



ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD EN PANAMÁ:

OPORTUNIDADES PARA MEJORAR LA CALIDAD,
EQUIDAD E INTEGRACIÓN DE LOS SERVICIOS



GRUPO BANCO MUNDIAL



MINISTERIO
DE SALUD

SUB-CENTRO DE SALUD DE SAN JUAN DE DIOS



ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD EN PANAMÁ:

OPORTUNIDADES PARA MEJORAR LA CALIDAD,
EQUIDAD E INTEGRACIÓN DE LOS SERVICIOS



GRUPO BANCO MUNDIAL



**MINISTERIO
DE SALUD**

ALGUNOS DERECHOS RESERVADOS

Este trabajo es un producto del personal directo del Banco Mundial. Los hallazgos, interpretaciones y conclusiones expresados en este trabajo no reflejan necesariamente los puntos de vista del directorio ejecutivo del Banco Mundial o de los gobiernos que representan.

DERECHOS Y PERMISOS

El material en este trabajo está sujeto a derechos de autor. Como el Banco Mundial fomenta la difusión del conocimiento, este trabajo puede reproducirse con fines no comerciales, si se otorga la atribución completa del mismo.

ATRIBUCIÓN

Favor citar el trabajo como sigue: Secci, Federica; Urquijo, Lenis; Hernández, William; Cafagna, Gianluca. Atención Primaria de Salud en Panamá: oportunidades para mejorar la calidad, equidad e integración de los servicios. Banco Mundial 2024

Todas las consultas sobre derechos y licencias, incluyendo derechos subsidiarios, se deben dirigir a World Bank Publications, The World Bank Group, 1818 H Street NW, Washington, DC 20433, USA; fax: 202-522-2625; e-mail: pubrights@worldbank.org.



GRUPO BANCO MUNDIAL



From
the People of Japan



CONTENIDO

Siglas y Acrónimos	8
Prólogo	11
Resumen Ejecutivo	17
Introducción	23
Contexto	25
Índice de Capital Humano	28
Indicadores de salud	29
Envejecimiento y Enfermedades No Transmisibles	30
Gobernanza del sistema de salud de Panamá	31
Oferta de servicios de salud	33
Cobertura de servicios esenciales de salud y APS	33
Metodología	35
El Perfil de Signos Vitales -PSV	36
El Modelo de Progresión de Atención Primaria de Salud	38
Recolección de información y validación	41
Desempeño de la APS en Panamá	45
Pilares del perfil de signos vitales	47
Financiamiento	47
Capacidad	49
Desempeño	59
Equidad	63

Recomendaciones	65
Gobernanza para mejorar acceso y calidad	66
Financiación suficiente y eficiencia administrativa	68
Gestión de modelos de atención integrados y resilientes	71
Digitalización e innovación para la transformación y la equidad del sistema de salud	75
Participación social en la toma de decisiones	79
Evaluación de factibilidad y responsabilidad de las recomendaciones	79
Documentos consultados	83
Anexos	89
Anexo 1. Entidades del Comité Técnico y el Comité Directivo del proyecto	90
Anexo 2. Definiciones utilizadas en el estudio	91
Anexo 3. Entidades participantes en las entrevistas	93
Anexo 4. Perfil de Signos Vitales de Panamá	94
Anexo 5. Resultados del Modelo de Progresión PHCPI Panamá	97

LISTA DE FIGURAS

Figura 1.	Costo en salud per cápita ajustado por las Paridades de Poder Adquisitivo (PPA) en Panamá y países vecinos de la Región, 2000 - 2019.....	27
Figura 2.	Perfil de Signos Vitales de la APS en Panamá 2023	46
Figura 3.	Datos del pilar de financiamiento del PSV de la APS en Panamá 2023	47
Figura 4.	Datos del pilar de capacidad del PSV de la APS en Panamá 2023	49
Figura 5.	Resultados por dominios del indicador de capacidad del PSV Panamá 2023	50
Figura 6.	Gobierno y dirección. Indicador de capacidad del PSV Panamá 2023	51
Figura 7.	Insumos y fuerza laboral. Indicador de capacidad del PSV Panamá 2023	53
Figura 8.	Indicador de prestación de servicios PSV Panamá 2023	57
Figura 9.	Datos del pilar de desempeño del PSV de la APS en Panamá. 2023.....	59
Figura 10.	Datos del pilar de equidad del PSV de la APS en Panamá. 2023	63

LISTA DE TABLAS

Tabla 1.	Escala de medición de cada dominio y subdominio en el Modelo de Progresión de APS. Panamá 2023	38
Tabla 2.	Porcentaje de partos atendidos por profesional de salud en Panamá, por región de salud y comarca indígena (2021)	64
Tabla 3.	Evaluación de factibilidad y responsabilidad de las recomendaciones del Estudio Atención Primaria en Salud en Panamá: oportunidades para mejorar la calidad, equidad e integración de los servicios. 2023	80

AUTORES

El estudio fue realizado por Lenis Urquijoy y William Hernández, consultores del Banco Mundial, junto con Federica Secci, especialista senior en salud del Banco Mundial y Gianluca Cafagna, especialista en salud del Banco Mundial, quienes coordinaron y supervisaron el trabajo en el marco del proyecto “Fortalecimiento del sistema de salud de Panamá en el contexto post COVID-19”, financiado por el Gobierno de Japón mediante el Fondo de Desarrollo de Políticas y Recursos Humanos (PHRD, por sus siglas en inglés) del Banco Mundial.

AGRADECIMIENTOS

Se agradece el apoyo de Tania Dmytraczenko, Michele Gragnolati, Michel Kerf, Jaime Saavedra, Joelle Dehasse y Marina Bassi.

El equipo del Banco Mundial agradece al ministro de salud de Panamá, Dr. Luis Francisco Sucre, y a la viceministra de salud de Panamá, Dra. Ivette Berrio, por su visión y liderazgo para empujar la agenda de atención de salud primaria en Panamá. Al Dr. Luis Garrido (Despacho Superior), a la Lic. Thays Noriega y a la Lic. Johan Román (Oficina de Asuntos Internacionales y Cooperación Técnica del Ministerio de Salud, MINSA), por sus valiosos aportes y colaboración continua a lo largo del proyecto.

Agradecimientos para todos los miembros del Comité Ejecutivo y del Comité Técnico del proyecto y a los puntos focales del MINSA por la colaboración constante y por aportar perspectivas distintas al estudio. En particular, a las siguientes personas: Dra. Melva Cruz, Dra. Geni Hooker, Dra. Lourdes Moreno, Dra. Ivonne Villareal, Dra. Norma De Gracia, Dra. María Victoria de Crespo, Dra. Berlinda Morán, Dr. Jairo Osorio, Lic. Berenice Castillo, Dr. Félix Filos, Dra. Haidy Guerra, Dr. Félix Correa, Dra. Luz Mery Lasso, Lic. Rosa Berdiales, Lic. Mirka Rodríguez, Dra. Geneva González, Dr.

Mario Rodríguez, Dr. Carlos Chávez, Dr. Romualdo Navarro, Dr. Enrique Lao, Dra. Yelkis Gill, Dra. Ana Riviére Cinnamond, Dra. Leah Richards, Dra. Sandie Blanchet, Dra. Oris Lam de Calvo y Dra. Maritza Ortega. Agradecimientos también para cada una de las personas que participaron en las entrevistas y en la recolección de los datos necesarios para el estudio. Agradecimientos especiales para el Lic. Aris Abrego y para el equipo de Comunicación del Ministerio de Salud por facilitar el material fotográfico de este documento.

Se agradece a Juan Alberto Batista y Yaritza Yanis, consultores del Banco Mundial, la orientación sobre el sistema de salud en Panamá y sus comentarios, en particular a las recomendaciones del estudio, a José Carlos Gutiérrez, consultor del Banco Mundial, la identificación preliminar de las fuentes de datos cuantitativos. A Ken Hashimoto por la recolección y análisis de información sobre la integración de servicios en Japón. A Nicole Seferlis por sus aportes a la primera versión del informe y a Patricia Matho por el apoyo administrativo. A Janet Bonilla por su revisión editorial y a Miguel Castiblanco por el diseño gráfico del informe. Al equipo de la Primary Health Care Performance Initiative, en particular a Marwa Ramadan, Ana Krsteska, Oscar Bernal, Diego Vapore, por su apoyo y validación de los resultados del Perfil de Signos Vitales. Finalmente, a Manuela Villar Uribe y Cristian Herrera por sus valiosos comentarios al informe.

Panamá, marzo 2024

SIGLAS Y ACRÓNIMOS

APS	Atención Primaria en Salud
ASIS	Análisis de Situación de Salud
CAPPS	Centros de Atención, Promoción y Prevención de Salud
CAPSI	Centros de Atención Primaria Innovadora en Salud
COE	Comités Operativos de Emergencia
CSS	Caja del Seguro Social
CUS	Cobertura Universal en Salud
DIGESA	Dirección General de Salud Pública
DIPLAN	Dirección de Planificación
DPSS	Dirección de Provisión de Servicios de Salud.
ENSPA	Encuesta Nacional de Salud de Panamá
EEC	Estrategia de Extensión de la Cobertura
ENT	Enfermedades No Transmisibles
FORIS	Fortalecimiento de Redes Integradas de Salud
HEARTS	Modelo de manejo del riesgo cardiovascular, control de la hipertensión arterial y la prevención secundaria en la atención primaria de salud en las Américas
HIC	Índice de Capital Humano (por sus siglas en inglés)
HMN	Red de la Métrica en Salud (por sus siglas en inglés)
HTA	Hipertensión Arterial
INEC	Instituto Nacional de Estadística y Censo
JAAR	Juntas Administradoras de Acueductos Rurales
MGPSS	Metodología de Gestión Productiva de los Servicios de Salud
MINSA	Ministerio de Salud de Panamá
NV	Nacidos Vivos
OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PERC	Productividad, Eficiencia, Recursos y Costos

PHCPI	Iniciativa para el Desempeño de la Atención Primaria en Salud (por sus siglas en inglés)
PIB	Producto Interno Bruto
PSV	Perfil de Signos Vitales
PPP	Paridades de Poder Adquisitivo (por sus siglas en inglés)
REGES	Registros y Estadísticas de Salud
SALMI	Sistema Informático de Administración Logística de Medicamentos e Insumos
SEIS	Sistema Electrónico de Información en Salud
SHA	Sistema de Cuentas de Salud (por sus siglas en inglés)
SIREGES	Programa estadístico de grupos itinerantes
SRMRN	Salud Reproductiva, Materna, del Recién Nacido y del Niño
SIMEPLANS	Sistema de Monitoreo y Evaluación del Plan Nacional de Salud
SIES	Sistema Electrónico de Información de Salud
SISVIG	Sistema de Vigilancia en Salud Pública de Panamá
UHC	Índice de Cobertura de Servicios (por sus siglas en inglés)
TAR	Terapia Antirretroviral
UGSAF	Unidad de Gestión de Salud, Administrativa y Financiera -MINSA
ULAPS	Unidades Locales de Atención Primaria de Salud
UNDESA	Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas (por sus siglas en inglés)
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas (por sus siglas en inglés)
UNICEF	El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (por sus siglas en inglés)
Vacuna MMR	Protege contra sarampión, paperas y rubéola
Vacuna DTP	Protege contra difteria, tétanos y tos ferina



PRÓLOGO *

Luego del lanzamiento regional de la Alianza por la Atención Primaria de Salud en diciembre de 2023 en Montevideo, desde el 5 de marzo de 2024, Panamá se convierte en el primer país de Latinoamérica en lanzar y sumarse de manera formal a la Alianza que incorporará paulatinamente a los otros países de nuestra región. Esta alianza es un espacio para que las instituciones multilaterales (Organización Panamericana de la Salud, Banco Mundial, y Banco Interamericano de Desarrollo) trabajen de forma coordinada para darle un apoyo más efectivo a los gobiernos de la región en la implementación de sus políticas sanitarias.

En América Latina, hubo progresos en los indicadores de salud durante las últimas dos décadas. Pero ya en 2019 decíamos que, habiendo América Latina crecido de manera acelerada, estábamos todavía muy lejos de donde deberíamos de estar. Luego vino la pandemia, que desnudó muchas de las brechas y las debilidades estructurales aún existentes en nuestros países.

Panamá es un caso emblemático en Latinoamérica. Una economía que ha tenido un vigoroso crecimiento económico durante las dos últimas décadas y que ha tenido mejoras importantes. Se han reducido la mortalidad materna e infantil y se ha disminuido de manera sustancial la prevalencia de enfermedades infecciosas. La expectativa de vida subió cuatro años en las últimas dos décadas. Pero aún hay desafíos inmensos para mejorar el acceso, equidad y la calidad de los servicios.

A pesar del significativo crecimiento económico de Panamá y de que el país destina el 6% de su PIB al sector salud –más que muchos de los países de América Latina y el Caribe– ALC –persisten retos para que esos recursos se traduzcan en un mejor servicio de alta calidad para todos. Para empezar, el acceso a la salud debería ser universal. Pero un porcentaje importante de la población panameña todavía tiene dificultades en acceder a un servicio, ya sea porque no hay un servicio cercano o porque los pacientes deben hacer largas colas para tener una atención.

Más allá del acceso, la calidad de la atención depende de cuánto se invierte en salud. En muchos países la inversión por persona debe aumentar para asegurar el derecho a la salud, y esa inversión debe ser además eficiente. Veamos Panamá. El gasto en salud per cápita, uno de los más altos de la región, comparable con el de Chile: 2,600 en dólares, ajustando por paridad del poder adquisitivo. A pesar de su relativamente alto gasto en salud, Panamá no alcanza los mismos resultados. Por ejemplo, la mortalidad materna en Panamá es tres veces la de Chile y tiene una prevalencia de malnutrición en menores de cinco años de 14%, comparado con el 2% de Chile. Esto sugiere que, para su nivel de gasto, Panamá podría alcanzar mejores resultados mediante un gasto más eficiente. El reto de Panamá no es invertir más, sino, sobre todo, invertir mejor.

Invertir mejor tiene muchas dimensiones. Hay que invertir mejor en infraestructura, en equipamiento, en tecnología, en sistemas administrativos, etc. Me quiero centrar en un elemento clave para mejorar la eficiencia de cualquier sistema de salud: el recurso humano. Los sectores sociales son intensivos en interacción humana. Mejores servicios de salud y de educación, por ejemplo, dependen en gran medida de una buena interacción entre médico y paciente o entre maestro y estudiante. Por eso es indispensable que elijamos a los mejores profesionales y, además, aseguremos que excelentes profesionales estén justamente en las zonas donde es más complejo y retador proveer el servicio.

Tan importante como el factor humano a nivel micro, a nivel del establecimiento de salud, es el factor humano que gerencia el sistema en su conjunto. Y esto no aplica a Panamá sino a cualquier país. Diseñar la política sanitaria de un país y más aún, implementar una política sanitaria a gran escala es un reto muy complejo. Esto pone una responsabilidad inmensa en la burocracia del sector salud. Una burocracia que debe: (i) asegurar una provisión pública eficiente de un servicio muy complejo,

(ii) regular la provisión privada del servicio, (iii) regular el mercado de productos farmacéuticos, (iv) regular los mecanismos de aseguramiento, y (v) organizar la integración de los distintos niveles de atención.

En fin, una labor extremadamente compleja. Por eso es crucial que las burocracias en el sector salud estén compuestas por personas técnicamente muy calificadas, que internalicen la importancia de su misión y de su responsabilidad. En todos nuestros países, es esencial que, en los sectores sociales en general, los procesos de selección, profesionalización y ascenso, sean meritocráticos, y orientados siempre a buscar a la mejor gente para diseñar e implementar un servicio centrado en el bienestar de la población.

Otro rasgo característico y lamentable de ALC son sus inmensas desigualdades estructurales. Esas desigualdades que la pandemia hizo palpables. La pandemia hizo evidente que los más pobres tienen menos oportunidades. Desafortunadamente, dónde naces, quiénes son tus padres, el color de tu piel, definen tus oportunidades en la vida. La desigualdad de oportunidades es un inmenso reto de desarrollo.

Pero la desigualdad en el acceso a cuidados básicos de salud parece no alarmarles a nuestras sociedades como debiera. En algunos países de ALC, la calidad del servicio es malo, y la gente asume que bueno, así es la vida. Eso no es correcto. Nuestros ciudadanos no pueden acostumbrarse a sistemas de salud mediocres. Acá lo que está en juego es la vida de todos nuestros ciudadanos.

Las desigualdades son palpables en Panamá. Por ejemplo, la esperanza de vida al nacer es alrededor de 77 años en todo el país, pero puede ser siete años menos en las Comarcas indígenas del país. La mortalidad en niños entre 0 y 4 años es alrededor de 16 por 1,000 nacidos vivos en promedio, pero varía entre 8 y 43 dependiendo de la geografía.

Por eso, es que nos debe preocupar la inclusión de todos. Todo ciudadano tiene el derecho de recibir el mismo servicio de calidad. Independiente de si nació en una ciudad en el campo o en una comarca, de si es hombre o

mujer, de su religión o su etnia. A veces, cuando hablamos de inclusión, hablamos de incluir a los grupos vulnerables, y tener un programa para darles un mejor servicio. Eso es incorrecto. Cuando hablamos de inclusión hablamos de inclusión de todos, inclusión del desposeído e inclusión del rico por igual. Porque todos son ciudadanos y todos tienen derecho a un similar y buen servicio.

En el Banco Mundial estamos convencidos que para lograr este derecho debemos asegurar una Atención Primaria en Salud (APS) de calidad. ***La APS es una de las vías más claras para resolver estos problemas de acceso y de desigualdad y lograr la universalidad.*** Una atención primaria como principal punto de acceso para todos, ricos y pobres, si es un servicio eficaz, de calidad, y centrado en el bienestar del ciudadano, salva vidas.

La APS tiene que ser la base de redes integradas de servicios, que incluyan la articulación con los niveles más altos de atención, la coordinación con los servicios de diagnóstico y laboratorio, y la participación de las comunidades en la definición de las prioridades. En esta conceptualización, es prioritario modernizar la APS incorporando las herramientas de salud digital.

Aquí quiero mencionar el avance que ha habido en Panamá en telemedicina. Lo que se inició como una respuesta a la pandemia se ha convertido en un servicio de salud innovador e integrado a los servicios de atención primaria tradicionales. El programa iniciado por el MINSA, en colaboración con el Banco Mundial, ha atendido a más de 120 mil personas a nivel nacional. Ayer estuve en el Centro de Contacto de Telemedicina de Panamá y constaté como este servicio permite el acceso a los servicios de salud en atención primaria, reduciendo costos, tiempos de espera, facilitando acceso a prescripciones, y facilitando el seguimiento de la trayectoria del paciente. La telemedicina es un complemento a la atención presencial y si se integra de manera eficiente permite también coordinar los servicios de APS con servicios más especializados.

Sin embargo, para dimensionar los resultados efectivos de esta y otras estrategias es importante medir resultados. En este momento no sabemos con exactitud la calidad del servicio en cada corregimiento y en cada establecimiento, por lo que es crucial invertir en fortalecer sistemas de información para conocer la calidad de la atención y usar los datos para mejorar el servicio. Sin datos, estamos navegando a ciegas.

Concluyendo, es prioritario que Panamá, así como el resto de los países de ALC, sigan trabajando en la gestión e implementación de modelos de atención primaria de la salud integrados y resilientes, con calidad para todos, aprovechando la tecnología y digitalización, y centrado en las personas.

A través de esta alianza, del Banco Mundial junto con la Organización Panamericana de la Salud y el Banco Interamericano de Desarrollo, a la que se suma Panamá, estamos comprometidos en hacer esto posible.

**Palabras de Jaime Saavedra Chanduvi
Director de Desarrollo Humano para América Latina
y el Caribe del Banco Mundial.
Presentación de la Alianza para la Atención Primaria
de Salud de APS y Telemedicina- Panamá*



RESUMEN EJECUTIVO

En Panamá, como en todos los países del mundo, la pandemia del COVID 19 expuso fortalezas y debilidades del funcionamiento de los sistemas en ámbitos como la economía, la educación y la salud, y puso a prueba su capacidad de resiliencia. Frente a la salud, la pandemia reveló limitaciones del sistema que ya existían: difícil acceso, baja calidad de atención y escasa integración entre los niveles de atención y los servicios prestados por el Ministerio de Salud de Panamá - MINSA y la Caja del Seguro Social -CSS. También señaló fortalezas para aprender lecciones y ajustar los servicios con el fin de brindar mejor atención, entre ellos, el impulso a la telemedicina y la compra conjunta de medicamentos.

Para consolidar el sistema de salud en aspectos fundamentales de calidad, equidad, e integración de servicios es importante tener un diagnóstico claro y completo de sus fortalezas y debilidades, empezando por el sistema de atención primaria, que es la base para avanzar hacia un sistema de salud integrado con cobertura universal de salud.

Desde su promulgación en Alma Ata en 1978¹ y su reafirmación en Astaná en 2018,² la Atención Primaria en Salud (APS) se continua perfilando como una de las estrategias más costo-efectivas para optimizar el rendimiento de los servicios de salud y lograr mejores resultados en salud, en especial, desde la perspectiva de la APS renovada que, en sentido amplio, busca garantizar el acceso efectivo a servicios de salud, el empoderamiento de la comunidad, el fortalecimiento de la participación social y la acción sobre los determinantes sociales de la salud.

En este contexto, el MINSA y el Banco Mundial acordaron realizar una evaluación del desempeño de la Atención Primaria en Salud del país, con el propósito de identificar un conjunto de recomendaciones y opciones de mejora, inclusive de mayor coordinación e integración de funciones, como

1 OPS/OMS Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978

2 OMS, UNICEF, Gobierno de Kazajistán. Conferencia Mundial sobre Atención Primaria de la Salud, Astaná, Kazajistán, 25-26 de octubre de 2018

base para un plan estratégico y una hoja de ruta para el fortalecimiento de los servicios de atención primaria. Para ello, se usó la herramienta de la Iniciativa para el Desempeño de la Atención Primaria en Salud (PHCPI por sus siglas en inglés) que ha sido utilizada en cerca de treinta países, denominada el Perfil de Signos Vitales (PSV) que mide aspectos clave relacionados con financiamiento, capacidad, acceso, calidad, cobertura, y equidad. Se incluyó también una evaluación más puntual de temas transversales al sistema de salud (estrategia de financiamiento y sistemas de información para la cadena de suministro) que brindan insumos relevantes para el análisis de las fortalezas y desafíos de la APS.

La evaluación apunta a examinar de manera objetiva el estado del sistema de APS, y no el trabajo específico de las direcciones nacionales, regionales o locales. Se realizó en un escenario participativo, con el objetivo de socializar el proceso y los resultados con los actores más relevantes y fortalecer las capacidades de evaluación de cada uno.

Los resultados de este trabajo, que consultó múltiples fuentes cuantitativas y cualitativas, nacionales e internacionales, muestran que, a pesar del significativo crecimiento económico de Panamá en los últimos años y de la importante inversión de recursos en salud, mayor que en otros países de la región, persisten retos en la capacidad de gestión para priorizarlos, distribuirlos y hacerlos accesibles en todas las regiones de salud y niveles de atención. Además, en términos de financiación, para una utilización más eficiente de los recursos, Panamá debería avanzar en el uso del presupuesto por resultados y mejorar la cartera de servicios como herramienta de gestión.

La desigualdad persistente en el país condiciona los resultados de los indicadores de salud de la población, como, por ejemplo, la mortalidad en menores de cinco años, y agudiza problemas de cobertura y calidad de los servicios, además de un gasto de bolsillo incrementado, en particular, por los precios de los medicamentos. Los retos son mayores frente a una

población urbana y rural que envejece y en algunos casos, está en zonas apartadas a donde los servicios no siempre llegan de manera oportuna.

El marco normativo del país es sólido, pero es necesario mejorar su capacidad para implementar, hacer seguimiento y evaluar las políticas establecidas para el sector y su relación con otros determinantes de salud. La toma de decisiones en los sistemas de salud exige cada vez más mayor participación directa de la ciudadanía afectada en su salud propia o en la de sus familias y comunidades. Su voz, fruto de su vivencia, aporta insumos para comprender de mejor manera la realidad de los sistemas de salud y proponer soluciones cercanas a la vida de las comunidades.

Como en muchos de los sistemas de salud de la región, la integralidad de la atención es un reto mayor. Si bien, las personas con enfermedades crónicas transmisibles y no transmisibles acceden a los servicios esperados, con frecuencia la atención es fragmentada entre el MINSA y la CSS, y al interior del MINSA entre los distintos niveles de atención. Urgen programas y campañas de prevención de la enfermedad y promoción de la salud con cobertura nacional, regional y local que impulsen estrategia de acercamiento proactivo de la población.

En Panamá avanzan importantes innovaciones en los sistemas de información electrónicos. Sin embargo, se requiere continuar la formación de más profesionales para levantar y procesar los datos, y procesos de evaluación y escalamiento de los nuevos sistemas para lograr su funcionamiento pleno con el fin de que el país cuente con información completa, actualizada y en tiempo real de la disponibilidad y características de las instalaciones, los recursos humanos, los insumos, los medicamentos, e información de estadísticas vitales, entre otros aspectos. Esto garantizará continuar mejorando la planificación, trazabilidad y asignación con equidad de todos los recursos.

