

**Consultoría**  
**Para el Análisis de Políticas, Normas y Protocolos de Atención en Salud en**  
**Panamá para las Intervenciones de la Iniciativa SM2015**  
PN-G1001 – PN-L1068 – PT-1088

**Consolidación de los Productos Entregados**

**Jamilet Gina Román**  
**Consultora Nacional**

**agosto 2011**

## Contenido

<b>Resumen Ejecutivo .....</b>	<b>4</b>
<b>I. Antecedentes.....</b>	<b>9</b>
<b>II. Contexto .....</b>	<b>9</b>
A. Descripción geográfica y política.....	9
B. Caracterización de la sociedad .....	10
C. Panorama económico.....	11
<b>III. Análisis de políticas, normas y protocolos vigentes a nivel nacional y local en materia de salud y propuestas para su mejoramiento y efectividad .....</b>	<b>12</b>
A. Marco legal .....	12
B. Marco Conceptual del Marco Legal en Salud .....	12
<b>IV. Identificación del marco legal vigente que rige al sector salud de Panamá: leyes, decretos y procesos de creación de leyes, normas, directivas, reglamentos y protocolos; así como las instituciones involucradas. Breve análisis de la funcionalidad del proceso. 14</b>	<b>14</b>
A. Marco Legal de Configuración del Sector Salud de Panamá.....	14
B. Marco legal institucional del MINSA .....	22
1. La Salud en el Plan Estratégico de Gobierno 2010 – 2014.....	22
2. Políticas y Estrategias de Salud 2010-2014 .....	24
3. Normativa legal para la provisión de servicios de salud a la población .....	24
<b>V. Análisis de las disposiciones legales vigentes con las cuales de manera directa e indirecta se orientan las decisiones de política pública en salud. ....</b>	<b>38</b>
A. Análisis de escenarios formales así como también los canales no formales en la implementación y desarrollo de las políticas públicas para la salud. ....	41
B. Identificación y sugerencias de algunos ajustes y/o reformas legales para la normatividad técnica y políticamente viables .....	43
<b>VI. Intervenciones de la Iniciativa SM2015.....</b>	<b>47</b>
A. Salud materna, sexual-reproductiva y neonatal.....	47
1. Verificar si para el tema de salud materna, sexual-reproductiva y neonatal se toma en cuenta para los protocolos o guías de práctica de atención: i) la medicina basada en evidencias con la mejor evidencia científica disponible y; ii) estudios costo efectividad o costo beneficio de las intervenciones (nacionales y/o internacionales). ....	47
2. Salud materna: revisar y analizar las políticas específicas, normas y protocolos dirigidos a la atención obstétrica de emergencia, y el manejo activo de la tercera fase del trabajo de parto para prevenir la hemorragia posparto, reducir la mortalidad materna ocasionada por eclampsia, reducir la mortalidad materna ocasionada por infección posparto y para reducir la mortalidad materna ocasionada por aborto séptico, u otras causas asociadas a la mortalidad materna, en el marco de la atención a la salud materna. ....	48
B. Salud neonatal: Revisar y analizar de las normas relacionadas con el paquete de atención esencial para el recién nacido y el paquete de atención de emergencia para el recién nacido. ....	53
1. Políticas y directrices sobre la salud de la madre y del recién nacido.....	57
C. Salud sexual y reproductiva (planificación familiar): Revisar y verificar a nivel de las normas y disposiciones de salud si estas permiten efectivamente implementar servicios de calidad de planificación familiar para adolescentes, garantizar el acceso a los servicios de por lo	

menos seis métodos anticonceptivos en puestos de salud, garantizar el acceso libre, informado y voluntario a la vasectomía en hospitales y centros de salud acreditados, a la asesoría y servicios de anticoncepción posteriores al parto o a un aborto, de conformidad con las políticas de fortalecimiento de la atención en salud sexual y reproductiva.....	58
1. <i>Analizar si las políticas y normativas vigentes apuntan a una integración/articulación del pilar de salud materna, neonatal y sexual-reproductiva</i> .....	60
D. Vacunación.....	62
1. <i>Revisar y verificar las políticas y normatividad para fortalecer el marco legal para la vacunación como derecho humano: leyes para asignar financiamiento para vacunas y las responsabilidades ESPECÍFICAS del estado.</i> .....	62
E. Nutrición:.....	65
1. <i>Revisión y análisis de las intervenciones de la suplementación con hierro y ácido fólico y el fortalecimiento de los programas nacionales de fortificación en mujeres embarazadas, de la alimentación complementaria a través de la distribución de alimentos complementarios fortificados con micronutrientes para niños de 6-23 meses de edad de forma universal, manejo clínico dado a desnutrición aguda severa. Verificar si para el tema de Nutrición se toma en cuenta para los protocolos o guías de práctica de atención: i) la medicina basada en evidencias con la mejor evidencia científica disponible y; ii) estudios costo efectividad o costo beneficio de las intervenciones (nacionales y/o internacionales).</i> .....	66
VII. <b>Análisis Vinculante MINSA e Intervenciones Iniciativa SM2015 Conjunto de Prestaciones ofrecidas por el MINSA en el Primer Nivel de Atención y que corresponden a las identificadas por SM2015 y los Planes Maestros como costo-efectivas y sujetas a financiamiento</b> .....	72
VIII. <b>Consideraciones</b> .....	89
IX. <b>Comentarios Finales</b> .....	96
X. <b>Bibliografía</b> .....	97
XI. <b>Anexos</b> .....	98

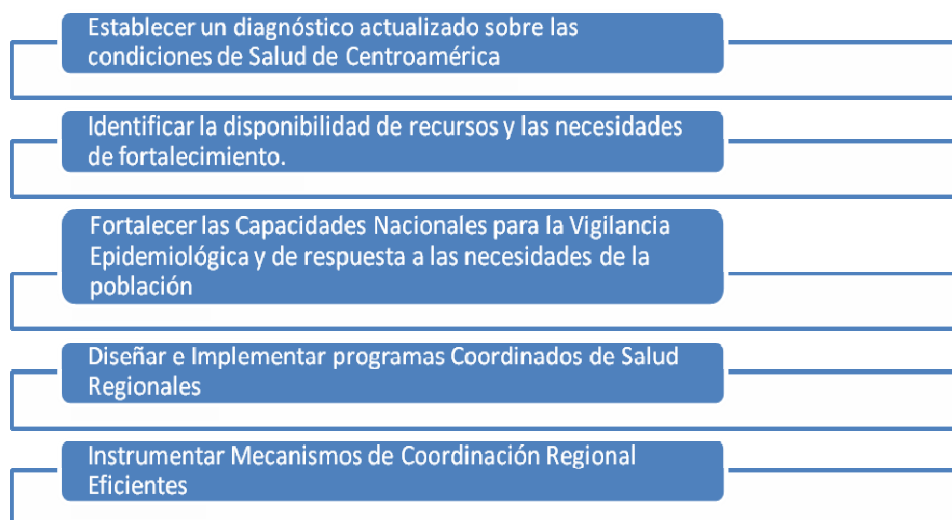
## RESUMEN EJECUTIVO

**Antecedentes**

El Sistema Mesoamericano de Salud Pública (SMSP) nace con el objetivo de incrementar el financiamiento y consolidar la cooperación técnica horizontal en materia de salud de la región. Para lo cual se propone, que este se constituya como un consorcio de instituciones académicas, de investigación y de desarrollo en salud pública, con el apoyo institucional de los Ministerios de Salud de los países de la región mesoamericana.

El SMSP funcionará como mecanismo de coordinación y desarrollo de actividades de cooperación multilateral en salud en Mesoamérica, dentro del Marco de la Iniciativa Mesoamericana, anterior Plan Puebla Panamá (PPP) y todo el Sistema de Integración Centroamericana.

En este marco de referencia surge el Instituto Mesoamericano de Salud Pública (IMSP), como una necesidad del SMSP para su correcto desarrollo y funcionamiento; el cual recurre a este como un organismo coordinador enmarcado dentro de todo el Sistema, que permita:



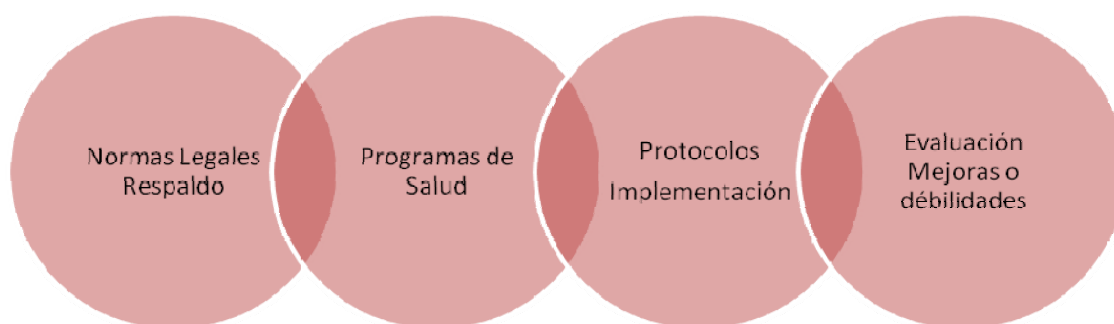
El IMSP será un espacio para la formulación, implementación y evaluación de proyectos regionales de salud. Cuyo objetivo general es fortalecer la capacidad técnico-científica en la región centroamericana para responder a las necesidades regionales de salud a través de la investigación, la enseñanza y el servicio en salud pública. Este se enfocará en la producción regional de bienes públicos regionales o bienes de salud individual de alto valor social.

Bajo esta perspectiva se propone la presente consultoría con el objetivo de realizar un **análisis vinculante** de políticas, normas y protocolos pertinentes para las intervenciones

de: (i) la Iniciativa Salud Mesoamérica 2015: salud integral de la mujer y del recién nacido (salud sexual reproductiva, materna y neonatal), atención integral a niños menores de 5 años (salud infantil, nutrición y vacunación) y dengue y malaria y (ii) del Préstamo de Fortalecimiento de los Servicios de Salud.

### Proceso de Implementación de estrategias de salud en Panamá

Como bien establecen los lineamientos de **la Iniciativa SM2015**, se esboza a continuación un análisis esquemático, que refleja la vinculación sistemática que debe existir entre los diferentes programas de salud, desde su normativa, su implementación, su evaluación y su retroalimentación. Este proceso deberá corresponder a una lógica secuencial, que nos permita evidenciar si las estrategias en salud pueden ser sujetas a medición.



### Normativa

Panamá, cuenta con un extenso marco legal en salud, con una amplitud de leyes y normas que rigen la salud en el territorio nacional. Por lo general, estas se enfocan en su quehacer vinculado a su función normativa y la de provisión de los servicios de salud. Sin embargo existen lagunas, conflictos e inconsistencias (donde el rol conductor y regulador del MINSA es compartido por otras instancias que han sido creadas por leyes) entre las diferentes partes que dan forma al marco legal en salud.

Como se observa en los productos de la presente consultoría que a la fecha se han entregado, existe una normativa para cada uno de los programas que se han analizado. Programas que son sensitivos e importantes para el MINSA desde el inicio de su creación y los cuales son mencionados en la carta magna - la Constitución Nacional y el Código Sanitario.

En la actual estructura organizativa del MINSA se pueden ubicar los programas nacionales de salud, los cuales cuentan algunos, con guías y/o protocolos de atención, sin embargo, **gran parte de la información** no está actualizada e institucionalizada, lo que dificulta la obtención oficial de primera mano.

En ese sentido, se puede mencionar que existe una normativa la cual conlleva un proceso de actualización y revisión, que resulta lento y complejo desde el inicio (revisión) hasta su publicación final. Una vez actualizada la Norma, el proceso de la divulgación y capacitación se complica aún más, fundamentalmente por la falta de presupuesto (viáticos y la edición de documentos); el MINSA a pesar de estas limitantes, utiliza los medios digitales y la WEB para difundir las normativas, pero al no contar con la supervisión de los jefes de programas, es poco probable que se verifique si la norma se aplica correctamente, y peor aún que los técnicos en salud conozcan de los últimos cambios en la misma.

Sin embargo, sin una adecuada divulgación y capacitación a los diferentes niveles de atención no es posible una adecuada implementación y operativización de las mismas.

### **Programas de Salud**

Los programas de salud con mejor gestión, son aquellos que tienen un **componente de financiación externo y de apoyo técnico**. Los Objetivos del Milenio, han marcado una ruta crítica que ha permitido la mejor disponibilidad de recursos y por ende, de la incorporación de estrategias vinculantes en los planes de salud y de gobierno, por consiguiente se cuenta con estudios, análisis, monitoreo y en algunos casos, evaluaciones de las intervenciones realizadas.

Estos últimos, los podemos encontrar en la Oficina de proyecto del BID del MINSA, ya que ellos monitorean los desembolsos a las ONG'S, las cuales prestan sus servicios en los PAISS, que es una estrategia de ampliación de cobertura en áreas de difícil acceso, que contiene un grupo de servicios dirigidos al niño, la mujer embarazada y al ambiente (dengue y Malaria). Actualmente, existe un monitoreo de estas acciones, las cuales están documentadas en los informes de los proveedores y los supervisores de estas actividades.

Sin embargo, existen comentarios por parte del personal de salud, que estas auditorías no se realizan con la exhaustividad que se requiere, ya que la entrega del informe está vinculada con el desembolso de los pagos programados a estas ONG'S y la demora de los mismos puede afectar la ejecución del proyecto.

En cambio, la realidad de los proveedores de salud institucionales es otra, ya que al no contar con recursos disponibles para capacitar, vigilar y monitorear la aplicación de las normas en las diferentes instalaciones de salud del nivel primario y hospitalario, no se genera los informes con regularidad, con lo cual se dificulta la orientación oportuna y los ajustes pertinentes.

Solo para tener una idea, en las Regiones de Salud existe un personal contraparte de los Programas de Salud, según sea el caso, Materno Infantil, Salud del Adulto, PAI, etc.; estos son los llamados a divulgar los ajustes a las normas y entregarlas en cada una de las instalaciones de salud, pero éstos a su vez no cuentan con presupuesto asignado para

llevar a cabo todo este proceso y deben cumplir con otras asignaciones inherentes a la Región de Salud a la cual pertenecen.

### Protocolos de Atención e Implementación

Se ha evidenciado en el transcurso de esta consultoría, que aquellas normas actualizadas han contado con un apoyo técnico de organizaciones internacionales (OPS, UNFPA, BID, otros), como también para su edición y divulgación.

En ese sentido presentamos un resumen de estas revisiones. Ver Cuadro 1

**Cuadro No.1**

Resultado de la Revisión de los Programas de Salud Iniciativa Mesoamericana. Panamá 2011					
Programa de Salud	Normativa Vigente	Evaluación de la Norma	Capacitación del Personal de salud	Implementación	Retroalimentación
Materno Infantil	Sí, Actualizada en el año 2009	Basada en la Evidencia Nacional NO	Nivel Central SI	Oportuna NO	Solo se llevan Evaluaciones esporádicas, no programadas, si acaso una vez al año
		Costo Efectividad NO	Nivel Regional SI parcial	Lenta SI	
		Costo Beneficio NO	Nivel Local NO		
Programa de Nutrición y Suplemento Nutricional	Sí, La normativa existe desde 1947 (Codigo Sanitario) y se cuenta con planes del 2,000, actualizados en el 2008 y con líneas estratégicas hasta el 2014	Basada en la Evidencia Nacional SI	Nivel Central SI	Oportuna SI	El PAC cuenta con un sustancial apoyo económico nacional a partir del 2004 hasta la fecha. Acciones Coordinadas facilitan los procesos de supervision y monitoreo.
		Costo Efectividad NO	Nivel Regional SI	Lenta NO	
		Costo Beneficio SI	Nivel Local SI		
Programa Ampliado de Vacunacion. PAI	Sí, La normativa es del 2007, 2009 recién actualizada	Basada en la Evidencia Nacional NO	Nivel Central SI	Oportuna SI	Llevar a cabo campañas masivas de vacunación y en alerta sanitaria (H1N1) se activan los procedimientos para evaluar las intervenciones. Cuentan con Apoyo técnico y económicos para medir las intervenciones de cobertura principalmente.
		Costo Efectividad NO	Nivel Regional SI	Lenta NO	
		Costo Beneficio NO	Nivel Local SI		
Fuente: Elaborada por la Consultora					

### Evaluación y Mejoras

El MINSA aunque tenga limitaciones presupuestarias para hacer las evaluaciones en las diferentes instalaciones de salud, genera algunos informes que detallan el uso y la aplicación de los procedimientos listados en los protocolos de atención. En ese sentido, se llevan a cabo auditorias de expedientes clínicos del paciente (Normas y tarjetas de vacunas) y se puede observar un índice de calidad muy bajo, los cuales denotan la ausencia de datos y el manejo inadecuado de los pacientes o usuarios de los servicios, con relación a la norma o procedimiento. Ver Cuadro 2

Cuadro No. 2

MINISTERIO DE SALUD		
DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD		
DEPARTAMENTO DE MONITOREO Y EVALUACIÓN		
CLASIFICACIÓN DE LOS CRITERIOS, SEGÚN PROCESOS DE ATENCIÓN		
AUDITORIA 2010.		
RESUMEN		
GRUPO POBLACIONAL	Indice total de Calidad	Rango de Calidad
		1: Calidad Total; 0.5 hacia abajo mala calidad
Recién Nacido	0.8517	+
Niños Menores de un año	0.7236	+
Niños de 1 a 5 Años	0.5431	-
Adolescentes	0.4772	-
Embarazadas	0.6594	-
Puérperas	0.5772	-
Adultos de 20 años y más	0.4676	-
Diabéticos	0.4468	-
Hipertensos	0.5062	-
Hipertensos con diabetes asociada	0.4589	-
Trabajadoras comerciales del Sexo	0.6825	-
Pacientes con Tuberculosis	0.7074	+
Fuente: MINSA		

## I. ANTECEDENTES

El Sistema Mesoamericano de Salud Pública (SMSP) nace con el objetivo de incrementar el financiamiento y consolidar la cooperación técnica horizontal en materia de salud de la región. Para lo cual se propone, que este se constituya como un consorcio de instituciones académicas, de investigación y de desarrollo en salud pública, con el apoyo institucional de los Ministerios de Salud de los países de la región mesoamericana.

El SMSP funcionará como mecanismo de coordinación y desarrollo de actividades de cooperación multilateral en salud en Mesoamérica, dentro del Marco de la Iniciativa Mesoamericana, anterior Plan Puebla Panamá (PPP) y todo el Sistema de Integración Centroamericana.

En este marco de referencia surge el Instituto Mesoamericano de Salud Pública (IMSP), como una necesidad del SMSP para su correcto desarrollo y funcionamiento; el cual recurre a este como un organismo coordinador enmarcado dentro de todo el Sistema, que permita:

- Establecer un diagnóstico actualizado sobre las condiciones de salud de Centroamérica.
- Identificar la disponibilidad de recursos y las necesidades de fortalecimiento.
- Fortalecer las capacidades nacionales para la vigilancia epidemiológica y de respuesta a las necesidades de la población.
- Diseñar e implementar programas coordinados de salud regionales.
- Instrumentar mecanismos de coordinación regional eficientes.

El IMSP será un espacio para la formulación, implementación y evaluación de proyectos regionales de salud. Cuyo objetivo general es fortalecer la capacidad técnico-científica en la región centroamericana para responder a las necesidades regionales de salud a través de la investigación, la enseñanza y el servicio en salud pública. Este se enfocará en la producción regional de bienes públicos regionales.

Bajo esta perspectiva se propone la presente consultoría con el objetivo de realizar un análisis vinculante de políticas, normas y protocolos pertinentes para las intervenciones de: (i) la Iniciativa Salud Mesoamérica 2015: salud integral de la mujer y del recién nacido (salud sexual reproductiva, materna y neonatal), atención integral a niños menores de 5 años (salud infantil, nutrición y vacunación) y dengue y malaria y (ii) del Préstamo de Fortalecimiento de los Servicios de Salud.

## II. CONTEXTO

### A. DESCRIPCIÓN GEOGRÁFICA Y POLÍTICA

Situada en Centroamérica, Panamá limita al Norte con el Mar Caribe, al Sur con el Océano Pacífico, al Este con la República de Colombia y al Oeste con la República de Costa Rica. La

extensión del territorio panameño es de 75.517 kms<sup>2</sup>, que comprende la superficie terrestre, el mar territorial, la plataforma marina, el subsuelo y el espacio aéreo.

La división política del territorio está organizada en 9 provincias, 75 distritos, 631 corregimientos y 5 Comarcas Indígenas.

Conforme a resultados preliminares del Censo de Población y Vivienda de mayo de 2010, la población de Panamá asciende a 3, 322,576 habitantes, siendo la proporción de hombres y de mujeres de 50.3% y 49.7% respectivamente. El 57% de la población habita en la región metropolitana, principalmente en la provincia de Panamá, donde se localiza la capital del país, mostrando en el resto de las provincias una heterogeneidad en la distribución de la población.

La Nación panameña es un Estado soberano e independiente, denominada República de Panamá. Su Gobierno es unitario, republicano, democrático y representativo. El Poder Público sólo emana del pueblo. Lo ejerce el Estado, conforme la Constitución Política, por medio de los Órganos Legislativo, Ejecutivo y Judicial, los cuales actúan limitada y separadamente, pero en armónica colaboración.

#### B. CARACTERIZACIÓN DE LA SOCIEDAD

Como país de tránsito se identifica como una región en donde convergen culturas, lenguas, etnias y credos de todo el mundo con libertad para ejercerlas. Las características geográficas del Istmo facilitaron que fuese el escenario del Canal de Panamá, obra colosal de ingeniería que fraguó la comunicación entre las costas del Océano Atlántico y el Océano Pacífico, lo que ha generado un efecto de extensas proporciones al acortar la distancia y tiempos de la comunicación; originando adelantos económicos y comerciales desde hace más de un siglo.

Desde la creación de la República, el Estado ha encaminado sus acciones a la búsqueda de una imagen de la nacionalidad panameña, procurando establecer normas y pautas culturales comunes para todos los grupos sociales que habitan en el territorio nacional, por lo que es necesario hablar de su gente, su cultura, su economía, su potencial para las inversiones extranjeras, así como de su gobernabilidad y la libertad democrática que poseen sus ciudadanos para exteriorizar espontáneamente sus opiniones, pensamientos y necesidades.

La esperanza de vida de la población panameña al nacer, producto del mejoramiento de las condiciones de salud, la expectativa de vida se ha elevado a 74 años para los hombres y 79 años para las mujeres; lo cual lo posiciona como una de las mayores en la región. La estructura poblacional tiene una ligera tendencia al envejecimiento, y se observa una disminución en el ritmo del crecimiento poblacional.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> INFORME NACIONAL CONSEJO DE DERECHOS HUMANOS (CDH) MECANISMO DE EXAMEN PERIÓDICO UNIVERSAL, LUNES 23 DE AGOSTO DE 2010

### C. PANORAMA ECONÓMICO

La economía de Panamá creció a una media de 6% <sup>2</sup> en la primera década del presente siglo. Es uno de los periodos, en los que más ha crecido sostenidamente la economía. Durante el 2010, la producción de bienes y servicios en la economía panameña, medida a través del PIB, presentó un crecimiento de 7.5 por ciento, <sup>3</sup> respecto al año anterior.

