con la notificación obligatoria de enfermedades, situaciones epidémicas y eventos de interés.**
    a. Fortalecer y desarrollar instrumentos metodológicos para conocer e intervenir sobre los daños a la salud humana, su entorno ambiental y/o social.
    b. Apoyar la introducción de nuevos modelos de vigilancia, con énfasis en los basados en la comunidad para identificar factores de riesgo, desplazamientos de poblaciones y efectuar intervenciones sanitarias.
5. ***Desarrollo de investigación y evaluación aplicadas, pertinente a las prioridades nacionales.***
    a. Actualizar, divulgar y establecer políticas y estrategias de investigación en salud del país.
    b. Promover la investigación en salud pública y del uso del conocimiento científico en la toma de decisiones.
    c. Apoyar el desarrollo institucional y fortalecer las capacidades de investigación de carácter clínico, epidemiológico, de económica de la salud y antropológico y social para el abordaje de los determinantes y daños a la salud, así como de los procesos de presentación y gestión sanitaria, entre otros.
    d. Fortalecer la investigación epidemiológica enfocada al abordaje de los temas de salud según la agenda inconclusa, sostenibilidad de los logros y nuevos desafíos del país.
    e. Establecer evaluaciones periódicas del desempeño de los principales programas e iniciativas de salud, con énfasis en la efectividad y equidad.
    f. Fomentar la búsqueda de nuevas alternativas y proyectos, así como una mayor agilidad en la movilización y ejecución de los recursos.
6. ***Fortalecimiento del capital humano para el desarrollo y sostenibilidad de los sistemas de información.***
    a. Apoyar la creación del Centro regional de enseñanzas estadísticas aplicadas.
    b. Desarrollar las capacidades nacionales para el análisis epidemiológico, de economía, de la salud y otros.
    c. Fortalecer el proceso de planificación para la formación, capacitación y habilitación de las personas vinculadas al campo de la información en salud.
    d. Promover la integración de la comunidad en los procesos de análisis, divulgación y toma de decisiones basadas en la información.

Sección 7
Implementación de la Agenda Estratégica: Implicaciones para la Secretaría de la OPS/OMS, seguimiento y próximos pasos en cada nivel

Implementación de la agenda

La cooperación técnica enfocada al país para el Desarrollo Nacional de la Salud (DNS) es un proceso de alcance participativo e intersectorial que conduce a una adecuada y sostenida capacidad para caracterizar, medir, evaluar y monitorear la situación de salud, los resultados de las intervenciones, así como el desempeño de la cooperación técnica.

En la agenda estratégica trabajada en la Sección 6, se destacan la equidad y el desarrollo local como ejes transversales para mejorar la cobertura y los indicadores de salud en el marco de los ODM. Se reafirma la protección de los logros ya alcanzados, el resolver la agenda inconclusa y el hacer frente a los nuevos desafíos. Además, se plantea la intersectorialidad y la participación ciudadana con responsabilidades compartidas para avanzar en el desarrollo humano. En esta Sección 7 se presentan las respuestas de la OPS/OMS ante la agenda estratégica, resaltando las pautas de implementación, las modificaciones a los mecanismos de cooperación y las proyecciones de estas posibles modificaciones.

El proceso de desarrollo de la agenda estratégica ha contemplado la particularidad de la posición geográfica y política del país como punto de referencia para la cooperación en salud subregional, regional y mundial; así como la política del Gobierno, de promover al país como punto estratégico para la instalación de organismos internacionales y sede de mecanismos de integración de la región. Para la oficina de país, esto viene implicando en la práctica, la necesidad de dar apoyo al seguimiento regional y subregional, y en ocasiones alertar al nivel regional de la organización sobre eventos que se estén produciendo en el ámbito de oficinas regionales de agencias del SNU ubicadas en el país. Paralelamente, a nivel nacional existe un fuerte debate sobre la ampliación del Canal de Panamá y sus repercusiones económicas, políticas y sociales para el país. La obra conlleva la inversión de importantes recursos financieros, así como la generación de una gran cantidad de puestos de trabajo durante su construcción. Esto traerá movimientos masivos de población con potenciales riesgos para la salud individual y pública, al igual que para el ambiente.