La articulación y colaboración continua entre las instituciones líderes de los sistemas de salud con roles y tareas distintas, pero compartidas, es un desafío permanente en la región. Aunque la fragmentación institucional

no se pueda superar en el corto y mediano plazo, es importante considerar puntos específicos que permitan una articulación funcional entre el MINSA y la CSS y que fortalezcan la integralidad de la atención al interior del sistema de salud. Panamá avanza, pero requiere consolidar este proceso, empezando, por ejemplo, con el expediente clínico, la cadena farmacéutica de suministro, y la planificación de redes de oferta.

El estudio incluye 27 recomendaciones que se han agrupado en cinco líneas de acción y, en conjunto con el MINSA, se han priorizado once con base en criterios de factibilidad (recursos necesarios y dificultad de ejecución), oportunidad, horizonte temporal de implementación, e impacto. La tabla completa puede consultarse en la sección de Recomendaciones.

Gobernanza para mejorar acceso y calidad

- Avanzar en la definición de las responsabilidades de las instituciones líderes para implementar y desarrollar la APS en los niveles nacional y subnacional, buscando soluciones que favorezcan una mejor articulación entre el MINSA y la CSS, así como la acción intersectorial sobre los determinantes sociales de la salud.

Financiación suficiente y eficiencia administrativa

- Avanzar en el uso del presupuesto por resultados y mejorar el uso de la cartera de servicios como herramienta de gestión.
- Impulsar mecanismos que mejoren la eficiencia en la adquisición, distribución y control de los medicamentos esenciales que el sistema de salud provee.

Gestión de modelos de atención integrados y resilientes

- Fortalecer el desarrollo del sistema de gestión de la calidad de la atención y de mejora continua a partir del amplio marco normativo existente.

- Diseñar e implementar un sistema de habilitación y acreditación de la prestación de servicios de salud que apalanque la calidad de estos en todos los niveles.
- Desarrollar un sistema integral de planificación de instalaciones y de recursos humanos, que considere la cantidad, la distribución y el perfil requerido para soportar la integración de los servicios en redes y la calidad de la atención.
- Impulsar sistemas de vigilancia activa en salud pública que favorezcan el desarrollo de modelos predictivos con estrategias de vigilancia sindrómica, de base comunitaria y de aguas residuales, entre otras.

Digitalización e innovación para la transformación y la equidad del sistema de salud

- Favorecer la implementación de la historia clínica electrónica e invertir en la interoperabilidad entre los sistemas de información.
- Seguir impulsando el diseño y la implementación en el territorio nacional de un sistema común de información de gestión y dispensación de medicamentos y suministros esenciales para prevenir desabastecimientos y pérdidas por vencimientos.
- Evaluar y escalar las experiencias exitosas obtenidas en aproximación proactiva de los servicios de salud de la población como telemedicina y tele diagnóstico, e impulsar estrategias como visitas domiciliarias, unidades móviles de atención, y equipos integrados a APS.

Participación social en la toma de decisiones

- Impulsar y fortalecer la aplicación de mecanismos de participación social (comunitaria y ciudadana) en la toma de decisiones relacionadas con la APS, así como para su difusión, en especial en los ámbitos regional y local.



INTRODUCCIÓN

La República de Panamá, según la clasificación del Banco Mundial, es un país de ingresos altos, ubicado en América Central, en el istmo del mismo nombre que une a América Central con Suramérica. En la cuenca de Panamá se construyó el canal que une al océano Atlántico con el Pacífico. En 2023, se estimaba una población cercana a 4.1 millones de habitantes. El 35% de ellos, reside en ciudad de Panamá. El territorio panameño se distribuye en diez provincias, 81 distritos o municipios y seis comarcas indígenas.

Panamá, como otros países de la región, avanza en el logro de los Objetivos de Desarrollo Sostenibles y en el cumplimiento de la Agenda 2030, lo que incluye metas de acceso real y bienestar para la toda la población. Este estudio proporciona una fotografía del sistema de atención primaria en salud en Panamá y propone un conjunto de recomendaciones de mejora, inclusive de coordinación e integración de funciones, como base para la toma de decisiones y como herramienta para acelerar los avances hacia la cobertura universal de salud.

El estudio se realizó a partir de un trabajo conjunto entre el MINSA y el Banco Mundial utilizando las herramientas metodológicas de la Iniciativa para la Evaluación del Desempeño de la APS (PHCPI por sus siglas en inglés), que permiten obtener una instantánea de las fortalezas y las oportunidades de mejora de los sistemas de atención primaria en salud en cada país.

En Panamá, el trabajo de PHCPI comenzó en 2022 con la identificación de los datos disponibles para medir los indicadores básicos (medición cuantitativa) y realizar la evaluación cualitativa para construir un Perfil de Signos Vitales de APS inicial, el cual fue sometido a consideración de expertos internacionales y de los Comités Técnico y Directivo Nacional del proyecto.

Esperamos que las recomendaciones de este informe sean de utilidad para las autoridades sanitarias del país y que millones de personas se beneficien de su implementación.



CONTEXTO

Durante las últimas dos décadas, el crecimiento económico de Panamá ha sido vertiginoso. Este proceso permitió reducir drásticamente la pobreza, pero todavía no ha dado los resultados esperados en términos de desarrollo social. El Producto Interno Bruto - PIB - per cápita en Panamá se estimó en US\$8.745 en el año 2000 y en US\$39.280 en 2022.³ En 2022, el promedio regional del PIB per cápita fue de \$19.096,6,⁴ es decir 48,6% del valor de Panamá. La población en situación de pobreza (que recibe menos de \$2.15 dólares internacionales/día) disminuyó de forma drástica de aproximadamente 11% en 2000 a cerca de 1% en 2019.⁵

El gasto público en salud en Panamá tiene una financiación fiscal que incluye el impuesto sobre la renta de las empresas, y los recursos de origen parafiscal, correspondientes a los aportes patronales obligatorios que pagan los empleados y las empresas a la CSS. Algunos hogares pagan primas a compañías de seguros privados. También está el gasto de bolsillo, que incluye los gastos que deben asumir los hogares en copagos por servicios adquiridos y costos directos con proveedores y farmacias.

El gasto per cápita en salud en Panamá es significativamente mayor que el de otros países de la región, situación que se ha acelerado en los últimos años. Este incremento no se refleja aún en mejores resultados en salud, lo que implica promover estrategias que impulsen la eficiencia del gasto en salud y la eficacia de las intervenciones.⁶

El gasto en salud del gobierno como porcentaje del PIB fue de 6% en 2020, más bajo que el promedio de los países que forman parte de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), pero mayor que otros países en la región. Panamá es uno de los países de la región con el gasto en salud per cápita más alto. En 2019 fue de US\$2.491

³ World Development Indicators, 2022. The World Bank. <https://databank.worldbank.org/source/world-development-indicators>

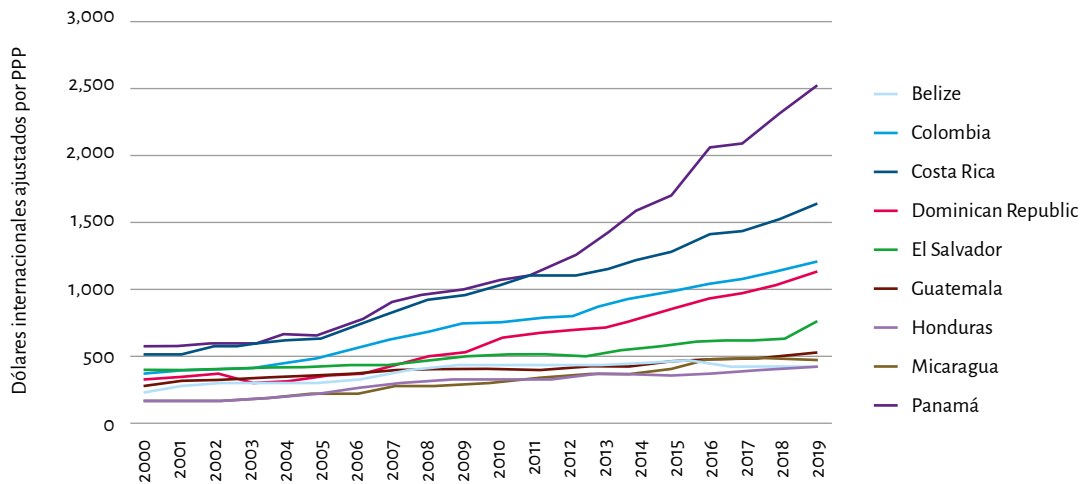
⁴ Idem

⁵ OPS. Global Health Observatory 2021

⁶ Cutiérrez, José Carlos et al. Estudio de Financiamiento Salud Panamá, Análisis y Recomendaciones estratégicas. Banco Mundial 2024 (no publicado aún)

en Panamá.⁷ En el mismo año, el gasto de salud per cápita en Costa Rica fue de US\$1.636, ubicándose como el segundo país de la región con el gasto de salud per cápita más elevado después de Panamá. Países como Chile y Costa Rica presentan mejores indicadores de salud con un gasto relativamente menor. Perú y Ecuador se aproximan a la esperanza de vida al nacer de Panamá, con un gasto per cápita en salud menor que el panameño.

Figura 1. Gasto en salud per cápita ajustado por las Paridades de Poder Adquisitivo (PPA)⁸ en Panamá y países vecinos de la Región, 2000 - 2019



Fuente: Estudio de Financiamiento Salud Panamá, Análisis y Recomendaciones estratégicas. Banco Mundial 2023

Pese a la gran proporción de recursos que el gobierno panameño está invirtiendo en salud, el gasto de bolsillo, como porcentaje del gasto en salud, sigue siendo alto (27.6%),⁹ Si bien este valor es similar al promedio de Latinoamérica y el Caribe (28.4%), es mayor que otros países con menor

7 Gutiérrez, José Carlos et al. Estudio de Financiamiento Salud Panamá, Análisis y Recomendaciones estratégicas. Banco Mundial 2024 (no publicado aún) C BY-NC-SA 3.0 IGO.

8 Purchasing Power Parity- PPP. En español: las Paridades de Poder Adquisitivo (PPA) son las tasas de conversión de divisas que intentan igualar el poder adquisitivo de diferentes monedas, eliminando las diferencias en los niveles de precios entre países. La canasta de bienes y servicios valorados es una muestra de todos aquellos que forman parte del gasto final: consumo final de los hogares y del gobierno, formación de capital fijo y exportaciones netas. Este indicador se mide en términos de moneda nacional por dólar estadounidense. <https://data.oecd.org/conversion/purchasing-power-parities-ppp.htm>

9 Gutiérrez, José Carlos et al. Estudio de Financiamiento Salud Panamá, Análisis y Recomendaciones estratégicas. Banco Mundial 2023 (no publicado aún)

inversión en salud y que tienen mejor desempeño en el indicador de protección financiera, como Colombia (14.9%), y al promedio de los países de la OCDE (13.9%). Los resultados de este indicador resaltan la necesidad de avanzar en eficiencia en la inversión en salud y protección financiera, especialmente para las poblaciones menos favorecidas. Respecto de la protección financiera, el gasto catastrófico en salud, que se refiere a los gastos de bolsillo o gastos de salud directos que superan la capacidad de pago de un hogar, (umbral de 10%) fue de 6.2% para el año 2017.¹⁰

ÍNDICE DE CAPITAL HUMANO

A pesar del crecimiento económico del país, el Índice de Capital Humano (HCI, por sus siglas en inglés), que relaciona la productividad esperada de cada individuo con el estado de sobrevivencia, salud y educación, en Panamá no presenta un alto nivel.¹¹ En 2020, Panamá obtuvo una puntuación de 0,5 en este índice.¹² Esto significa que un niño nacido en Panamá en 2020 sólo tenía 50% de posibilidades de alcanzar su máximo potencial cuando cumpliera 18 años.¹³ Para el mismo año, Singapur registró el HCI más alto, con un valor de 0,88. Muchos de los países europeos también se encontraron en un rango de desempeño superior. En comparación con Panamá, que es un país de ingresos altos, Moldavia, por ejemplo, un país de ingresos medios bajos, registró un Índice de Capital Humano mayor (0,58). Incluso, varios países de la región registraron un HCI mayor que el de Panamá, como

¹⁰ World Health Organization and International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank; 2023. Tracking universal health coverage: 2023 global monitoring report. Geneva: Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

¹¹ El Índice de Capital Humano integra medidas de cinco diferentes dimensiones del capital humano: salud (tasas de supervivencia de niños, de retraso del crecimiento y de supervivencia de adultos) y la cantidad y calidad de la escolarización (años de escolaridad esperados y resultados de aprendizaje).

¹² World Development Indicators, 2020. The World Bank. <https://databank.worldbank.org/source/world-development-indicators>

¹³ Idem

Colombia (0,60) y Costa Rica (0,63).¹⁴ Mejorar el Índice de Capital Humano en Panamá es una prioridad que debería ser abordada como una política de Estado, que incluya el acceso efectivo a servicios de salud, de educación de alta calidad y de reducción de inequidades.

INDICADORES DE SALUD

En la última década, los indicadores de salud de Panamá han observado una tendencia favorable. No obstante, considerando el crecimiento económico y la inversión que el país realiza en salud, se prevé una oportunidad de mejora en varios ellos.

- **La esperanza de vida al nacer en Panamá** se incrementó de 77,23 años a 79,29 años entre los años 2000 y 2019.¹⁵ Para 2019, el valor de la esperanza de vida al nacer en Panamá superó la de otros países como Nicaragua, Honduras, Guatemala, El Salvador y República Dominicana. Para el mismo periodo, la esperanza de vida al nacer fue mayor en Costa Rica: 80,85.
- **La tasa de mortalidad infantil** (probabilidad de que los recién nacidos fallezcan durante el primer año de vida) se redujo en Panamá de 26 a 14 defunciones por cada 1,000 Nacidos Vivos – NV – entre los años 2000 y 2021.¹⁶
- **La tasa de mortalidad neonatal** (probabilidad de que un recién nacido fallezca antes de cumplir los 28 días de vida) se redujo de 14,65 a 7,75 defunciones por cada 1.000 NV entre los años 2000 y 2021.¹⁷

¹⁴ Idem

¹⁵ WHO, Global Health Observatory, 2020. <https://www.who.int/data/gho>

¹⁶ World Development Indicators, 2020. The World Bank. <https://databank.worldbank.org/source/world-development-indicators>

¹⁷ Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, Estado Mundial de la Infancia 2023: Para cada infancia, vacunación, UNICEF Innocenti – Centro Mundial de Investigaciones y Estudios Prospectivos, Florencia, abril de 2023

- **La mortalidad materna** disminuyó de 66 a 50 defunciones por cada 100.000 NV entre 2000 y 2020.^{18 19} El valor de este indicador, que mide la calidad de la atención obstétrica, en Panamá es menor que el de países vecinos como República Dominicana (107 por 100.000 NV), pero mayor que el de Costa Rica (22 por 100.000 NV) en el mismo año.

Estas cifras alentadoras en relación con los indicadores básicos de salud muestran avances considerables en la salud de la población panameña e implican retos de acceso efectivo a servicios de salud en poblaciones dispersas y menos favorecidas.

ENVEJECIMIENTO Y ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

Al igual que en los demás países de la región, y como resultado de las transiciones demográfica y epidemiológica, la población de Panamá viene envejeciendo y la carga de enfermedad está cambiando del predominio de las Enfermedades Transmisibles al de las Enfermedades No Transmisibles ENT. En el periodo 2000–2020, las personas entre 60-64 años aumentaron de 73.400 a 150.900, lo que significa un incremento de 105.6%. En el mismo periodo, las personas mayores de 85 años pasaron de 10.700 a 36.900 (incremento de 244.9%).²⁰ Según el Observatorio Global de la OMS, en 2019, en Panamá el porcentaje de mortalidad atribuible a ENT fue de 77,86%. Sin embargo, Panamá observa una mortalidad prematura por ENT baja (11%) en comparación con otros países de la Región como Colombia y Argentina que reportan 16%. Las defunciones relacionadas con enfermedades

¹⁸ WHO, Global Health Observatory, 2023. <https://www.who.int/data/gho>

¹⁹ Según los datos del MINSA, la razón de mortalidad materna para 2022 en Panamá fue de 59.4 y en 2021 de 65.2 x 100,000 NV.

²⁰ UN DESA, 2022. <https://www.un.org/en/desa/highlights-report-2021-2022>

transmisibles, maternas, infantiles y nutricionales representaron 13,37%. 8,87% correspondió a lesiones de causa externa.²¹

Como lo muestran los datos, el envejecimiento de la población es una realidad que pone a prueba la financiación de la salud, dada la creciente demanda de recursos que acarrea. Los adultos mayores suelen padecer enfermedades más graves y complicadas, que requieren tratamientos más costosos y más largos. A medida que aumenta el número de adultos mayores, disminuye la proporción de la población económicamente activa, cuyos ingresos e impuestos sustentan los servicios de la población.

En 2019, las cinco principales causas de muerte en Panamá fueron: (i) enfermedad isquémica del corazón (ii) ataque del corazón (iii) enfermedades renales (iv) diabetes mellitus y (v) enfermedad pulmonar obstructiva crónica.²² En contraste, en el año 2000, las enfermedades transmisibles formaban parte de las cinco principales causas de muerte. Estos cambios epidemiológicos y demográficos deben ser considerados en el diseño de servicios de salud más eficientes, capaces de atender los retos de esta carga de enfermedad. Además, se necesitaría más información por región, inclusive por comarca, para poder adaptar los modelos de atención a las necesidades particulares de cada territorio.

GOBERNANZA DEL SISTEMA DE SALUD DE PANAMÁ

El sistema de salud en Panamá es centralizado. Esto significa que las decisiones de salud, la rectoría del sistema y la administración de recursos se realizan esencialmente en el ámbito nacional. El sistema está fragmentado entre dos instituciones: el MINSA y la CSS; el sector privado también tiene una participación dentro del sistema.

²¹ WHO, Global Health Observatory, 2020. <https://www.who.int/data/gho>

²² Idem

El MINSA, establecido en 1969 como la autoridad nacional de salud, es responsable de emitir políticas públicas, abordar el espectro de competencias y acciones necesarias para mejorar la salud y calidad de vida de la población y prestar servicios de salud a la población. Para cumplir con sus objetivos, el MINSA opera a través de planes nacionales que regulan e impulsan funciones esenciales de salud pública.²³

La CSS, establecida en 1941, brinda servicios de salud y seguro social a través de jubilaciones, pensiones, y subsidios basados en el salario de los empleados. Aparte del MINSA y la CSS, el seguro médico privado proporciona cobertura adicional a la población a través de una serie de planes de servicios médicos y hospitalarios brindados por una red de instituciones privadas.

La CSS tiene el mayor porcentaje de cobertura poblacional (84%) y beneficia a los asalariados y dependientes. El MINSA alcanza el segundo mayor porcentaje de cobertura poblacional (47%) y teóricamente cubre a los que no están cubiertos por la CSS. Estas prestaciones no son excluyentes, toda vez que, toda la población residente en Panamá puede recibir atención en salud mediante la red de prestadores de servicios de salud del MINSA y muchas personas se atienden de forma simultánea en instalaciones del MINSA y de la CSS, lo que explica la superposición de los datos de cobertura. El seguro médico privado tiene 6% de cobertura poblacional y beneficia a hogares individuales que hayan adquirido algún seguro privado o a empleadores que ofrecen seguros privados.²⁴ Aunque la CSS proporciona el mayor porcentaje de cobertura poblacional, es el MINSA quien de forma

23 Romero, Luz Isabel. Quental, Cristiane, Investigación para una mejor salud: la experiencia panameña de establecimiento de prioridades y la necesidad de un nuevo proceso. Health Research Policy and Systems. agosto 2014. https://www.researchgate.net/publication/264799024_Research_for_better_health_The_Panamanian_priority-setting_experience_and_the_need_for_a_new_process?tp=eyJjb250ZXh0Ijp7ImZpcnNoUGFnZSI6InByb2ZpbGUiLCJwYWdlIjoicHJvZmlsZSI9fQ

24 Kanavos, Panos et al., 2019 Visión general del sistema de salud de América Latina Un análisis comparativo del espacio fiscal en la asistencia. The London School of Economics and Political Science. Agosto de 2019.

central dirige la mayoría de las acciones y es el responsable de la toma de decisiones de salud pública.

OFERTA DE SERVICIOS DE SALUD

Los servicios de salud se ofrecen en 902 instalaciones de salud del MINSA y la CSS, las cuales se distribuyen en los niveles nacional, regional, distrital y local. La CSS cuenta con una red de 77 instalaciones de salud, incluyendo 15 hospitales, 26 Policlínicas, 15 Unidades Locales de Atención Primaria de Salud (ULAPS), y 21 Centros de Atención, Promoción y Prevención de Salud (CAPPS). El MINSA cuenta con una red de 825 instalaciones, incluyendo 22 hospitales. Para brindar servicios en el primer nivel de atención, el MINSA cuenta con catorce Centros de Atención Primaria Innovadora en Salud (CAPSI), ocho centros de promoción de salud, 190 centros de salud, 96 subcentros de salud y 393 puestos de salud. Los servicios de salud del MINSA están organizados en 16 Direcciones Regionales de Salud. Adicional, existe una cartera de servicios establecida por nivel de atención, que incluye una lista de proveedores de servicios que pueden garantizar la oferta de servicios en el ámbito particular.

COBERTURA DE SERVICIOS ESENCIALES DE SALUD Y APS

Fortalecer los sistemas de APS es el paso más práctico y eficiente para proporcionar Cobertura Universal de Salud (CUS). La OMS ha indicado que los sistemas de salud eficaces, orientados a la APS, son la base de sistemas de atención de la salud resilientes, capaces de brindar servicios accesibles, equitativos y de alta calidad para toda la población, incluyendo las comunidades más vulnerables. El objetivo de la CUS²⁵ es garantizar

²⁵ El índice de CUS (o UHC index, por su sigla en inglés) está compuesto de dos dimensiones: (i) cobertura de servicios de salud esenciales y (ii) protección financiera. (OMS).

que todas las personas tengan acceso a los servicios de salud que necesitan, incluyendo servicios de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, sin enfrentar dificultades financieras como resultado del uso de esos servicios. En Panamá, en el periodo 2000 – 2021, el Índice de Cobertura de Servicios (en inglés *UHC Service Coverage Index*) aumentó de 62 a 78%, valor que supera el promedio de la Región de América Latina (76%).²⁶

²⁶ World Health Organization and International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank; 2023. Tracking universal health coverage: 2023 global monitoring report. Geneva: Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240080379>



METODOLOGÍA

EL PERFIL DE SIGNOS VITALES -PSV

Este estudio adoptó una metodología internacional desarrollada por la Iniciativa para la Medición del Desempeño de la Atención Primaria (*Primary Health Care Performance Initiative PHCPI*), que se expresa en la construcción de un Perfil de Signos Vitales (PSV) de la atención primaria en salud de un país.

El PSV incluye una mirada rápida de indicadores de contexto del país. Estos comparan el PIB per cápita, la proporción de pobreza y el gasto gubernamental en salud, con indicadores que se monitorean en el ámbito internacional como la esperanza de vida al nacer, la mortalidad neonatal, la mortalidad prematura por ENT y las causas de muerte. La evaluación contempla cuatro pilares básicos que incluyen:

- i) **Financiamiento:** revisa cuál es la prioridad de inversión en APS que tiene el país;
- ii) **Capacidad:** mediante un Modelo de Progresión caracteriza la gobernanza, los insumos y la capacidad de gestión de instalaciones para la APS;
- iii) **Desempeño del sistema de salud** en términos de acceso, calidad y cobertura de servicios y
- iv) **Equidad:** compara los resultados en salud, según niveles de ingreso y áreas geográficas.

Los indicadores de financiamiento, desempeño y equidad derivan de fuentes internacionales y de los datos disponibles en el país. Para medir la mayor cantidad de indicadores e intentar ofrecer una visión lo más completa posible del sistema de salud, en este estudio se han considerado diferentes fuentes de datos, que incluyen información administrativa, encuestas (en particular, encuestas de hogares, porque no existen encuestas

representativas de instalaciones o de pacientes) y documentos oficiales. Los resultados se han corroborado con entrevistas a informantes clave.

Si bien en documentos oficiales del MINSA no se identificó una definición formal de Atención Primaria en Salud en Panamá, la Política Nacional de Salud menciona que es necesario “garantizar la atención de excelencia a la población, a través del acceso a los servicios de salud bio psicosocial, laboral y ambiental, basados en la estrategia de atención primaria en salud, mediante la promoción, prevención, provisión y rehabilitación, con eficiencia, equidad, eficacia, calidad, humanidad y transparencia de manera sostenible, fortaleciendo los programas de salud en el marco de una organización social y comunitaria participativa”.

Para fines operativos asociados al estudio y a los indicadores, el comité técnico consideró que la APS se refiere a los servicios de promoción, prevención, provisión y rehabilitación brindados en el primer nivel de atención. Se reconoce igualmente el concepto internacional de atención primaria en salud, definida en la Declaración de Astaná como “un enfoque de la salud que incluye a toda la sociedad y que tiene por objeto garantizar el mayor nivel posible de salud y bienestar y su distribución equitativa mediante la atención centrada en las necesidades de la gente tan pronto como sea posible a lo largo del proceso continuo que va desde la promoción de la salud y la prevención de enfermedades hasta el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos, y tan próximo como sea posible del entorno cotidiano de las personas²⁷.

27 Declaración de Astaná: <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration-sp.pdf>

EL MODELO DE PROGRESIÓN DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

El Modelo de Progresión de APS es una herramienta de evaluación de métodos combinados que evalúa, como parte del PSV, la capacidad para desarrollar un modelo de atención basado en APS. Tiene tres ejes, nueve dominios y 33 medidas. Los ejes son: (i) Gobierno y dirección, (ii) Insumos y fuerza laboral, y (iii) Prestación de servicios.