La actividad económica ha estado impulsada por la integración del principal recurso del país al desarrollo, el Canal de Panamá. Ello ha permitido aprovechar comercialmente puertos, tierras, aguas, y mano de obra especializada.

La desocupación que parecía un problema insuperable, con tasas medias en el año 2,000 cercanas al 14%, gradualmente han ido cediendo hasta situarse en niveles de 6.6% <sup>4</sup> de la fuerza laboral en 2009, gracias a la generación de aproximadamente 52,732 empleos por año. La obra de ampliación del Canal está generando un incremento en el empleo formal.

El reporte de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) “Panamá: Pobreza y distribución del ingreso en el periodo 2007-2008”, concluye que entre 2001 y 2007, la proporción de personas indigentes disminuyó de 19.2% a 11.7 % en todo el territorio nacional y las que estaban en condiciones de pobreza, de 36.7% a 28.6%. El reporte también evidencia que las áreas indígenas fueron las menos favorecidas en la reducción de los niveles de pobreza, por lo que esto constituye, uno de los principales retos de la política socio económica del país.

La CEPAL concluye que en virtud de los avances alcanzados en la reducción de la pobreza, debiera considerarse que Panamá se encuentra en trayectoria para cumplir la primera meta del milenio. Esta consiste, en reducir a la mitad la proporción de la población en pobreza extrema para el año 2015, con respecto a la de 1990. En ese sentido, en 1983 el 20% de la población estaba en pobreza extrema, en 1997 el 18.8%, en 2003 el 16.6% y en 2008 el 14.4%, lo que nos indica que puede reducirse a la mitad en el 2015.

En consecuencia, el gasto del presupuesto general del Estado, destinado al desarrollo de los servicios sociales en el año 2010 fue del 49.4%. Estos programas tienen como propósito mejorar las condiciones de vida de los panameños y giran en torno a cuatro puntos estratégicos: social, económico, institucional y ambiental.

En términos de redistribución del ingreso, los programas de desarrollo social equivalen a la cuarta parte del valor de los bienes y servicios producidos en la economía durante un año. Se espera una proporción mayor para este año 2011, con programas como el de las becas universales, destinadas a reducir la deserción escolar.

<sup>2</sup> INFORME ECONÓMICO Y SOCIAL 2010. MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS

<sup>3</sup> IDEM

<sup>4</sup> IDEM

### III. ANÁLISIS DE POLÍTICAS, NORMAS Y PROTOCOLOS VIGENTES A NIVEL NACIONAL Y LOCAL EN MATERIA DE SALUD Y PROPUESTAS PARA SU MEJORAMIENTO Y EFECTIVIDAD

#### A. MARCO LEGAL

El fundamento del marco legal, en la mayoría de los países es la Constitución como suprema legislación, que se complementa con la legislación promulgada por un parlamento o legislatura donde se incluyen leyes, códigos, y regulaciones, dados a conocer por distintas instancias reguladoras que guardan estrechos vínculos con la materia de salud y puede ser promovida por distintas instancias, constitucional, presidencial, ministerial o municipal y, tener una trayectoria más allá del periodo del gobierno vigente.

El marco legal de salud de los diferentes países, ha surgido de un proceso sistemático de apoyo a las acciones para la salud pública basadas en la evidencia disponible, junto con las preferencias de la comunidad, las realidades políticas y la disponibilidad de recursos.

En Panamá el marco legal en salud, al igual que otros países, ha evolucionado en una compleja combinación de estatutos y regulaciones legales, reglas, normas, protocolos y la práctica real.

En la extensa legislación de salud existente en Panamá, se encuentran normativas de nueva creación, en algunas ocasiones actualizadas, considerando su funcionamiento en estatutos obsoletos que están desactualizados, pero sin embargo aún están vigentes, (Ley 66 que crea el Código Sanitario que data de finales de los años cuarenta) y, algunas interrelacionadas entre sí. Ante esta realidad, puede haber lagunas, conflictos e inconsistencias (donde el rol conductor y regulador del Ministerio de Salud, MINSA es compartido por otras instancias que han sido creadas por leyes) entre las diferentes partes que dan forma al marco legal en salud y en consecuencia, al proceso en sí.

En el contexto regional de los procesos de reformas del sector salud, Panamá inició en 1996 un proceso de reforma y modernización del sector salud, que ha implicado cambios en la visión de la salud y en la legislación, con la implantación de nuevos modelos de atención y la cooperación institucional entre el Ministerio de Salud (MINSA) y la Caja de Seguro Social (CSS), proceso que aún está en marcha y no ha madurado con la celeridad que se requiere.

#### B. MARCO CONCEPTUAL DEL MARCO LEGAL EN SALUD

Históricamente en el marco de los subsistemas públicos y de los sistemas nacionales de salud, los ministerios de salud han centrado su quehacer en la función normativa y de provisión de servicios de salud.<sup>5</sup>

<sup>55</sup> MARCO CONCEPTUAL E INSTRUMENTO METODOLÓGICO. FUNCIÓN RECTORA DE LA AUTORIDAD SANITARIA NACIONAL, DESEMPEÑO Y FORTALECIMIENTO, EDICIÓN ESPECIAL No. 17, OPS, USAID

Por ello, se busca fortalecer el papel rector de los ministerios de salud al interior del sector y consolidar su liderazgo dentro del sector salud en su conjunto, para efectivamente contar con las competencias necesarias para abogar por la salud y negociar con los otros sectores que inciden sobre el sector.<sup>6</sup>

Estas competencias para abogar y negociar que en su rol de rectoría ejercen los ministerios de salud, como lo son la conducción y la regulación en salud, tienen como propósito diseñar las leyes y disposiciones que protegen y promueven la salud de la población, así como la de garantizar su cumplimiento y que son necesarias, para legitimar el papel estatal de ordenar las relaciones de producción y distribución de los recursos, bienes y servicios de salud.

Por lo tanto el marco legal, se refiere al conjunto de todas aquellas normativas de aplicación general dictadas por los órganos del Poder Legislativo, así como aquellas dictadas por los órganos del Poder Ejecutivo, en los casos que éste ejerce potestades legislativas (ministerio de salud).

También, se define como un cuerpo de leyes, una colección de órdenes y reglas impuestas por autoridad competente, que regulan una determinada materia o al conjunto de leyes de un país.<sup>7</sup>

Este conjunto de leyes y disposiciones de salud por parte del Estado, que es de carácter obligatorio, es lo que denominaremos para este documento, **marco legal en salud** cuya finalidad explícita, es promover o proteger la salud, prevenir y controlar los riesgos que afectan la condición de salud de la población y del ambiente y diagnosticar, controlar y rehabilitar al individuo, a su familia y a su comunidad y es la base sobre las cuales las instituciones de salud definen las prioridades y los parámetros de actuación, como respuesta a las necesidades de salud. En el marco legal de salud regularmente se encuentran un buen número de provisiones regulatorias, leyes normativas y protocolos interrelacionados entre sí.

Sin embargo, este conjunto de leyes puede ampliarse o modificarse mediante la expansión y profundización de la Democracia (participación), que permite la posibilidad de que las comunidades organizadas puedan agregar sus demandas individuales, transformándolas en demandas colectivas con suficiente apoyo (poder real) para hacerlas demandas políticas recogidas y procesadas, hasta decisiones y su ejecución por el Poder Institucional (Estado/Gobierno). En ese proceso, valores esenciales como los derechos humanos, entre ellos el derecho a una vida digna y a la salud, fundamentos éticos de las sociedades, adquieren relevancia política real.<sup>8</sup>

<sup>6</sup> MARCO CONCEPTUAL E INSTRUMENTO METODOLÓGICO. FUNCIÓN RECTORA DE LA AUTORIDAD SANITARIA NACIONAL, DESEMPEÑO Y FORTALECIMIENTO, EDICIÓN ESPECIAL NO. 17, OPS, USAID

<sup>7</sup> INTERNET

<sup>8</sup> MARCO CONCEPTUAL E INSTRUMENTO METODOLÓGICO. FUNCIÓN RECTORA DE LA AUTORIDAD SANITARIA NACIONAL, DESEMPEÑO Y FORTALECIMIENTO, EDICIÓN ESPECIAL NO. 17, OPS, USAID

IV. IDENTIFICACIÓN DEL MARCO LEGAL VIGENTE QUE RIGE AL SECTOR SALUD DE PANAMÁ: LEYES, DECRETOS Y PROCESOS DE CREACIÓN DE LEYES, NORMAS, DIRECTIVAS, REGLAMENTOS Y PROTOCOLOS; ASÍ COMO LAS INSTITUCIONES INVOLUCRADAS. BREVE ANÁLISIS DE LA FUNCIONALIDAD DEL PROCESO.

El análisis del marco legal en salud no pretende ser completo, ni exhaustivo respondiendo a todos y cada uno de los instrumentos legales de que dispone el MINSA, sino mostrar las principales fortalezas y debilidades en la interpretación y aplicación de los mismos.

A. MARCO LEGAL DE CONFIGURACIÓN DEL SECTOR SALUD DE PANAMÁ

La Constitución Política de la República de Panamá y el Código Sanitario, son el principal marco legal para el ejercicio de la salud en Panamá.

La Constitución Política de la República de Panamá de 1972, reformada por los actos reformativos de 1978, por el Acto Constitucional de 1983, por los Actos legislativos de 1 de 1993 y 2 de 1994 y por el Acto Legislativo del 1 de 2004, en el capítulo 6 se refiere a Salud, Seguridad Social y Asistencia Social. Este capítulo contiene los lineamientos de políticas básicas en cuanto a salud, seguridad social y asistencia social.

Entre los lineamientos de políticas le corresponde al Estado el desarrollar una política nacional de alimentación y nutrición, de medicamentos, de población y de vivienda.

En los Artículos 105 al 113 establecen el deber del Estado de velar por la salud de la población (Artículo 105) y define algunas de las actividades a desarrollar desde el Estado (Artículo 106). Una de estas actividades establecidas constitucionalmente, es la de crear establecimientos para la prestación de servicios de salud (Artículo 106).

Otros contenidos relevantes, se refieren al establecimiento de la obligación constitucional de integración orgánica y funcional de las diferentes instituciones del sector público (Artículo 111) y el derecho y deber de la comunidad a participar en la planificación, ejecución y evaluación de programas de salud (Artículo 112). Se destaca también, que la Constitución regula en su Título IX aspectos operativos de los Presupuestos Generales del Estado (Artículos 264 a 274) y establece a la Contraloría General de la República como el órgano central fiscalizador, regulador y controlador de todos los actos de manejo de fondos y otros bienes públicos (Artículos 275 y 276).

El Código Sanitario de la República de Panamá: Ley 66 de 10 de noviembre de 1947. "Por la cual se aprueba el Código Sanitario", (G.O. 10467 de 6 de diciembre de 1947) el cual define aspectos relevantes concernientes a la salud pública y su organización, es el otro referente legal.

El Código Sanitario, es el instrumento normativo que da cobertura a todas las actuaciones del sector salud de Panamá; muy amplio y reglamentalista, ya que regula desde la salud pública hasta la atención a la población, incluyendo la regulación de las profesiones, la industria sanitaria y la carrera administrativa de los funcionarios. No obstante, todavía da

una cobertura aceptable para el funcionamiento y las acciones actuales e, incluso, para algunas reformas o cambios muy limitados, sin embargo, no parece adecuado para dar cobertura a reformas y modernización en profundidad acerca del rol de rectoría.<sup>9</sup>

El Código Sanitario, en varias ocasiones ha sido revisado con la intención de modernizarlo, para lo cual se han conformado comisiones de trabajo y, existe un documento borrador de Anteproyecto de Ley General de Salud, documento que no ha sido legalizado ni aprobado.

El Sistema de Salud Pública de Panamá está compuesto por las siguientes instituciones: Ministerio de Salud (MINSa), Caja de Seguro Social (CSS), Instituto de Acueductos y Alcantarillados Nacionales (IDAAN), el Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud (ICGES), la Autoridad del Ambiente (ANAM) la Autoridad Panameña de Seguridad de Alimentos (AUPSA) y la Autoridad de Aseo Urbano y Domiciliario (AAUD). (Tabla 1)

**Tabla 1 Conformación Legal del Sector Salud de Panamá**

Marco Legal: Constitución Política de la República de Panamá y el Código Sanitario		
Instituciones	Ley que la crea	Área de responsabilidad
<b>Ministerio de Salud (MINSa)</b>	Decreto de Gabinete No.1 del 15 de enero de 1969	Rector del sector salud, proveedor de servicios y financiador
<b>Caja de Seguro Social (CSS)</b>	Ley No.51 de 27 de diciembre de 2005 que reforma la Ley Orgánica	Seguridad social, provisión de servicios de salud y financiador
<b>Instituto de Acueductos y Alcantarillados Nacionales (IDAAN)</b>	Ley No. 77 del 28 de noviembre de 1956	Servicios de agua potable, recolección y disposición inocuamente de las aguas servidas en comunidades mayores de 1,500 habitantes, y la red de alcantarillados.
<b>Autoridad del Ambiente (ANAM)</b>	Ley No. 41 de 1 de julio de 1998	Recursos naturales y del ambiente
<b>Autoridad Panameña de Seguridad de Alimentos (AUPSA)</b>	Decreto Ley No. 11 de 2006	Seguridad de alimentos introducidos al territorio nacional
<b>Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud (ICGES)</b>	Ley No. 78 de 17 de Diciembre de 2003	Investigación en salud
<b>Autoridad de Aseo Urbano y Domiciliario</b>	Ley No.51 de 29 de septiembre de 2010	Aseo

Fuente: Cuadro elaborado por la consultora. Año 2011

La creación del Ministerio de Salud por medio del Decreto de Gabinete No.1 del 15 de enero de 1969 y su Estatuto Orgánico, por medio del Decreto Ejecutivo No.75 del 27 de febrero de 1969, reviste a las regiones y a las áreas médico – sanitarias, de todas las facultades descentralizadas que permitan la agilización de los programas dentro de las instituciones de salud. Este Decreto tiene rango de Ley, debido a las características con las que fue emitido en un momento donde no existía Asamblea Legislativa.

Las dos entidades financiadoras de los servicios públicos de salud pública y atención médica en el país son el MINSa y la CSS, quienes aportan cerca del 70% de los recursos

<sup>9</sup>PRODUCTO 2: ANÁLISIS DE SITUACIÓN DEL EJERCICIO DEL PAPEL RECTOR DEL MINSa Y DE LA DESCENTRALIZACIÓN DEL SISTEMA A NIVEL REGIONAL, MAYO 2008, VÍA PÚBLICA

utilizados, dejando un 30% al gasto de bolsillo de los ciudadanos. (OPS/OMS, 2007). Las estimaciones de cobertura asignan el 40% de la población al MINSA y el 60% a la CSS.<sup>10</sup>

El MINSA además de ser un importante prestador de servicios de salud es también, el ente rector del Sector Salud y, tiene por mandato constitucional, la responsabilidad de velar por la salud de la población y garantizar que los servicios, sean adecuados para el logro de este objetivo. Tiene, igualmente la responsabilidad legal y formal de fijar la política del sector, regular la actividad de salud, ejercer la función de autoridad sanitaria y coordinar con las otras instituciones del sector público y privado.

Está constituido por un nivel normativo, que fija y conduce las políticas institucionales, fija normas, evalúa y supervisa; y por un nivel operativo, donde se ejecutan los programas de manera directa a la población. El nivel nacional participa en el proceso de normalización y programación de las actividades de salud. Ejerce el rol de vigilancia y control de riesgos en materia de salud pública y ambiental, así como de regulación, control y vigilancia de farmacias y drogas. Igualmente, oferta servicios de salud a toda la población panameña y ejecuta funciones de financiación, regulación, aseguramiento y provisión.

A lo largo de su vida institucional el MINSA ha logrado leyes, decretos y resoluciones relacionados con el rol rector, los modelos de atención y gestión de los servicios de salud, descentralización, atención a la población, entre otros. Mediante, Resuelto de Gabinete Nº 129 de 15 de mayo de 1995, se autoriza la descentralización administrativa y financiera de las trece Regiones de Salud, sin embargo esta fue realmente una desconcentración con delegación de algunos procesos puntuales, y para el año 1998 se aprueba mediante resolución, la estructura organizativa regional.

La otra entidad pública que oferta servicios de salud, es la CSS, la cual fue creada en el año 1941. En su Ley Orgánica se formalizan algunos programas de salud de tipo curativo para atender a la población asalariada del Gobierno y de la empresa privada.<sup>11</sup>

Mediante Ley No.51 del 29 de septiembre de 2010, se reforma la Ley Orgánica de la CSS, en el Artículo 2 se establece la naturaleza jurídica y fines de la CSS: **“La administración, planificación y control de las contingencias de la seguridad social panameña, cubiertos de conformidad con la presente, estarán a cargo de Caja de Seguro Social”**. En este mismo artículo, se expresa que la CSS es una entidad de Derecho Público, autónoma del Estado, en lo administrativo, funcional, económico y financiero; con personería jurídica y patrimonio propio y tiene por objeto garantizar a los asegurados el derecho a la seguridad de sus medios económicos de subsistencia, frente a la afectación de estos medios, en casos de retiro por vejez, enfermedad, maternidad, invalidez, subsidios de familia, viudez, orfandad, auxilio de funerales, accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, de

<sup>10</sup>Documento Borrador de definición del Modelo de Atención Panameño, MINSA, 2011

<sup>11</sup>idem

conformidad con los términos, límites y condiciones establecidos en la Constitución y la ley, y con las posibilidades financieras de la Institución.

La CSS, en realidad está compuesto por lo que podríamos identificar como cuatro (4) fondos o programas diferenciados. Es como si se reunieran tres cajas diferentes: la Caja de Enfermedad y Maternidad; la Caja de Invalidez, Vejez y Muerte y la Caja de Riesgo Profesional. Estas tres cajas, dirigidas a brindar seguridad a los asegurados, se administran conjuntamente y de esa administración conjunta surge el cuarto fondo, que no puede considerarse como una caja en si misma si no la suma de las tres, que es el programa de Administración, subvencionado por el Estado.

Cada uno de estos fondos recibe sus ingresos de fuentes muy bien diferenciadas en la ley que rige el CSS. Igualmente, cada uno tiene poblaciones específicas a cubrir o sea, que el concepto de asegurado difiere en cada uno de estos seguros que la CSS está obligada a brindar por mandato legal. Además, los beneficios o prestaciones a que tienen derecho los asegurados por razón de las contribuciones que efectúa el trabajador o que por él efectúan, resultan de naturaleza y duración distintas.

La CSS provee servicios de atención directa a la población derechohabiente, así como los servicios de prestación económica, a través del desarrollo de los programas de invalidez, vejez y muerte. Se estima que por cada jubilado o pensionado hay 5 trabajadores solidarios con él, y que por cada cotizante activo hay un promedio de tres dependientes o beneficiarios. La cobertura de la seguridad social es tres veces menor en las áreas rurales e indígenas que en las áreas urbanas.

El sector salud también incluye el subsector de agua potable, en donde se define al **MINSA** como ente rector y normativo del abastecimiento de agua potable y alcantarillado sanitario, al **Instituto de Acueductos y Alcantarillados Nacional (IDAAN)** como prestador público nacional y las **Juntas Administradoras de Acueductos Rurales (JAAR)** como responsables de la administración, operación y mantenimiento de los acueductos rurales.

El IDAAN se creó según Ley No. 77 del 28 de noviembre de 1956 y tiene la función de dotar de servicios de agua potable, recolectar y disponer inocuamente las aguas servidas en comunidades mayores de 1,500 habitantes, es responsable de la administración y operación de los sistemas urbanos de abastecimiento de agua y la red de alcantarillados.

Mediante la Ley No. 2 de enero de 1997, se dicta el marco regulatorio e institucional para la prestación de los servicios de agua potable y alcantarillados sanitarios, considerados servicios de utilidad pública. En esta ley se dictan las disposiciones para promover la prestación de estos servicios públicos a toda la población del país en forma ininterrumpida, bajo condiciones de calidad y precios económicos, utilizando de forma sostenible los recursos naturales y protegiendo el medio ambiente.

Por otro lado, se menciona en el Decreto Ley No.2 de 1997 (Gaceta 23,201 sábado 11 de enero 1997) sobre la rectoría en aguas y alcantarillado que el MINSA debe financiar el sector, desarrollar la planificación en aguas y saneamiento urbano y rural y además establece la separación de funciones dentro del MINSA como órgano rector y de provisión.

Es notorio que no se ha ejecutado como está establecido, ya que el IDAAN sigue haciendo la provisión de forma desarmonizada y el MINSA no le ha dado fortaleza a este decreto. En el 2001 el IDAAN entra en crisis y se retoma el decreto y luego el 28 de Diciembre al 2001, se reestructura la ley del IDAAN (Ley 77-2001) y se le da de nuevo funciones rectoras. Nuevamente, en el 2010, la Institución entra en crisis por la falta de una programación de inversiones planificadas, lo que trajo como consecuencia el desabastecimiento por más de 32 horas de la ciudad de Panamá.

En el tema de aguas y letrinas, el MINSA tiene la responsabilidad más que nada en el área rural, en poblaciones menores de 1,500 habitantes, dispersas y sin servicio de alcantarillado sanitario. En este campo, el MINSA financia pero no ejecuta la labor de prestación de servicios.

El MINSA mediante Resolución No. 28 de 31 de enero de 1994, establece las normas básicas para el uso racional del agua de los acueductos rurales para la protección, conservación de sus fuentes de abasto y su área de influencia y dispone la administración, operación y mantenimiento de los acueductos rurales.

El MINSA se constituye en gestor de proyectos en el campo de aguas, pero la administración se hace por medio de las Juntas Administradoras de Acueductos Rurales, como lo establece el Decreto Ejecutivo No. 40 de 18 de abril de 1994, que crea las Juntas Administradoras de Acueductos Rurales, encargadas de administrar y mantener los acueductos en las comunidades rurales y son organismos constituidos, por miembros residentes de la comunidad responsables del abastecimiento de agua potable rurales.

El análisis del ámbito legal permite explicar que, el rol conductor y regulador del MINSA es compartido por otras instancias, como es el caso de el Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud (ICGES), la Autoridad del Ambiente (ANAM) la Autoridad Panameña de Seguridad de Alimentos (AUPSA) y, recientemente la Autoridad de Aseo Urbano y Domiciliario (AAUD). Esta interrelación entre varios actores ha evidenciado a través de los años, que el MINSA no ha podido solucionar oportunamente los requerimientos administrativos y legales, que la población espera. El proceso de Globalización, exige prontitud y eficiencia, es por ello, que estas instancias coordinan y en algunas ocasiones, comparten jerarquía desde una junta directiva.

**El ICGES** según Ley No. 78 de 17 de Diciembre de 2003, se reestructura y organiza. Según lo establecido el MINSA comparte con esta institución su rol rector y regulador, en este caso referente a la investigación. Éste tiene la responsabilidad de la información y

documentación científica y la coordinación de los comités científicos éticos y bioéticos que permiten garantizar, supervisar y regular, que las investigaciones en Panamá cumplan con la moral y protección a seres humanos y animales.