En este contexto y considerando los procesos de consulta efectuados con alrededor de 200 funcionarios de los niveles políticos, técnicos, universidades, actores sociales locales y organismos no gubernamentales, principalmente durante la primera misión, permitieron identificar dos ejes transversales de cooperación: equidad y desarrollo local y cuatro objetivos estratégicos. Dentro de cada objetivo se describe de manera resumida, el abordaje estratégico de la OPS/OMS.

1. **Consolidar el posicionamiento de la salud en la agenda de desarrollo nacional:**
   - Corresponde fundamentalmente, a la Oficina de País de la OPS/OMS actuar en el nivel político, apoyando la vinculación con otros actores nacionales, así como con otras agencias del SNU, en búsqueda de fortalecer la gobernabilidad y el rol rector de las instituciones del Estado, así como armonizar las políticas económicas y sociales.
   - Se buscarán nuevas modalidades para la entrega de la cooperación técnica, reafirmando el liderazgo y visibilidad de la OPS/OMS; se capacitará al personal sobre ellas.

- Velar por la participación amplia y transparente en el desarrollo de la salud facilitando espacios y mecanismos de diálogo y monitoreo de cambios en la salud, entre las organizaciones de la sociedad civil y el gobierno.

2. Fortalecer la institucionalidad del sector salud:

- Promover y apoyar la generación de herramientas técnicas para la adecuación cultural en la atención sanitaria a poblaciones vulnerables, con enfoque de derecho, equidad, género, etnicidad y discapacidad; asegurando la participación social.
- Cooperar técnicamente para el diseño del plan básico de salud, las redes integradas de servicios y la estrategia renovada de APS.
- Crear condiciones para la cooperación técnica descentralizada, para facilitar la cooperación efectiva a nivel local.
- Participar en la identificación de necesidades de recursos humanos y las estrategias para su formación y recalificación.

3. Promover la salud individual, familiar y comunitaria:

- Fortalecer las capacidades nacionales para el establecimiento de espacios saludables y la creación de redes y otras condiciones para promover la participación en la construcción de una nueva cultura de salud.
- Apoyar la implementación de planes para mejor la salud materna, la salud infantil y la de los adolescentes, especialmente en comarcas indígenas definidas.
- Priorizar la convivencia ciudadana y la seguridad humana como un elemento esencial para el desarrollo de la salud.
- Apoyar la implementación de intervenciones focalizadas en nutrición, mejoría ambiental y seguridad humana, con enfoque intersectorial, intercultural, de género, de derechos humanos y de participación social.

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

- Consolidar la cooperación y el apoyo técnico a los programas de prevención y control de enfermedades.
- Fortalecer capacidades para la gestión de riesgos, preparación y mitigación de desastres.
- Apoyar al desarrollo e implementación de planes maestros de acueductos, alcantarillados y manejo de deshechos sólidos, así como sobre el uso de métodos alternos para la potabilización del agua y el manejo de residuos.
- Promover la investigación sobre acciones que integren los conocimientos actuales sobre los determinantes de la salud.

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

- La OPS/OMS desempeñará un rol facilitador y negociador para la armonización de los sistemas de información en salud, buscando alianzas para fortalecer la inteligencia sanitaria y para diseminar la información disponible.
- Promover la generación de datos y estadísticas desglosados por sexo, etnia, localización geográfica, etc.
- Desarrollar capacidades de análisis, evaluación y monitoreo de las intervenciones en salud a nivel de las regiones de salud y la articulación de acciones colaborativas interinstitucionales.

Implicaciones generales para la oficina en el desarrollo de la cooperación

Para desarrollar todo el proceso de colaboración se plantean varios aspectos generales que es necesario considerar para hace efectivos los resultados que se esperan alanzar. Estas implicaciones son:

1. Mantener el liderazgo de la cooperación de OPS y del sector salud en el país.
2. Revisión del BPB 2006-2007 y realizar las adecuaciones necesarias en el marco de la ECP.
3. Implementar cooperación técnica integrada (con otros cooperantes) a nivel local
4. Readecuar programas de capacitación para el equipo de la oficina
5. Reforzar el área de comunicación
6. Consolidar alianzas estratégicas dentro y fuera del SNU
7. Revisar perfiles y competencias del nuevo personal

Además es importante que el proceso de cooperación tenga como punto de referencia y esté alineado en el marco del Plan Nacional de Desarrollo del país.