La meta es medir de forma sistemática las capacidades de la APS, como gobernanza y dirección, el ajuste a las necesidades de la población, los insumos clave y el talento humano, la gestión de salud de la población, y la organización y gestión de las instalaciones, los cuales no se miden de forma adecuada empleando solo fuentes cuantitativas.

Las 33 mediciones del Modelo de Progresión de APS recogen información cuantitativa y cualitativa, cada una de las cuales se evalúa mediante una rúbrica o guía de evaluación que delinea cuatro categorías de desempeño que oscilan desde el Nivel 1 (bajo desempeño) hasta el Nivel 4 (alto desempeño). El desempeño del país en cada medición se evalúa con datos, evidencia y conocimiento disponibles a nivel local.²⁸ En tal sentido, la metodología descrita, se propuso categorizar la capacidad del país para desarrollar la APS en una escala tipo Likert de cuatro niveles: naciente, emergente, maduro y avanzado.

Tabla 1. Escala de medición de cada dominio y subdominio en el Modelo de Progresión de APS. Panamá 2023

Nivel I. Naciente
Nivel II. Emergente
Nivel III. Maduro
Nivel IV. Avanzado

Fuente: los autores

Preguntas de la Guía de evaluación del Modelo de Progresión de APS

Gobierno y dirección

- ¿Los países tienen en funcionamiento políticas y estrategias de APS basadas en evidencias?
- ¿Hay estructuras de gobernanza efectivas para implementar y reforzar estas políticas de APS?
- ¿Hay una infraestructura de gestión de calidad para la APS que incluye políticas y estrategias, legislación y regulaciones, estándares de calidad y uso de programas y métodos de mejora continua en la calidad?
- ¿El país tiene un sistema que formalice y asegure mecanismos de responsabilidad social fuerte, incluido el compromiso sistemático del sector privado, sociedad civil, organizaciones no gubernamentales y actores ajenos al sistema sanitario, en la planeación integrada y gobernanza de la APS y la divulgación pública del desempeño?

Ajuste a las necesidades de salud de la población

- ¿Los países tienen en funcionamiento sistemas de vigilancia integrales y confiables para detectar y responder a cambios en cargas de enfermedad y brotes de emergencia?
- ¿Las prioridades sanitarias nacionales se ajustan con base en los estudios de carga de enfermedad, resultados sanitarios y las necesidades de los usuarios?
- ¿El sector de la APS tiene un sistema de aprendizaje que priorice la reflexión y mejora continuas?

Insumos

- ¿Los insumos clave, incluidos medicamentos y suministros, infraestructura de instalaciones, sistemas de información, fuerza de trabajo sanitario y fondos a nivel de instalaciones, están disponibles?
- ¿Estos insumos se distribuyen de forma equitativa?
- ¿Estos insumos tienen la suficiente calidad para cumplir las necesidades de la población?

Gestión de la salud de la población

- ¿Las prioridades locales se basan en evidencia y se determinan en colaboración con las comunidades e interesados locales?
- ¿Las comunidades hacen aportes e impactan la forma en que se financia, gobierna e implementa la APS?
- ¿Hay un sistema de conformación o agrupación en funcionamiento para asegurar que toda la población conozca el sistema de salud y que los prestadores de servicios específicos tengan la responsabilidad de grupos específicos de pacientes?
- ¿Hay una aproximación proactiva a la población para dar servicios de salud básicos para quien lo necesite?

Organización y gestión de las instalaciones

- ¿Los servicios están organizados y son entregados por equipos proveedores efectivos, capaces de asegurar un cuidado integral y coordinado?
- ¿Las instalaciones son dirigidas por gerentes efectivos y capacitados?
- ¿Las instalaciones establecen los objetivos de desempeño, tienen capacidad de personal y utilizan los datos en el punto de atención para supervisar y mejorar el desempeño, e implementar actividades de mejora en la calidad?
- ¿Se realiza una supervisión rutinaria de apoyo?

Además de los indicadores y medidas del PSV, el presente informe refleja los resultados reportados en otros estudios recientes del Banco Mundial, los cuales aportan elementos adicionales para entender el desempeño de la APS en Panamá y complementar el PSV en las áreas de financiamiento en salud y gestión de la cadena de suministro farmacéutica.²⁹

²⁹ Gutiérrez, José Carlos et al. Estudio de Financiamiento Salud Panamá, Análisis y Recomendaciones estratégicas. Banco Mundial 2024 (no publicado aún).

RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN Y VALIDACIÓN

La evaluación y el análisis se hizo de manera participativa con los puntos focales del MINSA, delegados por el ministro en la carta de adhesión a la iniciativa PHCPI.³⁰ Se definieron las entidades integrantes del Comité Ejecutivo y del Comité Técnico del proyecto (Ver Anexo 1). Durante el proceso, de manera conjunta con el Comité Técnico, se adelantó la concertación de las definiciones utilizadas en el estudio (ver Anexo 2) y se realizó el mapeo de las fuentes de información, que incluye los datos administrativos y las encuestas relevantes para construir los indicadores cuantitativos, los informantes clave en cada una de las áreas de interés del estudio y de las fuentes documentales y estadísticas que se utilizarían en el proceso de triangulación de la información recolectada, para definir el nivel de progresión más objetivo de cada una de las medidas establecidas en la evaluación.

Como está previsto por la metodología de PHCPI, en este estudio se consideraron todas las fuentes de información disponibles. Para los datos cuantitativos, se examinaron las fuentes internacionales: Global Health Observatory, Banco Mundial, UNICEF, UNFPA y se complementaron con fuentes de datos nacionales: Instituto Nacional de Estadística y Censo INEC, Encuesta Nacional de Salud de Panamá ENSPA 2019, datos administrativos de programas.

Entre abril y octubre 2023, se revisó la lista de los indicadores del PSV con los puntos focales del MINSA y se identificaron las diferentes direcciones y unidades del MINSA que podrían manejar los datos necesarios para construir los indicadores requeridos o indicadores alternativos, adaptados al contexto de Panamá. Entre septiembre y octubre 2023 se identificaron

³⁰ La presente medición cuenta con la aprobación por parte del Despacho del Ministerio de Salud de Panamá, mediante oficio de Julio 14 de 2022, en el que se delegó al Departamento de Salud Pública, la Oficina Nacional de Provisión de Servicios de Salud, la Oficina de Asuntos Internacionales y Cooperación Técnica y al Doctor Luis Garrido, asesor del ministro de Salud, como equipo central de trabajo para adelantar el estudio.

las fuentes de información y se revisaron los valores de los indicadores de manera conjunta con el equipo técnico del MINSA para validar los resultados.

Para el Modelo de Progresión del grado de avance de la APS en Panamá, utilizando una metodología mixta, cuali-cuantitativa, se trianguló la información proveniente de fuentes documentales y estadísticas nacionales e internacionales, con la información suministrada por informantes clave, identificados por el MINSA. Esto se concretó con la realización de 37 entrevistas (individuales y grupales) con actores del nivel central (MINSA y CSS), de la Academia y de las Asociaciones Científicas, representantes de los usuarios y actores del nivel subnacional mediante un formulario de entrevista que se adaptó para cada caso (ver Anexo 3). Este grupo, aun cuando fue amplio y representa diversos niveles de complejidad, no cubre la totalidad de actores que podrían ser entrevistados, especialmente en el nivel local y en la CSS. Sin embargo, se incorporaron perspectivas de distintos actores, lo que permitió enriquecer el análisis. Se realizó también la revisión de los documentos, normas y aplicativos citados o suministrados por los actores clave entrevistados.

La información del Modelo de Progresión (ver Anexo 5) se sintetizó y se presentó para su validación en un taller de evaluación interna con el Comité Técnico, que se realizó de manera virtual el 6 y el 23 de febrero de 2023. Los resultados de este ejercicio se presentaron el 28 de marzo de 2023 ante el Comité Técnico y Directivo para su revisión, ajuste y aprobación. La información completa del PSV (indicadores cuantitativos y Modelo de Progresión) fue validada por un grupo de expertos internacionales de la iniciativa PHCPI y del Banco Mundial entre junio y octubre de 2023. Esta revisión externa busca verificar que la metodología haya sido utilizada de manera apropiada y, donde sea posible, invita a comparar los resultados de Panamá con los de otros países, para validar ulteriormente el análisis y el PSV.

La versión en español del PSV fue revisada por el Comité Directivo en octubre de 2023 y aprobada por parte del MINSA para publicación en noviembre del mismo año en el sitio de la iniciativa PHCPI.³¹

LIMITACIONES DEL ESTUDIO

El presente estudio tiene algunas limitaciones por la falta de otras fuentes de información más sólidas disponibles. Entre ellas:

1. Los indicadores de financiamiento de la atención primaria en salud se construyeron a partir del presupuesto del MINSA y no incluyen la información de la CSS. Estos resultados no se basan en costos reales calculados por servicios de APS, sino en el presupuesto ejecutado por el MINSA. Se estima, por lo tanto, que el monto de financiamiento público destinado a APS en Panamá es superior a lo que se reportó en el PSV.
2. Los datos de acceso y de calidad se derivaron de una encuesta de hogares e incluyen respuestas de usuarios que utilizan tanto las instalaciones del MINSA como de la CSS. Si bien tienen representatividad nacional, estas encuestas ofrecen datos que pueden ser no precisos.
3. La mayoría de los indicadores de calidad se construyeron a partir de información de la misma encuesta de hogares, cuando se deberían derivar de encuestas sobre las instalaciones o de datos administrativos.

Para superar estas limitaciones, es importante que el país fortalezca sus sistemas de recolección de información, en particular, los relacionados con la calidad de los servicios.

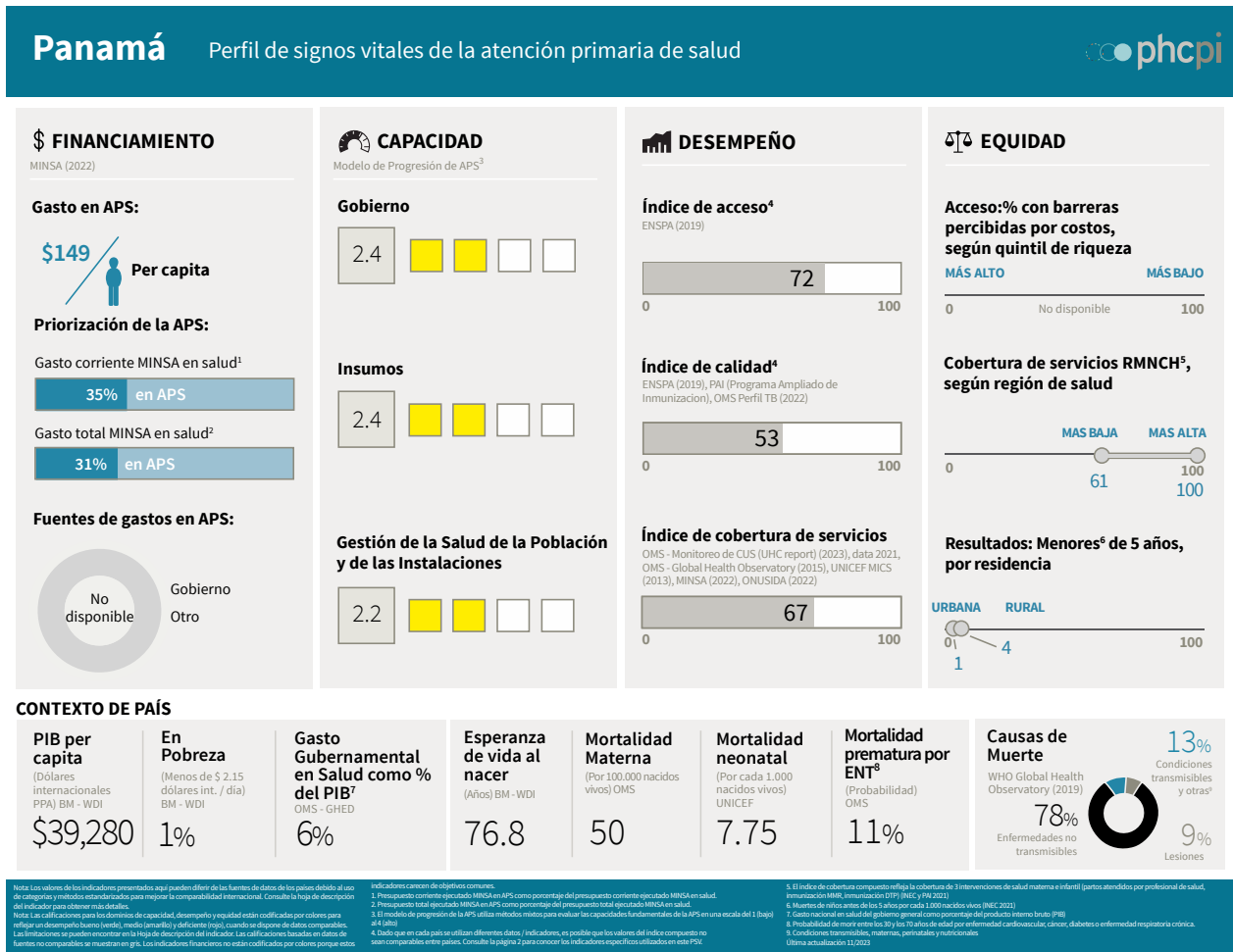
³¹ El PSV está disponible en la página web <https://www.improvingphc.org/trailblazer-vital-signs-profiles>



DESEMPEÑO DE LA APS EN PANAMÁ

El Perfil de Signos Vitales de la Atención Primaria en Salud de Panamá se presenta en la siguiente ilustración. En el Anexo 4 se resumen los indicadores que hacen parte del cálculo de perfil obtenido en el país.

Figura 2. Perfil de Signos Vitales de la APS en Panamá 2023



Fuente: Los autores

Panamá ha tenido en los últimos veinte años un crecimiento económico acelerado y mejoras en la mayoría de los indicadores de salud. En un contexto de transiciones demográfica y epidemiológica, los resultados obtenidos en calidad de vida y reducción de inequidades, pese a la gran inversión realizada, implican un reto relacionado con eficiencia del gasto y calidad de la atención. Si bien estos indicadores no se derivan directamente de la APS, ofrecen una fotografía de los resultados del sistema de salud y

del contexto en el cual opera la APS en Panamá y son comparables con los de otros países.

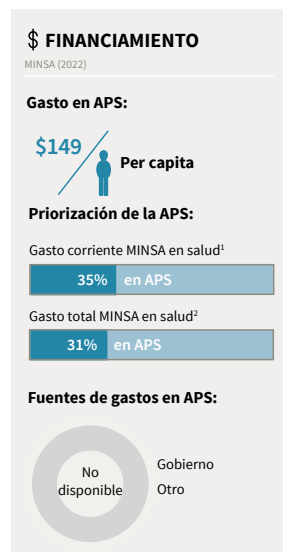
PILARES DEL PERFIL DE SIGNOS VITALES

FINANCIAMIENTO

Este pilar mide el nivel de financiamiento de la APS como aproximación de la prioridad que tiene la APS en la asignación de recursos del sector salud. En el caso de Panamá, se consideró exclusivamente el gasto del MINSA en APS para la formulación del PSV.

El financiamiento de la salud se refiere a cómo se generan, recolectan y distribuyen los recursos en todo el sistema de salud y cuál es la proporción destinada al financiamiento de la APS. Los indicadores generales del gasto en salud proporcionan una comprensión básica sobre el financiamiento de la salud en Panamá.

Figura 3. Datos del pilar de financiamiento del PSV de la APS en Panamá 2023



Fuente: Los autores

Entre los países de la región, Panamá se destaca por tener un PIB alto, del cual, el 6% se destina al financiamiento de la salud y una proporción significativa se destina a la APS.³²

En 2022, el gasto corriente en APS per cápita fue de US\$148,8 y el gasto corriente en APS como porcentaje del gasto corriente en salud fue de 35,0%. En tanto, el porcentaje del

³² El gasto en salud del gobierno nacional de Panamá incluye el gasto corriente y las inversiones, por ejemplo, en infraestructura

gasto en salud del gobierno nacional asignado a la APS fue de 31,0% lo cual quiere decir que la proporción de recursos del gobierno para el sector salud gastados en APS, considerando solo el gasto corriente o también las inversiones como en infraestructura, supera el 30%.

Estas apropiaciones sugieren que se han destinado relativamente más recursos a inversiones de infraestructura y funcionamiento para los niveles más altos de atención, que para la APS. Estas cifras de financiación se aplican solo al presupuesto del MINSA y no incluyen las apropiaciones relacionadas con transferencias a la CSS y a las entidades del sector privado.³³ Así las cosas, la disponibilidad de recursos para financiar la APS en Panamá se constituye en una oportunidad para su desarrollo e impone el reto de implementar mecanismos que mejoren la eficiencia y eficacia en su aplicación.

En este sentido, es necesario evaluar la necesidad de balancear la proporción de recursos destinados a las acciones preventivas y de promoción de la salud, respecto de las de atención y rehabilitación. La disponibilidad de recursos es un elemento clave del sistema de salud. Esto se debe no solo a la necesidad básica de financiar la provisión de servicios, sino a que los procesos de recaudación, mancomunación, y compra/asignación de fondos impactan sustancialmente el desempeño del sistema y contribuyen a alcanzar la CUS³⁴.

33 Como el cálculo del gasto en APS con base en la metodología de la OMS, System of Health Accounts (SHA) todavía no está finalizado, el grupo de trabajo consideró como fuente de datos para el cálculo de los indicadores de financiamiento en salud el presupuesto ejecutado del MINSA en 2022 (último dato disponible al momento del desarrollo del PSV). La identificación de las líneas de presupuesto que constituyen APS se realizó con el grupo de trabajo técnico del Banco Mundial y de Planificación del MINSA. Los principios para la identificación del presupuesto de APS fueron: que se incluyera el presupuesto global por región, el presupuesto para medicamentos e insumos para las regiones, inmunización (Programa Ampliado de inmunización – PAI), administración (presupuesto para regiones), ambiente, y recursos humanos (presupuesto para regiones).

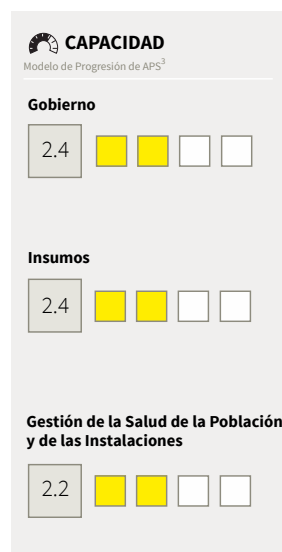
34 Gutiérrez, José Carlos et al. Estudio de Financiamiento Salud Panamá, Análisis y Recomendaciones estratégicas. Banco Mundial 2024 (no publicado aún)

Si bien no se pudo calcular de forma específica el gasto de bolsillo en APS, otros estudios han resaltado que en Panamá el gasto de bolsillo en salud es alrededor del 28%. Entre 2017 y 2018, el 61% del gasto de bolsillo anual del hogar estaba compuesto por gasto en productos, insumos y equipos médicos (incluyendo medicamentos), el 29% por servicios a pacientes externos y el 11% por servicios hospitalarios. Estos datos sugieren que el gasto de bolsillo en salud en Panamá está principalmente relacionado con la APS.

CAPACIDAD

Este pilar describe la capacidad de un sistema para prestar servicios de APS de alta calidad. Además de revisar los resultados con indicadores cuantitativos, es fundamental entender cuál es la estructura y cuáles son las capacidades institucionales que los motivan, así como identificar oportunidades para fortalecer estas capacidades para obtener mejores resultados en cuanto a eficiencia, acceso, cobertura, calidad y equidad de los servicios.

Figura 4. Datos del pilar de capacidad del PSV de la APS en Panamá 2023



Fuente: Los autores

En el marco de la metodología de PHCPI, la capacidad se divide en tres ejes: (i) gobierno y dirección, (ii) insumos y fuerza laboral (iii) y prestación de servicios (salud de la población y gestión de instalaciones).

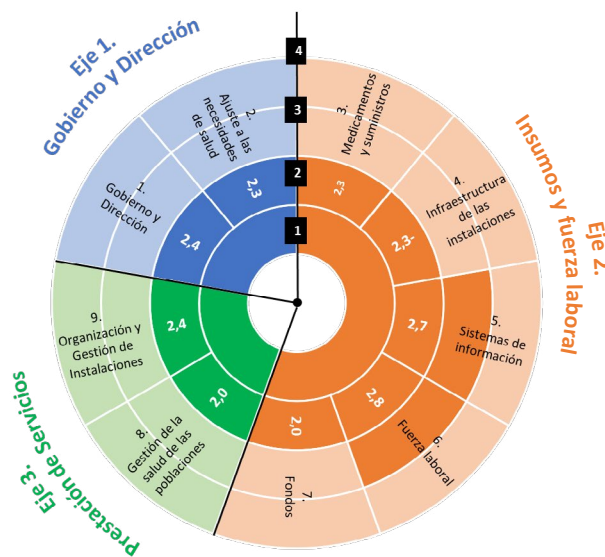
El eje de **gobierno y dirección** evalúa las políticas de APS, la infraestructura de gestión de la calidad, la responsabilidad social y la capacidad del sistema para adaptarse adecuadamente a las necesidades de salud de la población.

El eje de **insumos y fuerza laboral** refleja la disponibilidad, equidad en la distribución, y calidad de los insumos utilizados para brindar servicios esenciales, así como la disponibilidad y entrega de medicamentos y suministros, la infraestructura de las instalaciones, los sistemas de información, la fuerza de trabajo sanitario y los fondos para las instalaciones.

El eje de **prestación de servicios** (salud de la población y gestión de instalaciones) evalúa la eficacia con la que se gestiona la salud de la población, tomando en cuenta iniciativas como el establecimiento de prioridades locales y el alcance comunitario.

Además, la gestión de instalaciones se enfoca en establecer objetivos de desempeño en la práctica de trabajo en equipos multidisciplinarios y en la capacidad del personal y de las instalaciones para utilizar datos en el punto de atención para mejorar el desempeño y la calidad de los servicios de salud. El siguiente gráfico muestra los resultados generales obtenidos en cada uno de los tres ejes y nueve dominios.

Figura 5. Resultados por dominios del indicador de capacidad del PSV Panamá 2023

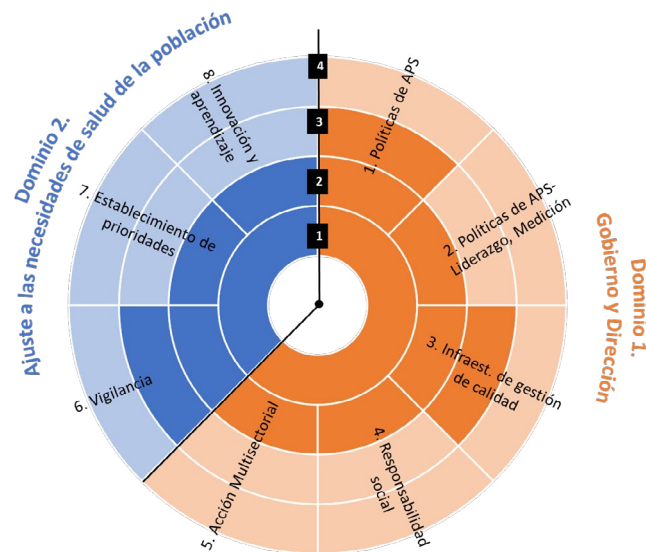


Fuente: Elaboración propia con datos del Modelo de Progresión de APS.

Como puede observarse, la mayoría de los dominios evaluados (78%) se encuentran en un nivel de progresión dos (Emergente). Dos se encontraron en nivel de progresión tres (Maduro). No hubo dominios que obtuvieran un nivel avanzado, ni naciente. A continuación, se discriminan los principales resultados obtenidos en cada eje, por dominios y subdominios.

Gobierno y dirección

Figura 6. Gobierno y dirección. Indicador de capacidad del PSV Panamá 2023



Fuente: Elaboración propia con datos del Modelo de Progresión de APS.

Panamá dispone de políticas claras para implementar un sistema de salud basado en APS y también cuenta con la infraestructura básica necesaria para organizar un buen sistema de vigilancia en salud pública y de gestión de la calidad. Panamá ha definido políticas y normas que apoyan la implementación de un sistema de salud basado en la APS y tiene un plan estratégico diseñado en torno a la APS, que se evidencia en la Política Nacional de Salud y Lineamientos Estratégicos 2016 – 2025. Es posible crear un sistema basado en la calidad de atención y enfocado en las personas con la ayuda de un marco regulatorio claro que ya existe; sin

embargo, su implementación requiere más esfuerzo, la puesta en marcha del observatorio de calidad y de un sistema de habilitación y acreditación de los servicios de salud. Si bien ha habido innovaciones exitosas, como el programa Fortalecimiento de Redes Integradas de Salud (FORIS) en APS y telemedicina, aún no existen métodos establecidos para identificar, evaluar, documentar, y escalar estas innovaciones.

Los resultados del estudio muestran que existen desafíos en el liderazgo y en la identificación de responsabilidades para la toma de decisiones y en políticas y acciones para mejorar la participación social, la acción multisectorial y el establecimiento de prioridades a nivel local. También es necesario superar la fragmentación en la gestión de las funciones clave como financiamiento, prestación de servicios de salud y sistemas de datos para mejorar la eficiencia.