**La ANAM**, se crea por Ley No. 41 de 1 de julio de 1998, que dicta la Ley General de Ambiente de la República de Panamá, como la entidad autónoma rectora del Estado en materia de recursos naturales y del ambiente, para asegurar el cumplimiento y aplicación de las leyes, los reglamentos y la política nacional del ambiente. La ANAM impulsa la Estrategia Nacional de Ambiente 2008-2012. El Lineamiento 3 establece: Promover la gestión integrada de Recursos Hídricos. En este lineamiento estratégico se propone, entre otros, ejecutar un Programa de Monitoreo de la Calidad del Aire a Nivel Nacional.

El ámbito del ANAM es el ambiente en toda su complejidad, pero en lo que se refiere a calidad del aire y en materia de calidad del agua, el MINSA como ente rector tiene responsabilidades para la protección de la salud, desde un punto de vista de vigilancia y control del cumplimiento de estándares y normas. En este punto, existe la necesidad de fortalecer este ámbito.

Profundizando en materia ambiental, el MINSA ha pasado a ser un actor más en el tema de gestión sanitaria ambiental y en tópicos que afectan o podrían afectar la salud de la población, se ha debilitado su liderazgo; la variable ambiental no parece ser en la actualidad una de las fortalezas de la institución. Por ejemplo, el MINSA no se ha involucrado mucho en el tema del ordenamiento territorial y aún se permite que actividades riesgosas se ubiquen en zonas pobladas, como lo es el caso de porquerizas, industrias químicas, etc.

Con frecuencia el MINSA emite pronunciamiento al momento de vender un terreno para un uso específico, pero un Municipio es el que otorga el permiso de uso de suelo y no es raro observar decisiones contradictorias en diferentes áreas del país, lo que parece deberse a una debilidad rectora del ministerio que no es tomado en cuenta o no se posiciona debidamente ante otras entidades.<sup>12</sup>

Con respecto al otorgamiento de permisos, a la hora de verificar variables ambientales que afectan a la salud, se analiza el estudio del proponente y el ANAM se pronuncia. Sobre esta opinión, muchas veces no se toma en cuenta los criterios del MINSA.<sup>13</sup>

Otro caso, es lo referente a la aprobación de planos en donde se verifican que las regulaciones que tienen que ver con agua, saneamiento se cumplan. En cada región de salud existe una unidad de la Dirección de Infraestructura Sanitaria (DIS), la cual está encargada de aprobar planos. La funcionabilidad de esta unidad en cada región de salud,

<sup>12</sup>PRODUCTO 2: ANÁLISIS DE SITUACIÓN DEL EJERCICIO DEL PAPEL RECTOR DEL MINSA Y DE LA DESCENTRALIZACIÓN DEL SISTEMA A NIVEL REGIONAL, MAYO 2008, VÍA PÚBLICA

<sup>13</sup>IDEM

está supeditada a contar con personal idóneo que certifique con su competitividad, la aprobación de los planos.

Es importante señalar, que la aprobación de planos también requiere del estudio de impacto ambiental (EIA), el cual está regulado y autorizado por la ANAM y posteriormente, se otorga el permiso de construcción.

Es esencial señalar, el vacío que existe en este campo, ya que el permiso de construcción debe tener inspección del MINSA, especialmente en plomería. Esto está en la Ley y no se hace sistemáticamente.

En general, se considera que los procedimientos de inspección en salud ambiental están desactualizados. De igual manera, sucede con el permiso de ocupación. Más que nada, está reglamentado por el Municipio y en estos casos, el MINSA debe coordinar con instancias municipales, pero esta articulación con frecuencia es débil.

La **AUPSA** se crea con el propósito de modernizar el Estado con instituciones ágiles y eficientes, bajo parámetros y procedimientos unificados para la introducción de alimentos en el territorio nacional, sintonizándola con la dinámica del comercio internacional y a la necesidad de contar con una mejor y mayor coordinación en la vigilancia sanitaria y fitosanitaria en el país, bajo adecuada capacidad de respuesta en casos de emergencias. Mediante Decreto Ley No. 11 del año 2006, se crea como una entidad rectora del Estado para asegurar el cumplimiento y aplicación de las leyes y reglamentos en materia de seguridad de alimentos introducidos al territorio nacional, bajo criterios estrictamente científicos y técnicos. La Autoridad coordinará con el MINSA y el Ministerio de Desarrollo Agropecuario (MIDA), los temas relacionados a la salud humana, animal y sanidad vegetal.

Adicionalmente, mediante Resolución No.008 de 22 de noviembre de 2006, esta Autoridad establece tarifas en concepto de servicios prestados por la Dirección Nacional de Verificación de Importación de Alimentos. Estos articulados, dejan claro que el papel de conducción y regulación están bajo la responsabilidad de esta nueva entidad; lo cual no quiere decir que el MINSA no participe, ya que la Autoridad se maneja con la participación de un Consejo Técnico Científico adjunto a la dirección de esta entidad, en el cual forma parte el MINSA para introducir las normas que considere necesaria.

La descripción anterior demuestra la complejidad creciente en el ámbito de la conducción en el marco de la rectoría en salud del MINSA, donde las competencias legales de diferentes instancias con similares funciones, evidencia la necesidad de establecer mayores acuerdos entre las instituciones, especialmente en ámbitos de planificación, programación y regulación.

Es necesario insistir que esta falta de claridad en el rol institucional hacia la rectoría por parte del MINSA, por un exagerado énfasis en la provisión de servicios de atención a la

población, ha traído como consecuencias la pérdida de importantes funciones, que han sido transferidas por Ley a otras instituciones ya mencionadas anteriormente.

Los expertos consultados han expresado que esta legislación existente afectan las diferentes acciones del MINSA, que no se evidencia la proactividad necesaria y, en cambio se percibe al rector en materia de salud, como un espectador más.

Coinciden también en afirmar que el MINSA, que en el pasado daba gran relevancia al saneamiento ambiental, se ha ido descuidando esta capacidad así como la capacidad de enfrentar nuevos retos en el campo ambiental y que representan aspectos importantes para la rectoría y para la protección de la salud humana.

Anteriormente el MINSA contaba con divisiones y personal de saneamiento ambiental, que se proyectaban en todo el país, pero en la actualidad esta capacidad se ha visto disminuida en todos los niveles, este personal ha ido reduciéndose progresivamente y en la actualidad muchos de ellos, se han trasladado a laborar a otras de las instancias del sector o son personas próximas a la jubilación.

Recientemente por medio de la Ley No.51 de 29 de septiembre de 2010 se crea la **Autoridad de Aseo Urbano y Domiciliario (AAUD)**, como entidad pública especializada con competencia nacional, personería jurídica y autonomía en su régimen interno que tiene a su cargo la administración, dirección, planificación, operación, explotación, aprovechamiento, investigación, inspección y fiscalización de los servicios relacionados con el aseo urbano, comercial, domiciliario y de los rellenos sanitarios.

Dentro de las facultades asignadas a la Autoridad se encuentran la de desarrollar políticas, estrategias generales y planes en materia de operación y disposición de los residuos sólidos; elaborar el Plan Nacional de Gestión Integral de los residuos sólidos; coordina con el MINSA la **fiscalización** de todos los componentes que impliquen la generación, manejo y disposición de los residuos sólidos que se originen e imponer multas y sanciones por las infracciones a la ley y el reglamento que se expida que son reguladores de sus respectivas áreas.

## B. MARCO LEGAL INSTITUCIONAL DEL MINSA

Para la elaboración del análisis del marco legal vigente que rige al MINSA, se tomó también como base las áreas de procesos sustantivos en materia de rectoría. Estas áreas de procesos comprenden las dimensiones de rectoría de la Autoridad Sanitaria y las Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP).

### 1. LA SALUD EN EL PLAN ESTRATÉGICO DE GOBIERNO 2010 – 2014

En cumplimiento a lo establecido en el Artículo 16 de la Ley No. 34 de 2008 sobre “Responsabilidad Social Fiscal”, el Órgano Ejecutivo presenta a la comunidad panameña e internacional el Plan Estratégico de Gobierno, según el Decreto Ejecutivo No. 197 de 31 de diciembre de 2009, por el cual se adopta el Plan Estratégico de Gobierno para los próximos cinco años de gestión.

Se concentra en dos ejes prioritarios: la Formación de Capital Humano para el Desarrollo y la Inclusión Social. En el Eje de Inclusión Social, se establece como una de sus prioridades fortalecer la atención primaria a través de una red de servicios públicos, dando atención priorizada a la población infantil y a las embarazadas mediante una serie de intervenciones de carácter social para mejorar las condiciones de vida de esta población y de reducir las brechas existentes.

Para ello, se focalizará en el:

- **Aumento en la cobertura y calidad de servicios básicos de salud.**

En las últimas décadas la salud de los panameños ha mejorado notablemente. Sin embargo, los promedios nacionales esconden grandes desigualdades en resultados y acceso a servicios sanitarios en detrimento de la población rural e indígena. Estos resultados no se deben a un bajo gasto en salud sino a ineficiencias en la distribución y uso de recursos. Para eliminar estas desigualdades y disminuir las ineficiencias, la nueva administración ha priorizado el **fortalecimiento de la red de atención primaria a través de la creación de nuevas instalaciones de salud llamadas MINSA – CAPSI**, la readecuación y mejoramiento de la red existente, el fortalecimiento de la Estrategia de Extensión de Cobertura en salud y el fortalecimiento de la red de hospitales de primera referencia, para asegurar la continuidad de los servicios. Adicionalmente, se automatizarán e informatizarán los expedientes médicos como una estrategia de fortalecimiento del sistema de información en salud.

- **Aumento en la Cobertura y Calidad de Servicios Básicos de Salud con Énfasis en Atención Primaria e Incremento de la Red Hospitalaria**

En las últimas décadas, la salud de los panameños ha mejorado notablemente. Así por ejemplo, la esperanza de vida al nacer ha aumentado, en gran parte gracias a

una reducción importante de la mortalidad de los niños menores de cinco años. Este mejoramiento en los índices sociales es en parte el resultado de un aumento en el acceso a servicios de salud, a una disminución de factores de riesgo, y al fortalecimiento de estrategias multisectoriales.

Sin embargo, los índices nacionales esconden grandes desigualdades en detrimento de la población de bajos ingresos, rural, y particularmente de la población indígena. Así por ejemplo, para el año 2003, las tasas de desnutrición crónica<sup>14</sup> en las Comarcas indígenas eran cuatro veces mayores a las tasas en zonas urbanas. Estas tasas son sólo comparables a las de países de ingreso muy bajo. Igualmente, grandes diferencias socioeconómicas se observan en el acceso a servicios públicos.

#### ● **Fortalecimiento de la Red de Atención Primaria**

El gasto público en salud se concentra en las zonas urbanas y en servicios curativos en detrimento de la población rural y grupos indígenas. Esta distribución sigue un sesgo de atención curativa en detrimento de actividades de prevención y de salud pública y por lo tanto es más costoso para el país. Para reducir este sesgo y mejorar la salud de todos y todas, MINSA realizará un programa integral de fortalecimiento de la atención primaria en salud.

Este programa, incluye, entre otras las siguientes acciones prioritarias:

1. Construcción y equipamiento de 35 Centros de Atención Primaria en Salud Innovadores (MINSA-CAPSi)
2. Continuación, evaluación y fortalecimiento de la Estrategia de Extensión de Cobertura
3. Adecuación y Equipamiento de la red existente
4. Mejoramiento de la cadena de suministro de productos farmacéuticos, con énfasis en la atención primaria.
5. Mejoramiento de la coordinación intra-sectorial: la falta de coordinación en la entrega de servicios entre el MINSA y CSS ha ocasionado pérdidas mayores en la eficiencia de la entrega de servicios. Al aprovechar las posibles sinergias entre ambas instituciones se generarían grandes ahorros en el sector.

En tal sentido, se piensa crear entre ambas instituciones **un acuerdo de coordinación de inversiones para evitar la duplicidad y el uso ineficiente de las infraestructuras**. Igualmente, se están reactivando los sistemas de compensación entre ambas instituciones para funcionar con responsabilidad compartida frente a la población demandante de los servicios de salud y así evitar el subsidio a la población derechohabiente en detrimento de la población no asegurada.

---

<sup>14</sup> PLAN ESTRATÉGICO DE GOBIERNO 2010 – 2014

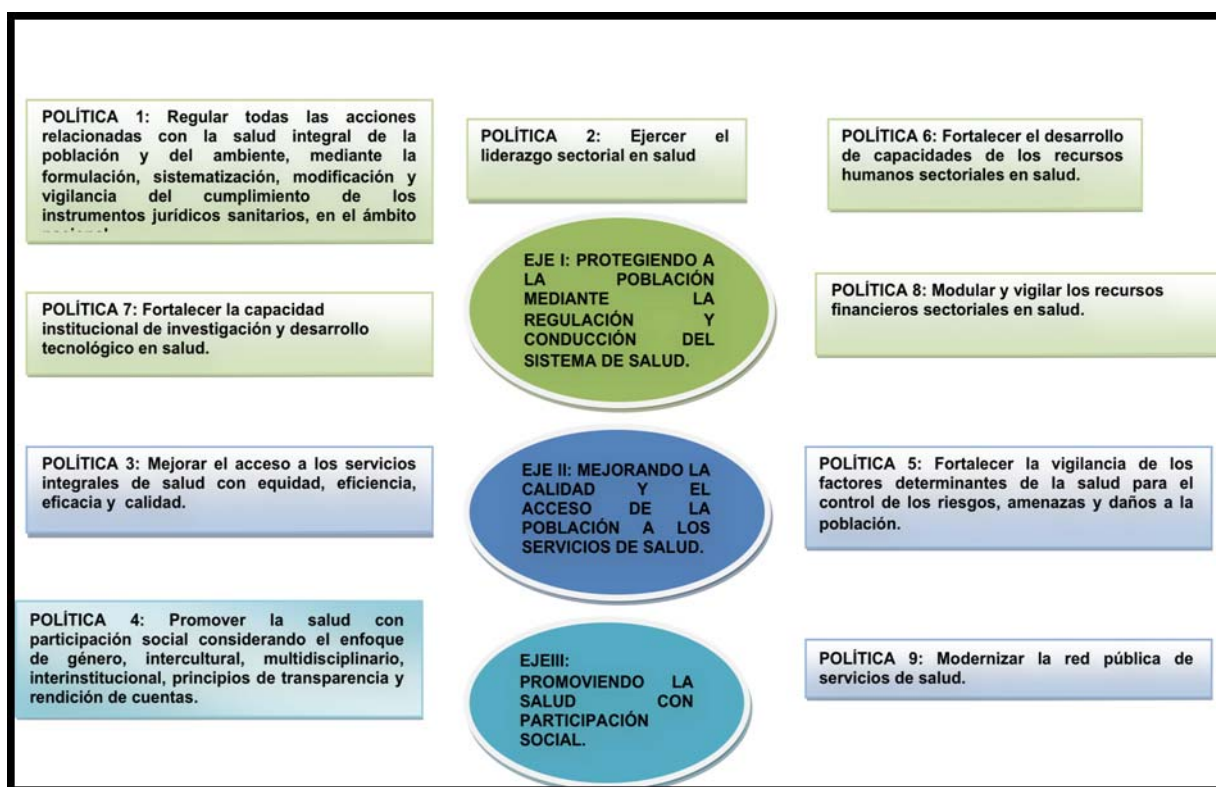
Esto se intenta lograr con la **red de telemedicina y tele radiología**, la automatización e informatización de expedientes médicos a nivel nacional en **200 centros de salud** y el fortalecimiento del sistema.

## 2. POLÍTICAS Y ESTRATEGIAS DE SALUD 2010-2014

El MINSA a dos años de haber iniciado la nueva administración de Gobierno, ha formulado nueve políticas de salud para el período 2010-2014, las cuales se agruparon en tres grandes ejes, Figura 1.

Sin embargo por referencia recibidas de personal del MINSA consultado, se conoce que han sido divulgadas en reuniones con las diferentes Regiones de Salud, pero no se encontró evidencia un documento formal, ni aprobado por la autoridad pertinente, se han obtenido de un documento borrador (Documento Borrador de definición del Modelo de Atención Panameño) que se encuentra en revisión en estos momentos.

**Figura 1** Políticas y Estrategias de Salud 2010-2014



Fuente: Documento Borrador de definición del Modelo de Atención Panameño

## 3. NORMATIVA LEGAL PARA LA PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD A LA POBLACIÓN

Dentro del marco legal del MINSA se incluye la elaboración de toda una normativa, tanto de vigilancia como de atención a la población y al ambiente, así como también, a la

vigilancia de su cumplimiento. Ambos aspectos, han sido insuficientes y erráticos en los últimos años, como se evidencia en el presente informe.

Para el análisis del marco legal del sector salud, desde la perspectiva de las Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP) se desarrolló un proceso de evaluación de las mismas. El proceso y el instrumento de medición se sometieron a la consideración de un grupo de tomadores de decisión del MINSA y otras instituciones relevantes del sector con el fin de proceder a la medición del desempeño de las FESP. **Este ejercicio se llevo a cabo en el año 2002.**

Como resultado del mismo, en segundo lugar en orden de desempeño adecuado, se ubicaron la:

- FESP 5 “Desarrollo de políticas y capacidad institucional de planificación y gestión en salud pública”,
- FESP1 “Monitoreo, evolución y análisis de la situación de salud”.

Al otro lado del espectro, con menor desempeño relativo se encuentran:

- FESP 8 “Desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública”, esta baja calificación puede significar un cierto abandono de esfuerzos de inversión en el desarrollo de los recursos humanos y del bagaje científico que han sustentado del desarrollo de la salud pública en el país. Tal hipótesis amerita un análisis detallado por las implicaciones que tiene al mediano y largo plazo la presencia o no de tales esfuerzos en inversión en el contexto de un proceso de fortalecimiento de la salud pública.
- FESP 6 “Fortalecimiento de las capacidades institucionales de regulación y fiscalización en salud pública”, lo que explica las insuficiencias especialmente en ámbito de fiscalización y capacidad de hacer cumplir las normativas.

En relación a la Función 5 ***“Desarrollo de políticas y capacidad institucional de planificación y gestión de la Salud Pública***, se puede comentar que en el perfil de esta función destacó un desempeño óptimo en desarrollo, monitoreo y evaluación de políticas y gestión de la cooperación internacional. A través del estudio, se observa un mayor compromiso de trabajo en la revisión, actualización, verificación de la normativa relacionada con indicadores internacionales, como son los que tienen relación con los Programas Materno Infantil, VIH, Malaria y Tuberculosis, y Vacunación.

Es importante señalar, que para el periodo en el cual se revisaron estos estándares, el MINSA se encontraba fortaleciendo los procesos de planificación estratégica y se acababan de publicar normativas, que se encontraban en proceso de revisión. Es por ello, que obtuvieron una ponderación importante en esta función. Sin embargo, los procesos iniciados en este periodo no han tenido una continuidad sistemática y algunas áreas estratégicas creadas, ya no están en pleno funcionamiento, como por ejemplo, el

Departamento de Análisis y Tendencias de la Dirección de Planificación, cuyos insumos son fundamentales para los diagnósticos y la elaboración de planes estratégicos de salud. Precisamente, este punto ha sido muy criticado por las últimas administraciones, ya que actualmente el MINSA no cuenta con un Plan Estratégico oficializado.

Como área crítica aparece la capacidad de gestión, especialmente en lo referente a la toma de decisiones basadas en evidencias y el desarrollo organizacional. Se evidenció en su momento la falta de la utilización de la información generada por el sector para orientar la toma de decisiones. Se reconoció debilidades en el desarrollo de una cultura organizacional en salud pública y ausencia de indicadores para la evaluación integral del desempeño de la organización.

En ese aspecto, Panamá había implementado un modelo innovador con la Ley No. 28 de CONSALUD, que separa el financiamiento de la provisión de los servicios o la Ley No. 27 que crea el Patronato del Hospital San Miguel Arcángel (HISMA) y promueve la gestión autónoma de los hospitales públicos. Aunque su espectro de acción era nacional, solo funcionaba para la financiación del HISMA, un hospital de segundo nivel de atención ubicado en la Región de Salud de San Miguelito.

De igual manera, se ha tratado de lograr una descentralización regional, sin embargo se requiere aún fortalecer áreas críticas como:

- Débil capacitación gerencial.
- Desarticulación del sistema de información gerencial.
- Falta de coordinación para el desarrollo de procesos y la toma de decisiones.
- Inflexibilidad y carencia de autonomía para ciertos aspectos de la gestión del recurso humano.
- Limitados recursos financieros y capacidad de decisión para la adquisición de insumos.

Estos aspectos se han considerado, en dos préstamos financiados por el BID, el del Programa de Rehabilitación de los Servicios de Salud 803/OC-PN, y el Contrato de Préstamo No. 1350/OC- PN para la ejecución del Programa Multifase de Transformación Institucional del Sector Salud.

Este último, partía de una lógica en la que el proceso de transformación institucional del sector salud (acciones) permitiría alcanzar unos mejores resultados en términos de equidad, eficacia, calidad y sostenibilidad (objetivos específicos – componentes) que en últimas contribuiría al mejoramiento de la salud de la población (finalidad).

El diseño del Programa planteaba en su ejecución, dos fases complementarias dentro de un esquema de implementación de las acciones de manera gradual, quedando una primera fase con una duración de tres años centrada en:

- Proponer y desarrollar cambios institucionales en áreas críticas de la regulación del sector.
- Diseñar y aplicar innovaciones en la entrega de servicios básicos de salud a los más pobres de Panamá.
- Iniciar el proceso de descentralización de la gestión de los servicios en cinco de las catorce regiones de salud del país.

Una segunda fase con una duración de tres años que buscaba la consolidación de las transformaciones institucionales logradas en la primera fase:

- Extender la descentralización a las catorce regiones del país.
- Institucionalizar las innovaciones en la entrega de servicios básicos como mecanismo para aumentar la cobertura de servicios.

#### *A. GRATUIDAD EN LA ATENCIÓN DE SALUD*

El artículo 154 del Código Sanitario establece como obligación del Estado Panameño, la protección y asistencia gratuita de la Maternidad y la Infancia, comprendiendo tanto la atención preventiva y la asistencia médico-curativa y social, de toda mujer durante el embarazo, parto y puerperio; y de todo niño desde su nacimiento hasta el fin de su edad escolar. Esta disponibilidad se operacionaliza mediante los siguientes:

1. Decreto Ejecutivo No.546 de noviembre de 2005, por el cual se ordena la Gratuidad en la Atención de Salud a los Niños Menores de Cinco (5) Años, en todos los establecimientos de salud, del Ministerio de Salud.
2. Resolución No. 321 del 18 de agosto de 2005, por la cual se brindaran servicios de salud, en forma gratuita a las personas con discapacidad, en todas las instalaciones de salud administradas por el MINSA.
3. Resolución No. 322 de 18 de agosto de 2005, por la cual se instruye a las instalaciones comarcales de salud del país administradas por el MINSA a brindar los servicios de salud a la población indígena, en forma gratuita.
4. Decreto Ejecutivo 5 de 6 de marzo de 2006, por el cual se modifica el artículo primero del Decreto Ejecutivo 428 de 15 de diciembre de 2004, que ordena la gratuidad en la prestación del servicio y asistencia de la maternidad, en todos los establecimientos de salud, del Ministerio de Salud.
5. Decreto Ejecutivo No. 329 de 14 de julio de 2009, que ordena la gratuidad en la prestación del servicio de consulta de medicina general y de odontología, en los establecimientos de salud de atención primaria del Ministerio de Salud.
6. Decreto Ejecutivo No. 331 de 2009 que crea los Centros de Atención Primaria en Salud innovadores (MINSA-CAPSi).