La Estrategia de Cooperación para Panamá para los próximos cinco años, se caracterizará por una cooperación técnica/política fuerte a nivel nacional, en consonancia con esfuerzos a nivel descentralizado; aprovechando la presencia regional de múltiples iniciativas en salud. Para esto se anticipan algunos cambios necesarios de la Representación, pero también se identifican diferentes niveles de respuesta desde la región y la Sede. La Representación cuenta con las capacidades técnicas de los funcionarios internacionales y nacionales asignados para la cooperación al país y también tiene disponible otras experticias y recursos financieros de funcionarios subregionales y regionales de temas específicos en salud, con sede en Panamá. Dado que la OPS/OMS no cuenta con una presencia regional en Panamá, ello significa una necesidad de definir los roles de la Oficina local en los diversos espacios y procesos regionales o subregionales.

La OPS/OMS Panamá tiene experiencias y lecciones aprendidas sobre el desarrollo de cooperación técnica regional, subregional, con la OMS, las agencias del Sistema de Naciones Unidas, ONGs y otras. El desafío, así como la oportunidad, está en el desarrollo de mayores acciones para la armonización de la cooperación internacional y el abordaje de resultados esperados, monitoreo y evaluación dentro de lo interagencial, intersectorial e interinstitucional.

En lo referente a los recursos humanos para la ECP, se considera necesario hacer algunos ajustes factibles y prioritarios. Además, se piensa continuar utilizando la experticia de consultores subregionales y regionales con sede en Panamá para apoyar los esfuerzos del país y continuar la modalidad de pasantías (personal adscrito de instituciones nacionales y cooperantes internacionales). A nivel de la cooperación descentralizada, se utilizará un abordaje corporativo y se analizará la conveniencia de establecer un proyecto específico dentro del BPB. Asimismo, se anticipa que el Plan de Desarrollo de la Representación va a reflejar el fortalecimiento de nuevas destrezas de capacitación continua en temas especiales como análisis de situación, etnicidad, exclusión social, derechos humanos, etc.

En el tema de presupuesto, se deberá enfrentar en el próximo bienio la continuación del proceso de reducción presupuestaria establecido en el Programa de Presupuesto Regional por lo que se deberá profundizar la estrategia de movilización de recursos y participación en iniciativas financiadas en la subregión o región. La asignación de recursos para la ECP abarcará los fondos de todas las procedencias como parte de un solo presupuesto de la OPS/OMS en Panamá y cuya programación se realizará de manera integrada y dirigida a la consecución de resultados de la ECP.

Se espera finalmente, que los objetivos estratégicos en conjunto, vinculados a los Objetivos de Desarrollo del Milenio, al programa general de trabajo, a la agenda regional de salud y a las prioridades expresas del Gobierno de Panamá, sean el marco de presentación de las necesidades de cooperación en salud en el país.

ANEXO. Implementación de la agenda estratégica
Objetivos y planteamientos estratégicos