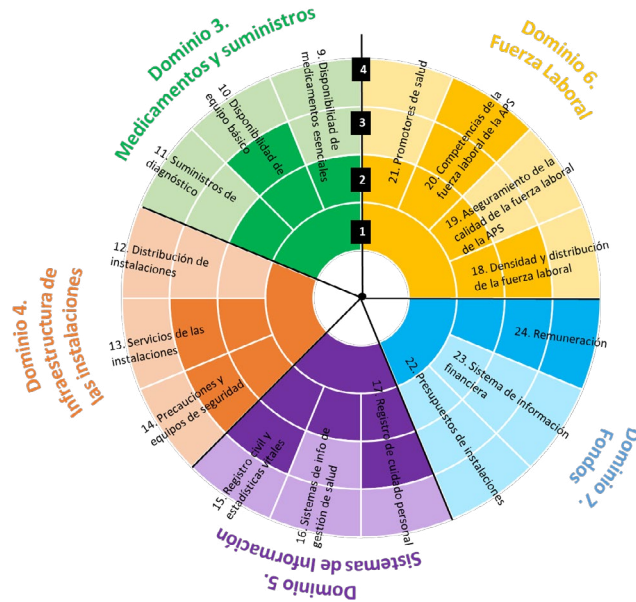
A pesar de la existencia de las políticas y normas mencionadas, los servicios de APS, su financiación y los procedimientos de seguimiento y evaluación no están claramente definidos. Es preciso fortalecer la acción comunitaria y multisectorial en la toma de decisiones relacionadas con la APS y la acción sobre los determinantes sociales de la salud.

Ajuste a las necesidades de la población

El Sistema de Vigilancia en Salud Pública de Panamá, SISVIC dispone de una plataforma tecnológica para realizar el seguimiento de los eventos de notificación obligatoria. Este sistema, aunque actualmente se encuentra en proceso de digitalización, se basa en registros administrativos, lo que limita su capacidad de análisis predictivo. Se requiere avanzar en modelos de vigilancia de base comunitaria, en estudios poblacionales y de vigilancia activa como la vigilancia sindrómica y de aguas residuales.

Insumos y fuerza laboral

Figura 7. Insumos y fuerza laboral. Indicador de capacidad del PSV Panamá 2023



Fuente: Elaboración propia con datos del Modelo de Progresión de APS.

Infraestructura de las instalaciones

Panamá cuenta con una relativamente buena infraestructura sanitaria para desarrollar un modelo de atención basado en APS, incluyendo la disponibilidad, en general, de medicamentos, suministros y equipos básicos, la disponibilidad de talento humano y los avances en el desarrollo de sistemas de información.

La evidencia muestra que Panamá cuenta con instalaciones de salud que, en su mayoría disponen de equipos e insumos esenciales para la APS. Sin embargo, no hay un sistema actualizado para evaluar la distribución, el estado y los equipos de las instalaciones de salud con base en las necesidades de cada área. Si bien no existe evidencia documental, o un registro de instalaciones que detalle y actualice los equipos e insumos de cada una, los informantes sugieren que alrededor del 90% de los centros de salud cuentan con equipos de diagnóstico básicos y mantienen los

medicamentos requeridos para ofrecer los servicios que les corresponde. Con poca variación, más del 90% de los centros siguen las medidas de seguridad estándar establecidas.

Sin embargo, es necesario disponer de datos actualizados y evaluar la distribución y el estado de instalaciones esenciales y del talento humano, para mejorar indicadores de acceso y equidad en la prestación de servicios de salud. En zonas rurales, a pesar de tener electricidad relativamente estable, algunos centros de atención presentan dificultades con el acceso a Internet y, en algunos casos, con el acceso al agua potable. Las inversiones de paneles solares en las zonas rurales del país han mejorado la estabilidad de electricidad.

Medicamentos y suministros

El MINSA carece de un registro completo o evaluación para identificar el desabastecimiento de medicamentos esenciales para la APS. Actualmente se está desarrollando un sistema de gestión de medicamentos, insumos críticos y otros productos esenciales que es preciso fortalecer y que se ha denominado Sistema Informático de Administración Logística de Medicamentos e Insumos (SALMI). Mientras tanto, se utilizan plantillas acordadas entre el MINSA y la CSS para determinar las necesidades asociadas al suministro de medicamentos, que todavía no se manejan de manera integrada. Las compras de medicamentos y su distribución se realizan de manera independiente entre el MINSA y la CSS.

Sin embargo, los informantes coinciden en que la mayoría de los centros de salud cuentan con los medicamentos y consumibles esenciales, según su categoría, con una variación mínima (menos del 10%). A pesar de que el abastecimiento de medicamentos se realiza de manera centralizada, por temas logísticos y de gestión de la cadena de suministro, el desabastecimiento puede afectar excepcionalmente al 50% de las instalaciones, en particular, en las zonas apartadas del país.

De manera reciente, fue aprobada la Ley 419 del 1 de febrero del 2024 de medicamentos que impulsa pasos importantes hacia una mejor coordinación público-privado, eficiencia y digitalización del sistema, y precios más accesibles de medicamentos. La ley busca crear desde la Dirección de Farmacias y Drogas del MINSa una plataforma digital abierta que permitirá a los usuarios acceder a la información de disponibilidad de medicamentos en farmacias públicas y privadas. También se crea el Observatorio Nacional de Medicamentos de Panamá, que tendrá la responsabilidad de publicar los precios de referencia de las medicinas en los procesos de compra nacional o internacional. La ley obliga a los establecimientos farmacéuticos a actualizar el precio de los productos contenidos en la Canasta Básica de Medicamentos.

Sistemas de información

Panamá ha desarrollado un gran esfuerzo para fortalecer sus sistemas de información, sin embargo, es importante escalarlos y estandarizar su utilización. En los últimos años, se ha avanzado en la implementación de la Historia Clínica (HC) Electrónica, alcanzando hasta el momento una cobertura de 27% en las instalaciones del MINSa. En esta fase, se priorizaron 320 de las 825 instalaciones MINSa para la expansión del SEIS (Sistema Electrónico de Información en Salud), y se ha logrado un avance del 69% en las instalaciones priorizadas. El MINSa informa que, de estas, 166 son instalaciones de APS que ya están conectadas y que en los próximos meses se incluirán 59 adicionales. También existen sistemas electrónicos para el manejo de medicamentos, como el SALMI al que se le han realizado pruebas piloto para la gestión logística y la receta electrónica, las cuales están en fase de expansión, para relacionar la prescripción y la dispensación. Estos sistemas no tienen alcance nacional y muchos de los sistemas de gestión de medicamentos siguen siendo en papel y no están integrados entre el MINSa y la CSS. La ley 419 ya da el fundamento para un sistema nacional integral de receta electrónica.

De otra parte, la cobertura del registro civil y de las estadísticas vitales es cercana a 75% para nacimientos y mayor a 90% para defunciones. Este dato indica que es importante fortalecer el sistema de registro de recién nacidos, en particular, en las comunidades rurales y adelantar un estudio de suficiencia y cobertura de estas estadísticas en el país.

Fuerza laboral

Panamá dispone de recursos humanos que tienen entrenamientos y competencias definidas, pero que no están distribuidos de forma adecuada en el territorio nacional, y no cuentan con fuertes mecanismos de supervisión de calidad. En 2019 había 32.8 profesionales de salud por cada 10.000 habitantes, indicador que se ubica en la zona media baja de los países de la región; sin embargo, la mayoría están concentrados en centros urbanos.

Aunque las competencias del personal de salud están bien definidas, el sistema tiene una capacidad limitada para garantizar que se cumplan los estándares de calidad en la práctica real. Por ejemplo, existe una herramienta para evaluar la capacidad de desempeño, pero, a juicio de los expertos consultados, carece de objetividad y tiene problemas de aplicación y hay espacio para fortalecer los procedimientos de certificación y capacitación de los equipos de APS.

Existen trabajadores comunitarios (como asistentes y promotores de salud) que forman parte del sistema de salud, mientras que otras figuras importantes, como las parteras, son personal voluntario comunitario. Como estas figuras trabajan muy cerca de sus comunidades, es importante vincularlas al sistema de salud para que puedan fortalecer este enlace a nivel territorial y participar activamente en el sistema de monitoreo, vigilancia y control.

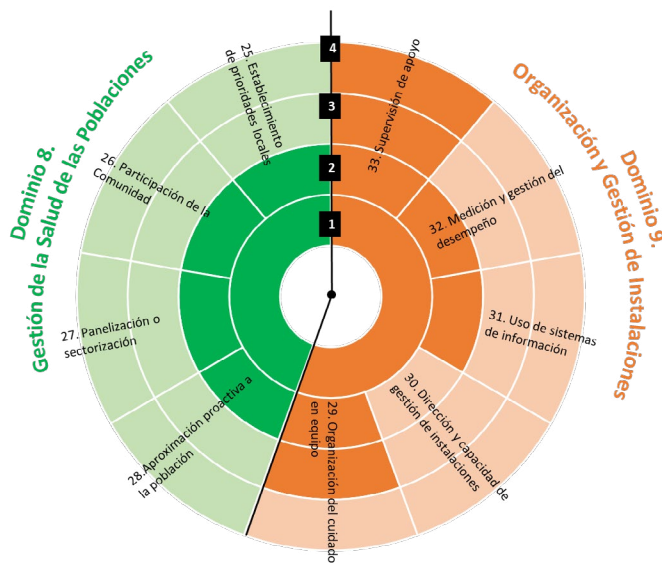
Fondos

A los trabajadores de salud en Panamá se les paga de manera constante, puntual y predecible. Considerando que el sistema de salud es centralizado, en Panamá no se han implementado sistemas de información de gestión administrativa a nivel local. Sin embargo, el MINSA viene impulsando el desarrollo de un sistema de presupuestación que recoja las necesidades de salud desde el nivel local, mediante el uso del SIMEPLANS el cual requiere fortalecimiento.

Los procesos presupuestarios y la disponibilidad de sistemas integrados de gestión financiera se llevan a cabo a nivel nacional o regional, conforme a necesidades previamente establecidas y la disponibilidad presupuestal dada la centralización del sistema de salud del país. No obstante, el MINSA ha venido generando métodos que tienen un respaldo legal, para fortalecer la participación local en la preparación del presupuesto, los cuales deben ser impulsados. También hay iniciativas a nivel del Ministerio de Economía y Finanzas para avanzar en el presupuesto por resultados y escalarlo para la preparación del presupuesto del 2026.

Prestación de servicios

Figura 8. Indicador de prestación de servicios PSV Panamá 2023



Fuente: Elaboración propia con datos del Modelo de Progresión de APS.

Gestión de la salud de las poblaciones

Panamá tiene un sistema de salud centralizado en el que los niveles nacional y regional desarrollan los procesos de planeación, priorización y presupuestación de las actividades de APS que se deben implementar en el nivel local. Para una adecuada puesta en marcha de la atención primaria en salud es necesario fortalecer las capacidades locales y los mecanismos de participación social en dichos procesos.

La mayoría de los centros de atención envían datos para la elaboración y priorización de los presupuestos a nivel local. Algunos, incluso, hacen ejercicios de priorización local, pero, en realidad, estos procesos se realizan a nivel nacional y regional. En buena parte de los casos, estos ejercicios se basan en la elaboración de presupuestos históricos y con poca participación de la comunidad en la toma efectiva de decisiones.

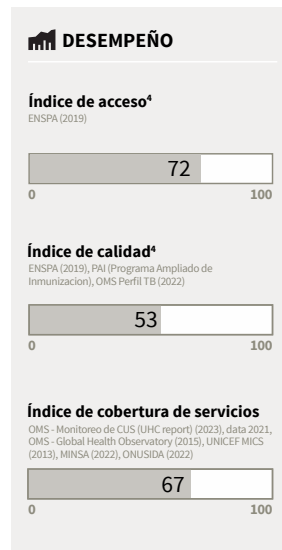
Dado el diseño del sistema de salud panameño, no hay asignación de los pacientes a puntos de entrada al sistema para su atención, seguimiento y control (panelización) o clasificación por sectores de pacientes y los usuarios pueden elegir libremente el centro de atención de su preferencia. Eso limita la capacidad de los proveedores para manejar proactivamente su población de referencia. Las mujeres embarazadas y las personas que viven con VIH, tuberculosis y enfermedades no transmisibles son algunos de los pacientes que figuran en listas de interés para programas o estrategias específicas que se actualizan periódicamente y a quienes se aplican acciones de enfoque proactivo, como visitas domiciliarias o tele consulta.

Organización y gestión de las instalaciones

Los resultados evidencian que en Panamá se ha cultivado la cultura del trabajo en equipo, particularmente en iniciativas como FORIS. Aunque no existe un sistema para monitorear el cumplimiento de los objetivos de gestión, al menos, una cuarta parte de los gerentes de los centros de atención locales tienen formación de posgrado. La mayoría de los centros de atención locales tienen las herramientas y el personal para procesar y

analizar datos, pero estas actividades en general no dan como resultado procedimientos que mejoren la calidad. Panamá ha implementado un sistema de monitoreo del desempeño y supervisión de apoyo que cubre la mayoría de los centros de APS.

Figura 9. Datos del pilar de desempeño del PSV de la APS en Panamá 2023



Fuente: Los autores

del país indican que el acceso a los servicios de salud debe ser universal. Aunque, en general, hay una elevada disponibilidad de servicios para toda la población, persisten barreras económicas, geográficas y administrativas que dificultan el acceso efectivo a servicios de salud, especialmente en zonas dispersas y de población indígena y rural.

Según el Sistema de Información Geográfico Interactivo de la Encuesta Nacional de Salud de Panamá (ENSPA 2019), solo el 75% de las familias que acudieron a servicios de salud ambulatorios en el MINSA o la CSS declararon que casi siempre contaban con recursos para acudir a los establecimientos de salud.

DESEMPEÑO

En este ítem se incluyen tres indicadores: acceso, calidad y cobertura de servicios. Este pilar del PSV mide si las personas acceden a los servicios y, si cuando acceden, los servicios son de calidad, y se reciben de manera amplia y consistente para cubrir sus necesidades de atención en salud.

Acceso

En el PSV el índice de acceso en Panamá tuvo un valor de 72%. Las normas constitucionales y legales

En cuanto a barreras geográficas, la tercera parte de la población indicó que demora treinta minutos o más para llegar al centro de atención más cercano y más de las dos terceras partes de los que llegan, deben esperar más de treinta minutos para ser atendidos.

Estos resultados son bastante bajos en términos de acceso geográfico si se tiene en cuenta que se está considerando acceso tanto a las instalaciones del MINSA como a las de la CSS. Estos resultados también indican un desempeño bajo en los indicadores de acceso a servicios si se parte del monto de recursos que Panamá destina a salud y a la APS. El PSV de otros países que tienen un nivel de financiamiento de salud más bajo que Panamá, reportan valores más altos en acceso, como Colombia (85%) y Macedonia (99%). Aunque los resultados entre países no son comparables porque la metodología utilizada para el cálculo de estos indicadores no es la misma, los resultados de Panamá sugieren la necesidad de evaluar la distribución de la red de servicios disponibles e implementar estrategias para reducir barreras de acceso.

Calidad

El resultado del índice de calidad del país fue de 53%, un valor particularmente bajo y que indica uno de los mayores retos del sistema de salud panameño. La medición de la calidad se realiza mediante un índice complejo que recopila información de siete dimensiones que incluyen integralidad, continuidad, centralidad en la persona, disponibilidad de proveedores, competencia de proveedor, y seguridad. En el caso de Panamá, no todas estas dimensiones se pudieron medir y las que sí, se evaluaron con indicadores particulares, y no estándar de la metodología. Por otro lado, se agregó un indicador para medir un aproximado del uso de la APS en el primer contacto con el sistema de salud.

Hay evidencia del esfuerzo del sistema de salud panameño para garantizar la continuidad de servicios, en cuyos indicadores llama la atención que 11% de los niños no reciben el ciclo completo de vacunación

con DPT-3, 86% de los pacientes a los cuales se les prescribieron exámenes de laboratorio fueron notificados de los resultados, y la tasa de éxito para el tratamiento de casos nuevos de tuberculosis es de 76%. Si bien, el 85% de los encuestados reportan asistir a la APS para controles rutinarios o de seguimiento, y la calidad percibida de la atención ambulatoria es alta, alrededor del 90%, otros indicadores de calidad técnica o clínica indican que la competencia y la disponibilidad de los proveedores no alcanza el 50% y que 1/3 de las instalaciones de salud no están en buenas condiciones.

Lamentablemente, la ausencia de información confiable para el cálculo de los indicadores de integralidad de la atención, centralidad en la persona, competencia de proveedores y seguridad, no permite proporcionar un cuadro más detallado. Sin embargo, el país ha avanzado en los últimos años en fortalecer la medición de indicadores de calidad, como los tamizajes neonatales, los exámenes de atención prenatal y la adhesión a las guías clínicas para hipertensión bajo el programa HEARTS³⁵, la iniciativa más importante a nivel global para la prevención y el control de las enfermedades cardiovasculares que pone énfasis en el control de la hipertensión arterial y la prevención secundaria. Otra área que se espera medir es en cuántas de las visitas de control de recién nacidos se brinda información a las madres sobre métodos de planificación familiar.

Cobertura

El índice de cobertura de servicios esenciales de salud para Panamá es 67%. Este valor es superior a la mayoría de los países de la región y de otros países que adelantaron la evaluación con la metodología PHCPI, pero inferior al valor, por ejemplo, al de Colombia (71%). El índice de cobertura

³⁵ HEARTS: modelo institucionalizado de manejo del riesgo cardiovascular, con especial énfasis en el control de la hipertensión arterial y la prevención secundaria en la atención primaria de salud en las Américas. <https://www.paho.org/es/hearts-americas#:~:text=HEARTS%20ser%C3%A1%20el%20modelo%20de,las%20Am%C3%A9ricas%20para%20el%202025.&text=Taller%20virtual%3A Mejora%20cont%C3%ADnua%20de,HEARTS%202023%20y%20prioridades%202024>.

combina los resultados de cobertura de servicios en tres dimensiones clave: Salud Reproductiva, Materna, del Recién Nacido y del Niño -SRMRN, las enfermedades infecciosas y las ENT. Según el último reporte de Cobertura Universal de la Salud,³⁶ en 2021, en Panamá el 73% de mujeres casadas o en unión libre, en edad reproductiva, (de 15 a 49 años), tuvieron satisfecha la necesidad de regulación de la fecundidad con métodos modernos de anticoncepción. En el mismo año, casi 99% de mujeres con un nacido vivo recibieron atención prenatal cuatro o más veces.³⁷ La cobertura de vacunación con terceras dosis contra la difteria, el tétanos y la tos ferina (DTP-3) en niños menores de un año fue de 74%.³⁸ Este resultado es muy bajo comparado con otros países de ingreso medio y alto. Los estándares de la OMS indican que la cobertura útil de vacunación debe ser de 95%.

El 82% de niños menores de cinco años con sospecha de neumonía en las dos semanas anteriores a la encuesta fueron llevados a un establecimiento o proveedor de salud apropiado.³⁹ Respecto a la cobertura de enfermedades infecciosas, en 2021, el 80% de los casos nuevos y recidivantes de tuberculosis fueron notificados y tratados con éxito.⁴⁰ En el año 2022, solo el 66% de personas que viven con el VIH recibieron terapia antirretroviral (TAR).⁴¹ En el reporte de cobertura universal de 2023, se informa una prevalencia del tratamiento en mayores de 18 años con HTA en Panamá de 55%.

Estos resultados muestran un nivel medio-alto de cobertura a nivel general de los servicios de salud materna e infantil y para enfermedades transmisibles, que precisan un esfuerzo adicional para alcanzar los

36 Tracking universal health coverage: 2023 global monitoring report. Geneva: World Health Organization and International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank; 2023. License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. <https://www.who.int/publications/item/9789240080379>

37 Idem

38 Idem

39 Idem

40 Idem

41 MINSA & ONUSIDA, 2022.

estándares propuestos por la OMS, en este tipo de intervenciones prioritarias. Es necesario avanzar en la cobertura (y la medición de la cobertura efectiva) de los servicios para las enfermedades no transmisibles. Al mismo tiempo, se necesitan indicadores desglosados por área geográfica, para poder apreciar las diferencias que persisten entre las áreas urbanas y rurales, y en particular comarcales.

EQUIDAD

Este dominio mide la equidad en salud de tres maneras:

La **equidad en el acceso** analiza la diferencia en las barreras financieras percibidas para la atención entre los niveles de riqueza más altos y bajos.

La **equidad en la cobertura** indica la diferencia en la cobertura efectiva de los servicios de atención de salud materno infantil según el nivel de educación de la madre.

Figura 10. Datos del pilar de equidad del PSV de la APS en Panamá 2023



Fuente: Los autores

La **equidad en los resultados** destaca las diferencias en la mortalidad de los niños que residen en zonas urbanas y rurales.

El PSV de Panamá revela un alto nivel de inequidad (40%) en indicadores trazadores de cobertura de servicios esenciales y de resultados en salud de la población. La cobertura de servicios de salud reproductiva, materna, neonatal e infantil presenta una diferencia de hasta 40% entre las regiones que reportan la cobertura más alta y las que la reportan más baja (ver Tabla 2).

Las regiones que reportan los valores más bajos de cobertura de todos los indicadores trazadores (partos atendidos por profesional de salud, vacunación MMR que protege contra sarampión, paperas y rubéola, y vacunación DTP) son regiones comarcales o donde vive una alta concentración de población indígena (Ngäbe-Bugle y Guna Yala). Por otro lado, las regiones que reportan cobertura más alta son la región de Herrera y la región Metropolitana.

La mortalidad en menores de cinco años es cuatro veces mayor en las zonas rurales que en las zonas urbanas. Mejorar los resultados en salud entre regiones, para cerrar las brechas en las áreas comarcales e indígenas, resulta un reto importante que el sistema de salud panameño debe abordar.

Tabla 2. Porcentaje de partos atendidos por profesional de salud en Panamá, por región de salud y comarca indígena (2021)

Bocas del Toro	87,91
Coclé	93,69
Colón	94,50
Chiriquí	98,31
Darién	82,50
Herrera	99,51
Los Santos	99,23
Panamá Este	94,52
Panamá Metro	99,06
Panamá Norte	99,34
Panamá Oeste	98,07
San Miguelito	98,98
Veraguas	92,63
Comarca Kuna Yala	76,99
Comarca Ngäbe Buglé	59,33

Fuente: REGES, base de datos INEC- Estadísticas Vitales 2021



RECOMENDACIONES

A partir de estos resultados, se elaboraron algunas recomendaciones que pueden informar el desarrollo de un plan estratégico y de una hoja de ruta por parte del Gobierno. Apuntan al fortalecimiento de los servicios de atención primaria y a mejoras en términos de integración de los servicios entre el MINSA y la CSS. Las recomendaciones se han agrupado en cinco líneas de acción y en cada una de ellas, se han priorizado, en conjunto con el MINSA y con base en criterios de factibilidad, oportunidad e impacto, las que aparecen en la tabla de Evaluación de factibilidad y responsabilidad de las recomendaciones (ver Tabla 3). A continuación, una descripción del conjunto general de las recomendaciones.

GOBERNANZA PARA MEJORAR ACCESO Y CALIDAD

- 1. Impulsar la implementación y evaluación de la Política Nacional de Salud 2016 – 2025, privilegiando la Atención Primaria en Salud.** Considerando los resultados de la evaluación de la Política Nacional de Salud 2010 – 2015, mediante el Decreto Ejecutivo 119 de 2017, Panamá aprobó la política que regiría en el periodo 2016 – 2025. Esta política cuenta con lineamientos estratégicos definidos en tres ejes, que agrupan nueve políticas de salud, cuarenta objetivos estratégicos y doscientas líneas de acción. Resulta de especial interés conocer, evaluar y divulgar los retos y avances obtenidos en la implementación de esta política para favorecer el avance del desarrollo de un sistema de salud basado en APS.
- 2. Avanzar en la definición de las responsabilidades de las instituciones líderes para implementar y desarrollar la APS en los niveles nacional y subnacional, buscando soluciones que favorezcan una mejor articulación entre el MINSA y la CSS, así como la acción intersectorial sobre los determinantes sociales de la salud.** En Panamá, las responsabilidades sobre la puesta en marcha de la APS están distribuidas en diferentes dependencias administrativas del

orden nacional y subnacional. La normativa dispone de funciones para la atención del primer nivel, para la prestación de servicios especializados, para el seguimiento, evaluación y control, entre otros. Las responsabilidades para el desarrollo de la APS en el ámbito subnacional no están claramente establecidas. Existen experiencias de intervenciones de extensión de cobertura a través de giras médicas (institucionales y extrainstitucionales) mediante iniciativas como FORIS, cuyos resultados pueden aprovecharse para sistematizar y escalar lecciones aprendidas.