Los decretos y resoluciones de gratuidad constituyen para la población un alivio a los problemas económicos, principalmente en las regiones de difícil acceso. Sin embargo, al momento de aplicar esta estrategia, para el MINSA representó todo un desafío, ya que los proveedores de salud obtenían ingresos adicionales por los servicios prestados a la

población, los cuales eran utilizados para la compra de medicamentos y reactivos. Al momento de aplicar la gratuidad no se previó un fondo que supliera las compras de medicamentos y reactivos, por consiguiente las instalaciones de salud quedaron sin insumos y por ende, la atención no fue satisfactoria. En la actualidad, estas anomalías se han ido superando paulatinamente.

#### *B. NORMAS, PROTOCOLOS Y GUÍAS DE ATENCIÓN A LA POBLACIÓN*

En Panamá se cuenta con una normativa vigente, que consiste en decretos, leyes resoluciones y acuerdos, que regulan la promoción y protección de la salud en áreas propias como niñez, maternidad, alimentación y nutrición, ambiente, tabaco, violencia y calidad de vida, entre otros temas de interés para la salud.

Dentro de los procesos de reforma y modernización institucional de mediados de los años noventa, el MINSA redefinió su rol regulador de autoridad sanitaria y la normatización, se consideró como uno de los elementos regulatorios fundamentales, es por ello que se elaboraron las **Normas Integrales de Salud para la Población y el Ambiente** para el primer nivel de atención, como forma de potencializar los recursos de salud y garantizar una atención integral con una franca participación social, con enfoque de género y, con un importante énfasis en la promoción y la prevención, además de la recuperación y rehabilitación del proceso de salud-enfermedad de la población y del ambiente.

Existe alrededor de 53 normativas con que cuenta el MINSA y, que son reconocidas por los técnicos de sus respectivas coordinaciones o jefaturas de programas, para la regulación de los diferentes programas de atención a la población, algunas de las cuales datan de los años noventa pero que siguen vigentes, otras han sido elaboradas en conjunto con la CSS, un muy pequeño número de ellas se encuentran en Gaceta Oficial o por Resoluciones Ministeriales.

Muchas han sido apoyadas en su publicación por la oficina de la OPS de Panamá. Se incluyen planes que han sido elaborados intersectorialmente y que son responsabilidad del MINSA su operacionalización.

Sin embargo, se puede afirmar que no toda la normativa existente están actualizadas, mucha de las disposiciones no se encuentran bien reguladas y otras, en su mayoría no han sido debidamente legitimadas. En ocasiones los coordinadores o jefes de programas tienen versiones de documentos muy deteriorados, debido principalmente a que no se han reproducidos nuevos ejemplares de los mismos.

En relación a la actualización de la normativa se puede mencionar por ejemplo que, las normas integrales para la atención de la niñez del nacimiento a los 9 años de edad del 2009, tendrán una vigencia de 5 años a partir de su promulgación en la Gaceta Oficial. Al final de este período, de no establecerse una nueva norma, esta continuará vigente hasta la promulgación de las nuevas normas.

Por otro lado, los niveles regionales deben elaborar y ejecutar anualmente un plan de supervisión a las instalaciones de salud, tanto pública como privada de su área de responsabilidad, de al menos 2 visitas por año, para velar por el cumplimiento de la normativa vigente.

La revisión de las normas deberá ser convocada al menos un año antes de su expiración, por la Dirección General de Salud con las diferentes secciones que trabajan en el desarrollo de las normativas, conformará una Comisión Revisora de la Norma, integrada por 12 personas: un Presidente, un Secretario, equipo técnico multidisciplinario compuesto por ocho profesionales de la salud y dos personas representando a la sociedad civil. Los integrantes de la Comisión serán seleccionados por la Dirección General de Salud.

El proceso se basará en la evaluación del impacto de estas normas de salud, la revisión del diagnóstico de salud de la población objetivo y de la bibliografía sobre el tema vigente. De encontrarse nuevas evidencias científicas que señalen que alguna o algunas de las intervenciones plasmadas en las normas vigentes, que en su momento fueron exaltadas por su impacto positivo, se descubra posteriormente que puedan representar un efecto negativo potencial o real para la población, las autoridades correspondientes deberán proceder a emitir las respectivas adendas a estas normas de atención, publicarlas y darles difusión adecuada entre los profesionales de la salud y la población en general.

La regulación de las áreas tradicionales como los establecimientos, medicamentos y la vigilancia sanitaria en la producción, distribución y venta de alimentos, todas estas funciones que se pueden llamar de **“policía sanitaria”**, y que además, deben cumplir con unos determinados requisitos de capacidad técnica, de regulación y vigilancia muy específicas, como la supervisión, inspección de los establecimientos de máxima complejidad, volumen y riesgos o las de posibilidad de ejecución de sanciones de clausura de estos mismos establecimientos, son funciones que en el MINSA también existen con una amplia normativa y está un poco más consolidado el proceso regulatorio.

Sin embargo, la regulación de la provisión privada de servicios de salud, de los mercados de seguros y de las prácticas extrasectoriales que afectan la salud, aún tiene un desarrollo incipiente.



### Programa de la niñez y adolescencia

Uno de los grandes consensos es la necesidad de proteger los derechos de los niños y las niñas, de modo que puedan crecer y desarrollarse como seres humanos en toda su plenitud. Estas normativas protectoras de derechos humanos son importantes para los ciudadanos porque son leyes de la República de Panamá; es decir, se trata de una serie de estándares mínimos de protección de los derechos de las personas que el Estado panameño, de forma soberana, acordó introducir en beneficio de sus asociados.

La Constitución panameña reconoce el valor que tienen estos instrumentos como guías en la elaboración de políticas públicas y como pautas orientadoras que rigen en la construcción de una sociedad más justa y, sobre todo, más apropiada para el normal crecimiento y pleno desarrollo de los niños y las niñas (Instrumentos Internacionales sobre Derechos de la Infancia y la Mujer ratificados por la República de Panamá, 2009). Anexo 1

En el marco del cumplimiento de los **Objetivos de Desarrollo del Milenio** y, basados en el Consenso Estratégico Interagencial Regional, el Gobierno Nacional de Panamá ha identificado a la reducción de la mortalidad materna y perinatal, como uno de los pilares claves para alcanzar la equidad y el desarrollo nacional.

En ese sentido, la normativa vigente es amplia y establece pautas de manejo e intervenciones en el control prenatal y reconocimiento de patologías que influyan en un efecto adverso del embarazo:

1. Normas Técnicas y Administrativas del Programa de Salud Integral del Niño y la Niña desde el nacimiento a los 9 años de edad, MINSA, 2009.
2. Guía para la atención integrada de niños y niñas desde el nacimiento a los 9 años de edad, MINSA, 2009.
3. Guía para la Atención Integral en Salud de niños, niñas y adolescentes víctimas de explotación sexual comercial, 2009. MINSA.
4. Plan Nacional de Salud de Niñez y Adolescencia 2008-2012, MINSA, DIGESA, Programa Nacional de Salud de Niñez y Adolescencia, OPS/OMS, mayo 2007.
5. Normas Técnicas y Administrativas del Programa de Salud Integral de los y las Adolescentes, MINSA-CSS, 2006.
6. Normas Técnicas y de Procedimientos para la Salud Integral de la Población de 10-19 años, MINSA-CSS, 2006.
7. Guía de Atención de Salud Reproductiva Infanto Juvenil, MINSA-CSS, 2006.
8. Norma de manejo de problemas pediátricos, volumen 3, MINSA-CSS, 1999.
9. Ley No 40 del 26 de agosto de 1999 sobre El Régimen Especial de Responsabilidad Penal para la Adolescencia.

Todo este marco legal procura incorporar el concepto de “continuo de atención”, cuyo enfoque de continuo es la atención de la madre, el recién nacido y la niñez y de ciclo vital en la estrategia de atención primaria en salud (APS), bajo el enfoque de Salud Familiar y Comunitaria trabajando en tres dimensiones, hogar-comunidad-servicios.

### Programa salud sexual y reproductiva

Todas las administraciones de Gobierno han reconocido este tema como prioritario, existe un anteproyecto de Ley de 2008, (“Por la cual se adoptan medidas para establecer y proteger los derechos humanos en materia de sexualidad y salud reproductiva, promover la educación, información y atención de la salud sexual y reproductiva”), que a la fecha no

ha sido aprobado, por ser un tema conflictivo en la sociedad panameña y por ser considerado por algunos como una intervención que quieren imponer organizaciones internacionales.

Fue diseñada por la Comisión Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, conformada desde sus orígenes por 17 organizaciones, gubernamentales y no gubernamentales. En el transcurso de tres años ha sido validada en las 14 regiones de salud del país. Las organizaciones internacionales que trabajan estos temas tienen la responsabilidad de apoyar a los países en el proceso de cumplimiento de las convenciones internacionales firmadas por los mismos.

Panamá, junto a otros 190 países firmó la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo en el Cairo en 1994, donde se compromete al logro del acceso universal en SSyR. Panamá también firmó la Declaración del Milenio del 2000, donde uno de los Objetivos del Milenio es precisamente la reducción de la mortalidad materna.

La normativa en este tema es amplia y, esta sistematizada en el Departamento de Salud Sexual y Reproductiva del MINSA, única coordinación que presentó en un documento toda su normativa vigente, (Anexo 1):

1. La Constitución Política de la República, que en el Título III, Cap. 6°, Art. 106 establece: “que es deber del Estado proteger la salud de la madre, del niño y del adolescente garantizando una atención integral durante el proceso de gestación, lactancia, crecimiento y desarrollo de la niñez y la adolescencia”.
2. El Código Sanitario, que en el Libro Tercero, Art. 154 establece: “Es primordial obligación del Estado la protección y asistencia gratuita de la maternidad y la infancia que comprende: la atención preventiva y la asistencia médico curativa y social de toda mujer durante el embarazo, parto y puerperio, hasta 8 semanas después del parto y de todo niño desde su nacimiento hasta el fin de la edad escolar”.
3. El Código de la Familia, que en el Título III, Cap. II, Sección II, Art. 699 establece: “El Estado ofrecerá en todos los núcleos de población, servicios de asistencia médico-sanitaria gratuitos a la madre gestante durante el embarazo, el parto y el puerperio, si ella no pudiera sufragarlos y también subsidio alimentario si estuviese desempleada o desamparada”.
4. Guía para el manejo de las complicaciones del Embarazo, OPS, MINSA-CSS, 2009.
5. Normas técnico administrativas y de procedimientos Programa de Salud Integral de la Mujer, MINSA-CSS, 2007.
6. Guía de atención de salud reproductiva infanto juvenil, MINSA-CSS, DIGESA, Departamento de Salud y Atención Integral de la Población, 2006.
7. Guía para la asesoría y apoyo psicológico en relación con el VIH/SIDA. Vol. No. 3 Serie de publicaciones Técnicas sobre VIH/ITS/SIDA, OPS/OMS/MINSA, Programa Nacional de ITS/VUH/SIDA. 2007.

8. Norma para el Manejo Terapéutico de las Personas con VIH en la República de Panamá. Vol. No. 4, Serie de publicaciones Técnicas sobre VIH/ITS/SIDA, OPS/OMS/MINSA, Programa Nacional de ITS/VUH/SIDA. 2007
9. Norma para la Atención Integral a las personas con VIH. Vol. No. 1, Serie de publicaciones Técnicas sobre VIH/ITS/SIDA, OPS/OMS/MINSA, Programa Nacional de ITS/VUH/SIDA. 2006.
10. Plan Estratégico para la Reducción de la Morbilidad y Mortalidad Materna y Perinatal (PRMMMP) logrando un marco de acción para el período 2006-2009 para la construcción de una maternidad, MINSA-CSS.
11. Normas técnico administrativas y de procedimientos, Programa de Salud Integral de la Mujer, Atención del embarazo, parto, puerperio y del recién nacido, Atención Integral de la Mujer, Planificación familiar, Vigilancia de la Mortalidad Materna y prenatal, MINSA-CSS, 2005.
12. Decreto Ejecutivo No. 5, del 6 de marzo de 2006, que modificando el Decreto Ejecutivo No. 428 del 15 de diciembre de 2004, “ordena la gratuidad en la prestación de servicios y asistencia de la maternidad en todos los establecimientos del Ministerio de Salud”.
13. Guía para la Atención de las Enfermedades Prevalentes en el Nivel Hospitalario, Guía de Prevención, Detección, Diagnostico, Tratamiento y Seguimiento de Lesiones Preinvasivas del Cuello Uterino, MINSA 2003.
14. Decreto Ejecutivo No. 268, del 17 de agosto de 2001, que en el Art. III establece la notificación obligatoria de las muertes maternas y perinatales.
15. Resolución No. 93 de abril de 2001, que aprueba la Comisión Nacional de Mortalidad Materna y Perinatal con el fin de unir esfuerzos interinstitucionales e intersectoriales.
16. Guía para la atención de las enfermedades prevalentes en el nivel hospitalario, Guía de atención de embarazo de alto riesgo, volumen 7, MINSA 1999.
17. Ley No 4 del 29 de enero de 1999 sobre Igualdad de Oportunidades.
18. Resolución No. 48 del 7 de mayo de 1998 de la Dirección General de Salud se definió la obligatoriedad del registro e investigación de las muertes maternas.
19. Ley No 27 del 16 de junio de 1995, por la cual se tipifican los Delitos de Violencia Intrafamiliar y Maltrato de Menores.
20. Ley No 44 de 1995 que incluye aspectos de acoso sexual discriminatorios contra la mujer.

Las normas del programa de salud integral de la mujer contiene los lineamientos técnicos administrativos y de procedimiento de los componentes que desarrolla el programa como son atención del embarazo, parto, puerperio y del recién nacido, planificación familiar, atención integral de la mujer y las guías de vigilancia epidemiológicas de la mortalidad materna y perinatal.

Se incluyen aspectos detallados de los procedimientos en la atención del parto, nuevas directrices para prevenir las episiotomías innecesarias, uso del partograma y lineamientos técnicos para la indicación y práctica de la cesárea con la implementación de la estrategia

de la segunda opinión. Se ha introducido directrices normativas para mejorar la calidez y la humanización en la atención de la embarazada.

### Programa de nutrición

El MINSA desarrolla programas que garantizan que el niño reciba desde su gestación los nutrientes esenciales para su adecuado desarrollo, promoción de lactancia materna, suplementación con hierro y mega- dosis de vitamina A y distribución de cremas nutritivas.

El Estado Panameño asume la responsabilidad de garantizar la seguridad alimentaria y nutricional como lo establece la Constitución Política. El país tiene dos instancias con funciones de planificación y toma de decisiones con relación a la lucha contra la desnutrición y la pobreza extrema:

1. La Secretaría Técnica de Gabinete Social
2. La Secretaría Nacional para el Plan Alimentario Nutricional (SENAPAN)

Esta última, ha elaborado el Plan Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional 2009-2015, que contiene los lineamientos estratégicos para que todos los programas existentes en el país se ejecuten con igual o mayor impulso por los futuros gobernantes, dirigidos a las áreas de pobreza y pobreza extrema, con el objetivo de optimizar los recursos humanos, técnicos y financieros, con acciones multi-sectoriales y coordinadas, enfocadas a reducir la vulnerabilidad nutricional y fortalecer la articulación de las políticas agropecuarias, comerciales, sociales y ambientales del país.

Es por ello, que se desarrollan diferentes programas para enfrentar la desnutrición basados en las estrategias trazadas en el Plan Nacional de Combate a la Desnutrición Infantil, 2008-2015 y en el Plan Nacional de Prevención y Control de las Deficiencias de Micronutrientes 2008-2015, que incluye el Programa de Fortificación del Arroz, para enfrentar las deficiencias de micronutrientes como vitaminas y minerales.

Con relación al tema de Nutrición, Panamá cuenta con una legislación, que favorece las actividades que se lleven a cabo en este ámbito:

1. Ley No 66 del 10 de noviembre de 1947, que crea el Código Sanitario de la República de Panamá, en cuyo articulado establece: “corresponde al Estado desarrollar una política nacional de alimentación, dirigida a la producción interna de los alimentos básicos para nutrición del pueblo y a la orientación de la colectividad hacia un consumo alimenticio económico y científico”.
2. Decreto Ejecutivo No 306, de 20 de noviembre de 2000, que regula la Comisión Nacional del Programa Nacional de Alimentación y Nutrición.
3. Decreto Ejecutivo No 307, de 20 de noviembre de 2000, que crea el programa de alimentación Complementaria del Ministerio de Salud. Ley No 43, de 25 de octubre

de 2000, que modifica los artículos 17, 18 y 27 del Decreto de 11 Gabinete No 366 de 1969, en lo concerniente a la regulación para la yodificación de la sal de consumo humano.

4. Manual de Normas de Distribución de Megadosis de Vitamina A., 1995.
5. Decreto Ejecutivo No 20, de 2 de marzo de 2001, que establece la norma para el proceso de yodificación de la sal.
6. Ley No 7 de enero de 2001, por la cual se aprueba el Convenio Básico del Instituto de Centroamérica y Panamá, en cual queda establecido que el INCAP es la entidad técnica permanente, cuyo objetivo es contribuir al desarrollo de las ciencias de la nutrición, fomentar su aplicación y fortalecer la capacidad técnica de los estados miembros.
7. Normas del Programa de Alimentación Complementaria, MINSA. 2010.
8. Norma de Suplementación con Hierro y Vitamina A, MINSA 2001.

El tema de la desnutrición en la política panameña, ha estado vinculado a todo tipo de estrategias, con la finalidad de disminuir su incidencia, en consecuencia, se han desarrollado planes intersectoriales, para hacerle frente a esta problemática y para coordinar mejor estas acciones, se cuenta con los siguientes planes:

1. Plan Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional 2009-2015.
2. Plan Nacional de Combate a la Desnutrición Infantil, 2008-2015.
3. Plan Nacional de Prevención y Control de las Deficiencias de Micronutrientes 2008-2015, que incluye el Programa de Fortificación del Arroz.

Los planes de combate a la desnutrición infantil y el de deficiencia de micronutrientes (conocidas también como deficiencia de vitaminas y minerales o como hambre oculta), son planes elaborados para la atención de los programas de salud y están directamente relacionadas con el hambre y la desnutrición infantil. El de seguridad alimentaria incluye todos los sectores involucrados en el problema nutricional de Panamá, y el propósito fundamental del mismo es orientar la implementación de las acciones estratégicas siguiendo los lineamientos políticos de seguridad alimentaria y nutricional y determinan la población objetivo a quienes va dirigido. Los tres planes se pueden considerar complementarios.

Dentro de los programas de ampliación de cobertura se han introducido estrategias para mejorar los niveles de nutrición de la población panameña en especial de las poblaciones de extrema pobreza y comunidades rurales, para ello se introduce la estrategia AIN-C (Atención Integral a la Niñez con Participación Comunitaria), dentro de los paquetes básicos de atención.

#### **Programa de vacunación (Programa Ampliado de Inmunización - PAI)**

El Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) en Panamá, ha demostrado permanentemente, desde su creación, una mística de trabajo entre sus funcionarios y

todo el equipo de apoyo al desarrollo del mismo, lo que le ha permitido ir a la vanguardia en la eliminación de Enfermedades Prevenibles por vacunas en el continente americano y sobretodo en la Región de Centroamérica, además, de ser el pionero en la introducción de vacunas de alto costo económico en el Esquema Nacional de Vacunación.

De hecho Panamá ha introducido seis vacunas de alto costo y gran impacto, entre las que se cuentan las vacunas contra el Rota virus, Papiloma Virus, Tdap, Hepatitis A, Neumococo y de Influenza Estacional, H1N1, H3N2.

Las disposiciones legales existentes para el tema de la Vacunación se encuentran contenidas en la Ley No. 48 de 5 de diciembre de 2007, ***“Que regula el proceso de vacunación en la República de Panamá y dicta otras disposiciones”***.

Para el componente económico, que mide el costo efectividad de introducir una vacuna al esquema actual del país, Panamá recibe apoyo a través de **ProVac**, la cual es una iniciativa creada por el Proyecto de Inmunización de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) destinada a fortalecer la capacidad nacional para la toma de decisiones basadas en la evidencia, sobre la introducción de nuevas vacunas.

Las nuevas vacunas que en la actualidad se están introduciendo en los esquemas nacionales de inmunización, como aquellas contra el neumococo, el rotavirus y el virus del papiloma humano (VPH) tienen precios significativamente más altos y requieren de mayor capacidad de almacenamiento, que las vacunas anteriores; en consecuencia, la toma de decisiones acerca de la introducción de estas, debe fundamentarse en principio en datos probatorios, sobre sus beneficios, que los ministerios de salud deben generar. Mas que datos probatorios, Panamá se apoyo en datos estadísticos acerca de los casos diagnosticados por año de mujeres con cáncer de cervix, pero también se basó en una decisión política apoyar esta iniciativa, de manera que Panamá se convierte en el Primer país de América Latina y el Caribe en aplicar la vacuna de forma gratuita. Esta acción de salud pública se dio al finalizar el periodo presidencial 2004-2009, con lo cual el gobierno logra el reconocimiento internacional a través de esta iniciativa.

En la actualidad se administrarán todas las vacunas, como la Pentavalente, la Antipolio, la rotavirus, la triple viral (Sarampión, Rubéola y Paperas), la vacuna contra la neumonía, Hepatitis A y B, la vacuna contra el Virus del Papiloma Humano (VPH), así como la vacunación contra la influenza estacional.

Panamá se situó como país pionero en América Latina al incluir en su esquema nacional de vacunación con la introducción de la vacuna contra el Virus del Papiloma Humano (VPH), causante del cáncer cérvico uterino. Sin embargo, esta vacuna ha causado cierta polémica entre la población, quienes están muy atentos a las posibles contraindicaciones que pueda causar la vacuna, en ese sentido la Dirección de Farmacias y Drogas del MINSA, se ha pronunciado a través de la Pagina Web del Ministerio ([www.minsa.gob.pa](http://www.minsa.gob.pa)) buscar en la página principal/Información de Salud/Información sobre la vacuna Papiloma Humano.

Lo que demuestra preocupación por parte de la población y, por ende el MINSA, se ha pronunciado para notificar los posibles daños adversos que la vacuna ha causado en otros países y de esta manera, ser un vigilante proactivo en este tema.

### ● Programa de atención al adulto y adulto mayor

El MINSA cuenta con la normativa regentada en el Programa Dirigido al Adulto, 1990, MINSA/CSS. Es una de las normativas de mayor antigüedad que requiere actualización, recordando que debe realizarse cada cinco años. En estos momentos, el programa está llevando a cabo las reuniones preliminares, para conformar el equipo de profesionales de la salud, que llevarán la ardua tarea de actualizar dicha norma.