Objetivos	Planteamientos estratégicos	Abordaje estratégico de la cooperación de OPS/OMS
1. Mejorar el posicionamiento de la salud en la agenda de desarrollo nacional	Desarrollo de abogacía para consolidar el posicionamiento de la salud en el centro del desarrollo	▪ Participación de la OPS/OMS en el marco del UNDAF como mecanismo para abordar los grandes temas de pobreza e inequidad, derechos humanos y gobernabilidad. ▪ La OPS/OMS facilitará el escenario para que se produzcan los diálogos y encuentros necesarios, fortalecimiento y desarrollo de estructuras y mecanismos de relación intersectorial y con la sociedad civil organizada; así como apoyando la participación ciudadana. ▪ Ampliación del campo de la cooperación técnica a otras instituciones relacionadas con el quehacer en salud como son: CSS, MIDES, universidades, MEDUCA y otros. ▪ Se deberán buscar nuevas modalidades para la entrega de cooperación técnica, reafirmando el liderazgo y visibilidad de la OPS/OMS. ▪ La Representación de OPS/OMS a nivel de país y regional apoyan mecanismos de trabajo intersectoriales para el seguimiento de los ODM.
	Fortalecimiento de los mecanismos permanentes de participación ciudadana y rendición de cuentas	
	Apoyo al mercadeo social para el incremento de la utilización de los servicios (demanda)	
	Fortalecimiento de la capacidad del país para la formulación e implementación de políticas y un plan nacional de promoción de la salud con enfoque de género e interculturalidad	
	Fortalecimiento de la acción comunitaria y colaboración en la instrumentación de formas de participación ciudadana, que incentiven las capacidades de autogestión y habilidades de individuos, familias y comunidades e instituciones para buscar la justicia social mediante la promoción de la salud y la protección de la vida	
	Generación de una agenda nacional y por regiones de salud para la formulación de políticas y estrategias, cuya implementación se hará a través de planes y programas de salud basados en intervenciones sobre los determinantes sociales y ambientales que condicionan el nivel de salud.	
	Construcción de redes de apoyo social y/o de capacidades de los grupos postergados para fortalecer su organización y participación en acciones dirigidas a determinantes de la salud	
2. Fortalecer la institucionalidad del sector salud	Desarrollo de las capacidades de rectoría y regulación en salud	▪ La OPS/OMS propiciara el escenario para impulsar la integración y el desarrollo de un sistema que permita monitorear los cambios y facilitar esa integración. ▪ Asegurar el acompañamiento técnico a los programas del MINSA y a la alta gerencia de esta institución para impulsar la reforma y modernización. ▪ La Representación de la OPS/OMS impulsará la descentralización de la cooperación técnica. Se seleccionarán territorios claves para la reorientación de la cooperación técnica descentralizada donde se concentrarán los esfuerzos de las diversas áreas de la Representación; con especial énfasis en las Comarcas Indígenas.
	Fortalecimiento y modernización de la institucionalidad	
	Apoyo a la extensión de la Protección Social (oferta)	
	Apoyo para la planificación y desarrollo de los recursos humanos (formación y recalificación) con una visión integral y de base social, para el desarrollo de modelos de atención centrados en derechos del usuario y la Atención Primaria de Salud	
	Apoyo para el incremento de los recursos disponibles	

	para la lucha contra la exclusión (gestión) Impulso a la reorientación de los servicios con enfoque de promoción, incluyendo los servicios sociales y de salud pública	▪ Facilitar los expertos y herramientas que permitan actualizar el marco legal regulatorio en el campo de la salud. ▪ Mejorar la visibilidad de los proyectos y actividades, así como de nuevas modalidades de cooperación técnica. ▪ La OPS/OMS en el país participa con otras agencias del SNU en la cooperación con el gobierno para el fortalecimiento de las políticas sociales, con especial énfasis en la cobertura de servicios básicos de salud. ▪ Hacer accesible información relevante sobre experiencias exitosas y lecciones aprendidas de otros países. ▪ Contribuir activamente en el desarrollo e implementación del plan decenal de RRHH de Panamá; fortaleciendo las capacidades para el desarrollo de los RRHH del MINSA, CSS, MIDES y la sociedad civil.
3. Promover la salud individual, familiar y comunitaria	Fortalecimiento de las capacidades nacionales para la mejoría de la salud de la mujer, la niñez y la adolescencia dirigida a la reducción de la morbilidad y mortalidad materna, perinatal, la niñez y adolescencia Apoyo a la creación de espacios y entornos que favorezcan la salud Apoyo a intervenciones preventivas y de atención a la salud frente a causas externas	▪ Impulsar experiencias demostrativas en áreas de población vulnerable para el establecimiento de redes de servicios y optimización de recursos (MINSA-CSS), con la participación de organizaciones de la sociedad civil. ▪ Cooperar técnicamente para el diseño e implementación del plan básico de salud, las redes integradas de servicios y de la estrategia renovada de APS. ▪ Promover la generación de herramientas técnicas para la atención sanitaria a poblaciones vulnerables, con enfoque de derechos, equidad, género y discapacidad. ▪ Contribuir, por medio de instancias regionales o subregionales a la búsqueda de recursos para el diseño e implementación de políticas en este campo. ▪ Apoyo al desarrollo e implementación de planes maestros de acueductos, alcantarillados y manejo de desechos sólidos; así como sobre el uso de métodos alternos para la potabilización del agua y el manejo de residuos. ▪ Facilitar procesos para la implementación de planes de salud con enfoque integral, que impliquen empoderamiento de las personas, familias y comunidades. Apoyo al fortalecimiento de redes interinstitucionales y de la sociedad civil. ▪ Priorizar la convivencia ciudadana y la seguridad humana como un elemento esencial para el desarrollo de la salud. Se apoya con asesoría técnica y el intercambio de experiencias. ▪ Fortalecimiento de la transversalización del enfoque de promoción en los diversos programas de salud y del programa de trabajo de la Representación de OPS/OMS en el país. ▪ Asesoría técnica para la evaluación de determinantes de la