- 3. Fortalecer los procesos de planeación, priorización y asignación de recursos para la APS en el nivel local.** Se sugiere impulsar la utilización del Sistema de Monitoreo y Evaluación del Plan Nacional de Salud -SIMEPLANS, que permite automatizar el proceso de formulación, monitoreo y evaluación integrando los tres componentes claves de la gestión por resultados: la metodología del marco lógico, el presupuesto basado en resultados y el sistema de evaluación del desempeño. Así mismo, se sugiere impulsar programas de capacitación del recurso humano para mejorar sus habilidades de gestión.
- 4. Definir instancias intergubernamentales para la acción intersectorial y de otros sectores de la economía con incidencia en la APS.** Aunque hay evidencia de la acción intersectorial en temas relevantes como pobreza. Se sugiere definir instancias que tengan competencias claras y recursos para la intervención de los determinantes sociales de la salud que inciden en la APS
- 5. Impulsar nuevos estudios de análisis de oferta y demanda de servicios de salud, para identificar necesidades de mejora de la red de prestadores de servicios, en especial, en los niveles regional, local y comarcal.** Mediante un censo anual, el MINSA actualiza la lista de prestadores de servicios de salud, según niveles de complejidad. No obstante, hace falta identificar mecanismos que permitan ampliar y aumentar la frecuencia de los estudios para identificar

las necesidades de servicio en estos niveles, como los Análisis de Situación de Salud (ASIS) de las regiones que se hacen cada dos años. Se requiere cualificar los recursos humanos para adelantar estos estudios y desarrollar una herramienta tecnológica que permita actualizar, sistematizar y disponer la información. Esto servirá de insumo para mejorar la eficiencia en la asignación de recursos del plan de inversiones de obras en construcción, o ampliar servicios en las instalaciones en operación y en las áreas con población indígena.

FINANCIACIÓN SUFICIENTE Y EFICIENCIA ADMINISTRATIVA

- 1. Discriminar las cuentas de salud para establecer con mejor precisión los recursos asignados al funcionamiento del primer nivel de atención y la APS.** Aunque existe información sobre los recursos de salud asignados para el funcionamiento de los servicios de salud a nivel nacional y subnacional, no es posible discriminar claramente los recursos destinados para la APS en dichos niveles. En general, la presupuestación se realiza a partir de una asignación histórica que atiende necesidades técnicas y presupuestales, previamente establecidas por el nivel central. Se sugiere finalizar el desarrollo y la implementación herramientas que faciliten esta discriminación como la propuesta por la OPS, en el sistema de cuentas en salud -2011 –(SHA, por sus siglas en inglés)⁴²
- 2. Avanzar en el uso del presupuesto por resultados y mejorar el uso de la cartera de servicios como herramienta de gestión.** A pesar de los avances, el sistema de salud panameño tiene espacio para mejorar en la gestión de sus servicios y en la eficiencia de su desempeño. Esto incluye:

⁴² OMS, *Measuring primary health care expenditure under SHA 2011 (System of Health Accounts)*

- i) Fortalecer los procesos de diseño y actualización periódica de la cartera de servicios.
- ii) Definir y medir regularmente indicadores prioritarios de desempeño asociados con la cartera de servicios, idealmente por tipo de instalación.
- iii) Diseñar e implementar incentivos financieros que sean parte de los mecanismos de financiamiento basados en desempeño. Un ejemplo de pago por desempeño que puede brindar lecciones aprendidas corresponde a la experiencia de la Estrategia de Extensión de la Cobertura EEC.
- iv) Expandir el uso de la herramienta Productividad, Eficiencia, Recursos y Costos - PERC,⁴³ que se utiliza solo en el 32% de los establecimientos de salud, e incrementar la calidad de su información para que el MINSA y la CSS sigan avanzando hacia la implementación del Sistema de Información de Costos, Eficiencia, Productividad y Calidad.
- v) Institucionalizar el análisis de costos, así como del rastreo de recursos, mediante las cuentas nacionales de salud, lo cual implica que el Departamento de Costos en la Dirección de Finanzas y el Departamento de Economía de la Salud en la Dirección de Planificación DIPLAN deben contar con los recursos humanos y presupuestarios para poder avanzar en estas líneas
- vi) Desarrollar procesos de habilitación y acreditación de las instalaciones de salud a partir de la cartera de servicios. Estos procesos incluyen la definición de normas de habilitación, estándares de construcción, requerimientos de equipamiento y personal, entre otros, los cuales están en proceso y requieren

⁴³ El PERC es una herramienta de gestión que se basa en la Metodología de Gestión Productiva de los Servicios de Salud (MGPS) de la OPS) y apunta a favorecer, entre otros, una mejor integración de servicios.

fortalecimiento. Se espera que estos se puedan aplicar a todas las instalaciones del país para garantizar integración del sistema en términos de control de calidad y no solo de financiamiento.

- 3. Desarrollar sistemas de seguimiento de la gestión financiera en los niveles local y comarcal de base comunitaria.** Pese a que la presupuestación en Panamá es de base histórica y la administración del sistema de salud es centralizada, se sugiere avanzar en el desarrollo de sistemas de control de gestión financiera en los niveles regional, local y comarcal que apalanquen la participación social, y fortalezcan la eficiencia en el manejo de los recursos disponibles.
- 4. Desarrollar e implementar un sistema de control de gestión y rendición de cuentas para el nivel directivo, que promueva la eficiencia y la calidad de la prestación servicios en la APS, en los ámbitos regional y local.** Para mejorar la autonomía y la eficiencia de la gestión en los ámbitos regional y local, es necesario desarrollar e implementar un sistema de control de gestión y rendición de cuentas del nivel directivo que empodere la participación social (ciudadana y comunitaria) y realizar los ajustes normativos requeridos para el efecto. Para el efecto, se sugiere continuar impulsando la aplicación de las herramientas que la OPS/OMS en Panamá ha puesto a disposición del gobierno que incluyen la Metodología de Gestión Productiva de los Servicios de Salud (MGPSS) y herramientas como el PERC.
- 5. Impulsar mecanismos que mejoren la eficiencia en la adquisición, distribución y control de los medicamentos esenciales que el sistema de salud provee.** Se sugiere seguir avanzando en evaluar opciones para reducir el costo de medicamentos mediante el Observatorio Nacional de Medicamentos. Considerando que los precios de venta de los medicamentos en Panamá son altos frente a otros países de la región y esto tiene un impacto significativo en el gasto de bolsillo de los hogares se sugieren algunas alternativas para mejorar la eficiencia:

- i) Establecer los precios de medicamentos con base en precios de referencia, en línea con la ley 419.
- ii) Utilizar la regulación de precios con base en promedios regionales, estrategia que ha generado resultados positivos en El Salvador en donde con esta estrategia los precios bajaron cerca de 35%, y se lograron ahorros de \$639 millones (IDB 2022).
- iii) Incentivar el uso de medicamentos genéricos. Para el efecto, se sugiere realizar un estudio para comprender las causas del rechazo de los usuarios a medicamentos genéricos, incluyendo el análisis de las campañas de mercadeo de distribuidoras farmacéuticas y sus posibles relaciones económicas con médicos y asociaciones de pacientes. Esto facilitaría diseñar medidas de mercadeo social que faciliten un cambio de comportamiento (p.ej., campañas de comunicación masiva) o medidas de fortalecimiento y mantenimiento de control de calidad para incrementar la confianza del público.
- iv) Considerar compras conjuntas de medicamentos entre el MINSA y la CSS, según la experiencia positiva durante la pandemia.

GESTIÓN DE MODELOS DE ATENCIÓN INTEGRADOS Y RESILIENTES

1. **Impulsar la configuración de redes de atención integral y el trabajo interdisciplinario y en equipo.** Pese a los esfuerzos por garantizar atención universal en salud, la atención en el sistema de salud panameño sigue siendo fragmentada. Para mejorar su efectividad se sugiere renovar esfuerzos en el desarrollo e implementación de redes integrales de atención en salud, promover el trabajo en equipo y aprovechar los aprendizajes de proyectos como FORIS.

- 2. Fortalecer el desarrollo del sistema de gestión de la calidad de la atención y de mejora continua a partir del amplio marco normativo existente.** Su fortalecimiento requiere establecer responsabilidades para su dirección en el más alto nivel posible, continuar la implementación del observatorio de calidad e integrarlo con las iniciativas de auditoría de calidad, tanto de programas, como de indicadores clave como mortalidad materna, neonatal e infantil (auditoría de expedientes de la Dirección de Provisión de Servicios de Salud - DPSS y diseñar metodologías con la Dirección General de Salud Ambiental de DIGESA para auditar los procesos ambientales). En tal sentido, se recomienda priorizar indicadores clave y aplicar una metodología de recopilación sistemática de datos sobre la calidad de la atención, tanto desde la perspectiva de la calidad técnica de los servicios como de la experiencia de los pacientes. Para implementar el proceso de mejora continua, es prioritario formar y limitar la rotación del personal a nivel nacional, regional y local, para fortalecer sus capacidades para el análisis de datos y el uso de evidencia para la toma de decisiones.
- 3. Diseñar e implementar un sistema de habilitación y acreditación de la prestación de servicios de salud que apalanque la calidad de estos en todos los niveles.** Reactivar los esfuerzos de DIGESA por actualizar y oficializar el manual de habilitación de establecimientos de salud como instrumento normativo para guiar la emisión de permisos de apertura de establecimientos de salud privados y públicos. En cuanto a acreditación, se recomienda desarrollar los instrumentos para su definición desde el punto de vista metodológico, técnico, organizacional y financiero. Es necesario precisar el ente responsable de su aplicación en el ámbito público, privado o mixto y los mecanismos de financiamiento (operación, incentivos) para generar estándares voluntarios de excelencia en la calidad de la prestación de servicios de salud.

- 4. Monitorear la disponibilidad y funcionamiento de los equipos básicos requeridos para la APS en las instalaciones de salud.** Levantar un censo de requerimientos de equipos básicos y suministros de diagnóstico en zonas apartadas. Adecuar la normativa, si es necesario, y establecer un sistema de monitoreo sistemático de la disponibilidad y funcionamiento de los equipos básicos en las instalaciones a través de inspecciones y encuestas regulares.
- 5. Desarrollar un sistema integral de planificación de instalaciones y de recursos humanos, que considere la cantidad, la distribución y el perfil requerido para soportar la integración de los servicios en redes y la calidad de la atención.** La disponibilidad de talento humano en Panamá supera los promedios establecidos por la OMS. No obstante, su distribución muestra inequidades a nivel local y comarcal, especialmente en las provincias de Bocas del Toro, Darién, Colón, Panamá Oeste, y las comarcas Kuna Yala, Emberá y Ngäbe Buglé, entre otras. Se sugiere promover incentivos como los paquetes de beneficios para trabajar en áreas remotas y el bono de desempeño. Igualmente, desarrollar incentivos para mejorar la disponibilidad de talento humano calificado en salud en zonas apartadas. Finalmente, complementar los servicios de atención presencial con herramientas de salud digital, con una visión de red de servicios.
- 6. Impulsar la implementación y el cumplimiento de los mecanismos disponibles para los procesos de certificación, recertificación y actualización del talento humano en salud.** El sistema de salud panameño dispone de los reglamentos y procedimientos necesarios para garantizar la idoneidad del talento humano en salud como el Consejo Interinstitucional de Certificación Básica de Medicina. No obstante, los procesos de recertificación son voluntarios. El desarrollo de la APS en Panamá implica impulsar la generación de una “masa crítica” calificada en el talento humano. Es deseable impulsar la formalización de la totalidad de los trabajadores comunitarios

en salud, vinculados a proyectos y programas especiales como trabajadores voluntarios, e integrarlos a los sistemas locales de información.

- 7. Impulsar sistemas de vigilancia activa en salud pública que favorezcan el desarrollo de modelos predictivos, con estrategias de vigilancia sindromática, de base comunitaria y de aguas residuales, entre otras.** Como otros países de la región, Panamá dispone de un sistema de vigilancia en salud pública basado esencialmente en registros administrativos, que cubre algunos eventos de interés en salud pública. Los cambios en la dinámica poblacional, las migraciones y fenómenos como la globalización e internacionalización de la economía exigen la adopción de sistemas de vigilancia más ágiles como la vigilancia poblacional, la vigilancia sindrómica, de base comunitaria y de aguas residuales, que faciliten la toma oportuna de decisiones en materia de salud pública.
- 8. Impulsar estrategias de aproximación proactiva a la población identificada de mayor vulnerabilidad, como visitas domiciliarias, unidades móviles de atención, y equipos integrados de APS.** Como en otros países de la región, el sistema de salud panameño tradicionalmente ha centrado su actuación en estrategias reactivas de atención a los problemas de salud de la población. Para captar activamente la población en riesgo, impulsar la prevención y dar seguimiento adecuado a las personas y a los pacientes, el sistema debería utilizar de manera más oportuna y estratégica equipos extramurales de salud, recursos de telemedicina y perfiles como los promotores de salud y el personal comunitario o las parteras, para que puedan trabajar en conjunto con los equipos de los centros de salud. Sería ideal impulsar una estrategia de sectorización para que cada red de servicios pueda manejar proactivamente una población de referencia, como se hace, por ejemplo, en Brasil o en Costa Rica.

9. **Establecer instancias de coordinación y acción multisectorial que impulsen el desarrollo de la APS y la intervención de los determinantes sociales de salud.** Panamá ha conformado algunas instancias de coordinación intersectorial para mejorar, entre otras, la respuesta ante las emergencias. Es preciso consolidarlas y definir con mejor claridad, sus roles, el presupuesto asignado y los mecanismos de seguimiento y evaluación. Es posible aprovechar instancias ya instauradas a nivel regional como las Juntas Técnicas de la Gobernación y los Comités Operativos de Emergencia, COE.

DIGITALIZACIÓN E INNOVACIÓN PARA LA TRANSFORMACIÓN Y LA EQUIDAD DEL SISTEMA DE SALUD

1. **Promover la consolidación de la transformación digital del sistema de información y fortalecer la interoperabilidad de los sistemas de información con otros sectores e instituciones involucradas en la gestión de la salud pública.** Panamá ha adelantado un esfuerzo por modernizar sus sistemas de información y digitalizar herramientas como SISVIG, SEIS, SIES, SIREGES, el sistema de información perinatal, los registros de estadísticas vitales y la historia clínica electrónica, entre otros. Este esfuerzo debe ser consolidado y evaluado.
2. **Fortalecer la gobernanza sobre el registro civil y las estadísticas vitales.** La normativa vigente prevé el registro al nacer y el reporte de defunciones. No obstante, no se dispone de un estudio reciente que analice la cobertura e integridad de estos registros. Es necesario definir un marco conceptual y regulatorio para estos procesos, que establezca mejor las responsabilidades de cada institución en los mismos, y adelantar un sistema de monitoreo de la integridad y cobertura de las estadísticas vitales en Panamá.

3. Favorecer la implementación de la historia clínica electrónica e invertir en la interoperabilidad entre los sistemas de información.

La calidad de los registros sobre cuidados en salud en Panamá se encuentra debidamente reglamentada. El país viene avanzando en la digitalización de estos registros a través de la historia clínica electrónica. La cobertura de este proceso es aún limitada (27%) y, dado su impacto, precisa de fortalecimiento. Es necesario mejorar la conectividad y la infraestructura tecnológica que permitan la sostenibilidad de las operaciones, así como invertir en la gestión del cambio y en el proceso de alfabetización digital tanto de los pacientes como de los profesionales. En este sentido, es importante fortalecer las capacidades del personal administrativo, de salud y gerencial para asegurar la calidad de los datos recolectados, el análisis, y la utilización en la toma de decisiones, y reducir la rotación del personal con responsabilidad de recolección y análisis de datos, como los equipos de Registros Médicos y Estadísticas (REGES).

Otra de las principales debilidades relacionadas con los sistemas de información es su fragmentación. Con respecto a los sistemas de información relacionados con la provisión de servicios, el SEIS se está implementado en la mayoría de los hospitales del MINSA; sin embargo, sobre todo en el primer nivel de atención, se sigue utilizando el SIES basado en papel o el Programa estadístico de grupos itinerantes SIREGES para servicios de EEC.

Otros dos aspectos importantes que se sugiere considerar son la homologación de la información en el SEIS y en el sistema de información de la CSS, y la interoperabilidad entre ellos de manera que se garantice la privacidad de los pacientes. Estos aspectos son críticos para una integración de la información sobre la población en Panamá.

4. Seguir impulsando el diseño y la implementación en el territorio nacional de un sistema común de información de gestión y

dispensación de medicamentos y suministros esenciales para prevenir desabastecimientos y pérdidas por vencimientos. Para garantizar la trazabilidad de recursos y de medicamentos, se recomienda:

- i) Fortalecer y unificar los sistemas de información (e.g. SUMA, ISTMO, tablas en Excel, Kardex) de las diversas etapas de la cadena de suministro hacia un sistema integrado.
- ii) Reemplazar la utilización de sistemas basados en papel por sistemas digitales e integrar el sistema de información de la cadena de suministros con los de prescripción y dispensación. En este sentido, se recomienda monitorear el piloto del Sistema de Administración Logística de Medicamentos e Insumos (SALMI), que se está implementando en la actualidad. SALMI es el sistema de información del proceso que inicia con la recepción de los medicamentos en los almacenes nacionales y regionales y termina en las farmacias, y permite la georreferencia de los productos para prevenir el desabastecimiento y sobreabastecimiento.
- iii) Seguir avanzando en el desarrollo y uso del módulo del expediente clínico electrónico vinculado con el Sistema Nacional Integral de Receta Electrónica (Ley N°419 de 2024). La experiencia de España podría ser útil a Panamá. También existen oportunidades para ligar los dos sistemas de tal forma que la receta electrónica se nutra de información de existencias del SALMI para proceder a la prescripción y dispensación en caso de que esté disponible, o a la generación de una receta para que el paciente pueda obtener el medicamento de otra farmacia.
- iv) Mejorar la infraestructura para el almacenamiento de medicamentos, los recursos humanos y el transporte, especialmente en las regiones. Una opción que se puede

considerar para facilitar el transporte es la especificación de entrega de los productos a los almacenes en la orden de compra.

5. **Evaluar y escalar las experiencias exitosas obtenidas en aproximación proactiva de los servicios de salud de la población como telemedicina y tele diagnóstico.** Conforme a las normas constitucionales y legales, las instituciones de salud del sistema de salud panameño deben garantizar el acceso universal a servicios de salud. No obstante, existen restricciones y barreras relacionadas con disponibilidad, calidad, integralidad e interculturalidad que pueden ser superadas impulsando iniciativas que favorezcan el acceso a los servicios de salud con desarrollos tecnológicos como telemedicina, tele-diagnóstico y de aproximación a servicios desde una perspectiva comunitaria como la propuesta del Programa FORIS. La experiencia de otros países como Argentina y Uruguay respecto a la evaluación de programas de salud digital con indicadores clínicos y experiencia del profesional de salud y de los pacientes sería muy útil para Panamá.
6. **Desarrollar mecanismos de georreferenciación e identificación nominal de usuarios de programas y grupos de población de especial interés en salud pública.** El mejoramiento en la eficiencia en la prestación de servicios de salud en Panamá requiere de un esfuerzo para identificar la población vulnerable y asignarla efectivamente a los centros de APS más cercanos. Esto implica que, sin afectar los derechos a libre elección y garantía de atención, los prestadores de servicios de salud tengan una asignación nominal de su población a atender, que discrimine con claridad la identificación, dirección, número de contacto y en lo posible, georreferenciación, a partir de la cual se puedan formular programas de gestión del riesgo.

PARTICIPACIÓN SOCIAL EN LA TOMA DE DECISIONES

- 1. Impulsar y fortalecer la aplicación de mecanismos de participación social, comunitaria y ciudadana, en la toma de decisiones relacionadas con la APS,** así como para su difusión, en especial en los ámbitos regional y local. La normativa panameña establece varias instancias de participación social en la toma de decisiones en políticas de salud. Aun así, el impacto de estas ha sido limitado. El fortalecimiento de la APS precisa que estos mecanismos se fortalezcan e incluyan las organizaciones sociales existentes, los Comités de Salud, las Juntas Administradoras de Acueductos Rurales JAAR y los trabajadores comunitarios, entre otros.
- 2. Desarrollar y fortalecer la participación de la comunidad a nivel local en la toma de decisiones relacionadas con la APS, a través de espacios de consulta, concertación y divulgación apropiados a su diversidad etnocultural.** Desarrollar un enfoque basado en APS requiere que se identifiquen las necesidades reales de prevención, atención y rehabilitación de la enfermedad y de promoción de la salud y que los servicios de salud ajusten sus modalidades de prestación de servicios para acercarlos, proactivamente, a la población.

EVALUACIÓN DE FACTIBILIDAD Y RESPONSABILIDAD DE LAS RECOMENDACIONES

A continuación, se presenta una tabla con la evaluación de factibilidad y responsabilidad de las recomendaciones priorizadas por el estudio. La tabla incluye una escala cualitativa con calificación de 1 a 4 +++, y una valoración para aspectos centrales de la implementación: recursos necesarios, dificultad de ejecución, impacto potencial y horizonte de tiempo para el impacto. Las recomendaciones priorizadas están resaltadas.

Tabla 3. Evaluación de factibilidad y responsabilidad de las recomendaciones del Estudio Atención Primaria en Salud en Panamá: oportunidades para mejorar la calidad, equidad e integración de los servicios. 2023

Recomendaciones	Necesidad de recursos (+a+++)	Dificultad de ejecución (+a+++)	Impacto potencial (+a+++)	Horizonte de tiempo para impacto (Corto, medio o largo plazo)
Gobernanza para mejorar acceso y calidad				
1. Impulsar la implementación y evaluación de la Política Nacional de Salud 2016 – 2025, privilegiando la Atención Primaria en Salud.	++	++	+	Corto
2. Avanzar en la definición de las responsabilidades de las instituciones líderes para implementar y desarrollar la APS en los niveles nacional y subnacional, buscando soluciones que favorezcan una mejor articulación entre el MINSA y la CSS, así como la acción intersectorial sobre los determinantes sociales de la salud.	++	+	++++	Medio
3. Fortalecer los procesos de planeación, priorización y asignación de recursos para la APS en el nivel local.	+	+++	++	Medio
4. Definir instancias intergubernamentales para la acción intersectorial y de otros sectores de la economía con incidencia en la APS.	+	+++	++	Largo
5. Impulsar nuevos estudios de análisis de oferta y demanda de servicios de salud, para identificar necesidades de mejora de la red de prestadores de servicios, en especial, en los niveles regional, local y comarcal.	+++	++	++	Medio
Financiación suficiente y eficiencia administrativa				
1. Discriminar las cuentas de salud para establecer con mejor precisión los recursos asignados al funcionamiento del primer nivel de atención y la APS.	++	+++	+	Corto
2. Avanzar en el uso del presupuesto por resultados y mejorar el uso de la cartera de servicios como herramienta de gestión.	++	++	++++	Medio
3. Desarrollar e implementar un sistema de control de gestión y rendición de cuentas para el nivel directivo, que promueva la eficiencia y la calidad de la prestación servicios en la APS, en los ámbitos regional y local.	++	++	+	Medio
4. Impulsar mecanismos que mejoren la eficiencia en la adquisición, distribución y control de los medicamentos esenciales que el sistema de salud provee.	++	++	++++	Corto

Recomendaciones	Necesidad de recursos (+a+++)	Dificultad de ejecución (+a+++)	Impacto potencial (+a+++)	Horizonte de tiempo para impacto (Corto, medio o largo plazo)
Gestión de modelos de atención integrados y resilientes				
1. Impulsar la configuración de redes de atención integral y el trabajo interdisciplinario y en equipo.	++	++	++	Medio
2. Fortalecer el desarrollo del sistema de gestión de la calidad de la atención y de mejora continua a partir del amplio marco normativo existente.	++	++	++++	Medio
3. Diseñar e implementar un sistema de habilitación y acreditación de la prestación de servicios de salud que apalanque la calidad de estos en todos los niveles.	+	++	++++	Medio
4. Monitorear la disponibilidad y funcionamiento de los equipos básicos requeridos para la APS en las instalaciones de salud.	++	+	++	Corto
5. Desarrollar un sistema integral de planificación de instalaciones y de recursos humanos, que considere la cantidad, la distribución y el perfil requerido para soportar la integración de los servicios en redes y la calidad de la atención.	++	+++	++++	Medio y largo
6. Impulsar la implementación y el cumplimiento de los mecanismos disponibles para los procesos de certificación, recertificación y actualización del talento humano en salud.	+	+++	+	Medio
7. Impulsar sistemas de vigilancia activa en salud pública que favorezcan el desarrollo de modelos predictivos con estrategias de vigilancia sindromática, de base comunitaria y de aguas residuales, entre otras.	+++	++	++++	Medio y largo
8. Impulsar estrategias de aproximación proactiva a la población identificada de mayor vulnerabilidad, como visitas domiciliarias, unidades móviles de atención, y equipos integrados de APS.	+++	++	+++	Corto y medio
9. Establecer instancias de coordinación y acción multisectorial que impulsen el desarrollo de la APS y la intervención de los determinantes sociales de salud.	+	++	+++	Medio y largo
10. Mejorar la infraestructura para el almacenamiento de medicamentos, los recursos humanos y el transporte, especialmente en las regiones	+++	++	++	Medio y largo