Sin embargo, a pesar de contar con una norma de 1990, el MINSA ha desarrollado un número importante de protocolos y guías de atención dirigida a la población adulta. Estos instrumentos contribuyen a mejorar la calidad de la atención de las personas y permiten estandarizar los criterios para evaluarla, ya que estos pueden medir las intervenciones efectivas basadas en pruebas científicas, y se desalienta la utilización de otras intervenciones de efectividad dudosa.

Estas guías son:

1. Guía, Detección Temprana de **Cáncer de Próstata**, 2008, MINSA/CSS, actualizada 2010, sin reproducción.
2. Protocolo para la atención de pacientes que presentan la **enfermedad de Chagas**, dirigida a los equipos básicos de Centros de Salud (médicos, enfermeras, técnicos y asistentes de salud), MINSA, DIGESA, Subdirección de Población, Departamento de salud y atención Integral a la Población, sección de salud de adulto y adulto mayor, 2009, MINSA/CSS, 2009.
3. Protocolo para la atención de pacientes que presentan **Malaria o Paludismo**, dirigido a los equipos básicos de Centros de Salud (médicos, enfermeras, técnicos y asistentes de salud, etc.), MINSA, DIGESA, Subdirección de Población, Departamento de salud y atención Integral a la Población, sección de salud de adulto y adulto mayor, 2008, MINSA/CSS, en revisión 2011.
4. Protocolo para la atención del **Dengue** en niños, adolescentes, embarazadas y adultos, DIGESA, 2009, en revisión 2011.
5. Guía para la prevención, control y atención de la **influenza aviar y pandémica** en instalaciones de salud en los tres niveles de atención, MINSA/CSS/OPS/OMS/CDC, abril 2009.
6. Guía para la atención integral de las **personas con obesidad**, MINSA/CSS/OPS/OMS, 2009.
7. Guía para la atención integral de las personas con **hipertensión arterial**, MINSA/CSS/OPS/OMS, 2009.

8. Guía para la atención integral de las personas con **diabetes mellitus**, MINSA/CSS/OPS/OMS, 2009.
9. Resolución N°683, (del 26 de noviembre de 2007) que crea la Comisión Técnica Nacional para la Prevención y Control de la Enfermedad de Chagas y la Leishmaniasis.
10. Decreto Ejecutivo No.382 de 4 de Septiembre de 2008, Que Crea la Comisión Nacional para la Detección Temprana del Cáncer, Gaceta Oficial Digital, jueves 11 de septiembre de 2008.
11. Guía para la atención de las enfermedades prevalentes a nivel hospitalario, Medicina Interna y subespecialidades médicas, volumen 2, MINSA 1999.

Las guías de atención son documentos de consulta rápida y práctica que permiten al equipo de salud del primer nivel y del nivel hospitalario, brindar a la población una atención de calidad eficiente y oportuna enmarcados en un sistema integral considerando como prioritario las acciones de promoción, prevención y conservación de la salud, sin descuidar los aspectos correspondientes al diagnóstico, la terapéutica y la rehabilitación básico en el manejo de las afecciones crónicas.

Para la actualización de las normas se dispone el incorporar nuevas disposiciones a la luz de la evidencia científica y sobre la base de los instrumentos legales a nivel nacional y los compromisos internacionales asumidos por el país en materia de derechos humanos, interculturalidad, equidad e igualdad de género. Sin embargo debemos aclarar, que la falta de financiamiento, de equipo técnico y humano actualizado en áreas de epidemiología, economía y salud pública, limitan muchas veces estas acciones.

### Programa de Tuberculosis

A pesar que la normativa vigente en este programa data de los años noventa, mantienen actualizado toda aquella información nueva que emana de los estudios internacionales y nacionales y es distribuida a los diferentes niveles de atención. En el departamento se conserva el documento que data de los años noventa con toda la información adicional que es incluida como anexos en el documento normativo. Refieren los coordinadores del programa que esta norma entrará en revisión en este año 2011, para lo cual existe un borrador:

1. Manual de Normas y Procedimientos. Tratamiento acortado estrictamente supervisado, TAES, mayo 1990, en revisión 2011.

### Programa de Salud Mental

1. Programa de Salud Mental, MINSA, revisión 1996.
2. Plan Nacional de Salud Mental, MINSA/CSS, 2003.
3. Norma de atención para Centros o Programas Públicos y Privados de Tratamiento y rehabilitación de pacientes con Abuso o Dependencia de las Drogas.

4. Ley No.13 de 24 de enero de 2008, Que adopta medidas para el control del tabaco y sus efectos nocivos en la salud, Gaceta Oficial Digital, viernes 25 de enero de 2008.

En Panamá, el enfoque del programa de salud mental dejó de ser un modelo basado primordialmente, en la atención hospitalaria y fue cambiado por un nuevo modelo de atención que incluye, la atención del paciente dentro del núcleo familiar y con atención de los pacientes en las instalaciones del primer nivel de atención, con un componente importante de medicamentos, de manera que los pacientes no sufrieran alteraciones.

## Departamento de Salud Bucal

Estas son unas de las pocas normativas vigentes que se encuentran publicadas en Gaceta Oficial.

1. Normas Técnicas, Administrativas y Protocolos de Atención en Salud Bucal, I Nivel de Atención, MINSA/CSS, agosto 2004. Gaceta Oficial 25,542, Resolución No. 083 del 17 de abril de 2006.
2. Normas Técnicas y Manual de Procedimientos, Comité Nacional de Bioseguridad en Salud Bucal, MINSA/CSS, 2006. Gaceta Oficial Resolución No. 462 del 30 de noviembre de 2006.
3. Manual para el sistema de información en salud bucal, en borrador, 2011.

## V. ANÁLISIS DE LAS DISPOSICIONES LEGALES VIGENTES CON LAS CUALES DE MANERA DIRECTA E INDIRECTA SE ORIENTAN LAS DECISIONES DE POLÍTICA PÚBLICA EN SALUD.

Para el adecuado análisis de las disposiciones legales en salud vigentes, es importante definir claramente los siguientes conceptos que orientan las decisiones de política pública en salud:

- **Ley** (jurídica): conjunto de normas de carácter jurídico aprobadas por el poder legislativo que regulan de manera general y abstracta, los conceptos y procedimientos a los que deben sujetarse los individuos de una sociedad que se ubican dentro de las hipótesis normativas contenidas en la misma ley.
- **Decreto-Ley**: son promulgados por el poder ejecutivo en virtud de alguna excepción circunstancial o permanente previamente determinado. El decreto ley es formulado en Consejo de Gabinete, los Ministros de Estado y el Presidente de la República.
- **Reglamento**: conjunto de disposiciones emitidas por el poder ejecutivo para auxiliar a la mejor comprensión y aplicación de una ley. Es la disposición legislativa expedida por el Poder Ejecutivo en uso de sus facultades constitucionales para hacer cumplir los objetivos de la Administración Pública. Su objeto es aclarar, desarrollar o explicar los principios generales contenidos en la ley a que se refiere para hacer más asequible su aplicación.

- **Leyes Orgánicas:** se constituyen para determinadas materias (estatutos de autonomía de las comunidades autónomas, para fines electorales, etc.). Se debe dar la condición de mayoría absoluta (la mitad más uno) para que sean aprobadas.
- **Leyes Ordinarias:** son aquellas normas acordadas en la asamblea para determinadas materias reservadas a ley. Para su aprobación, debe existir mayoría simple (la mitad más uno de los asistentes).
- **Norma:** disposición de carácter obligatorio y general dictada por el poder legítimo para regular conductas o establecer órganos necesarios para cumplir con determinados fines, donde se explican detalladamente determinadas condiciones que deben ser cumplidas por todos quienes guardan relación con la prestación de un servicio médico.
- **Resoluciones:** auto, fallo, providencia de un Ministerio.
- **Decreto:** disposición dictada por la autoridad (Ministerios) en asuntos de su competencia.
- **Guías de Práctica Clínica:** pautas de actuación esenciales ante un problema clínico, avaladas por evidencias científicas, expertos o por consensos profesionales.
- **Protocolos de Práctica Clínica:** descripción exhaustiva y pormenorizada de los pasos y actuaciones clínicas que deben realizarse ante un determinado problema de salud de acuerdo a la guía de práctica clínica correspondiente.

Para la aprobación de una Ley en la Asamblea legislativa es necesario que se cumplan los siguientes aspectos:

1. **Junta Directiva** constituida de 7 miembros: presidente, vicepresidente y secretario, y cuatro comisionados.
2. **Tres (3) debates** necesario para la aprobación de la ley: el primero en la respectiva Comisión el segundo y tercero en Pleno.
3. Una vez aprobado en Pleno pasa al Presidente de la República para su sanción, el cual tiene 30 días hábiles para sancionarla, de no ser sancionada en 30 días pasa a segundo debate nuevamente en la Asamblea.

Para la vigencia y aplicación de las disposiciones legales o normativas que se generan de los Ministerios, Consejo de Gabinete y de la Asamblea Legislativa, en su gran mayoría requieren de su publicación en la Gaceta Oficial.

Su publicación en Gaceta Oficial, es necesario ya que es el "Periódico Oficial del Estado", mediante el cual se comunica formalmente al país, todos los actos administrativos emanados por autoridades con mando y jurisdicción, que afectan o pueden afectar derechos de terceros o de la población y/o un sector de la población de un Estado.

Es interesante resaltar que las propias leyes, en lo que conocemos como su fase de entrada en vigencia en tiempo y espacio (desde que fecha empezará a regir), en su

contenido (generalmente inciso final), mantendrán siempre una frase cajonera que se leerá así: "Esta disposición legal entrará en vigencia a partir de su promulgación."

Como la Gaceta Oficial es por decirlo así "El Periódico Oficial del Estado", se entiende para los efectos legales, que todas las partes interesadas quedarán **notificadas** de la existencia jurídica de esta nueva disposición.

Otro aspecto importante que se considera oportuno resaltar, es que según su jerarquía y grado de afectación, hay disposiciones de autoridades públicas que no requerirá de su publicación en Gaceta Oficial; generalmente cuando se trata de aquellas que son de mero pronunciamiento o de regulación, por ejemplo aquellas que no afectan, crean o menoscaban derechos de personas (naturales o jurídicas) o de la colectividad o de una porción de la misma, sino que vienen a regular la forma en que una entidad pública presta sus servicios o regulaciones internas, que se hacen del conocimiento de las partes mediante: Circulares, Memorandos, Comunicados, Avisos etc.

Para la publicación en la Gaceta Oficial, existe un formalismo el cual deberán seguir aquellas Instituciones que requieran publicar sus normativas. En ese sentido se deberá cumplir los siguientes pasos:

1. El documento debe ser una copia con su sello de "fiel copia del original". (Deben procurar que dicha copia se encuentre lo más legible posible y, tratar de que los sellos no sean colocados encima del texto).
2. El documento antes descrito debe ir acompañado de una nota remisoría, dirigida al director de la Gaceta Oficial.
3. La nota remisoría, como el documento que va a ser publicado, deben ser remitidos al Departamento de Archivo y Correspondencia de la Presidencia de la República, ubicado a un costado del Palacio Presidencial.
4. Una vez el documento llegue a Presidencia, pasará al Despacho de la Viceministra de la Presidencia, la cual revisará el documento y **pondrá su sello de visto bueno** para su publicación.
5. Cuando **el documento tenga el visto bueno de la Viceministro(a) de turno**, se remite a la Gaceta Oficial, para su debida publicación.

Hemos evidenciado un importante número de instrumentos legales, utilizados por el Gobierno Panameño para la aplicación de Políticas Públicas en el sector salud. Sin embargo, podemos observar en los diferentes planes estratégicos del MINSA, que las áreas programáticas obedecerán a lineamientos emanados de políticas internacionales (ODM), como también de particularidades de la gestión de los ministros de turno. Por ejemplo, en el período 1994-1999, el enfoque iba dirigido a la salud pública, durante el periodo 1999-2004, se centró en la aplicación de nuevos instrumentos de gestión (Contrato –Programa, Contratación de ONG para ampliar cobertura en lugares de difícil acceso), para el periodo 2004-2009, se focalizó en el aspecto clínico de atención de la mujer y de los niños con discapacidad, y para este último periodo, la política se dirige en

fortalecer la red hospitalaria. En síntesis, la gestión de los Ministerios de Salud estará ordenada tanto por los convenios internacionales que asuma el país, las particularidades que puedan tener el partido político gobernante y los compromisos adquiridos por el entonces candidato con el electorado, referente al tema de la Salud. Por tanto, las políticas públicas son “todo lo que las autoridades públicas deciden hacer o no hacer”.

La inexistencia de un Plan Nacional de Salud que involucre a todos los actores claves del sector, es lo que permite que se den este tipo de acciones, ya que no existe un rumbo claramente definido de la salud en Panamá, por ello las acciones son de corto plazo que es definido por el termino de tiempo que dure el Gobierno de turno. Las acciones de mayor plazo están definidas por políticas y directrices internacionales en las cuales Panamá es signatario y representan acciones de obligatorio cumplimiento.

#### A. ANÁLISIS DE ESCENARIOS FORMALES ASÍ COMO TAMBIÉN LOS CANALES NO FORMALES EN LA IMPLEMENTACIÓN Y DESARROLLO DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS PARA LA SALUD.

El Estado, tiene entre sus obligaciones la de respetar (evitar interferir con el disfrute de la buena salud), proteger (establecer medidas para prevenir que terceros interfieran con el derecho de los ciudadanos a alcanzar el nivel de salud más alto posible), los Estados deben garantizar mediante la adopción de medidas necesarias, legislativas, administrativas, presupuestales, judiciales, promocionales y otras, satisfacer la realización plena del derecho a la salud.

Las formas como el Estado se organiza, define sus instituciones y las normas de su funcionamiento, y regula las relaciones sociales de asociación, entre otras, son características administrativas o condiciones para la Administración de gran relevancia para la gestión en salud.

Para que la gestión en salud tenga un nivel de posicionamiento y abogacía de las políticas, debe sustentarse en un marco normativo que permita empoderar al Estado en todas las funciones de vigilancia y control junto con las de desarrollo del sector salud, en este contexto la primera autoridad en salud la conforma entonces el Presidente de la República que le da por tanto la legitimidad de acción y facilita, por lo tanto la participación de los ciudadanos en la formulación de las políticas públicas y la coordinación intra-ministerial e intersectorial entre administraciones publicas centrada en la mejora de las necesidades de las personas.

Es importante el respaldo jurídico-administrativo por parte de las instancias del Estado encargadas de formular las leyes e impartir justicia, para que las decisiones tomadas por el MINSA sean sólidas, consistentes e inquebrantables.

El MINSA está constituido por un nivel normativo, que fija y conduce las políticas institucionales, fija normas, evalúa y supervisa y un nivel operativo donde se ejecutan los programas de manera directa a la población. El nivel nacional participa en el proceso de

normalización y programación de las actividades de salud. Ejerce el rol de vigilancia y control de riesgos en materia de salud pública y ambiental, así como de regulación, control y vigilancia de farmacias y drogas.

Dentro de los escenarios formales para el desarrollo de las políticas en salud, una de esas tareas principales, es el grado de formalización legal de una propuesta de ley o reglamentación, esta propuesta debe ser parte de la propuesta de gobierno; aspectos adicionales específicos pueden ser adicionados en una versión con mayor detalle, conforme a necesidades estratégicas típicamente sectoriales.

En lo sustantivo la propuesta será aprobada necesariamente por el ejecutivo (decreto o propuesta de ley) y, lo que apruebe el ejecutivo en el todo o en aspectos seleccionados, será objeto de una ley (parlamento); las partes adicionales específicas al sector serán formalizadas por acto(s) de la autoridad competente en el sector. Cuando el proceso de elaboración fue estratégicamente realizado, esa formalización legal es consecuencia del apoyo político construido y suele estar facilitada; además, se ha creado las bases para que la viabilidad construida se extienda a la implementación y ejecución de la(s) decisión(es) tomada(s).

En otros términos, si la propuesta, es un producto de una decisión consensuada entre el MINSA y otros actores sociales, la implementación del mismo debe responder a un proceso en el que participan actores del sector salud y de otros sectores de la sociedad civil.

En diferentes manifestaciones de la vida pública nacional se establece que es necesario integrar los diferentes aspectos de salud, educación, desarrollo social, entre otros. Los espacios para lograr la integración, se dan por distintos mecanismos tales como, Comisiones, Consejos, Grupos de Trabajo para la elaboración de planes, programas y proyectos; como por ejemplo el ejercicio realizado por la llamada “Mesa de Concertación de Salud”, Visión 20-20, que son algunos de los ejemplos en donde la sociedad civil ha trabajado en propuestas en conjunto con el sector gubernamental.

De igual manera, las comunidades han creado en cada uno de sus Municipios los **Comités Consultivos** para los servicios públicos. Estos comités, sirven como orientación al Concejo Municipal y la Alcaldía sobre las necesidades y posibles actuaciones en materia de Servicios Públicos, a la vez que abren el espacio a la participación ciudadana.

La participación ciudadana, es un compromiso de Estado cuyo precepto legal se enmarca desde la Constitución de la República de Panamá. En el Capítulo 6 sobre Salud, Seguridad Social y Asistencia Social, el artículo 116 expresa que: Las comunidades tienen el deber y el derecho de participar en la planificación, ejecución y evaluación de los distintos programas de salud.

El Decreto No.401 del 29 de diciembre de 1970 “Por el cual se constituyen los Comités de Salud de las comunidades, se definen sus objetivos y se coordina e integra su labor con las del Ministerio de Salud” tiende a la concienciación de nuestras comunidades en sus deberes y derechos en salud.

Para el MINSA la participación social incluye el empoderamiento de las personas, familias y comunidades para promover la salud y prevenir enfermedades. También está inmerso el apoyo a las actividades de salud que promueven las instituciones, la participación de todos los actores sociales en la toma de decisiones sobre la gestión de servicios, en auditorías sociales o en la formulación y evaluación de políticas.

Como ejemplo de esta participación social desde el año 2005 se viene desarrollando un proceso de concertación nacional, en este sentido el MINSA presenta avances en este tema reflejados, entre otros, en los planes estratégicos concertados sobre temas sensibles y que han tenido un trabajo intersectorial. Se trata de planes nacionales y sectoriales en los cuales conjuntamente con otras instituciones, el MINSA participa y asume compromisos que incorpora en el marco de sus programas e iniciativas, como por ejemplo: Plan Nacional de Niñez y Adolescencia, Plan Estratégico de VIH/SIDA, entre otros.

Un paso previo a la elaboración de la propuesta final de normativas sería realizar un trabajo conjunto con la Dirección de Desarrollo Organizacional (ODI) y Asesoría Legal del MINSA, para verificar las normativas que han sido derogadas o modificadas, las que están pendiente de ser publicadas en Gaceta Oficial y las que están pendientes de su reglamentación. Posteriormente, se debe identificar si hacen falta otras modificaciones o propuestas y elaboración de nuevos instrumentos legales.

En relación a los convenios internacionales, Panamá ratifica estos y los acoge como normativa a seguir en el país por medio de leyes y decretos que el Ejecutivo firma. En ese sentido, Panamá ha ratificado algunos convenios de interés internacional y que los organismos verifican su cumplimiento.

#### B. IDENTIFICACIÓN Y SUGERENCIAS DE ALGUNOS AJUSTES Y/O REFORMAS LEGALES PARA LA NORMATIVIDAD TÉCNICA Y POLÍTICAMENTE VIABLES

Luego de una extensa indagación acerca de las normativas existentes y de preguntar a algunos actores claves del desarrollo e implementación de las normas (Dirección General de Salud), consideramos que no es suficiente emitir leyes, reglamentos, resoluciones o manuales, sino que es fundamental desarrollar instrumentos para sistematizar su operacionalización, lo que garantizaría su efectiva implementación en todos los niveles de atención. Quizás por ello algunos expertos consultados, afirman que el MINSA no necesita más leyes, normas o reglamentos, sino que debe encontrar la forma de poner en práctica los existentes que “se vuelven letra muerta”.

Algunas de las normativas existentes, pueden rebasar la estructura operativa de aquellas unidades que están llamadas a implementar y dar seguimiento a la aplicación de la norma. La falta de personal, financiamiento y la instrumentación legal, son algunas de las causas más recurrentes.

Además de emitir leyes o normas, se hace necesario desarrollar instrumentos para sistematizar su aplicación y fiscalización, y sobre todo monitorear su implementación y poder realizar evaluaciones.

A lo largo de su vida institucional el MINSA ha logrado leyes, decretos y resoluciones relacionados con el rol rector, entre los cuales están relacionados, los modelos de atención y gestión de los servicios de salud y de descentralización; hace falta fortalecer la elaboración y uso de instrumentos técnicos y reglas (instrumentos de monitoreo y evaluación de los resultados alcanzados, evaluaciones de desempeño, manuales operativos, manuales de funciones, cuadros de mandos, incentivos al desempeño, flujos de los recursos, entre otros).

Algunos consideran que antes de seguir emitiendo normas, leyes y más resoluciones de las que el MINSA puede administrar en el actual estado de cosas, conviene hacer una revisión profunda de su organización y funciones, negociar con los diferentes actores involucrados y tomar decisiones de alta trascendencia sobre el futuro de esta organización, para no seguir deteriorando su imagen que en la actualidad está determinada por la provisión de servicios de atención.

Debe incorporarse con mayor fortaleza la “politización” de la salud, incorporándolo en la agenda política del estado, abriendo espacios para el debate, sin embargo debe considerarse la necesidad de ser pragmáticos y consistentes con las necesidades de salud del pueblo panameño.

En su gran mayoría las disposiciones están orientadas a asegurar el cumplimiento de una normativa por parte del personal, de la población o de algunos actores sociales y algunas veces se incluyen las penalizaciones respectivas.

En documentos revisados se explicita que, el enfoque actual que se gerencia desde el nivel central, descuida la normativa para impulsar la promoción de la salud a través de la educación, los cuidados ambientales y los cambios en los hábitos y estilos de vida. Lo cual resulta inapropiado, si se cuenta con una organización que permite evidenciar las diferencias, entre el rol normativo del rol ejecutor. Es en este punto, en donde el MINSA muestra su debilidad mayor, ya que ejerce las funciones de provisión de servicios de salud y, se constituye en juez y parte (como regulador y sujeto de la regulación). Esta situación ha persistido en los últimos años, a pesar de que existen documentos que presentan una propuesta organizacional más acorde a los nuevos roles.

En consecuencia, la regulación de la provisión privada de servicios de salud, de los mercados de seguros y de las prácticas extrasectoriales que afectan la salud, según el

criterio de los actores consultados, tiene aún un desarrollo muy elemental. Precisamente, por la ausencia de una estructura operativa que permita accionar en varias direcciones y lograr obtener resultados medibles acerca del seguimiento y evaluación, de aquellas intervenciones que en principio, se debieron implementar a través de las normas existentes.

Con respecto a la regulación en materia ambiental, se manifiesta que existe una gran cantidad de leyes y normas que rigen y tratan el tema de manera independiente, sin integrar sus contenidos, lo que provoca en muchos casos confusión y lucha entre las diferentes entidades que tienen relación directa e indirecta con el tema. Además, tópicos como la calidad del aire son áreas de desarrollo muy débil en el MINSA.