		salud, especialmente en grupos urbanos pobres, poblaciones rurales y comarcas indígenas.
4. Apoyar acciones para la prevención y control de enfermedades e intervenciones sobre la salud ambiental y otros determinantes de salud	Fortalecimiento de las intervenciones sanitarias en función de las agendas de protección de logros, resolución de la agenda inconclusa y afrontar nuevos desafíos sanitarios. Integración de la perspectiva de medio ambiente y desarrollo sostenible, dotándola de una dimensión de oferta de servicios en el ámbito local Apoyo a la reducción de la vulnerabilidad y fortalecimiento de capacidades de respuesta ante los fenómenos naturales y antropogénicos Apoyo para desarrollar estrategias de intervención sobre factores de riesgo individuales y colectivos	▪ Contribuir técnicamente para la reducción de la mortalidad, morbilidad y discapacidad por causas de mayor carga social y económica ▪ Cooperar técnicamente para el desarrollo de la vigilancia de la salud, la red jerarquizada de laboratorios de salud pública y la implementación acciones integrales para el control de enfermedades
5. Consolidar el sistema de información y desarrollo de la inteligencia sanitaria	Desarrollo de la rectoría del sistema de información en salud Fortalecimiento y articulación de los sistemas de información Desarrollo de procesos de análisis para la toma de decisiones en todos los niveles y ámbitos de gestión Vigilancia en Salud Pública en red MINSA, CSS, otras instituciones (gubernamentales y del sector privado) y laboratorios con la notificación obligatoria de enfermedades, situaciones epidémicas y eventos de interés Desarrollo de investigación y evaluación aplicadas, pertinente a las prioridades nacionales. Fortalecimiento del capital humano para el desarrollo y sostenibilidad de los sistemas de información	▪ La OPS/OMS desempeña un rol facilitador y negociador para facilitar la armonización de los sistemas de información en salud, buscando alianzas para el fortalecer la inteligencia sanitaria y diseminar la información disponible. ▪ La OPS/OMS apoya al nivel nacional del MINSA y experiencias locales, mediante la cooperación técnica descentralizada, para el registro de hechos vitales e información estadística, garantizando el enfoque de género y equidad. ▪ Fortalecer las capacidades nacionales y locales para el uso de la inteligencia sanitaria. ▪ Fomentar un proceso de negociación y concertación con los niveles gerenciales para demostrar la utilidad de la información generada por los sistemas de inteligencia sanitaria e incorporarla en los procesos de gestión. ▪ Desarrollar al interior de la Representación el área de análisis de información. ▪ Desarrollar plataformas tecnológicas de información y comunicación en salud, con participación de actores extrasectoriales. ▪ Cooperar para el desarrollo de instrumentos metodológicos para la vigilancia de los determinantes y factores de riesgo.