Recomendaciones	Necesidad de recursos (+a+++)	Dificultad de ejecución (+a+++)	Impacto potencial (+a+++)	Horizonte de tiempo para impacto (Corto, medio o largo plazo)
Digitalización e innovación para la transformación y la equidad del sistema de salud				
1. Promover la consolidación de la transformación digital del sistema de información y fortalecer la interoperabilidad de los sistemas de información con otros sectores e instituciones involucradas en la gestión de la salud pública.	+++	++	+++	Medio y largo
2. Fortalecer la gobernanza sobre el registro civil y las estadísticas vitales.	++	+++	+	Largo
3. Favorecer la implementación de la historia clínica electrónica e invertir en la interoperabilidad entre los sistemas de información.	+++	++	++++	Medio y largo
4. Seguir impulsando el diseño y la implementación en el territorio nacional de un sistema común de información de gestión y dispensación de medicamentos y suministros esenciales para prevenir desabastecimientos y pérdidas por vencimientos.	++	+	++++	Corto y medio
5. Evaluar y escalar las experiencias exitosas obtenidas en aproximación proactiva de los servicios de salud de la población como telemedicina y telediagnóstico, e impulsar estrategias como visitas domiciliarias, unidades móviles de atención, y equipos integrados a APS.	++	++	++++	Corto y medio
6. Desarrollar mecanismos de georreferenciación e identificación nominal de usuarios de programas y grupos de población de especial interés en salud pública.	+++	+++	++	Medio y largo
Participación social en la toma de decisiones				
1. Impulsar y fortalecer la aplicación de mecanismos de participación social (comunitaria y ciudadana) en la toma de decisiones relacionadas con la APS, así como para su difusión, en especial en los ámbitos regional y local.	+	++	++++	Corto y medio
2. Desarrollar y fortalecer la participación de la comunidad en el nivel local en la toma de decisiones relacionadas con la APS, a través de espacios de consulta, concertación y divulgación apropiados a su diversidad etnocultural.	+	+++	+++	Medio y largo

DOCUMENTOS CONSULTADOS

1. CEPAL y Unión Europea. "Protocolos regionales de política proyecto @LIS2, Alianza para la Sociedad de la Información 2-Diálogo político inclusivo e intercambio de experiencias, Desarrollo de la telesalud en América Latina, Aspectos conceptuales y estado actual. Santiago de Chile, 2013.
2. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, Estado Mundial de la Infancia 2023: Para cada infancia, vacunación, UNICEF Innocenti – Centro Mundial de Investigaciones y Estudios Prospectivos, Florencia, abril de 2023
3. Gutiérrez, José Carlos et al. Estudio de Financiamiento Salud Panamá, Análisis y Recomendaciones estratégicas. Banco Mundial 2024 (no publicado aun)
4. HMN Panamá. Red de la Métrica en Salud (HMN, por sus siglas en inglés, de Health. Metrics Network). Diagnóstico del Sistema de Información en Panamá. https://wgutiww3.paho.org/pan/dmdocuments/Diagnostico_SIS_Panama.pdf
5. Instituto Nacional de Estadística y Censo de Panamá. Defunciones en la República, por sexo, certificación médica y sitio de ocurrencia, según área, provincia, comarca indígena y distrito de residencia: año 2021. Disponible en: <https://www.inec.gob.pa/archivos/PO760723620221229145012Cuadro%204.pdf>
6. Instituto Nacional de Estadística y Censo de Panamá. Nacimientos vivos y tasa bruta de natalidad en la República, según área, provincia, comarca indígena y distrito de residencia: años 2016-2020. Disponible en: <https://www.inec.gob.pa/archivos/PO705547520220112135537Cuadro%202.pdf>.
7. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Porcentaje de médicos en instalaciones de salud pública de Panamá, 2018.
8. Kanavos, Panos et al., 2019 Visión general del sistema de salud de América Latina Un análisis comparativo del espacio fiscal en la asistencia. The London School of Economics and Political Science. Agosto de 2019. <https://www.lse.ac.uk/business/consulting/assets/documents/latin-america-healthcare-system-overview-report-spanish.pdf>
9. Ministerio de Desarrollo Social. PROGRAMA RED DE OPORTUNIDADES. Disponible en: <https://www.mides.gob.pa/programas/programa-red-de-oportunidades/?csrc=3899334007993476422>
10. Ministerio de Salud de la República de Panamá, Resolución Administrativa N° 026 de RRHH de 19 de marzo de 2001.
11. Ministerio de Salud de la República de Panamá. Resolución: N° 04 de 16 de junio de 2009. Consejo Técnico de Salud.
12. Ministerio de Salud de Panamá. Manual de Organización y Funciones del Ministerio de Salud. 2019.
13. Ministerio de Salud de Panamá. Manual del modelo: optimizar el desempeño y la calidad, ODC. (2013)
14. Ministerio de Salud de Panamá. Metas regionales de recursos humanos en salud 2007-2015.
15. Ministerio de Salud de Panamá. Resolución 1498 del 12 de diciembre de 2015, que adopta la Guía para la implementación de la metodología para optimizar el desempeño y calidad en instalaciones de salud de Panamá
16. Ministerio de Salud, Dirección de Planificación, Normas para el Sistema de Información de Salud. Con instrucciones para el Sistema Electrónico de Información en Salud, SEIS.

17. Ministerio de Salud, Guía metodológica del observatorio de calidad de la atención en salud (OCAS), 2020
18. Ministerio de Salud, Plan Colmena.
19. Ministerio de Salud, Programa de Fortalecimiento de Redes Integradas de Salud (FORIS), Convenio de Préstamo N°3615/OC-PN, Unidad de Gestión de Salud, Administrativa y Financiera (UGSAF), INFORME SEMESTRAL DE AVANCES. Período:1 de enero -30de junio de 2017. Entrega:30 septiembre2017
20. Ministerio de Salud. Consolidado de revisión de medición de optimización del desempeño y la calidad - ODC
21. Ministerio de Salud. Dirección de Planificación. Departamento de Registros y estadísticas de salud. Listado de instalaciones de salud, año 2021.
22. Ministerio de Salud. Dirección de Provisión de Servicios de salud. Departamento de Monitoreo y Evaluación. Evaluación de los resultados de la auditoría de historias clínicas de los servicios de salud del año 2015-2016, 23 de enero de 2017.
23. Ministerio de Salud. Dirección de Provisión de Servicios de salud. Departamento de Monitoreo y Evaluación. Evaluación de los resultados de la auditoría de historias clínicas de los servicios de salud del año 2017-2018. 31 de enero de 2019
24. Ministerio de Salud. Dirección de Provisión de Servicios de Salud. Departamento de Monitoreo y Evaluación. Informe sobre los resultados obtenidos en la Encuesta de Satisfacción de los usuarios de instalaciones de salud de MINSA, junio – junio 2018.
25. Ministerio de Salud. Dirección de Provisión de Servicios de Salud, Departamento de Monitoreo y Evaluación. Resumen de eventos PACO 2016-2012
26. Ministerio de Salud. Dirección de Provisión de Servicios de Salud. Informe de gira a la Región de Salud de Darién
27. Ministerio de Salud. Dirección General de Salud Pública. Departamento Nacional de Epidemiología. Boletín epidemiológico semanal. Año: 2022. Semana N° 33. (Del 14 al 20 de agosto)
28. Ministerio de Salud. Fichas de Atención Integral a la Población por curso de vida. Producto Integral No.1: Atención Integral de la Mujer Adulta de 15 a 49 año
29. Ministerio de Salud. Fichas de Atención Integral a la Población por curso de vida. Producto Integral No.2: Atención Integral de la Mujer Embarazada
30. Ministerio de Salud. Fichas de Atención Integral a la Población por curso de vida. Producto Integral No.3: Atención Integral del Parto
31. Ministerio de Salud. Fichas de Atención Integral a la Población por curso de vida. Producto Integral No.4: Atención Integral del Neonato
32. Ministerio de Salud. Fichas de Atención Integral a la Población por curso de vida. Producto Integral No.5: Atención Integral del Puerperio
33. Ministerio de Salud. Fichas de Atención Integral a la Población por curso de vida. Producto Integral No.6: Atención Integral del Menor de 2 años (niños entre 28 días y 24 meses)
34. Ministerio de Salud. Fichas de Atención Integral a la Población por curso de vida. Producto Integral No.7: Atención Integral del Menor entre 2 y 5 años

35. Ministerio de Salud. Fichas de Atención Integral a la Población por curso de vida. Producto Integral No.8: Atención Integral del Escolar 5 a 9 años
36. Ministerio de Salud. Fichas de Atención Integral a la Población por curso de vida. Producto Integral No.9: Atención Integral del Adolescente 10 a 19 años (mujeres de 10 a 14 años; hombres de 10 a 19 años)
37. Ministerio de Salud. Fichas de Atención Integral a la Población por curso de vida. Producto Integral No.10: Atención Integral del Adulto (Mujeres de 50 a 59 y Hombres de 20 a 59 años)
38. Ministerio de Salud. Fichas de Atención Integral a la Población por curso de vida. Producto Integral No.11: Atención Integral del Adulto Mayor 60 años y más
39. Ministerio de Salud. Fichas de Atención Integral a la Población por curso de vida. Producto Integral No.12: Atención Integral del Ambiente y Fortalecimiento de la red comunitaria
40. Ministerio de Salud. Fichas de Atención Integral a la Población por curso de vida. Microficha A: Promoción, Prevención y Detección Temprana del VIH
41. Ministerio de Salud. Fichas de Atención Integral a la Población por curso de vida. Microficha B: Atención Integral del Paciente con Diabetes
42. Ministerio de Salud. Fichas de Atención Integral a la Población por curso de vida y Microfichas Microficha C: Atención integral del Paciente con Hipertensión Arterial
43. Ministerio de Salud. Fichas de Atención Integral a la Población por curso de vida. Microficha D: Identificación de Casos Sospechosos y Referencia del Paciente con Leishmaniasis
44. Ministerio de Salud. Fichas de Atención Integral a la Población por curso de vida. Microficha E: Diagnóstico y Control de la Malaria
45. Ministerio de Salud. Fichas de Atención Integral a la Población por curso de vida. Microficha F: Detección del Sintomático Respiratorio y Referencia
46. Ministerio de Salud. Fichas de Atención Integral a la Población por curso de vida. Microficha G: Detección y Referencia de Casos Sospechosos de Enfermedad de Chagas
47. Ministerio de Salud. Guía para el abordaje integral de la enfermedad de Chagas en la República de Panamá, octubre 2012.
48. Ministerio de Salud. Guía para el abordaje integral de la leishmaniasis en Panamá 2015.
49. Ministerio de salud. Guía para la implementación de la metodología "Optimizar el Desempeño y Calidad" en instalaciones de salud de Panamá, marzo 2015.
50. Ministerio de Salud. Informe de la 75ª asamblea mundial de la salud titulado "Proyecto de plan de acción 2022-2030: trabajar en pro de la salud".
51. Ministerio de Salud. Instrumentos de medición de ODC de centros de salud (documento en formato Ms Excel)
52. Ministerio de Salud. Lineamientos propuestos para la Mejora y Fortalecimiento del Sistema Nacional Público de Salud integral, en el marco de una Política de Estado. Mesa de diálogo para la salud. Panamá 2015.
53. Ministerio de Salud. Manual de Enfermería. El trabajo con parteras tradicionales en Panamá. Panamá, 2006.

54. Ministerio de Salud. Manual de normas y procedimientos para malaria República de Panamá, septiembre 2011.
55. Ministerio de Salud. Necesidad de recursos humanos de alto nivel en el sector sanitario, Panamá 2014-2025. Marzo 2015.
56. Ministerio de Salud. Norma para el manejo terapéutico de las personas con VIH en la República de Panamá 2016.
57. Ministerio de Salud. Norma técnica nacional para el control de la tuberculosis 2017
58. Ministerio de Salud. Normas técnicas y administrativas del programa de salud integral del niño y la niña desde el nacimiento a los 9 años (MINSa-BID/OPS-OMS, abril 2009).
59. Ministerio de Salud. Normas técnicas y administrativas del programa nacional de salud integral de los y las adolescentes (MINSa 2006).
60. Ministerio de Salud. Normas técnicas y administrativas y protocolos de atención del programa de salud integral a la mujer (MINSa-CSS 2015)
61. Ministerio de Salud. Normas técnico administrativas de los programas de salud de adulto y adulto mayor (2018)
62. Ministerio de Salud. ONUSIDA Datos administrativos Programa de VIH. 2022. (Bases de datos no son públicas).
63. Ministerio de Salud. Plantillas de distribución de medicamentos.
64. Ministerio de Salud. POLÍTICA NACIONAL DE SALUD Y LINEAMIENTOS ESTRATEGICOS, 2016-2025.
65. Ministerio de Salud. Programa de Fortalecimiento de Redes Integradas de Servicios de Salud, Red CONTIGO, Red de salud indígena y rural. Instrumento FOR29-Consolidado mensual de indicadores de NUTRIVIDAS por centro de salud de referencia
66. Ministerio de Salud. Resolución 487 de 24 de junio de 2019. Fortalecimiento de las redes integradas de servicios de salud (FORIS)
67. Ministerio de Salud. Resolución 53 del 14 de diciembre de 1993 "por la cual se establecen las normas para el funcionamiento de clínicas hospitalares"
68. Ministerio de Salud. Resolución No. 487 del 24 de junio de 2019, que aprueba los Lineamientos y metodología para la organización de redes integradas de servicios de salud (RISS), conforme al modelo de atención de salud de Panamá.
69. Ministerio de Salud. Resolución No.521 del 5 de junio de 2009, por medio del cual se crea el observatorio de calidad de la atención en salud (ocas).
70. Ministerio de Salud. Resuelto No. 520 del 5 de junio de 2009, que crea el Comité Nacional, los Comités Regionales y Locales de calidad.
71. Ministerio de Salud. Revista MINSa EN ACCIÓN. Revista Informativa del Ministerio de Salud. Disponible en: https://www.minsa.gob.pa/sites/default/files/publicaciones/edicion_10_minsa_en_accion_.pdf
72. OMS, Measuring primary health care expenditure under SHA 2011 (System of Health Accounts)
73. ONU DESA 2021-2022. Informe anual destacado. <https://www.un.org/en/desa/highlights-report-2021-2022>

74. OPS. Global Health Observatory. 2021
75. OPS- Ministerio de Salud de Panamá. Transformación Digital del Sector Salud Reporte del análisis de madurez de los sistemas de información para la salud (IS4H). Marzo 2023
76. Presidencia de la República de Panamá. Decreto ejecutivo no.179 del 27 de mayo de 2019, que crea la Comisión Nacional de Seguridad del Paciente.
77. Presidencia de la República de Panamá. Decreto ejecutivo No.420 del 12 de diciembre de 2018, que establece el modelo de atención de salud de Panamá
78. República de Panamá, Consejo de gabinete, Resolución de Gabinete N° 149, 30 de diciembre de 2019. Por la cual se aprueba el Plan Estratégico de Gobierno para los próximos cinco años de gestión.
79. República de Panamá, Constitución política de la República de Panamá (11 de octubre de 1972)
80. República de Panamá, Contraloría General de la República, Decreto N° 202-2014-DMYSC (De viernes 20 de junio de 2014). Por el cual se aprueba el documento titulado "Manual de procedimientos administrativos y fiscales para el manejo del fondo especial para la pobreza extrema del programa red de oportunidades" (quinta versión), cuya aplicación es competencia del Ministerio de Desarrollo Social.
81. República de Panamá, Contraloría General de la República. Ley 32 de 8 de noviembre de 1984. "Por la cual se adopta la Ley Orgánica de la Contraloría General de la República".
82. República de Panamá, Ministerio de Salud, Resolución 553 de 3 de junio de 2019, Por la cual se adopta el manual de buenas prácticas de fármaco vigilancia.
83. República de Panamá, Ministerio de Salud. Departamento de Epidemiología. Guía Nacional de Epidemiología, Tercera Edición, 2018.
84. República de Panamá, Ministerio de Salud. Reglamento Operativo de la Estrategia de Extensión de Cobertura Direcciones Regionales de Salud agosto 2020
85. República de Panamá. Asamblea Legislativa. Ley 68 de 2003. Que regula los derechos y obligaciones de los pacientes, en materia de información y de decisión libre e informada.
86. República de Panamá. Asamblea Legislativa. Ley N° 6 de 22 de enero de 2002. (Gaceta Oficial N° 24,476 de 23 de enero de 2002) Que dicta normas para la transparencia en la gestión pública, establece la acción de Hábeas Data y dicta otras disposiciones
87. República de Panamá. Ley 419 del 1 de febrero del 2024
88. República de Panamá. Ley 43 de 2004. Del régimen de certificación y recertificación de los profesionales, especialistas y técnicos de las disciplinas de la salud.
89. República de Panamá. Ley 47 del 7 de agosto de 2009. Que reconoce la profesión del asistente de salud
90. República de Panamá. Ley de Registro civil, que se encuentra dentro de la Gaceta No. 25902, del día 19 de octubre de 2007.
91. República de Panamá. Ley No.9 del 25 de abril de 1983 que establece el escalafón de los Educadores para la Salud al servicio del Estado.
92. República de Panamá. Ministerio de Salud. Decreto Ejecutivo No.373 (De 16 de noviembre de 2006) "Que reglamenta la Ley 43 de 21 de julio de 2004, Del Régimen de Certificación y Recertificación de los Profesionales, Especialistas y Técnicos de las Disciplinas de la Salud".

93. República de Panamá. Ministerio de Salud. Dirección de Planificación. Departamento de Registros y Estadísticas de Salud. Boletín Estadístico. Año 2019.
94. República de Panamá. Ministerio de Salud. Manual de organización - sistema electrónico de información de salud (SEIS), febrero 2015
95. República de Panamá. Ministerio de Salud. Pacto Bicentenario Cerrando Brechas, 2021.
96. República de Panamá. Presidencia de la República Decreto Ejecutivo N° 1617 de 2014. Que determina y caracteriza los eventos de salud pública de notificación e investigación obligatoria, define los tipos de vigilancia epidemiológica, la vigilancia laboratorial y se señalan los procedimientos para su realización.
97. Romero, Luz Isabel. Quental, Cristiane, Investigación para una mejor salud: la experiencia panameña de establecimiento de prioridades y la necesidad de un nuevo proceso. Health Research Policy and Systems. agosto 2014. https://www.researchgate.net/publication/264799024_Research_for_better_health_The_Panamanian_priority-setting_experience_and_the_need_for_a_new_process?_tp=eyJjb250ZXh0ljp7ImZpcnNoUGFnZSI6InByb2ZpbGUiLCJwYWdlIjoicHJvZmlsZSI6ZS9fQ
98. WHO, Global Health Observatory, 2020. <https://www.who.int/data/gho>
99. World Development Indicators, 2022. The World Bank. <https://databank.worldbank.org/source/world-development-indicators>
100. World Health Organization and International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank; 2023. Tracking universal health coverage: 2023 global monitoring report. Geneva: Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240080379>



ANEXOS

ANEXO 1. ENTIDADES DEL COMITÉ TÉCNICO Y EL COMITÉ DIRECTIVO DEL PROYECTO

Comité Técnico

Organización	Dependencia
MINSA	Despacho del Ministro de Salud
MINSA	Viceministerio de Salud
MINSA	Dirección General de Salud Pública
MINSA	Dirección de Provisión de Servicios de Salud
MINSA	Oficina de Asuntos Internacionales y Cooperación Técnica
CSS	Caja de Seguro Social
OPS/OMS	Organización Panamericana de la Salud - Panamá
UNICEF	UNICEF - Panamá
Universidad Nacional de Panamá	Facultad de Medicina
Sociedad Panameña de Salud Pública	Presidencia
Banco Mundial	Salud, Nutrición y Población

Comité directivo

Organización	Dependencia
MINSA	Despacho del Ministro de Salud (Miembro del Comité ejecutivo y enlace principal del proyecto)
MINSA	Dirección General de Salud Pública, Departamento de Epidemiología, MINSA
MINSA	Oficina de Asuntos Internacionales y Cooperación Técnica, MINSA
MINSA	Dirección de Provisión de Servicios. Departamento de Monitoreo y Evaluación, MINSA
MINSA	Unidad de Gestión de Salud, Administrativa y Financiera -UGSAF- MINSA
MINSA	Centro Regional de Adiestramiento y Simulación CREASS-AIP
Banco Mundial	Salud, Nutrición y Población

ANEXO 2. DEFINICIONES UTILIZADAS EN EL ESTUDIO

Atención Primaria en Salud

Si bien la revisión documental destaca la ausencia en documentos oficiales del MINSA de una definición formal de Atención Primaria en Salud en Panamá, la Política Nacional de Salud menciona que es necesario “garantizar la atención de excelencia a la población, a través del acceso a los servicios de salud bio psicosocial, laboral y ambiental, basados en la estrategia de Atención Primaria en Salud, mediante la promoción, prevención, provisión y rehabilitación, con eficiencia, equidad, eficacia, calidad, humanidad y transparencia de manera sostenible, fortaleciendo los programas de salud en el marco de una organización social y comunitaria participativa”.

Esta definición recoge el concepto internacional de atención primaria en salud, definida en la Declaración de Astaná como “un enfoque de la salud que incluye a toda la sociedad y que tiene por objeto garantizar el mayor nivel posible de salud y bienestar y su distribución equitativa mediante la atención centrada en las necesidades de la gente tan pronto como sea posible a lo largo del proceso continuo que va desde la promoción de la salud y la prevención de enfermedades hasta el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos, y tan próximo como sea posible del entorno cotidiano de las personas”.

Para este estudio se adaptó una definición más operativa que considera que atención primaria en salud se refiere a los servicios de promoción, prevención, provisión y rehabilitación brindados en el primer nivel de atención. De manera práctica, para la evaluación cualitativa con los miembros del Comité Técnico y los puntos de contacto definidos por el Despacho del Ministro se acordaron las siguientes definiciones:

Niveles de atención

- Nivel subnacional: en la división política de la República de Panamá este nivel corresponde a las Provincias/Comarcas. En la organización administrativa del Ministerio de Salud, este nivel corresponde a las Direcciones Regionales de Salud
- Nivel subregional: corresponde a los Distritos (es aplicable a las provincias y a las comarcas).
- Nivel local: corresponde a corregimientos y comunidades.

Centros de Primer Nivel de Atención

Son los Centros de Salud, Sub-Centros de Salud y Puestos de Salud. Para la Caja de Seguro de Social son ULAPS y CAPPS.

Red Pública

Se define como el conjunto de instalaciones de salud que se organizan para facilitar la provisión de servicios, según niveles de atención y grados de complejidad creciente, de acuerdo con un modelo de atención definido y que se relacionan entre sí, mediante un sistema de referencia y contra referencia de pacientes.

La Red Integrada de Servicios de Salud (RISS)

Es una forma de organización, integrada por instalaciones de salud y sus servicios del Ministerio de Salud y la Caja del Seguro Social, y las organizaciones comunitarias que prestan servicios de salud.

ANEXO 3. ENTIDADES PARTICIPANTES EN LAS ENTREVISTAS

N°	Entidad
1	Dirección de Planificación de Salud MINSA
2	Sociedad Panameña de Salud Pública
3	Dirección de Promoción de la Salud MINSA
4	Despacho Superior del Ministerio de Salud
5	Departamento de Instalación y Servicios de Salud a la Población
6	Departamento de Monitoreo y Evaluación
7	Asociación Viviendo Positivamente (VIH)
8	Subdirección General de Salud de la Población
9	Departamento Nacional de Epidemiología
10	Colegio Médico de Panamá
11	Dirección de Provisión de Servicios
12	Dirección Regional de Salud de Coclé
13	Dirección de Recursos Humanos
14	Departamento de Regulación de Laboratorio Clínico
15	Organizaciones extrainstitucionales
16	Colegio de Farmacéuticos de Panamá
17	Dirección de Farmacia y Drogas
18	Departamento de Auditorías de Calidad de la Dirección de Medicamentos e Insumos para la salud
19	Organización Panamericana de la Salud
20	Oficina de Informática del MINSA
21	Dirección de Asuntos Sanitarios Indígenas
22	Dirección Regional de Salud de Veraguas
23	Facultad de Medicina Universidad de Panamá
24	Educadores en Salud (Independientes)

ANEXO 4. PERFIL DE SIGNOS VITALES DE PANAMÁ

Panamá Perfil de signos vitales de la atención primaria de salud

FINANCIAMIENTO

MINSA (2022)

Gasto en APS:

\$149 Per capita

Priorización de la APS:

Gasto corriente MINSA en salud¹

35% en APS

Gasto total MINSA en salud²

31% en APS

Fuentes de gastos en APS:

○ No disponible

○ Gobierno

○ Otro

CAPACIDAD

Modelo de Progresión de APS³

Gobierno

2.4

Insumos

2.4

Gestión de la Salud de la Población y de las Instalaciones

2.2

DESEMPEÑO

Índice de acceso⁴

ENSPA (2019)

72

Índice de calidad⁴

ENSPA (2019), PAI (Programa Ampliado de Inmunización), OMS Perfil TB (2022)

53

Índice de cobertura de servicios

OMS - Monitoreo de CUS (UHC report) (2023), data 2021, OMS - Global Health Observatory (2015), UNICEF MICS (2013), MINSA (2022), ONUSIDA (2022)

67

EQUIDAD

Acceso: % con barreras percibidas por costos, según quintil de riqueza

MÁS ALTO MÁS BAJO

0 No disponible 100

Cobertura de servicios RMNCH⁵, según región de salud

MÁS BAJO MÁS ALTA

0 61 100

Resultados: Menores⁶ de 5 años, por residencia

URBANA RURAL

01 4 100

CONTEXTO DE PAÍS

PIB per capita (Dólares internacionales PPA) BM - WDI	En Pobreza (Menos de \$ 2.15 dólares int. / día) BM - WDI	Gasto Gubernamental en Salud como % del PIB⁷ OMS - GHED	Esperanza de vida al nacer (Años) BM - WDI	Mortalidad Materna (Por 100.000 nacidos vivos) OMS	Mortalidad neonatal (Por cada 1.000 nacidos vivos) UNICEF	Mortalidad prematura por ENT⁸ (Probabilidad) OMS	Causas de Muerte WHO Global Health Observatory (2019)
\$39,280	1%	6%	76.8	50	7.75	11%	<p>78% Enfermedades no transmisibles</p> <p>13% Condiciones transmisibles y otras⁹</p> <p>9% Lesiones</p>

Nota: Los valores de los indicadores presentados aquí pueden diferir de las fuentes de datos de los países debido al uso de categorías y métodos estándar usados para mejorar la comparabilidad internacional. Consulte la hoja de descripción del indicador para obtener más detalles.