Sin embargo, los principales obstáculos para el desarrollo de las normas y de las políticas del sector salud, son la falta de recursos financieros y las capacidades y competencias técnicas del recurso humano, que a pesar que en el Nivel Central del MINSA esta concentrada de técnicos con diferentes especialidades, la regiones de salud adolecen un poco de este recurso. El MINSA como institución responsable, de ejercer la autoridad sanitaria, necesita no sólo de la delegación expresada de autoridad por parte del Estado, sino de la dotación y el uso de los recursos necesarios y de la capacidad institucional para ejercerla con propiedad.

Aunque, después de revisar la normativa existente de los programas de salud, la centralización, pluralidad y desactualización del marco normativo-legal en el ámbito de acción que relaciona el producto y servicio final de salud que recibe la población, son evidentes.

Para lograr una mejor operatividad de las normas existentes, se hace necesario la utilización adecuada de los instrumentos legales y, por ende de la divulgación de estas a todos los niveles de atención, ya que para regular derechos, deberes, formas globales de organización y aseguramiento, fuentes de financiación, competencias y conductas generales requieren ser establecidas por las leyes o los decretos, pero las normas técnicas que regulan procedimientos, protocolos y guías de operación deberían ser reguladas por instrumentos más flexibles. Sin embargo sin una adecuada divulgación y capacitación a los diferentes niveles de atención no es posible una adecuada implementación y operativización de las mismas.

Para la formulación de la normativa legal en salud se hace necesario considerar lo siguiente:

1. Todo intento de definir las políticas, planes, programas y proyectos en una proyección integral y sustentable en el tiempo, deberá tener como premisas impostergables, la más amplia discusión y consenso en una sociedad, que ya no acepta decisiones autoritarias y mucho menos recetas que no hayan probado hasta la saciedad, que mejorarán la equidad, eficiencia, eficacia, accesibilidad y calidad de los servicios de

salud que debemos ofrecer a toda la población panameña. En donde cada ciudadano sea atendido de acuerdo a su necesidad y no a su capacidad económica.

2. Los procesos de urbanización acelerados y las migraciones desde las áreas rurales a los centros periféricos, dificultan la provisión de servicios básicos a la población, por ello deben implementarse políticas de planificación y ordenamiento territorial que tome en cuenta la dinámica demográfica, y que promuevan el desarrollo de las áreas rurales e indígenas.
3. Para poder implementar con efectividad el marco legal, es preciso desarrollar una coordinación y articulación interinstitucional e intersectorial con todas y todos los actores sociales de la vida nacional. El liderazgo del MINSA es fundamental en esta convocatoria.
4. El desarrollo de procesos de reforma legal y de modernización de las instituciones, no son un fin en sí mismos, son un puente para arribar a nuevos estadios de garantía y protección de los Derechos Humanos y de la salud como derecho fundamental.
5. Es importante que las diferentes instancias del Estado, adopten un rol de supervisión y de contraloría para asegurar la congruencia del marco legal e Institucional.
6. La delegación de autoridad manifestada explícitamente por parte del Estado es un nudo crítico, de allí la necesidad de considerarse como un tema de Estado. En ese sentido, es importante el respaldo jurídico-administrativo por parte de las instancias del Estado encargadas de formular las leyes e impartir justicia, para que las decisiones tomadas por el MINSA sean sólidas, consistentes e inquebrantables.
7. La aplicación de las normativas legales vigentes en relación a la participación de los principales actores del sector, genera en ocasiones duplicidad de funciones e inversiones ineficientes.
8. Todavía no se encuentra evidencias de políticas explícitas de descentralización, aún cuando con frecuencia se enuncia la voluntad descentralizadora, por lo cual es necesario impulsar esfuerzos para que el discurso se transforme en realidad, a través de un plan estratégico para la implementación de estos procesos. El marco legal para impulsar efectivamente una descentralización, se percibe como insuficiente y, no puede seguir basándose en el Código Sanitario (Ley 66 del 10 de Nov. de 1947).
9. En cuanto a la regulación ambiental: existe una gran cantidad de leyes y normas que la rigen, sin embargo, esto representa un problema porque tratan el tema de manera independiente sin integrar sus contenidos, lo que provoca en muchos casos confusión y lucha entre las diferentes entidades que tienen relación directa e indirecta con el tema.
10. El MINSA debe cambiar su enfoque tradicional, considerando que su prioridad es ejercer el cumplimiento de la norma, más que hacia la promoción de la salud mediante la educación y el cambio de comportamientos.

## VI. INTERVENCIONES DE LA INICIATIVA SM2015

### A. SALUD MATERNA, SEXUAL-REPRODUCTIVA Y NEONATAL

1. VERIFICAR SI PARA EL TEMA DE SALUD MATERNA, SEXUAL-REPRODUCTIVA Y NEONATAL SE TOMA EN CUENTA PARA LOS PROTOCOLOS O GUÍAS DE PRÁCTICA DE ATENCIÓN: I) LA MEDICINA BASADA EN EVIDENCIAS CON LA MEJOR EVIDENCIA CIENTÍFICA DISPONIBLE Y; II) ESTUDIOS COSTO EFECTIVIDAD O COSTO BENEFICIO DE LAS INTERVENCIONES (NACIONALES Y/O INTERNACIONALES).

Para el tema de salud materna, salud sexual-reproductiva y neonatal se encontró evidencia que para los protocolos o guías de práctica de atención, la medicina basada en evidencias como tal, aún se encuentran en un proceso inicial de incorporación a los programas nacionales de salud, a pesar que ya se tiene varios años ofreciendo capacitaciones al personal técnico en salud, sobre su metodología y las técnicas utilizadas para lograr su objetivo.

El principal problema como lo manifiestan los coordinadores de estos programas, es la falta de monitoreo y evaluación de las intervenciones en salud, como también del financiamiento disponible en los presupuestos institucionales, para llevar a cabo las investigaciones que permitan generar la evidencia científica. Esta limitante, no ha permitido aún considerar en los actuales protocolos, las evidencias científicas nacionales generadas a partir de este tipo de metodología.

Como bien lo establece la medicina basada en la evidencia (MBE), la mejor decisión sobre las decisiones clínicas que hay que adoptar, debe considerar todos los aspectos de salud relevantes. Para estos programas de salud, solo existen datos estadísticos recopilados a través del tiempo, más no se genera análisis relevantes a partir de estos datos.

Aquellos programas que contienen mayor información científica, son aquellos que cuentan con el respaldo técnico y financiero internacional de Instituciones, como la OPS, UNFPA, ONUSIDA, UNICEF, BM y el BID, los cuales apoyan estudios, manejo de software para la sistematización de datos y capacitaciones al personal relacionado.

Para la MBE, las mejores evidencias son aquellas relacionadas con la **información actualizada** internacional de la **investigación relevante** y válida sobre los efectos de las diferentes intervenciones en la asistencia clínica, el potencial daño debido a la exposición a agentes particulares y la exactitud de las pruebas diagnósticas. En consecuencia, el MINSA como ente rector de estos programas en salud, aún no cuenta con estudios (nacionales) que les permita introducir cambios en las guías clínicas considerando estos análisis. Algunas experiencias con las que sí se cuenta son, aquellos relacionados con los ajustes en las técnicas utilizadas para algunos exámenes, como el Papanicolaou, donde se evidenció el manejo inadecuado para la conservación de la muestra.

Por otro lado, al no contar con estudios de costo efectividad o costo beneficios del país, se utilizan las referencias de algunos estudios internacionales, como por ejemplo, para introducir nuevas vacunas en el esquema nacional. Sin embargo, en Panamá se puede referir a informes globales sobre el gasto social y la asignación de recursos a la infancia. En el país no se llevan registros específicos de lo que el Estado invierte en políticas sociales y económicas dirigidas a la infancia. Sin embargo, se puede tener una estimación a través de la evolución del gasto social del país.

Para el manejo de las finanzas públicas en Panamá se considera como gasto social, a los recursos efectuados tanto en el componente de funcionamiento, como de inversión destinados a programas de salud, educación y cultura, vivienda y desarrollo comunitario (comprende seguridad social, servicios comunales y trabajo), ejecutados por las entidades del Gobierno Central y Descentralizadas, que conforman el área social del sector público.

Las iniciativas acerca del costeo de las intervenciones, sólo se conocen a nivel hospitalario (tercer nivel de atención) ya que como se maneja compensaciones entre la CSS y el MINSA, se desarrolló el programa Costo 20, cuya metodología busca obtener los costos de los servicios que se ofrecen en los diferentes hospitales del país.

A nivel de la red primaria de atención, se intentó desarrollar el costeo de los principales programas de atención, pero esta iniciativa no fue institucionalizada y por consiguiente, al cambiar la administración (aspectos políticos) no se prosiguió con este esfuerzo. Por consiguiente, Panamá aun no cuenta con estudios costo efectividad que podamos consultar como fuente de referencia.

2. SALUD MATERNA: REVISAR Y ANALIZAR LAS POLÍTICAS ESPECÍFICAS, NORMAS Y PROTOCOLOS DIRIGIDOS A LA ATENCIÓN OBSTÉTRICA DE EMERGENCIA, Y EL MANEJO ACTIVO DE LA TERCERA FASE DEL TRABAJO DE PARTO PARA PREVENIR LA HEMORRAGIA POSPARTO, REDUCIR LA MORTALIDAD MATERNA OCASIONADA POR ECLAMPSIA, REDUCIR LA MORTALIDAD MATERNA OCASIONADA POR INFECCIÓN POSPARTO Y PARA REDUCIR LA MORTALIDAD MATERNA OCASIONADA POR ABORTO SÉPTICO, U OTRAS CAUSAS ASOCIADAS A LA MORTALIDAD MATERNA, EN EL MARCO DE LA ATENCIÓN A LA SALUD MATERNA.

El país ha adoptado una estrategia nacional para reducir la mortalidad materna y se cuenta con un plan para el periodo 2000-2015, sin embargo, no se ha determinado el costo necesario para cumplir con este plan.<sup>15</sup>

Las normas del programa de salud integral de la mujer contienen los lineamientos técnicos administrativos y de procedimientos de los componentes que desarrolla el programa como son atención del embarazo, parto, puerperio y del recién nacido, planificación familiar, atención integral de la mujer y las guías de vigilancia epidemiológicas de la mortalidad materna y perinatal.

<sup>15</sup> CUESTIONARIO SOBRE LA SALUD DE LA MADRE, DEL RECIÉN NACIDO, DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE, OMS, 2010.

Se incluyen aspectos detallados de los procedimientos en la atención del parto, nuevas directrices para prevenir las episiotomías innecesarias, uso del partograma y lineamientos técnicos para la indicación y práctica de la cesárea con la implementación de la estrategia de la segunda opinión. Se ha introducido directrices normativas para mejorar la calidez y la humanización en la atención de la embarazada.

En relación a la atención obstétrica de emergencia existen directrices específicas para este tipo de situaciones y están contempladas en la guía de ***Manejo de las complicaciones del embarazo y el parto: guía para obstetras y médicos***. Esta guía está basada principalmente en directrices del Organización Mundial de la Salud (OMS) y actualizadas al año 2009.<sup>16</sup>

Se han aplicado otras directrices como ***Guía Práctica de atención esencial del embarazo y el parto o PCPNC***.

En relación a transfusiones sanguíneas en caso de emergencia están autorizados para administrarlas las enfermeras y médicos generales, obstetras y ginecólogos. Los hospitales de segundo y tercer nivel de complejidad cuentan con Banco de Sangre y garantizan la disponibilidad de los componentes sanguíneos según las necesidades.

En caso severo de preeclampsia y eclampsia solo **prescribe y administra** las inyecciones de **sulfato de magnesio**, los médicos generales, obstetras y ginecólogos.

En caso de **prescribir inyecciones de oxitocina** para la prevención de hemorragias solo están autorizados los médicos generales, obstetras y ginecólogos. Para **administrar** oxitocina para la prevención de las hemorragias puerperales, están autorizados los médicos generales, obstetras y ginecólogos, y las enfermeras.

Para **prescribir antibióticos inyectables** en caso de sepsia materna solamente los médicos generales, obstetras y ginecólogos pueden hacerlo, para **administrarlos**, además de los médicos generales, obstetras y ginecólogos, las enfermeras están autorizadas.

En relación al manejo activo del **tercer periodo del trabajo de parto**, coordinado con pinzamiento oportuno del cordón umbilical, se ha unificado criterios en base a la normativa para su aplicabilidad a nivel nacional.<sup>17</sup>

En cuanto a Buenas Prácticas (Intervenciones) para disminuir muerte materna por hemorragia vaginal aguda post parto inmediato se está capacitando al personal y exigiendo la aplicabilidad y cumplimiento de las normas y guías de manejo.

<sup>16</sup> Idem

<sup>17</sup> IMPLEMENTACIÓN DE INTERVENCIONES (PRÁCTICAS EFECTIVAS), SISTEMA MESOAMERICANO DE SALUD PÚBLICA, GRUPO DE TRABAJO DE SALUD MATERNA REPRODUCTIVA Y NEONATAL, SEGUNDA REUNIÓN PRESENCIAL DE TRABAJO, MINSA, PANAMÁ, GUATEMALA 2008

Adicionalmente se ha reforzando en las Escuelas formadoras el conocimiento de la norma y en los Hospitales Escuela, la aplicabilidad de la misma por internos, residentes, funcionarios, médicos generales, sobre todo de las áreas más alejadas o de difícil acceso en la identificación temprana de síntomas y signos, manejo adecuado y referencia oportuna y a las parteras tradicionales.<sup>18</sup>

Para disminuir la muerte materna por eclampsia se ha capacitado a médicos generales sobre diagnóstico temprano, manejo terapéutico de la emergencia; identificación de las señales de alarma en la paciente, auditorías intrahospitalarias ante una muerte materna y la identificación y referencia de las embarazadas desde las comunidades, sobre todo, las más alejadas a través de los promotores comunitarios y en las visitas de los Equipos de Extensión de Cobertura.

Así mismo para disminuir la muerte materna por Infección Post Parto, se ha capacitado en atención adecuada y oportuna del parto, prevención de infecciones intrahospitalarias, se realizan reuniones de los Comités de Nosocomiales en los diferentes hospitales nacionales y regionales y la identificación temprana, promoción dentro del control prenatal de las señales de alarma a la paciente y auditorías intrahospitalarias ante una muerte materna.

#### *A. POLÍTICAS EN MATERIA DE ATENCIÓN PRENATAL, EMBARAZO, PARTO, ATENCIÓN POSTNATAL:*

En el país existe una política nacional para la gestión en relación a la atención de los embarazos actualizada desde 2007, donde se especifica claramente el número mínimo de visitas de AP durante el embarazo normal que debe ser de más de cuatro (4). En esta política se contempla la asistencia cualificada durante el parto y el lugar de nacimiento que debe ser en instalaciones de salud y fue adoptada ya antes del año 2000.

En este mismo sentido relativo con los partos, se especifica en la normativa el monitoreo del desarrollo del parto mediante el cartógrafo (partograma), la gestión activa de la tercera etapa del parto y la determinación de los medicamentos para la gestión activa de la tercera etapa del parto, y se recomienda la Oxitocina, y Misoprostol.

#### *B. POLÍTICAS TRAS EL PARTO PARA LA MADRE Y EL RECIÉN NACIDO ATENCIÓN POSTNATAL:*

Al respecto se contempla en la normativa en materia de visitas y exámenes de seguimiento postnatal de la madre y del recién nacido, siendo una política integrada para la madre y el recién nacido y la cual debe efectuarse en la instalación de salud o en el hogar, por un profesional cualificado o agente de salud comunitario (parteras).

También contempla en la normativa vigente la asistencia especial a los recién nacidos de bajo peso al nacer y a la madre. En ese sentido, el protocolo establece lo siguiente, según la norma de suplementación preventiva con sales de hierro 2008:

---

<sup>18</sup> IDEM

**En el caso de la Madre:** “Puérpera con anemia severa por clínica o laboratorio, administrar 120-180 mg de Sulfato Ferroso y 400 mcg de Ácido Fólico diarios por 4 meses y reevaluar”.

**En el caso del recién nacido:** “Lactante bajo peso al nacer (<2,500 g) aplicar 10mg/día de hierro elemental (4 gotas por día). Iniciar a los dos meses y dársela hasta los 11 meses.

#### *C. DIRECTRICES Y PROTOCOLOS NACIONALES PARA EL TRATAMIENTO INTEGRADO DEL EMBARAZO Y DEL PARTO:*

Existen directrices específicas para la asistencia del embarazo normal actualizadas en el año 2007, basadas en las directrices de la OMS y se han aplicado la Guía Práctica de Atención Esencial del Embarazo y del Parto (PCPNC).

En relación a la preparación para el parto y para emergencias durante la asistencia prenatal se contempla en la normativa vigente y son directrices basadas en la OMS, Manejo de las complicaciones del embarazo y el parto: guía para obstetras y el médicos, y se actualizaron en el año 2009. Esta guía aunque esta estructurada para que los médicos puedan consultar, es también utilizada por el personal técnico de salud, en caso de presentarse algún tipo de emergencia.

Para los partos normales también existen directrices y también son basadas en las de OMS, Guía Práctica de Atención Esencial del Embarazo y del Parto (PCPNC) actualizadas en el año 2007.

En relación a la asistencia normal al recién nacido, existen directrices específicas basadas en las de la OMS, Guía Práctica de Atención Esencial del Embarazo y del Parto (PCPNC), actualizadas en el año 2009.

Para la gestión de las complicaciones obstétricas, también existen directrices específicas para el caso, basadas en las de la OMS, Manejo de las complicaciones del embarazo y el parto: guía para obstetra y médicos, actualizada en el año 2009, e incluye el enfoque CONE, con el establecimiento de centros de atención integrales con médicos generales capacitados no solo en AIEPI neonatal y riesgo materno sino con equipos básicos e insumos para el manejo oportuno de complicaciones.

En relación a las actividades de educación para la salud y otras intervenciones de promoción de la salud destinadas a mejorar la atención en el hogar y el apoyo comunitario, se especifican en la normativa vigente y se actualizaron el año 2009, Trabajando con individuos, familias y comunidades para mejorar la salud materna y neonatal.

Se contempla igualmente acciones para la auditoria de las defunciones de las madres y neonatos (0-28 días), y existe un grupo de expertos nacionales que examinan las

auditorías de las defunciones de las madres y neonatos; para lo cual se reúnen regularmente, las Comisiones Locales, Regionales y Nacional de Muerte Materna y Neonatal.

#### *D. Estrategias y Programas:*<sup>19</sup>

**VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE MUERTE MATERNA:** Existe un reporte obligatorio de muerte materna o perinatal en el cual se levanta un informe verbal, autopsia y reunión de los comités regionales en busca de análisis e intervenciones en alguna de las "3" demoras. Con el objetivo de analizar las fallas e intervenir para evitarlas. Existe un equipo intersectorial: Comisión Nacional de Muertes Maternas y Perinatales a nivel nacional, que se encarga mensualmente de la compilación de datos, confirmación de muerte/causa, e igualmente se interrelaciona con los comités regionales.

**DISMINUIR MORBILIDADES OBSTÉTRICAS:** con la aplicación de las normas de bajo riesgo y las guías de las complicaciones del embarazo por parte del personal de salud, se han efectuado capacitaciones en AIEPI neonatal y comunitario, al igual que talleres de riesgo materno. Mediante la aplicación de las normas técnico-administrativas y de procedimiento, guías de complicaciones del embarazo: se establecen pautas de manejo e intervenciones en el control prenatal y reconocimiento de patologías que influyan en un efecto adverso del embarazo.

**CAPACITACIÓN Y SUPERVISIÓN PERIÓDICA DE PARTERAS EMPÍRICAS:** se trabaja con las parteras empíricas en las regiones en donde tengan presencia, mediante supervisiones periódicas, capacitaciones y talleres de atención del parto y del recién nacido, por personal del MINSA. Esta actividad se ha fortalecido en los últimos años ya que para las áreas indígenas ha resultado ser una estrategia efectiva para apoyar el trabajo técnico del personal de salud. A través del apoyo de UNFPA, se ha logrado desarrollar varios talleres de capacitación en ese sentido.

Adicional se efectúan encuentros de parteras con presencia de los médicos de las respectivas regiones de salud fortaleciendo la interculturalidad. Se ha integrado para el 2008 la atención del parto vertical, estrategia utilizada por el MINSA en áreas comarcales. Dentro de las normas técnico-administrativas y de procedimiento, se establecen parámetros de supervisión y control de los partos atendidos por parteras empíricas: incluye una hoja de referencia y diseños gráficos de cómo enviar a la paciente; adicionalmente se está trabajando con el componente intercultural por lo que se integra el parto vertical con acompañamiento. Se han establecido indicadores que permitan el monitoreo de las intervenciones.

<sup>19</sup> INVENTARIO DE ESTUDIO EN MESOAMÉRICA; PANAMÁ, 2010.

**ALBERGUES MATERNOS:** para permitir un lugar adecuado a las embarazadas, principalmente en áreas de difícil acceso.

**PLAN DE PARTO:** (UNFPA), mediante líderes comunitarios se conversa con las embarazadas de la población en donde son responsables de qué hacer y prepararse para su parto: logística de con quién dejar a los niños, animales, coordinar transporte. Se evidenció que las fallas detectadas en la primera demora se deben precisamente a que la paciente no quiere atenderse en un centro básico por sus hijos, animales domésticos. Este plan le permite prepararse ella y la familia.

**CENTRO DE ATENCIÓN OBSTÉTRICA Y NEONATAL BÁSICA:** (CONE), se establecen centros de atención integrales con médicos generales capacitados no solo en AIEPI neonatal y riesgo materno sino con equipos básicos, para detectar posibles complicaciones. Se han dotado de insumos para el manejo oportuno de complicaciones y cuentan con ambulancias para el traslado. Se trata de unidades de atención con la finalidad de que las pacientes lleguen acompañadas de familiares o parteras en donde tengan un local para su parto con personal calificado.

**RED DE OPORTUNIDADES ACCIONES INTERSECTORIALES:** en Panamá desde 2004, se adoptó el programa de la red de oportunidades el cual por medio de las transferencias monetarias condicionadas, las familias de pobreza y extrema pobreza, reciben un aporte económico siempre y cuando los niños, mujeres y adultos de la tercera edad, reciban atención médica y asistan a la escuela (en el caso de los niños). Esta atención de salud, incluye vacunación, registro de nacimientos a aquellos que no estén reportados al sistema, además de las vacunas, se integró los controles prenatales.

**H. PLANIFICACIÓN FAMILIAR:** como parte de la normativa nacional se ofrece planificación familiar en las instalaciones de la red primaria de salud. Dentro del programa de atención post aborto se incluye el componente de consejería y oferta de planificación familiar. Se ha incluido el componente de capacitación a proveedores con herramientas en planificación familiar y consejería integrada.

**GRATUIDAD EN LA ATENCIÓN DEL CONTROL DEL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO:** como parte de las políticas de Estado, se establece el decreto: De gratuidad de la atención, con el objetivo de facilitar la accesibilidad a los servicios de salud.

**SISTEMA INFORMÁTICO PERINATAL:** mediante el cual se recolecta datos para la evaluación de las intervenciones con el componente de derechos reproductivos. Con el objetivo de realizar intervenciones en base a evidencia y registro de actividades.