Nota: Las calificaciones para los dominios de capacidad, desempeño y equidad están codificadas por colores para reflejar su desempeño (bueno, medio, menor) y deficiente (rojo), cuando se dispone de datos comparables. Las limitaciones se pueden encontrar en la Hoja de descripción del indicador. Las calificaciones basadas en datos de fuentes no comparables se muestran en gris. Los indicadores financieros no están codificados por colores porque estos indicadores carecen de objetivos comunes.

1. Presupuesto corriente ejecutado MINSA en APS como porcentaje del presupuesto corriente ejecutado MINSA en salud.

2. Presupuesto total ejecutado MINSA en APS como porcentaje del presupuesto total ejecutado MINSA en salud.

3. El modelo de progresión de la APS utiliza métodos mixtos para evaluar las capacidades fundamentales de la APS en una escala del 1 (bajo) al 4 (alto).

4. Dado que en cada país se utilizan diferentes datos, indicadores, es posible que los valores del índice compuesto no sean comparables entre países. Consulte la página 2 para conocer los indicadores específicos utilizados en este PPA.

5. El índice de cobertura compuesto refleja la cobertura de 3 intervenciones de salud materna e infantil (partos atendidos por profesional de salud, inmunización IMB, inmunización BCG) (INEC) (PA 2022).

6. Muertes de niños antes de los 5 años por cada 1.000 nacidos vivos (INEC 2022).

7. Gasto nacional en salud del gobierno general como porcentaje del producto interno bruto (PIB).

8. Probabilidad de morir entre los 20 y los 79 años de edad por enfermedad cardiovascular, cáncer, diabetes o enfermedad respiratoria crónica.

9. Condiciones transmisibles, maternas, perinatales y nutricionales (Última actualización: 11/2023).


DOMINIO DE CAPACIDAD: INDICADORES DEL PERFIL DE SIGNOS VITALES

Panamá	PUNTUACIÓN
GOBIERNO	2.4
Gobierno y dirección	2.4
Medida 1: Políticas de atención primaria de salud (1/2)	
Medida 2: Políticas de atención primaria de salud(2/2) – Liderazgo Medición	
Medida 3: Infraestructura de gestión de calidad	
Medida 4: Responsabilidad social (1/2)	
Medida 5: Social accountability (2/2) - Acción Multisectorial	
Ajuste a las necesidades de salud de la población	2.3
Medida 6: Vigilancia	
Medida 7: Establecimiento de Prioridades	
Medida 8: Innovación y aprendizaje	
INSUMOS Y FUERZA LABORAL	2.4
Medicamentos y suministros	2.3
Medida 9: Disponibilidad de medicamentos esenciales y productos consumibles	
Medida 10: Disponibilidad de equipo básico	
Medida 11: Suministros de diagnóstico	
Infraestructura de las instalaciones	2.3
Medida 12: Distribución de instalaciones	
Medida 13: Servicios de las instalaciones	
Medida 14: Precauciones y equipos de seguridad estándar	
Sistemas de información	2.7
Medida 15: Registro Civil y Estadísticas Vitales	
Medida 16: Sistemas de Información de Gestión de Salud	
Medida 17: Registros de cuidado personal	
Fuerza Laboral	2.8
Medida 18: Densidad y distribución de la fuerza laboral	
Medida 19: Aseguramiento de calidad de la fuerza laboral de la APS	
Medida 20: Competencias de la fuerza laboral de la APS	
Medida 21: Promotores de Salud	
Fondos	2.0
Medida 22: Presupuestos de instalaciones	
Medida 23: Sistema de información financiera	
Medida 24: Remuneración	
GESTIÓN DE LA SALUD DE LA POBLACIÓN Y DE LAS INSTALACIONES	2.2
Gestión de la Salud de las Poblaciones	2.0
Medida 25: Establecimiento de prioridades locales	
Medida 26: Participación de la comunidad	
Medida 27: Panelización o sectorización	
Medida 28: Divulgación proactiva a la población	
Organización y gestión de instalaciones	2.4
Medida 29: Organización de cuidado en equipo	
Medida 30: Dirección y capacidad de gestión de instalaciones	
Medida 31: Uso de sistemas de información	
Medida 32: Medición y gestión del desempeño (1/2)	
Medida 33: Medición y gestión del desempeño (2/2) – Supervisión de apoyo	



PERFORMANCE DOMAIN: DETAILED VITAL SIGNS PROFILE INDICATORS

Panamá	PUNTUACION	PORCENTAJE	FUENTE AÑO
ACCESO	72		
Financiero			
Barreras de acceso percibidas debido a los costos del tratamiento*		25%	ENSPA 2019
Geográfico			
Barreras de acceso percibidas debido a la distancia*		31%	ENSPA 2019
Tiempo			
Tiempo de espera menor de 30 minutos para consultas ambulatorias		28%	ENSPA 2019
CALIDAD	53		
Integralidad			
Disponibilidad Media De 5 Servicios Trazadores de SRMRN		No disponible	
Disponibilidad promedio de servicios para 3 enfermedades transmisibles trazadoras		No disponible	
Disponibilidad promedio de diagnóstico y manejo para 3 ENT trazadoras		No disponible	
Continuidad			
Tasa de abandono de DTP3 *		11%	PAI - Programa Ampliado de Inmunización 2021
Tasa de éxito del tratamiento para nuevos casos de tuberculosis		76%	OMS Perfil TB 2022
Notificación de resultados de pruebas de laboratorio		86%	ENSPA 2019
Centralidad en la Persona			
Calidad percibida de la atención ambulatorial		88%	ENSPA 2019
Resultados percibidos de la atención ambulatorial		91%	ENSPA 2019
% de Cuidadores a los que se le dijo el diagnóstico del niño enfermo		No disponible	
Disponibilidad de Proveedores			
% de consultas ambulatoria de mas de 10 minutos**		32%	ENSPA 2019
Tasa de ausencia del proveedor (%)		No disponible	
Competencia de Proveedor			
Puntuación de calidad de la atención prenatal*		32%	ENSPA 2019
Puntuación de calidad de planificación familiar**		34%	ENSPA 2019
Puntuación de calidad de cuidado de niños enfermos		No disponible	
Adhesión a las guías clínicas		No disponible	
Tamizajes apropiados en niños menores de 1 año**		67%	MINSA 2021
Precisión del diagnóstico		No disponible	
Seguridad			
Eliminación adecuada de residuos		No disponible	
Control adecuado de infecciones		No disponible	
Condiciones percibidas de las instalaciones		66%	ENSPA 2019
Primer-contacto			
Consultas ambulatorias por controles rutinarios o de seguimiento		85%	ENSPA 2019
COBERTURA DE SERVICIOS	70		
Salud reproductiva, materna, neonatal e infantil			
Demanda de planificación familiar satisfecha con métodos modernos (%)		73%	OMS - Monitoreo de CUS (UHC report) (2023), data 2021
Cobertura de atención prenatal: al menos cuatro visitas (%)		99%	OMS - Monitoreo de CUS (UHC report) (2023), data 2021
Cobertura de la inmunización DTP3		74%	OMS - Global Health Observatory 2015
Niños menores de 5 años con síntomas de neumonía llevados a un proveedor de atención médica (%)		82%	UNICEF MICS 2013
Enfermedades Infecciosas			
Casos de tuberculosis detectados y tratados con éxito (%)		80%	OMS - Monitoreo de CUS (UHC report) (2023), data 2021
Personas que viven con el VIH que reciben tratamiento antirretroviral (TAR)		66%	MINSA, ONUSIDA 2022
Niños < 5 años con diarrea que reciben sales de rehidratación oral		No disponible	
Non-Communicable Diseases (NCDs)			
Prevalencia del tratamiento entre adultos con hipertensión (%)***		55%	OMS - Monitoreo de CUS (UHC report) (2023), data 2021

* Los indicadores donde se prefieren valores más bajos se transformaron antes de su inclusión en el índice. El indicador modificado se definió como 100-X, donde X es el porcentaje original que se muestra en esta tabla. ** Indicador (proxy) específico del país, utilizado en ausencia de datos de encuestas comparables a nivel mundial. *** Cifra reportada por UHC 2023 basada en las estimaciones de los grupos de riesgo de ENT de la OMS (datos de 2021) para la prevalencia del tratamiento (toma de medicamentos) para la hipertensión entre adultos de 30 a 79 años con hipertensión. * 100, donde X es la prevalencia de la presión arterial normal. Para obtener más detalles, consulte Seguimiento de la cobertura universal de salud: Informe de seguimiento mundial de 2023. Nota: Las calificaciones de resumen para los dominios de acceso, calidad y cobertura se calculan tomando el promedio de los valores de los indicadores dentro de cada subdominio y luego tomando el promedio de las calificaciones de los subdominios.

ANEXO 5. RESULTADOS DEL MODELO DE PROGRESIÓN PHCPI PANAMÁ

EJE 1. GOBIERNO Y DIRECCIÓN

Medida 1: Políticas de atención primaria de salud (I)

Nivel de Progresión: 3 (Maduro)

El Plan Nacional de Salud 2016 - 2025 se enfoca en “garantizar la salud de la población y del ambiente mediante el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud, privilegiando la Atención Primaria de Salud”. Si bien el marco normativo vigente define claramente la APS, algunos expertos señalan que en la implementación del plan ha habido incertidumbres en cuanto a la definición de APS. Las intervenciones obligatorias se definen en programas específicos que históricamente se han realizado a grupos poblacionales de interés. Sin embargo, no existe evidencia documental que demuestre claramente el nivel de cobertura poblacional.

En el marco del proyecto para el fortalecimiento de las redes integradas de servicios de salud (FORIS) existe una cartera de prestaciones de salud priorizadas, que se podría considerar como un paquete de servicios básicos. Además, existen reglas operativas para la implementación y seguimiento del Programa FORIS para darle más sostenibilidad. Sin embargo, el programa FORIS no cubre todo el país e incluye elementos de integración de APS con otros niveles de atención.

En noviembre de 2021 finalizó un proceso de consulta ciudadana denominado “Pacto Bicentenario Cerrando Brechas” que permitió presentar propuestas sobre las necesidades de las comunidades, incluyendo las necesidades de salud. Este pacto resultó en 1.361 acuerdos a nivel nacional y regional. Entre otras cosas, estos acuerdos buscan fortalecer la APS. El Plan Colmena es un esfuerzo multisectorial e interinstitucional que permite identificar necesidades locales, tiene respaldo legal y proporciona la

planificación desde la comunidad hacia niveles superiores. Con base en el desarrollo de las políticas de salud pública, la consulta ciudadana generada por el “Pacto Bicentenario Cerrando Brechas” y los vínculos creados con la parte operativa del “Plan Colmena”, se determina que ha habido una mejora en los procesos de participación ciudadana, que es preciso fortalecer.

No hay información sobre la importancia relativa del financiamiento de la APS en torno a los gastos generales de salud, a pesar de que se afirma que Panamá tiene un sistema claramente definido para financiar la prestación de servicios de salud. Algunos entrevistados indican que el financiamiento para las actividades de APS es insuficiente.

Medida 2: Políticas de atención primaria de salud (II) - Liderazgo

Nivel de Progresión: 2 (Emergente)

El funcionamiento de la APS en Panamá se encuentra repartido en varias dependencias del Ministerio de Salud de la República de Panamá (MINSa), cada una de las cuales ha definido sus funciones en cuanto a la prestación de servicios. Por lo tanto, no existe una autoridad central definida para la dirección de la APS en Panamá, dado que existe fragmentación entre las dependencias. Tanto el nivel nacional como el distrital coordinan y toman decisiones sobre la prestación de servicios, incluida la APS. Sin embargo, a nivel subnacional (regional y local), la división de trabajo tomando en cuenta el liderazgo de la APS no está claramente definido. Cabe destacar que en los diferentes niveles de atención no hay información detallada sobre el presupuesto asignado a la APS. Aunque la mayoría de los informantes coinciden en que existe suficiente talento humano para fortalecer la APS, estas afirmaciones no están respaldadas por evaluaciones o evidencia documental.

Medida 3: Infraestructura de gestión de la calidad

Nivel de Progresión: 3 (Maduro)

La implementación de un sistema basado en la gestión de la calidad ha mejorado significativamente en Panamá. La Política Nacional de Salud

y Lineamientos Estratégicos 2016-2025 incluyen como una de sus metas la reducción de las brechas de acceso, junto con la mejora de la calidad y cobertura de los servicios. A pesar de esto, no existe una dirección general para la calidad; más bien, estas funciones están distribuidas en una serie de dependencias, como se especifica en el manual de funciones del MINSA.

En el año 2009 se creó el Observatorio de Calidad de la Atención en Salud (OCAS) con el fin de monitorear y dar seguimiento a la gestión del sector salud; sin embargo, este observatorio no está funcionando actualmente. Existe un fuerte deseo de mejorar la calidad a nivel nacional, regional, y local ya que Panamá cuenta con todos los componentes normativos necesarios para crear un modelo de gestión de la calidad. Los actores entrevistados también reportan que se está implementando una cultura de calidad. Existe espacio para mejorar con el diseño e implementación de un sistema de habilitación y acreditación de servicios, que ya se encuentra en marcha.

Medida 4: Responsabilidad Social (I)

Nivel de Progresión: 2 (Emergente)

Como resultado del ejercicio de consulta que generó el documento “Pacto Bicentenario Cerrando Brechas”, se identificaron necesidades de mejora en el país en varios ámbitos, incluyendo el de salud. A partir de este esfuerzo, se recibieron propuestas de las comunidades, se realizaron revisiones y análisis regionales y se generaron líneas de acción para la formulación de políticas públicas, incluidas las de salud. Hay varios sectores involucrados en la solución de problemas en materia de salud que participan de manera puntual en el desarrollo de las políticas. Sin embargo, la participación del sector privado, la sociedad civil y las ONG en la formulación de políticas de APS no está integrada en el desarrollo de las políticas de salud de manera sistemática y estructurada. La colaboración sigue siendo ocasional y enfocándose en problemáticas específicas. Las decisiones de política de salud se divulgan de manera sistemática para el despacho superior y al nivel distrital, pero no hay evidencia de que esto ocurra a nivel local.

Medida 5: Responsabilidad Social (II) - Acción Multisectorial

Nivel de Progresión: 2 (Emergente)

Existen grupos intergubernamentales que discuten temas de interés general como el de la pobreza. Sin embargo, no hay evidencia concluyente sobre el esfuerzo intersectorial con respecto a la APS dado que los roles dentro de los grupos intergubernamentales no están claramente definidos. Aunque no existen grupos intergubernamentales de APS, existe evidencia de planificación integrada intersectorial. Por ejemplo, hay una comisión intergubernamental y de la sociedad civil con respecto a la salud mental (informantes 9 y 25); aun así, estos esfuerzos son limitados y precisan fortalecimiento en torno a la APS.

Ajuste a las Necesidades de Salud de la Población

Medida 6: Vigilancia

Nivel de Progresión: 3 (Maduro)

El Sistema de Vigilancia en Salud Pública de Panamá (SISVIG) es una plataforma tecnológica para el seguimiento de eventos de notificación obligatoria que cuenta con un claro marco regulatorio. El SISVIG tiene cobertura nacional. Los eventos de notificación obligatoria pueden monitorearse, pero el proceso de análisis de información a nivel local tiene una funcionalidad limitada y depende fundamentalmente de datos administrativos. El sistema es digital desde hace 12 años, pero a nivel subnacional la información se registra todavía en papel. Los archivos electrónicos son el Sistema Electrónico de Información de Salud (SEIS) y el Sistema de Información en Salud (SIES), los cuales recopilan registros médicos y estadísticos. Cabe destacar que este sistema está conectado al Instituto de Salud Memorial Gorgas y al Tribunal Electoral para identificar la veracidad de datos, pero no es interoperable con otras plataformas o sistemas del MINSA. Con respecto al Boletín Epidemiológico Semanal, aunque los análisis de notificación e investigación de diferentes casos se realizan regularmente en el nivel regional, se han encontrado variaciones en la calidad de los análisis. Los análisis a nivel local son limitados.

Medida 7: Establecimiento de Prioridades

Nivel de Progresión: 2 (Emergente)

La Política Nacional de Salud y Lineamientos Estratégicos 2016-2025, así como otros documentos de Programa como el FORIS, demuestran el uso de datos de salud para la priorización. Los informantes entrevistados afirmaron que los datos de salud recopilados se utilizan de forma rutinaria para establecer prioridades de salud. Sin embargo, algunos afirman que este ejercicio no es exhaustivo. Según los informantes, la participación de las partes interesadas en la determinación de prioridades no es sistemática. Los planes se preparan a nivel local y se transfieren al nivel regional para su consolidación, antes de transferirse al nivel nacional para la formulación del presupuesto anual. A pesar de la naturaleza ascendente del ejercicio, el presupuesto está de hecho más asociado con su base histórica que con un estudio exhaustivo de las necesidades emergentes. Se enfatiza que la presupuestación regional es histórica y que el establecimiento de prioridades tiene un componente tanto técnico como político. Se informa que se adelanta un proceso de fortalecimiento de estos procesos de planeación a nivel local. No obstante, no hay documentación escrita que respalde esta afirmación.

Medida 8: Innovación y Aprendizaje

Nivel de Progresión: 2 (Emergente)

Los mecanismos para identificar, evaluar y ampliar las innovaciones exitosas se encuentran en nivel emergente, según todos los actores entrevistados. Los dos principales ejemplos de innovaciones que se han implementado y expandido en los últimos años son Programa FORIS y la tele consulta (la telemedicina está en desarrollo). El nivel de dedicación a la innovación y el aprendizaje de los grupos de interés es bajo y para algunos entrevistados es inexistente. Es más, no existen pruebas documentales de la participación de las partes interesadas en la innovación y el aprendizaje. No hay evidencia de escalamiento de innovaciones exitosas. Por tal razón,

la mayoría de las innovaciones se quedan sólo a nivel piloto. Otro ejemplo es el proceso de implementación y desarrollo del SEIS, que actualmente se rige por la Resolución 697 de 2016 y ha avanzado a partir de proyectos piloto, pero que aún no tiene cobertura nacional. No hay evidencia de que exista un proceso de evaluación de las innovaciones para posibilitar su expansión. Según el informante 11, los mecanismos para identificar, evaluar y escalar las innovaciones exitosas aún están en nivel naciente y con frecuencia dependen de campeones o relaciones individuales. El informante 1 afirma que estos mecanismos carecen de procesos sistematizados y de una estructura responsable para gestionar las innovaciones.

EJE 2. INSUMOS

Medicamentos y Suministros

Medida 9: Disponibilidad de medicamentos y consumibles esenciales

Nivel de Progresión: 3 (Maduro)

Todos los informantes coinciden en que la mayoría de los centros de salud cuentan con los medicamentos y consumibles esenciales, según su categoría, con una variación mínima (menos del 10%). El MINSA carece de un registro o evaluación para identificar el desabastecimiento de medicamentos esenciales para la APS, pero actualmente se está desarrollando un sistema para la gestión integral de medicamentos. Mientras tanto, se utilizan plantillas acordadas entre el MINSA y la Caja de Seguro Social (CSS) para determinar las necesidades asociadas al suministro de medicamentos. Las plantillas actuales realizan un seguimiento de información, así como la descripción de los medicamentos, el número de la ficha técnica de los productos, el consumo de medicamentos, entre otras cosas. Se utilizarán estas plantillas hasta que el Sistema Informático de Administración Logística de Medicamentos e Insumos (SALMI) esté completamente implementado.

La disponibilidad de medios de transporte para atender rápidamente las necesidades locales puede restringir los procesos de abastecimiento.

Aparte de esta limitante, los expertos consultados sobre este tema perciben que el desabastecimiento puede ser menor del 10% y excepcionalmente de 50%, particularmente en las zonas apartadas del país. Esto es dado a que la escasez de suministros es más común en zonas apartadas. Según el informante 29, a pesar de que el abastecimiento de medicamentos se realiza de manera centralizada, a veces la escasez de materia prima limita a los proveedores, retrasando la entrega de medicamentos.

Medida 10: Equipamiento básico

Nivel de Progresión: 3 (Maduro)

La mayoría de los centros de APS cuentan con los equipos básicos para brindar atención y la variación de disponibilidad de los equipos básicos en los centros de APS no es significativa (menos del 10%). Al menos el 90% de los centros de APS cuentan con las necesidades básicas para brindar atención, según todos los actores clave entrevistados. Sin embargo, no existe evidencia documental que corrobore esta afirmación. También se informa que la variación sobre la disponibilidad de equipos básicos en casi todos los centros de atención no es significativa pese a que no hay evidencia documental sobre este asunto.

El Reglamento Operativo para la Ejecución de los Convenios de Gestión con las Regiones de Salud es un documento que establece una serie de lineamientos para las entidades territoriales en materia de gestión de la calidad. Este documento indica que el Departamento Regional de Provisión de Servicios de Salud es la entidad encargada de garantizar la entrega oportuna a los proveedores de insumos y medicamentos para la provisión de la Cartera de Prestaciones Priorizadas (CPP), que corresponda suministrar al MINSA Regional. Dentro del documento también hay una sección que detalla el abastecimiento de medicamentos, equipos e insumos. De acuerdo con el reglamento, el proceso de provisión debe garantizar tanto la continuidad como la calidad. También se menciona que el Equipo de Gestión es responsable de mantener un adecuado abastecimiento de

insumos, medicamentos y materiales en los puestos de salud para brindar atención de calidad a los pacientes. Existe poca evidencia documental para esta medida.

Medida 11: Suministros de Diagnóstico

Nivel de Progresión: 3 (Maduro)

La mayoría de los centros de APS cuentan con todos los insumos necesarios para realizar pruebas diagnósticas y existe una variación moderada de suministros de diagnóstico entre áreas subnacionales y/o tipos de instalaciones. Aunque no existe documentación que lo respalde, todos los expertos consultados creen que la disponibilidad de insumos para diagnóstico oscila entre el 75% y el 90%, con una variación moderada en las zonas apartadas del país (30% a 10%). Cabe destacar que hubo mucha variación en esta disponibilidad durante la pandemia de COVID-19. Algunos informantes mencionan que especialmente durante la pandemia de COVID-19, se presentaron grandes desabastecimientos de insumos para diagnóstico debido a la escasez en las cadenas de suministro a nivel nacional e internacional. En lo relacionado con los lugares más alejados, el informante 27 informa que estas áreas cuentan con un suministro de insumos para apoyo de diagnóstico, las instalaciones con laboratorios tienen suministros adecuados y algunas otras instalaciones que no cuentan con laboratorios tienen acceso al sistema de correos de pruebas. Finalmente, aún no existe un sistema para monitorear el suministro de insumos críticos para el diagnóstico.

Infraestructura de las Instalaciones

Medida 12: Distribución de las Instalaciones

Nivel de Progresión: 1 (Naciente)

Se dispone de un censo de instalaciones de salud basado en registros administrativos, pero no se ha realizado una evaluación de la densidad y distribución de centros para la APS en el país. No existen metas documentadas para optimizar la densidad y distribución de estos centros

de APS para satisfacer las necesidades de salud de la población y no hay información sobre las acciones que se han tomado para satisfacer los objetivos. El documento “Listado de Establecimientos de Salud 2022” que presenta datos sobre el número de establecimientos que se encuentran operativos y los que no, es actualizado periódicamente por el Departamento de Registro y Estadísticas de la Dirección de Planificación del MINSA. El Listado de Establecimientos de Salud registra información sobre las instalaciones que están en funcionamiento y las que no están en funcionamiento. Para el cálculo de la densidad de establecimientos de salud se han tomado en cuenta los MINSA CAPSI de salud, centros de promoción de salud, poli centros de salud, centros de salud, subcentros de salud y puestos de salud operativos del MINSA. Existen 15 MINSA CAPSI de salud, 8 centros de promoción de salud y 6 poli centros de salud. Además, se registra información sobre los centros de salud, subcentros de salud y puestos de salud que están en funcionamiento y los que no están en funcionamiento. Hay un total de 189 centros de salud, de los cuales 187 están en funcionamiento y 2 no están en funcionamiento. Hay un total de 111 subcentros de salud, de los cuales 79 están en funcionamiento y 32 no están en funcionamiento. Hay 472 puestos de salud, de los cuales 330 están en funcionamiento y 142 no están en funcionamiento. En el momento de ese informe, en 2022, la red primaria contaba con un total de 801 instalaciones. Los actores entrevistados afirman que no se ha realizado ninguna evaluación de la distribución y disponibilidad de las instalaciones de salud. No existe evidencia documental que indique lo contrario. Por otro lado, se informa que se elaboró un Plan de Mejoramiento. Sin embargo, de acuerdo con el informante 14, los objetivos del plan solo se han cumplido parcialmente. No se ha realizado una evaluación de la cantidad y distribución de los establecimientos de APS—públicos y privados—existentes y necesarios por distrito o localidad. No existe evidencia documental que corrobore si se consideran los datos para la construcción y/o habilitación de nuevas instalaciones de salud y los presupuestos. Si bien se ha realizado un censo de instalaciones de salud, no se ha hecho ningún análisis de su distribución

y de la necesidad de fortalecer esta infraestructura. Cabe destacar que en algunos lugares no existe una infraestructura ya que se brindan servicios de salud en otros lugares (por ejemplo, en vez de brindar atención en una instalación de salud, se brinda atención en la casa privada del promotor de salud). En las instalaciones que no están en funcionamiento el desafío no es necesariamente que los servicios no se proveen. El mayor desafío es que los servicios a veces se proveen en instalaciones que no están apropiadamente designadas para proveer servicios. Como no existe un registro detallado, esta información no está disponible de manera sistemática. Este es un gran desafío para el monitoreo la calidad de los servicios en este ámbito.