**B. SALUD NEONATAL: REVISAR Y ANALIZAR DE LAS NORMAS RELACIONADAS CON EL PAQUETE DE ATENCIÓN ESENCIAL PARA EL RECIÉN NACIDO Y EL PAQUETE DE ATENCIÓN DE EMERGENCIA PARA EL RECIÉN NACIDO.**

La norma técnica para la atención del niño y la niña desde su nacimiento hasta los 9 años, establece quién atenderá al niño según ubicación, las cuales serán: Tabla No. 1

**Tabla No. 1 Atención del niño y la niña, según ubicación**

Ubicación	Personal
Desde el Hogar y la Comunidad	Líderes Comunitarios (Partera empírica)
Desde el Puesto de Salud	Ayudantes y Asistentes de Salud
Desde los Hospitales (Red de servicios CSS y el MINSA)	Médicos y Enfermeras

Para cada uno de los casos según sea su ubicación, la norma establece los servicios que recibirá el recién nacido y que este personal deberá aplicar, los que se detallan a continuación

#### **Paquete de Atención Esencial para el recién nacido**

##### **Control de Crecimiento físico**

- Evaluación del peso / edad
- Evaluación de la peso / talla
- Evaluación de la talla / edad
- Evaluación de perímetro cefálico hasta los 2 años
- Control y estimulación del desarrollo
- Control de enfermedades prevenibles por vacunas
- Detección temprana de las pérdidas auditivas
- Lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses
- Introducción alimentación complementaria a partir de los 6 meses de edad
- Evaluación de la alimentación del menor de 2 años
- Vigilancia de la ganancia de peso en los controles de crecimiento y desarrollo
- Administración de una sola megadosis de vitamina A de 100,000 U.I a los niños entre 6 y 11 meses de edad, anotar en la tarjeta de vacuna y en el formulario de vacuna.
- Administrar cada seis meses una megadosis de vitamina A de 200,000 U.I a los niños de 12 a 59 meses, anotar en la tarjeta de vacuna y en el formulario de vacuna.

Las intervenciones que se hacen a través del Control de Salud de Crecimiento y Desarrollo: tan pronto el niño(a) sale del hospital **prueba del Talón** (tamizaje neonatal), prueba que debe llevar al centro de salud más cercano a su lugar de residencia, de igual manera tendrá que realizar la **prueba de audiometría** para detectar hipoacusia (sordera)

Estos controles son muy estrictos en el primer año de vida, por lo que se tipifica como un tipo de maltrato infantil si las madres no llevan estos exámenes en la primera cita (a los 7 u 8 días de nacido) y para lograr una cobertura efectiva, se sugiere a la madre y se le

dice que el Estado les puede quitar sus bebés si no los llevan a los controles, ya que sus bebés dependen de ellas para lograr su salud preventiva.

Para las intervenciones de salud podemos observar una correspondencia entre una norma de salud y una norma legal coercitiva para obligar la acción inicial. Además, la política del Gobierno acerca de la cobertura de la atención de salud en áreas de difícil acceso y población de pobreza y pobreza extrema, establece cumplir con sus controles de crecimiento y desarrollo al niño de 0-9 años, si quiere recibir la transferencia monetaria condicionada cincuenta balboas (B/.50.00 por niño), para ello la madre debe presentar su tarjeta de control al funcionario del MIDES, la cual está identificada y firmada por personal de salud.

Para verificar y validar el cumplimiento de la norma, se llevaron a cabo dos incursiones a dos centros de salud ubicados en área urbana (San Miguelito) y otro en área rural (Bocas del Toro) y este fue el resultado de la validación de los datos:

- Los controles de crecimiento y desarrollo se llevan a cabo a 7 u 8 días después de nacido, a los 15 días, al mes, a los dos meses, tercer, cuarto, sexto, décimo y 12mo mes.
- Durante estos meses, la atención por parte de la enfermera y el médico, les aplica las vacunas, medición de peso y talla, y evaluación de perímetro cefálico hasta que el niño cumpla dos años.
- Luego del primer año las citas ya son más espaciadas; al año 3 meses; al año 6 meses; y luego a los dos años.
- A los 6 meses se les solicita laboratorios que consisten en hemogramas completos y urianálisis.
- Al año se le solicita otro hemograma completo, tipaje RH, solubilidad de hemoglobina, urianálisis y heces por parásitos
- A los dos años se solicita hemograma completo, urianálisis y heces y así sucesivamente cada vez que cumple un año, hasta los cinco años. Posteriormente, a esta edad, asisten cada cinco meses.
- En cada cita se les mide el perímetro cefálico, se pesan, se tallan, se les evalúa la curva Peso/edad, Peso/talla, y tan pronto se detecta algún grado de desnutrición, el paciente es referido al servicio de nutrición para captarlo en el PAC (Programa de alimentación complementaria), el cual incluye cremas fortificadas o nutrileches.
- De igual manera, en cada cita de control el niño es evaluado a través del perfil psicomotor. Si se detecta en alguna de sus fases de desarrollo un retardo, es referido al programa de estimulación precoz, fisioterapia, terapia de lenguaje y de motricidad.

Para esta última intervención, el médico del centro de salud de San Miguelito, cuenta con el personal idóneo para ofrecer este tipo de atención, no así otras instalaciones de salud de la misma región de San Miguelito.

Para el caso del Centro de Salud ubicado en Bocas del Toro, el médico informa que no cuenta con una nutricionista de planta, sino que la enfermera apoya en esta sección, una vez que se detecta un caso de desnutrición moderada, ya que cuando es severa, el niño es referido inmediatamente al hospital regional del área.

### **Paquete de Atención de Emergencia**

Para las morbilidades de mayor demanda, que incluyen las emergencias neonatales, en donde puede existir un nivel de complicación, están las infecciones respiratorias, las diarreas y la desnutrición para el caso de las áreas de difícil acceso.

Los servicios de atención para estos tres ejemplos están bien documentados de manera que el personal pueda asistir con rapidez los casos que se puedan controlar.

En ese sentido, a continuación se detalla con exactitud como lo establece la guía, acerca de la atención por infección respiratoria aguda (IRA), para cada uno de los posibles casos y que medicamentos se podrán suministrar.

#### **Faringitis viral:**

- Tratar la fiebre con acetaminofén a 10 mg/Kg/dosis cada 4 horas.
- Brindar más líquidos al niño (a).
- Dígale a la madre que regrese con el niño (a) si empeora.

#### **Infección de la garganta** (estreptocócica):

- Penicilina benzatínica a 50000 u/Kg dosis I.M.#1 o eritromicina 40-50 mg/Kg/día dividido en 4 dosis por 7-10 días.
- Medidas físicas para disminuir la fiebre, en caso de fiebre mayor de 38 grados indicar acetaminofén.

#### **Absceso de garganta:**

- Penicilina benzatínica o eritromicina.
- Referir al centro de salud.
- Medidas físicas para disminuir la fiebre, en caso de fiebre mayor de 38 grados indicar acetaminofén.

#### **Otitis aguda:**

- Antibiótico: Trimetropin-sulfametoxazol (primera elección): Lactantes de 6 meses hasta 2 años: ½ cucharadita BID; niños (as) de 2 – 5 años: 1 cuchararita BID. por 7 días o amoxicilina 50-100 mg/Kg/día vo dividido en tres dosis.
- Dar medicamento para el dolor y la fiebre.
- Reevaluar en 5 días.

#### **Tos o resfriado (no es neumonía):**

- Dar medicamento para la fiebre: Acetaminofén.

- Recordar aumento de la ingesta de agua y líquidos.
- En niños menores de 2 meses mantener la nariz descongestionada con solución salina (gotas nasales).
- En niños menores de 2 meses alerte a la madre para que regrese por atención médica si el lactante respira con dificultad, rápido y si es difícil alimentarlo (se ahoga con la leche).

#### **Neumonía:**

- Dar antibiótico (Amoxicilina)
- Medidas físicas para disminuir la fiebre, en caso de fiebre mayor de 38 grados indicar acetaminofén.
- Tratar el broncoespasmo si lo tiene.
- Reevaluar al niño en 2 días o antes si empeora.

#### **Neumonía Grave:**

- Dar la primera dosis de antibiótico ( Amoxicilina )
- Dar medicamento para la fiebre.
- Dar medicamento para el broncoespasmo si lo tiene.
- Referir URGENTE al hospital.

#### **Enfermedad muy grave:**

- Referir urgente al hospital.
- Dar la primera dosis de antibiótico.
- Tratar la fiebre con acetaminofén y medios físicos.
- Tratar el broncoespasmo.

Por otro lado, existen directrices que recomiendan el tratamiento de la neumonía a nivel comunitario o en el hogar, a través del ayudante de salud o por agente capacitado y para el manejo de los casos de diarrea, con sales de rehidratación oral (SRO) y confluídos de elaboración casera para controlar la diarrea. En Panamá, el Zinc se incluirá y se aplicará solo en Darién como un plan piloto (agosto 2011).

### **1. POLÍTICAS Y DIRECTRICES SOBRE LA SALUD DE LA MADRE Y DEL RECIÉN NACIDO.**

**Salud del recién nacido:** Panamá ha adoptado una estrategia nacional para reducir la mortalidad del recién nacido y se cuenta con un plan denominado: Salud de la madre y del recién nacido y del niño, para el periodo 2000-2015, sin embargo, no se han determinado los costos necesarios para cumplir con este plan.

**Salud del niño:** Panamá ha adoptado una estrategia nacional para reducir la mortalidad del niño y cuenta con un plan denominado “Plan Estratégico para la Reducción de la morbilidad y la Mortalidad materna y perinatal, Panamá 2006-2009.

C. SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA (PLANIFICACIÓN FAMILIAR): REVISAR Y VERIFICAR A NIVEL DE LAS NORMAS Y DISPOSICIONES DE SALUD SI ESTAS PERMITEN EFECTIVAMENTE IMPLEMENTAR SERVICIOS DE CALIDAD DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR PARA ADOLESCENTES, GARANTIZAR EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE POR LO MENOS SEIS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN PUESTOS DE SALUD, GARANTIZAR EL ACCESO LIBRE, INFORMADO Y VOLUNTARIO A LA VASECTOMÍA EN HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD ACREDITADOS, A LA ASESORÍA Y SERVICIOS DE ANTICONCEPCIÓN POSTERIORES AL PARTO O A UN ABORTO, DE CONFORMIDAD CON LAS POLÍTICAS DE FORTALECIMIENTO DE LA ATENCIÓN EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA.

El Estado panameño ha realizado importantes avances para crear un marco legal nacional; sin embargo en forma integral se observa que la legislación nacional en relación con los derechos de la niñez y la adolescencia aún no logra el reconocimiento esperado, como consecuencia de situaciones socio-ideológicas por las que atraviesa la sociedad panameña.<sup>20</sup>

Panamá cuenta con análisis de situación a nivel nacional sobre la salud de los adolescentes de los cinco (5) últimos años, que incluye datos de morbilidad, mortalidad y comportamiento, según edad, sexo, factores socioeconómicos, geográficos, incluye adicionalmente un análisis de la respuesta programática para la salud de los adolescentes e información sobre el entorno de políticas y estrategias nacionales del país. Se mencionan a los adolescentes como grupos específicamente destinatarios de intervenciones o actividades definidas en políticas o estrategias relacionadas con los asuntos de salud siguientes:

- Salud sexual y reproductiva, incluida la prevención del embarazo en adolescentes,
- VIH/sida
- Nutrición
- Actividad física
- Tabaco
- Alcohol
- Uso de sustancias
- Salud mental
- Prevención de lesiones
- Violencia

Se cuenta con un programa nacional vigente sobre la salud de los adolescentes el cual contiene costos, presupuesto y se coordina en el MINSA mediante el Programa Nacional de Niñez y Adolescentes, que a su vez, tiene normas de atención de salud como grupo claramente definido de servicios de salud, **Normas de Atención Integral del Adolescentes**, con personal formado para su atención con responsabilidades de dirección específicas en distintos niveles de atención, con indicadores definidos para evaluar el desempeño de los servicios de salud, existen leyes y reglamentaciones que contienen disposiciones que permiten legalmente a menores dar su consentimiento para intervenciones médicas, desde los 14 años para los servicios de anticonceptivos, con excepción de la esterilización,

<sup>20</sup> CONVENCIÓN SOBRE LOS DERECHOS DEL NIÑO, TERCER Y CUARTO INFORMES PERIÓDICOS QUE LOS ESTADOS PARTES DEBÍAN PRESENTAR EN 2008  
PANAMÁ, 27 DE ENERO DE 2011

prueba de VIH y servicios de asesoramiento, intervenciones de reducción de riesgo en consumo de drogas inyectables, servicios de interrupción del embarazo (cuando sea legal), servicios de salud mental.

De este último párrafo podemos inferir lo siguiente, si bien es cierto que se cuenta con un Programa de Salud de los Adolescentes, costado como propuesta con las diferentes intervenciones, pero no cuenta con presupuesto suficiente para desarrollar todas las líneas estratégicas a implementar, como lo informan los proveedores de salud del nivel local (Centro de Salud de San Miguelito).

Para realizar el siguiente análisis, se elaboraron varias preguntas claves, para conocer la percepción por parte del personal de salud si las normas permiten el desarrollo de la planificación familiar o la Salud Sexual reproductiva en los adolescentes, y se obtuvo los siguientes resultados:

¿Las normas y disposiciones de salud permiten efectivamente implementar servicios de calidad de planificación familiar para adolescentes?

- La normativa si permite, implementar servicios de calidad de planificación familiar, solo que como no se monitorean, cada médico utiliza su “librito” – criterio individual - y varía entre una instalación y otra.

¿Las normas y disposiciones de salud permiten garantizar?:

- El acceso a los servicios de por lo menos seis métodos anticonceptivos en las instalaciones de salud: **Si**
- El acceso libre, informado y voluntario a la vasectomía en hospitales y centros de salud acreditados: **muy limitado**
- La asesoría y servicios de anticoncepción posteriores al parto o a un aborto, de conformidad con las políticas de fortalecimiento de la atención en salud sexual y reproductiva: **es bueno y si se refieren a la puérpera, pero ellas no van a su cita, unas si otras no.**
- La implementación de servicios de calidad de planificación familiar para adolescentes? **Es limitado por las barreras que tiene esta población donde si no van con un adulto no las quieren atender, violando los derechos de los y las adolescentes.**
- Cree que las políticas y normativas vigentes apuntan a una integración/articulación del pilar de salud materna, neonatal y sexual-reproductiva? **Van encaminadas hacia allá, pero aún con muchas fallas por falta de monitoreo, evaluación y auditorias de procesos.**

Como se puede observar, aunque existan normas establecidas dependerá del criterio personal del personal de salud que las ejecute; como es el caso de la planificación familiar de los adolescentes (uso de anticonceptivos) que a pesar que la ley instruya a otorgarlos sin restricción, el personal de salud lo restringe al momento de solicitar la presencia de un padre de familia en la cita y su autorización para emitir la orden de la receta.

Para el tema de la esterilización en el hombre, el programa existe en los hospitales y en algunas policlínicas de la CSS, sin embargo los procedimientos para su realización son muy onerosos, demorados (solicitud de exámenes), lo cual deja sin efectividad el llamado “acceso libre” a este programa de salud dirigido a los hombres.

En síntesis, se evidencia en la práctica que existen normas, más no el monitoreo y las evaluaciones de los procesos, que deben hacerse para encaminar a una mejora continua y lograr resultados más efectivos, logrando así cobertura y la disminución del problema inicial, para lo cual se desarrolló e implementó la Norma.

Otro punto discutible de la Norma, es que establece la obligatoriedad de que todas las instalaciones de salud **posean espacios físicos adecuados y personal para la atención de los adolescentes**. Como es de conocimiento general, la necesidad de personal de salud es cada vez más urgente, tanto para el MINSA y la CSS; por tanto se prioriza en este momento, en personal de enfermería, médicos y especialistas, para aquellos profesionales de la salud del área de psicología o de especialistas en adolescentes la oferta es muy reducida en las instalaciones de salud, la realidad es otra.

Por otro lado, el no contar con una infraestructura mejor acondicionada para la atención de grupos de adolescentes y cubículos más privados, hace que la norma se incumpla por falta de inversiones que permitan la adecuación física de estos centros de atención ambulatoria.

Finalmente, y no menos importante la iglesia juega un papel rechazando el uso de métodos anticonceptivos hormonales en adolescentes, que ya han iniciado su vida sexual.

En conclusión, la normativa rebasa la operatividad o su implementación, en los centros de atención, al no contar en muchas ocasiones con los mínimos permitidos.

#### 1. ANALIZAR SI LAS POLÍTICAS Y NORMATIVAS VIGENTES APUNTAN A UNA INTEGRACIÓN/ARTICULACIÓN DEL PILAR DE SALUD MATERNA, NEONATAL Y SEXUAL-REPRODUCTIVA

Como se ha podido observar a través de las diferentes áreas analizadas, relacionadas con las normativas vigentes en la salud materna, neonatal y sexual reproductiva, la misma legislación procura integrar y articular la funcionabilidad de los servicios a ofrecer.

Por ejemplo, para el área de la atención en salud, se evidencian normas, procedimientos detallados y guías clínicas que informan todos los aspectos clínicos de la atención en salud y la designación del personal facultado para ofrecer la atención.

Pero cuando se va a implementar la norma, es donde no se precisa un cronograma que vaya instruyendo la implementación de la misma, considerando que:

- Las instalaciones no están adecuadas para brindar algunos de los servicios referidos en la normativa. Ejemplo caso de los adolescentes.
- La realización de exámenes de laboratorio, ya que para el área rural e inclusive en algunas de las periferia de la ciudad, no se cuentan con laboratorios y laboratoristas.
- Algunos de los medicamentos en los cuales las normas se basan para atender los casos diagnosticados, en ocasiones no se cuenta con ellos. (Desabastecimiento de medicamentos).
- A pesar de que se cuenta con una legislación que favorece la gratuidad de la atención, existen disparidades en cuanto a que hay algunos servicios que son cobrados, como lo son los exámenes de generales (Hemogramas, urianálisis), ya que consideran como gratuito la atención del médico (antes se cobraba la consulta).
- Para el caso de las áreas de difícil acceso, como la cobertura es a través de los PAISS, a la población se le da todos los servicios totalmente gratis.

Por consultas realizadas en los niveles locales se expresó, que van encaminadas hacia una integración del los componentes de salud materna, neonatal y sexual y reproductiva, pero aun con muchas fallas por falta de monitoreo, evaluación y auditorias de procesos.

#### **Derecho de acceso universal a los servicios de salud está contemplado en la legislación nacional**

Por tratarse de grupos de mayor vulnerabilidad, el MINSA ha dispuesto el derecho de acceso universal a los servicios de salud de forma gratuita en sus instalaciones: a los niños y niñas hasta los 5 años, a las mujeres durante el embarazo y puerperio, a las personas con discapacidad y a la población indígena en las áreas de mayor postergación social.

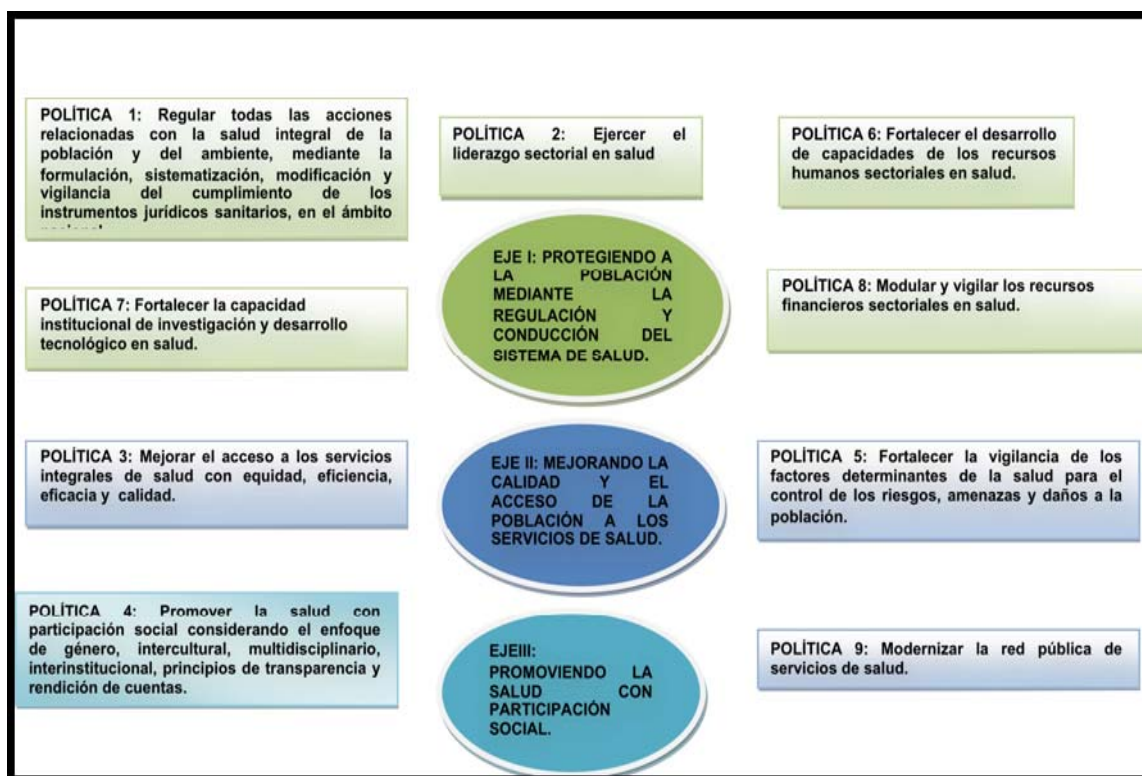
Basados en los principios de igualdad y la no discriminación, se han implantado programas de proximidad con criterios de disponibilidad y accesibilidad como elementos interrelacionados y esenciales del derecho a la salud, para asegurar que todas las personas tengan en la práctica el mismo acceso a la salud; por ello, se han creado los Centros de Atención Primaria en Salud innovadores (MINSA-CAPSi), para fortalecer la atención primaria en salud y desarrollar un nuevo modelo de atención, recursos humanos, tecnología de información y comunicación que facilite una atención integral. Esta es una iniciativa del actual gobierno, pero aun no se ha implementado.

Según análisis realizado del Cuestionario sobre la salud de la madre, del recién nacido, del niño y del adolescente de OMS del año 2010, se encuentra especificado el derecho a la salud para todos en la política y estrategia nacional de salud de la madre, del recién nacido y del niño, en el que se especifica claramente la cobertura o el acceso universal en relación con la salud de la madre, del recién nacido y del niño y es aplicada en las diferentes instalaciones de salud del país.

La salud de la madre, del recién nacido y del niño es una de las prioridades del Ministerio de Salud, como puede observarse en la Política y Estrategias de Salud 2009-2014, que se

implementan en este Gobierno. Estas prioridades se visibilizan en la política 3, 4 y 5. Ver Figura 1

**Figura 1** Política y Estrategias de Salud 2009-2014



Fuente: Documento Borrador de definición del Modelo de Atención Panameño

Definitivamente, los enunciados ideales acerca de la normativa existente van encaminados hacia la integración de los pilares, de la salud materna, niñez y salud sexual y reproductiva. Si bien existen, las normas integrales donde se revisan todas las intervenciones en salud por grupo de edad, es la normativa la que integra todas estas, pero en su implementación, la realidad es otra.