Medida 13: Servicios de las Instalaciones

Nivel de Progresión: 3 (Maduro)

Más del 90% de las instalaciones cuentan con los servicios básicos que les permiten operar como instalaciones, sin embargo, hay variaciones en el país. Entre dos tercios y el 90% de los centros de APS cuentan con los servicios de electricidad, agua, saneamiento e internet. Se han instalado paneles solares en los centros más alejados. Consecuentemente, el acceso a Internet es difícil para los centros más alejados, particularmente en las comunidades indígenas. Con respecto a la variación de los servicios de las instalaciones, se evidencia una variación mínima de menos del 10%. Los entrevistados afirman que la variación de servicios es insignificante y corresponde a centros de APS situados en zonas alejadas, particularmente en zonas indígenas. No existe mucha evidencia documental que corrobore esta variación. De acuerdo con el informante 27, en las islas se utilizan generadores de capacidad limitada y en lugares más alejados no es posible mantener electricidad. Por otro lado, no existe ningún sistema de autorización que reporte el cumplimiento de los requisitos mínimos de funcionamiento en los puestos y centros de salud. No obstante, existe evidencia documental sobre puestos y centros de salud con acceso a internet. El Departamento de Registro y Estadística de Salud de la Dirección de Planificación de Salud publicó el documento “Indicadores Básicos de País” para el año 2019, el cual se encuentra disponible en la página

web del MINSA. Este documento contiene datos que muestran que el 97% de los hogares en la nación tienen acceso a agua potable. Estos datos ofrecen orientación sobre la disponibilidad de servicios básicos en las instalaciones de salud de todo el país.

Medida 14: Precauciones y Equipos de Seguridad Estándar

Nivel de Progresión: 3 (Maduro)

Más del 90% de los centros de atención cumplen con las precauciones y equipos de seguridad estándar establecidos, con variaciones mínimas, particularmente en zonas alejadas. No obstante, no existe evidencia documental que corrobore esta afirmación. El informante 30 recalca que los insumos de seguridad se adquieren a través de enfermería y del departamento médico-quirúrgico. Según el informante, este tipo de suministro es más constante ya que llega a través de varias rutas, ya sea por gestión local o a través de otros programas. De acuerdo con el informante 14, la mayoría de los centros de APS del país han establecido protocolos y herramientas de seguridad uniformes para brindar servicios de manera segura y así detener la propagación de enfermedades contagiosas. Según los informantes 23 y 24, se abastecieron todas las unidades durante la pandemia, sin embargo, no existe un documento oficial que permita evidenciar el grado de abastecimiento.

Sistemas de Información

Medida 15: Registro Civil y Estadísticas Vitales

Nivel de Progresión: 3 (Maduro)

La proporción (integridad) del número total de nacimientos reales que fueron registrados en el sistema de registro civil y estadísticas vitales de la nación en el último año oscila entre el 75% y 90%, según información proporcionada por el Departamento Nacional de Epidemiología. Por otro lado, la proporción (integridad) del número total de muertes reales que se registraron en el último año es superior al 90%. El Diagnóstico del Sistema de Información en Panamá de 2007 encontró que existen múltiples sistemas de

información operando de manera concurrente, existe falta de coordinación entre los departamentos encargados de producir estadísticas y existen restricciones en el uso de la información por temas de cobertura, calidad, puntualidad y confiabilidad. También hace falta un marco conceptual y regulatorio específico de las estadísticas de salud. No obstante, se dispone de información general sobre los procesos de registro civil y estadísticas vitales. De acuerdo con el informante 27, se imparte docencia en las áreas de mejoramiento del registro de defunciones que están bajo el control de los Registradores, personas contratadas por el Instituto de Estadística y Censos, con la intención de mejorar la calidad de los registros, nacimientos, defunciones, matrimonios y divorcios. De acuerdo con la Ley de Registro Civil que se encuentra en la gaceta No. 25902, La Dirección Nacional del Registro Civil tiene como mandato registrar y certificar nacimientos, matrimonios, defunciones, naturalizaciones y actos jurídicos relacionados con el estado civil. De manera similar, varios artículos de la ley enfatizan el valor de otorgar a las instituciones de salud la responsabilidad principal de crear los registros necesarios de forma oportuna.

Medida 16: Sistemas de Información de Gestión de Salud

Nivel de Progresión: 2 (Emergente)

Menos de la mitad de los Centros de Atención Primaria cuentan con sistemas de información para apoyar los trámites administrativos. Hay un sistema único, pero no es interoperable, ni interconectado. Menos de la mitad de los centros de APS cuentan con sistemas de información de apoyo a los procesos administrativos de forma digital. Los actores entrevistados coinciden en que la mayoría de los sistemas administrativos de información de salud se registran en papel. El Ministerio de Economía y Finanzas tiene disponible un software de presupuestación, pero sólo funciona a nivel nacional y regional, no a nivel local. Por ejemplo, según el informante 14, el SIREGE ISTMO es un sistema de compras que opera a nivel regional y no a nivel local.

Medida 17: Registros de Cuidado Personal

Nivel de Progresión: 3 (Maduro)

Se evidencia que existen los registros de cuidado personal que proporcionan un historial de salud longitudinal de los pacientes; sin embargo, los registros no están totalmente digitalizados. El SEIS incluye los elementos clave que deben tener en los registros integrales de cuidado personal: (i) identificación única del paciente (ID), (ii) listas de problemas, (iii) historial de cuidados y notas, (iv) listas de medicamentos y alergias, (v) referencias y resultados de las referencias y (vi) resultados de pruebas de laboratorio, radiología y otras pruebas. Esta información ha sido corroborada por los actores clave entrevistados. Los registros de HC están debidamente regulados en Panamá. La adopción de la HC electrónica ha avanzado progresivamente. El reporte final de 2021 indica que, de un total de 825 instalaciones del Ministerio de Salud, en 654 (79%) aún no se había implementado el Sistema Electrónico de Información de Salud (SEIS), con una tasa de cobertura de 21%. Informes más recientes indican que se ha avanzado en la instalación a 195 instalaciones (Cobertura de 23.6%). Este es un logro que ha implicado un gran esfuerzo, que debe continuar fortaleciéndose en cobertura y calidad, ya que los registros no están interconectados, ni son interoperables. Dado que los centros de APS totalmente digitalizados aún se encuentran en fase de implementación, existe una discrepancia en cuanto a su cobertura.

Fuerza Laboral

Medida 18: Densidad y Distribución de la Fuerza Laboral

Nivel de Progresión: 3 (Maduro)

La densidad de la fuerza laboral en Panamá se encuentra en nivel medio. Según OPS en 2019 la densidad era de 32,8 profesionales por 10.000 habitantes, lo cual supera la meta propuesta para la Región (25 por 10.000 hbs.), pero sigue en un nivel inferior a otros países vecinos. El análisis de la distribución de los recursos humanos en salud en Panamá revela una notoria desigualdad en la disponibilidad y distribución del personal de salud

entre los centros poblados y las zonas locales y comarcales apartadas. El promedio nacional de médicos y enfermeras (no incluyendo parteras) es de 20.6. La evidencia demuestra que el 15% de las provincias están por debajo del promedio. Consecuentemente, solo dos comarcas tienen una densidad menor al promedio nacional (20.6) de médicos y enfermeras (excluyendo a las parteras). Según el informante 11, aunque existe documentación sobre el número de médicos, enfermeras y parteras que ejercen en la actualidad, no hay suficiente densidad laboral para lograr una alta cobertura de los numerosos servicios de APS a los que se dirige la CUS. El informante 25 añade que la distribución del talento se ve muy obstaculizada dado una mayor concentración del talento humano en la capital y centros urbanos en comparación a las comunidades rurales e indígenas.

Medida 19: Aseguramiento de Calidad de la Fuerza Laboral de la APS

Nivel de Progresión: 2 (Emergente)

Panamá tiene un proceso de certificación bien definido para ocupaciones y profesiones relevantes a la APS, aunque se podría mejorar el cumplimiento de los estándares en la práctica. Existe una certificación de idoneidad que emite el Consejo Técnico de Salud y la Universidad de Panamá, quien administra un examen de suficiencia académica a todos los profesionales de salud. El proceso de certificación y recertificación de profesionales, especialistas y técnicos en el campo de la salud está establecido por la Ley 43 de 2004. Esta Ley pone en vigor la formación y funcionamiento de los Consejos Interinstitucionales de Certificación Básica y de Especialidad para todas las carreras profesionales, técnicas y de especialidad. Si bien es obligatorio para todos los profesionales cumplir con estas precondiciones para obtener la certificación, es opcional completar actualizaciones académicas cada cinco años para lograr una recertificación, para los profesionales que ya están en ejercicio. Cabe destacar que los procedimientos para certificar a personal extranjero están bien establecidos. La mayoría de los actores entrevistados indican que el sistema tiene capacidad suficiente para garantizar que el personal de APS tenga las credenciales necesarias. Hay

mucho margen para mejorar los mecanismos de supervisión de la calidad. El sistema tiene una capacidad limitada para garantizar que se cumplan los estándares de calidad en la práctica real. Se considera que se podrían fortalecer los procedimientos de certificación y capacitación de los equipos de APS. Existe una herramienta para evaluar la capacidad de desempeño, pero, a juicio de los expertos consultados, carece de objetividad y tiene problemas de aplicación.

Medida 20: Competencias de la Fuerza Laboral de la APS

Nivel de Progresión: 4 (Avanzado)

Los expertos consultados coincidieron en que Panamá ha definido un conjunto de servicios de APS, así como una lista de competencias para la fuerza laboral de APS. Estas competencias se han adaptado al contexto del país. Aunque no se han establecido estándares de educación basados en competencias relevantes para todas las ocupaciones de la fuerza laboral de APS, se han establecido competencias específicas necesarias para ofrecer el paquete de servicios y para todas las ocupaciones de la fuerza laboral de APS.

Los atributos de la APS están plasmados en documentos, pero debido a que los programas de salud están segmentados por grupos de edad y fragmentados, no se aplican operativamente de manera transversal a los programas. Los profesionales garantizan la continuidad, por lo que para cerrar esta brecha se ofrecen capacitaciones de cada programa. Estas capacitaciones son responsabilidad de las unidades docentes de cada región y de cada local. El MINSA cuenta con una división de capacitación en APS tanto a nivel regional como a nivel hospitalario. Existe una comisión de regulación dentro del MINSA que se enfoca en el registro de médicos internos y residentes y profesionales médicos en formación. Sin embargo, actualmente ninguna entidad supervisa la continuación de la formación de los profesionales de la salud. Las competencias profesionales se establecen en las normas de atención. Cada cuatro o cinco años se modifican las

normas. Para ello se realiza un encuentro nacional donde expertos revisan y actualizan las normas tomando en consideración los avances técnicos de ese momento.

Medida 21: Trabajadores Comunitarios de Salud

Nivel de Progresión: 2 (Emergente)

La responsabilidad principal de los trabajadores comunitarios (TC) es llevar a cabo actividades de divulgación proactivas para satisfacer las necesidades de salud de la población local. Por ejemplo, existen las ocupaciones de Promotores de Salud, Educadores de salud, Técnicos de Saneamiento Ambiental y Asistentes de Salud en el país. Las parteras tradicionales, que trabajan principalmente en comunidades indígenas, si bien existen en todo el país, están excluidas de esta categoría porque no son personal oficial del MINSA. Las parteras ofrecen servicios esenciales en sus áreas, pero se consideran personal comunitario voluntario. Los actores entrevistados coinciden en que los TC cumplen con todos los criterios, entrenamiento y acreditaciones necesarios para brindar un conjunto de servicios de salud preventivos, promocionales y curativos (cuando corresponda), adaptados a la población local. Algunos Promotores de Salud están empleados formalmente, mientras que otros trabajan voluntariamente y algunos de ellos reciben algún estipendio para promocionar programas de salud (FORIS, PACO y CONTIGO). Cabe recalcar que no todos los trabajadores comunitarios son remunerados. Los informantes reportan que los TC tienen supervisores asignados y que se consideran totalmente integrados al sistema de salud. Los equipos comunitarios elaboran informes sobre las actividades tomadas en su ámbito de influencia. Sin embargo, no contribuyen activa y sistemáticamente en alimentar la recolección y análisis de datos de los sistemas de información. Existe preocupación sobre cómo se incorporarán estos trabajadores a los sistemas de información en las comunidades rurales e indígenas.

Fondos

Medida 22: Presupuestos de Instalaciones

Nivel de Progresión: 1 (Naciente)

La presupuestación en el sistema de salud panameño se realiza a nivel central o regional, no a nivel local. En las instalaciones de APS, algunos fondos provenientes de medicamentos se recaudan y utilizan de conformidad con lo que se acuerde en la junta local. Sin embargo, los centros APS reciben su presupuesto operativo de acuerdo con lo que establezca el nivel central, teniendo en cuenta necesidades previamente identificadas y disponibilidad de recursos. Según los informantes 7 y 8, las estimaciones de los centros de APS sólo incluyen detalles de facturación, cobertura de seguros y otros costos relacionados a la cobertura financiera de cada paciente. La presupuestación tradicionalmente es histórica.

Medida 23: Sistema de Información Financiera

Nivel de Progresión: 1 (Naciente)

Los sistemas de información financiera operan a nivel central o regional, no a nivel local. Dado que la gestión financiera se maneja a nivel regional, los actores entrevistados coinciden en que la mayoría de los centros de APS carecen de un sistema de información financiera. Los ejercicios de presupuestación solamente se realizan en el nivel central y regional, no a nivel local. En los centros de APS se recaudan algunos fondos provenientes de medicamentos, que se invierten conforme lo determina una junta local. Aunque se informa de avances para descentralizar el proceso, en la práctica los centros de atención primaria reciben su presupuesto de funcionamiento, conforme lo establezca el nivel central o regional.

Medida 24: Remuneración**Nivel de Progresión: 4 (Avanzado)**

Los actores clave entrevistados del nivel nacional y subnacional informan que los honorarios, salarios y prestaciones que recibe el personal que trabaja en los centros de APS públicos y privados se considera altamente estable. Con respecto a la puntualidad de remuneración del personal de APS, la puntualidad se calificó como siempre a tiempo. Con excepción de honorarios adicionales como horas extras, se considera que la remuneración es muy predecible. Para todos los niveles del Estado, los pagos se realizan simultáneamente. Cabe destacar que los salarios de cada profesional de salud son información pública.

EJE 3. PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

Gestión de la Salud de las Poblaciones

Medida 25: Establecimiento de Prioridades Locales**Nivel de Progresión: 2 (Emergente)**

Se evidencia un porcentaje moderado (51-75%) de unidades subregionales que recopilan y utilizan datos para traducir eficazmente las políticas nacionales y/o subnacionales en prioridades locales de APS y planes de acción estratégicos al menos una vez al año. La participación de las comunidades y los líderes locales en la interpretación de datos y el establecimiento de prioridades es mínima. De acuerdo con el informante 10, el Sistema de Monitoreo Estratégico del Plan Nacional de Salud (SIMEPLANS), herramienta utilizada por la Dirección de Planificación, permite el registro de las actividades a realizar, lo que facilita la planificación estratégica y la planificación por resultados. La mayoría de los centros de APS utilizan la metodología del Análisis de la Situación de Salud (ASIS) para los ejercicios de recolección y análisis de información, pero como la presupuestación, en general, es histórica, esto no resulta en acciones específicas de intervención e inversión. Según el informante 10, los documentos de ASIS, que están

disponibles en el sitio web del MINSA, toman en cuenta la participación comunitaria, pero esta es limitada o se restringe a programas como la prevención del VIH, por ejemplo. El informante 1 recalca que a nivel regional se les informa a las comunidades sobre los datos pertinentes y las prioridades resultantes, pero se les da poca oportunidad de ofrecer sugerencias para el fortalecimiento de las intervenciones de APS en su localidad. Es necesario fortalecer el funcionamiento de los Comités Locales de Salud para mejorar la planeación de la APS y mejorar eficiencia en el uso de los recursos.

En la EEC es clave la participación en las convocatorias y en las actividades de promoción conjuntamente con los educadores de la salud.

Medida 26: Participación de la Comunidad

Nivel de Progresión: 2 (Emergente)

Entre el 25-50% de unidades subregionales solicitan regularmente aportes locales sobre el diseño, financiamiento, gobernanza e implementación de APS de diversos miembros de la comunidad y el impacto de la participación de la comunidad en la forma en que se estructuran y entregan los servicios es mínima. Los informantes clave consultados a nivel regional y local mencionan que existen diversos programas del MINSA que crean una estructura organizacional comunitaria donde hay evidencia de participación en la toma de decisiones; sin embargo, estos programas se implementan en localidades particulares, carecen de alcance nacional y no cubren más del 30% de las unidades subregionales. Por ejemplo, según el informante 25, no hay impacto alguno de la participación en el diseño y organización de la prestación de servicios de APS porque menos del 25% de las comunidades a nivel urbano, rural o regional son tomadas en cuenta para contribuir al diseño, financiamiento o implementación de la APS. Según el informante 9, todos los centros de salud deberían tener una junta de salud local y un comité de salud nacional, sin embargo, esto no se incentiva. El informante 20 añade que, dado que la planeación de la

atención es un proceso institucional, la representación de la población en este es mínima.

Medida 27: Panelización de la población (Sectorización)

Nivel de Progresión: 2 (Emergente)

El diseño del Sistema de Salud Panameño, siguiendo mandatos constitucionales y legales, prevé que todas las personas pueden acceder a los servicios públicos de salud en cualquier parte del territorio nacional. Por lo tanto, en principio, en Panamá no existe asignación de un proveedor específico de servicios de salud como punto de entrada al sistema, lo que se denomina panelización de la población. En tal virtud los actores clave consultados informaron que menos de la mitad de la población está asignada a un proveedor específico, equipo de atención o centro y no existe evidencia clara sobre la frecuencia con la que se actualiza la información de pacientes, toda vez que los pacientes pueden elegir y cambiar de instalación/proveedor según su preferencia o necesidad.

En la estrategia FORIS se realiza un ejercicio de sectorización, pero su cobertura a nivel nacional es limitada (menos del 30% de la población). El programa FORIS de gestión poblacional realiza la nominalización del registro de atención de las personas, permitiendo identificar grupos etarios y condiciones de salud para planificar la longitudinalidad de las acciones de salud. Sin embargo, este ejercicio sólo tiene alcance en las zonas comarcales y en áreas rurales de acceso limitado; no se implementa a nivel nacional de la red primaria. Los grupos poblacionales se actualizan frecuentemente en programas o estrategias que utilizan la sectorización, como FORIS y en el seguimiento de pacientes del programa ampliado de inmunizaciones, control de tuberculosis, VIH/SIDA, e hipertensión arterial, entre otros. Más allá de estos programas específicos, no existe evidencia convincente sobre la asignación de los pacientes para seguimiento y control.

Medida 28: Aproximación Proactiva a la Población

Nivel de Progresión: 2 (Emergente)

Los actores clave entrevistados informan que entre el 25-50% de las unidades subregionales proporcionan asistencia proactiva a la población de acuerdo con las necesidades y prioridades locales de salud y más del 75% de las unidades subregionales tienen registros para identificar a los pacientes relevantes para el alcance proactivo (pacientes con VIH/TB; pacientes con ENT; mujeres embarazadas; geografías vulnerables, etc.). Los informantes clave indican que los centros de atención ofrecen planes para un enfoque proactivo de los servicios de salud para toda la población, especialmente para pacientes con ECNT. Hay inconsistencias sobre la cobertura en los informes, tampoco hay evidencia documental que sustente claramente estas afirmaciones. Varios informantes coinciden en que la pandemia incentivó el uso de estrategias de tele consulta y tele diagnóstico, aprovechando experiencias anteriores realizadas en 2016 y 2017. En algunos programas específicos se elaboran listados de pacientes, sin embargo, este mecanismo de identificación de la población a través de listas de usuarios relevantes no está institucionalizado.

Organización y Gestión de Instalaciones

Medida 29: Organización de Cuidado en Equipo

Nivel de Progresión: 3 (Maduro)

Existe una cultura de trabajo en equipo en la mayoría de las instituciones de salud. El 51-75% de los proveedores de APS trabajan como parte de un equipo en instalaciones o redes de atención primaria (si los equipos se dividen en ubicaciones físicas). No obstante, el Reglamento Operativo del FORIS especifica que para la implementación de la Estrategia de Extensión de Cobertura (EEC) en las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) se requiere el conocimiento de la estructura organizacional regional del MINSA y una comprensión clara de los roles de los actores involucrados en el establecimiento de los mecanismos constantes de interacción.

Medida 30: Dirección y Capacidad de Gestión de Instalaciones

Nivel de Progresión: 1 (Naciente)

Entre el 25-50% de los centros de APS están dirigidos por un gerente que tiene capacitación oficial en administración. Los informantes clave especialmente destacaron que menos del 25% de los gerentes en CAPS reciben revisión anual sobre sus capacidades de gestión y desempeño. Según los informantes 16, 17 y 18, el rol de gerente puede ser asumido por médicos o eventualmente por otro profesional de salud con formación en salud pública. El informante 29 destaca que muchas veces los médicos no tienen interés de ser gestores de servicios porque no hay incentivos adecuados.

Medida 31: Uso de Sistemas de Información

Nivel de Progresión: 2 (Emergente)

La mayoría (51-75%) de los centros de APS tienen personal capacitado para el uso de sistemas de información y utilizan rutinariamente sistemas de información para capturar y reportar datos completos de pacientes y datos de instalaciones de manera oportuna. Sin embargo, se informa que solo entre el 25-50% de los centros de APS utilizan rutinariamente sistemas de información para llevar a cabo actividades de mejora de la calidad. SIREGES, el sistema de FORIS, tiene un alcance de alrededor del 30% de la población, mientras que otros sistemas como REGES y SEIS aún tienen restricciones de implementación. Es importante comprender esto al pensar en el uso del sistema de información porque muchos establecimientos en zonas alejadas del país carecen de acceso a Internet. La capacidad de utilizar sistemas de información de forma regular es variable. Se cuenta con un proceso mínimo de supervisión mensual para demostrar la exactitud de los datos y la producción de informes para la toma de decisiones. Cada semana se elabora un informe sobre

enfermedades infecciosas que permite activar las alertas necesarias. Debido a algunas restricciones de acceso a Internet, los datos se generan y gestionan incluso en formato físico y se recopilan en USB o discos duros externos para transmitir la información. Los informantes clave destacaron que el porcentaje de centros de APS que utilizan sistemas de información para llevar a cabo actividades de mejora de la calidad es variable, y que se puede clasificar como mínima o moderada en el nivel local.

Medida 32: Medición y Gestión del Desempeño (I)

Nivel de Progresión: 2 (Emergente)

La mayoría (51-75%) de los centros de APS utilizan indicadores de rendimiento establecidos para la APS y realizan un seguimiento rutinario de estos indicadores de rendimiento. Solo entre el 25-50% de los centros de APS han documentado trabajos de mejora de la calidad vinculados a áreas de bajo rendimiento. En cuanto al porcentaje de centros de APS que utilizan indicadores de desempeño, existen diferencias entre los actores entrevistados. El director de la instalación está a cargo de evaluar periódicamente el desempeño de los empleados y realizar una evaluación anual. Desde el nivel central existe un sistema de seguimiento a través de auditorías de expedientes para evaluar el cumplimiento de las normas y protocolos de atención; No obstante, esta información no siempre se refleja en acciones de mejora de la calidad. A través del DME, el DPSS realiza visitas recurrentes para monitorear los programas y producir informes, que luego se entregan a las Direcciones Regionales de Salud para que así puedan tomar medidas de mejoramiento y difundir información entre los funcionarios para promover cambios al nivel local. Los actores clave entrevistados tienen divergencia sobre la proporción de centros de APS que realizan trabajos de mejora de la calidad. No existe evidencia documental al respecto.

Medida 33: Medición y Gestión del Desempeño - Supervisión de Apoyo (II)

Nivel de Progresión: 4 (Avanzado)

Más del 75% de los centros de APS implementan o reciben supervisión de apoyo al menos una vez al año. Según el informante 14, la dirección hace auditoría de procesos y lo hace al nivel regional. El marco FORIS contiene informes de seguimiento y evaluación; durante el período de pandemia se detuvo, pero hay registros de períodos anteriores. Las herramientas de seguimiento y evaluación de las estrategias FORIS, CONTIGO y PACO están compuestas por alrededor de 30 documentos, entre los que se incluyen listados de promotores, comités comunitarios organizados, censos de hogares, planes de acción de respuesta comunitaria, matriz de avance y reporte de nudos críticos, así como como un registro de beneficiarios desglosado por grupo (incluyendo mujeres embarazadas y niños).

Durante la Pandemia las visitas de campo a los equipos de salud disminuyeron, sin embargo, el seguimiento fue realizado mediante las herramientas con que cuenta el programa, tales como evaluaciones de rondas. Incluso se realizó la Auditoría Técnica Externa del periodo 2020-2021. En esta auditoría se evalúa el expediente clínico y se hace auditoría de los procesos administrativos y financieros.







MINISTRAT... AND CLINICS