Las limitaciones presupuestarias y de una gestión administrativa efectiva, y las propias prácticas de la provisión de servicios de salud sin monitoreo cercano, no han permitido implementar en su totalidad las acciones en salud inherentes a lo enunciado en la normativa.

#### D. VACUNACIÓN

1. REVISAR Y VERIFICAR LAS POLÍTICAS Y NORMATIVIDAD PARA FORTALECER EL MARCO LEGAL PARA LA VACUNACIÓN COMO DERECHO HUMANO: LEYES PARA ASIGNAR FINANCIAMIENTO PARA VACUNAS Y LAS RESPONSABILIDADES ESPECÍFICAS DEL ESTADO.

En Panamá, mediante Resolución CD25.27 de octubre de 1977, el Consejo Directivo de la OPS/OMS, promovió el inicio del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI), cuyo propósito fundamental fue y es el de reducir la morbilidad y mortalidad de las enfermedades del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI), inmunizando a todos los niños y niñas como una de las estrategias de Salud para Todos en el Siglo XXI, adoptada por Panamá, como **Salud Para Todos y Con Todos**.

En las Américas, este impacto ha quedado demostrado con la erradicación de la Viruela y la Poliomieltis, la interrupción de la transmisión del Sarampión en los últimos años y la marcada reducción de morbilidad por Tétanos Neonatal, Síndrome de Rubéola Congénita y por Rubéola.

En Panamá, el esfuerzo y tesonera labor de los equipos de trabajo del Nivel Operativo Local, apoyados por el Nivel Regional y Central, han permitido, exhibir muy buenos indicadores de cobertura de vacunación y vigilancia epidemiológica, para mantener la erradicación de la Poliomieltis desde 1972, la Difteria desde 1974, la Fiebre Amarilla Selvática desde 1905, la Fiebre Amarilla Urbana desde 1947, la eliminación del Sarampión desde 1996, la Rubéola desde el 2003, la Rubéola Congénita desde el 2000 y el control del Tétanos Neonatal desde el 2004.

La introducción y aplicación de las diferentes vacunas, se inició en Panamá, de la siguiente manera: BCG en 1953, Polio Salk en 1956, DPT en 1958, Polio Oral 1963, Anti sarampión 1972, Antirrubéola 1984, MMR (SPR) 1992, Pentavalente 2001, MR 2002, Hepatitis B en Recién Nacidos y Tetravalente 2003, Influenza 2005, Rotavirus 2006, Hepatitis A 2007, Tdap, Papiloma Virus, y Neumococo en el 2008.

El Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) en Panamá, ha demostrado permanentemente, desde su creación, una mística de trabajo entre sus funcionarios y todo el equipo de apoyo al desarrollo del mismo, lo que le ha permitido ir a la vanguardia en la eliminación de Enfermedades Prevenibles.

Además, de ser el pionero en la introducción de vacunas de alto costo económico en el Esquema Nacional de Vacunación. De hecho Panamá ha introducido seis vacunas de alto costo y gran impacto considerando los resultados que se han obtenido en otros países, entre las que se cuentan las vacunas contra el Rotavirus, Papiloma Virus, Tdap, Hepatitis A, Neumococo y de Influenza Estacional, H1N1, H3N2. El Esquema Nacional de Inmunizaciones de Panamá, se ha enriquecido para beneficio de la población demandante y usuaria de los servicios de inmunizaciones en todo el territorio nacional, **gracias al apoyo político y económico** de los diferentes Gobiernos, a través del MINSA, con la asignación de las partidas presupuestarias requeridas, para el pago de vacunas y la inclusión de nuevos inmunobiológicos dentro del Esquema Nacional de Inmunizaciones, pasando de un esquema de inmunización infantil, a un esquema más amplio, donde encontramos vacunas para proteger a todo el grupo familiar. Este esquema ampliado,

cumple así con otra de las estrategias de OMS/OPS, en el proceso de control, prevención y erradicación de enfermedades sujetas a vacunación.

En cuanto al componente económico, que mide el costo efectividad de introducir una vacuna al esquema actual del país, Panamá no cuenta con estudios de costo-efectividad que sustente la introducción de nuevas vacunas. El actual esquema de vacunas en Panamá responde a un apoyo de estrategia política de Gobierno y del sustento económico que actualmente goza nuestra economía, lo cual ha permitido hacer las inversiones correspondientes.

Las nuevas vacunas que se están introduciendo en los esquemas nacionales de inmunización, como aquellas contra el neumococo, el rotavirus y el virus del papiloma humano (VPH) tienen precios significativamente más altos y requieren de mayor capacidad de almacenamiento, que las vacunas anteriores; en consecuencia, la toma de decisiones acerca de la introducción de estas, se ha fundamentado en los resultados que puedan generar, por la posibilidad de la disminución de los costos de atención de salud y en la la prevención del cáncer cérvico uterino en el caso del uso de la VPH.

Las acciones de vacunación que se desarrollan dentro del marco de la atención Primaria de Salud, han adquirido el lema: *“Salud igual para Todos y con todos”*. En la actualidad se administran todas las vacunas, como la Pentavalente, la Antipolio, la rotavirus, la triple viral (Sarampión, Rubéola y Paperas), la vacuna contra la neumonía, Hepatitis A y B, la vacuna contra el Virus del Papiloma Humano (VPH), así como la vacunación contra la influenza estacional.

Las disposiciones legales existentes para el tema de la Vacunación se encuentran contenidas en:

- La Ley No. 48 de 5 de diciembre de 2007, “Que regula el proceso de vacunación en la República de Panamá y dicta otras disposiciones”.
- Manual de Normas y Procedimientos Del Programa Ampliado de Inmunizaciones. Julio 2009. MINSA-CSS. OPS/OMS

Las vacunas de uso en Panamá

1. Vacuna para la prevención de Difteria, Tosferina y Tétano (DPT)
2. Vacuna para la Prevención de la Difteria, Tosferina, Tétanos, Haemophilus B y Hepatitis B (Pentavalente).
3. Vacuna para la Prevención de la Difteria, Tosferina, Tétanos, Haemophilus B (Tetravalente).
4. Vacuna para la Prevención de la Fiebre Amarilla.
5. Vacuna para la Prevención de la Fiebre Tifoidea.
6. Vacuna para la Prevención de la Hepatitis A
7. Vacuna para la Prevención de la Hepatitis B
8. Vacuna para la Prevención de la Influenza.

9. Vacuna para la Prevención de la Meningitis Meningocócica
10. Vacuna para la prevención del Neumococo.
11. Vacuna para la Prevención del Papiloma virus
12. Vacuna para la Prevención de la Rabia
13. Vacuna para la Prevención del Rotavirus.
14. Vacuna para la Prevención del Sarampión, Rubéola y Parotiditis
15. Vacuna para la Prevención de la Tuberculosis.
16. Vacuna para la Prevención de la Varicela.

### **Manejo y Conservación de las Vacunas**

Las normas relacionadas a este acápite, detallan las siguientes áreas, con lo cual se pretende garantizar una vacuna confiable y efectiva:

1. Componente de la cadena de frío
2. Conservación y manejo de la vacuna
3. Distribución de vacuna
4. Transporte de vacuna
5. Manipulación de las vacunas por los equipos de vacunación
6. Devolución de vacunas.
7. Descarte de vacunas.

Con relación al proceso de comunicación a la comunidad acerca de las campañas de vacunación que se llevan a cabo, el equipo de salud local considera que es buena y todo el personal de los Centros de Salud la priorizan sobre sus actividades cotidianas, ya que sería muy mal evaluado para el centro de salud si se detecta un caso prevenible por vacuna dentro de su área de cobertura. Por tanto, el personal de enfermería y médicos participan activamente en estas campañas, pero hay que reconocer que el liderazgo de estas actividades, es asumido por las enfermeras.

Con relación a políticas y programas de incentivos que promuevan a que las familias completen su esquema de vacunación, podemos decir que solo el Programa de Transferencia Condicionada (B/.50.00) garantiza el fiel cumplimiento del esquema de vacunación. Si la madre no presenta su tarjeta actualizada de vacunas, no recibe el aporte económico.

El PAI procura desarrollar procesos de capacitación y actualización al personal que opera directamente con el PAI en los Centros de Salud. Como también, dar seguimiento a los casos de los niños que no asisten a su cobertura de vacunas. En las áreas de mantenimiento de la cadena de frío, consideran que aún faltan aspectos que afianzar, como lo son la renovación de equipos y el programa de mantenimiento de las neveras.

### **E. NUTRICIÓN:**

1. REVISIÓN Y ANÁLISIS DE LAS INTERVENCIONES DE LA SUPLEMENTACIÓN CON HIERRO Y ÁCIDO FÓLICO Y EL FORTALECIMIENTO DE LOS PROGRAMAS NACIONALES DE FORTIFICACIÓN EN MUJERES EMBARAZADAS, DE LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA A TRAVÉS DE LA DISTRIBUCIÓN DE ALIMENTOS COMPLEMENTARIOS FORTIFICADOS CON MICRONUTRIENTES PARA NIÑOS DE 6-23 MESES DE EDAD DE FORMA UNIVERSAL, MANEJO CLÍNICO DADO A DESNUTRICIÓN AGUDA SEVERA. VERIFICAR SI PARA EL TEMA DE NUTRICIÓN SE TOMA EN CUENTA PARA LOS PROTOCOLOS O GUÍAS DE PRÁCTICA DE ATENCIÓN: I) LA MEDICINA BASADA EN EVIDENCIAS CON LA MEJOR EVIDENCIA CIENTÍFICA DISPONIBLE Y; II) ESTUDIOS COSTO EFECTIVIDAD O COSTO BENEFICIO DE LAS INTERVENCIONES (NACIONALES Y/O INTERNACIONALES).

Los planes de combate a la desnutrición infantil y el de deficiencia de micronutrientes (conocidas también como deficiencia de vitaminas y minerales o como hambre oculta), son planes elaborados para la atención de los programas de salud y están directamente relacionados con el hambre y la desnutrición infantil.

El documento de seguridad alimentaria incluye a todos los sectores involucrados en el problema nutricional de Panamá, y el propósito fundamental del mismo es orientar la implementación de las acciones estratégicas siguiendo los lineamientos políticos de seguridad alimentaria y nutricional, y determinan la población objetivo a quienes va dirigido. Los tres planes se pueden considerar complementarios.

No existen guías de atención nutricional propiamente dichas, sino una Guía de Educación Alimentaria Nutricional, la cual contiene una serie de recomendaciones relacionadas con la alimentación y nutrición adecuada para la mujer embarazada, para aquellas que están amamantando y para los niños menores de cinco años.

Dentro de las estrategias contempladas por el MINSA, se llevan a cabo intervenciones de probada efectividad para reducir el retardo en crecimiento, las deficiencias de micronutrientes, la mortalidad infantil, las discapacidades relacionadas con la nutrición y la anemia y deficiencia de hierro:

- La promoción de la lactancia materna
- La promoción de la alimentación complementaria adecuada
- La suplementación con vitamina A
- La suplementación/fortificación de alimentos profiláctica con zinc
- La suplementación con zinc durante la diarrea (Aún no se ha implementado en Panamá. Se iniciará un Piloto en Darién para el mes de agosto)
- La suplementación con hierro durante la gestación y en niños menores de 2 años
- El adecuado tratamiento de la desnutrición severa

Para conocer, si estas acciones se estaban implementando en los centros de salud, llevamos a cabo un cuestionario que nos permitió validar algunas de estas intervenciones. Donde obtuvimos las siguientes respuestas ofrecidas por el personal de salud que maneja el PAC:

## Nutrición:

¿Cuáles son las intervenciones efectivas para reducir el retardo en talla, las deficiencias de micronutrientes y la morbilidad y mortalidad infantil?

**En cada cita se les mide el perímetro cefálico, se pesan, se tallan, se les evalúa su curva peso / edad, peso /talla, y tan pronto se detecta algún grado de desnutrición se refiere al servicio de nutrición para captarlo en el pac (programa de alimentación complementaria) que consiste en cremas fortificadas o nutrileches.**

¿Cuales intervenciones se realizan en menores de 5 años?:

- Micronutrientes a través de la suplementación con micronutrientes dirigida a niños menores de 5 años de edad: **desde los 4 meses de edad se le empieza a dar suplemento de hierro polimaltosado, fumarato ferroso suspensión, hasta los 5 años, que entra ya al programa escolar y es en la escuela donde se le sule de éstos suplementos.**
- Provisión semestral de suplementos de vitamina A: **se dio por muchos años, pero ahora no se está dando.**
- Uso de suplementos de zinc para el manejo de diarreas: **suero de rehidratación oral, los sobres que tenemos no tienen zinc.**
- Adición de micronutrientes a los alimentos complementarios: **si, las nutricremas y nutrileches tienen suplementos sugeridos por la OPS.**
- Se distribuyen alimentos complementarios fortificados con micronutrientes para niños de 6-23 meses de edad de forma universal: **no de forma universal, solo a los niños y niñas de bajo peso con desnutrición grado I, II o III grado.**
- Manejo clínico dado a desnutrición aguda severa: **se refiere inmediatamente al programa de nutrición del centro de salud donde los atiende una nutricionista y su asistente, orienta a las madres para abogar por la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses y de persistir la desnutrición se le empieza a los 6 meses alimentación complementaria.**

¿Cuales son las intervenciones en las mujeres embarazadas?

- Suplementación con hierro y ácido fólico: **a todas las mujeres captadas en el programa, no importa la semana gestacional de su captación.**
- Fortalecimiento de los programas nacionales de fortificación en mujeres embarazadas: **no es universal, solo se refieren al programa de alimentación complementaria para las mujeres embarazadas bajo peso.**

¿Para el tema de Nutrición se toma en cuenta para los protocolos o guías de práctica de atención?

- La medicina basada en evidencias con la mejor evidencia científica disponible:

**No, se utilizan las normas de atención del programa materno infantil. Por lo tanto la evidencia se consideraría en forma indirecta a partir de lo internacional.**

- Estudios costo efectividad o costo beneficio de las intervenciones (nacionales y/o internacionales).

**No las conocemos.**

### **Protocolos y manejo de la atención de salud**

Para algunos de los servicios de atención a la comunidad, el protocolo establece lo siguiente:

#### **Distribución de complemento alimentario a niños de 6 a 59 meses, embarazadas y puérperas**

**Objetivo:** Contribuir a mejorar el estado nutricional de niños y niñas menores de 59 meses, embarazadas y madres lactantes.

**Responsable:** Auxiliar/Técnico de Enfermería.

**Población beneficiaria:** Niños y niñas de 6 meses a 59 meses que presenten riesgo de desnutrición y desnutrición moderada y/o severa, embarazadas de bajo peso y bajo incremento de peso.

#### **(a) ¿Qué hacer?**

- Distribuir en forma eficiente y oportuna los alimentos del programa de acuerdo con las normas técnicas establecidas.
- Informar acerca de la importancia del complemento alimentario, su almacenamiento y preparación.
- Preguntar acerca de los alimentos consumidos, su aceptación y formas de preparación.

#### **(b) ¿Con qué frecuencia se realiza?**

- Entregar de acuerdo con la norma del PAC (Programa de Alimentación Complementaria) cada vez que el representante del MINSA - Regional entregue el completo a las UBAS encargadas de la provisión del PAISS+N y PSPV según planificación de beneficiarios y entrega de informes de PAC a la región.
- La cita para retirar los alimentos debe coincidir con los controles de salud. En el caso de los beneficiarios niños (as), éstos deberán ser entregados en intervalos no superiores a tres meses, de acuerdo a las entregas que realice el MINSA.

#### **(c) ¿Cómo hacerlo?**

- Pesar y tallar a los beneficiarios del PAC (niños y niñas de 6 meses a 59 meses, embarazadas y madres lactantes).
- Graficar el estado nutricional.
- Registrar el estado nutricional en la hoja de registro diario de consulta.
- Llenar la tarjeta de control de distribución de alimentos del PAC
- Orientar sobre el manejo del complemento.
- Registrar la situación nutricional de la población.
- Llenar el formulario de recibo de alimentos y la aceptabilidad de los alimentos y su adecuado uso.

### **Entregar los alimentos del programa así:**

A todos los niños de 6 a 59 meses, embarazadas y madre, lactantes se les entregarán 9 libras de crema enriquecida.

Cobertura universal a todos los niños de 6 a 59 meses.

- En las áreas indígenas incluir embarazadas con bajo peso y peso normal, en las demás áreas solo incluir las de bajo peso.
- Reúna a grupos de padres y madres, embarazadas, lactantes y puérperas en la comunidad o parteras para desarrollar sesiones educativas y:
- Orientar en la importancia y beneficios del complemento alimentario para mejorar el estado nutricional de la población en riesgo.
- Hacer demostración o degustación sobre la preparación y el uso de complemento alimentario.
- Conocer la aceptabilidad de los alimentos y su adecuada utilización.
- Enviar mensualmente el informe de la distribución de los alimentos y de los beneficiarios.
- Incorporar a la comunidad en las actividades del plan de distribución de alimentos.
- Esquema de priorización. En caso de que la cantidad de alimento complementario entregado por el MINSA sea insuficiente para toda la población programada, se establece el siguiente esquema de priorización.

### **Atención al déficit de Micronutrientes Hierro (Tabla No. 2)**

**Objetivo:** Prevenir y corregir la deficiencia de micronutrientes con énfasis en hierro.

**Población beneficiaria:** Niños y niñas de 4 meses a 59 meses, niños y niñas de bajo peso al nacer (menores de 2500 g.); niños prematuros y niñas prematuras (menores de 37 semanas). Todas las Embarazadas que acuden a control; Puérperas, Mujeres en edad fértil de 15 a 49 años.

#### **(a) ¿Qué hacer?**

- Entregar los suplementos de hierro preventivo para los niños y niñas beneficiarios(as) una vez al año, que acuden a control de crecimiento y desarrollo a las (los) padres y madres y anotar en el expediente.
- Entregar los suplementos de hierro preventivo a toda embarazada que acude a control prenatal.
- Entregar los suplementos de hierro preventivo a toda puérpera que acude a control puerperal
- Orientar acerca del uso del suplemento de hierro en cada cita y verificar si lo ha recibido en citas anteriores y si lo toma.
- Orientar en cada cita acerca del consumo correcto del suplemento de hierro y ácido fólico

**(b) ¿Con qué frecuencia se realiza?**

Según la dosis preventiva por grupo de edad, de acuerdo con la norma.

**(c) ¿Cómo hacerlo?**

Orientar para el inicio de la suplementación preventiva a partir del cuarto mes.

- Orientar para el inicio de la suplementación a partir de los 2 meses y mantenerla durante el primer año de vida en niños de bajo peso y prematuros.
- Entregar número de frascos para el año, según la norma a los niños y niñas.
- Entregar número de tabletas, según la norma a las embarazadas y puérperas.
- Entregar el hierro y ácido fólico a toda mujer embarazada según la norma.
- Entregar a toda mujer puérpera suplementos de hierro y ácido fólico hasta 3 meses post parto
- Registrar la dosis del suplemento, una vez entregada, en el expediente.
- Orientar a las madres para que consuman alimentos fuentes de hierro y facilitadores de la absorción del hierro (Ver servicios de Promoción de la Salud: educación en Alimentación y Nutrición/Alimentación en la mujer embarazadas, madres lactantes y puérperas)
- Orientar sobre constipación

●  
**Tabla No. 2 Normas de Suplementación preventiva con sales de Hierro**

**MINISTERIO DE SALUD**  
**NORMAS DE SUPLEMENTACIÓN PREVENTIVA CON SALES DE HIERRO**  
**2008**

<b>POBLACIÓN OBJETIVO</b>	<b>DOSIS PREVENTIVA</b>	<b>OBSERVACION</b>
Lactantes de bajo peso al nacer (<2,500 g) Lactantes prematuros < 37 semanas	10 mg/ día de hierro elemental (4 gotas por día) <b>Suplemento: Hidróxido de Hierro polimaltosado</b>	Iniciar a los dos meses y dársela hasta los 11 meses( 4 gotas por día) Entregar 2 frascos de 30 ml cada uno.
Niños / as de 4 a 11 meses	1mg/Kg de peso/ día de hierro elemental (4 gotas por día) <b>Suplemento: Hidróxido de Hierro polimaltosado</b>	Dar 1 hora antes de la leche materna u otro alimento. Entregar 1 frasco al año de 30 ml.
Niños/ de 12 a 23 meses	1mg/Kg de peso/ día de hierro elemental (5 gotas por día). <b>Suplemento: Hidróxido de hierro polimaltosado</b>	Dar 1 hora antes de cualquier alimento o leche Entregar 2 frascos al año, de 30 ml
Niños (as)de 24 a 59 meses	30mg/ hierro 1 cucharadita por semana <b>Suplemento: Ferromarato en Suspensión</b>	Dar 1 hora antes de cualquier comida o leche. <b>Distritos Prioritarios*</b> Entregar 2 frascos de 60 ml al año, debe darse durante 8 meses <b>Distritos No Prioritarios</b> Entregar 1 frasco de 60 ml al año, debe darse durante 4 meses.
Niños(a) en edad escolar (6 –11 años)	60 mg de hierro elemental + 400mcg de ácido fólico/día (1 tableta por semana) <b>Suplemento: Fumarato Ferroso + ácido fólico</b>	Dar 1 hora antes de cualquier comida <b>Distritos Prioritarios*</b> Entregar 32 tabletas al año Debe darse una tableta por semana , durante 8 meses <b>Distritos No Prioritarios</b> Entregar 16 tabletas al año Debe darse una tableta por semana, durante 4 meses al año
Adolescentes / mujeres en edad reproductiva	60 mg de hierro elemental + 400 mcg de ácido fólico (1 tableta por semana ) <b>Suplemento: Fumarato Ferroso + ácido fólico.</b>	Dar 1 hora antes de las comidas con agua o jugo Entregar 16 tabletas al año. Debe darse una tableta por semana por semana, durante 4 meses al año
Embarazadas y madres lactantes	60 mg de hierro elemental y 400 mcg de ácido fólico/ día (1 tableta por día) <b>Suplemento: Fumarato Ferroso + ácido fólico.</b>	Iniciar a las 15 semanas de gestación. 6 meses durante el embarazo y 3 meses post-parto ( 270 tabletas al año) Dar 1 hora antes de las comidas con agua o jugo.

**Observaciones:**

En caso de anemia en:

- Niños (as) < de 2 años: 25 mg de hierro/ día por tres meses.
- Niños (as) de 2 a 5 años: 60 mg de hierro/ día por tres meses.
- Escolares de 6 a 11 años: 60 mg de hierro + 400 mcg de ácido fólico/ día por tres meses.
- Adolescentes y embarazadas: 120 mg de hierro + 400 mcg de ácido fólico/ día por tres meses.
- Después de completar los tres meses de tratamiento, continuar con tratamiento preventivo.

VII. ANÁLISIS VINCULANTE MINSA E INTERVENCIONES INICIATIVA SM2015 CONJUNTO DE PRESTACIONES OFRECIDAS POR EL MINSA EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN Y QUE CORRESPONDEN A LAS IDENTIFICADAS POR SM2015 Y LOS PLANES MAESTROS COMO COSTO-EFECTIVAS Y SUJETAS A FINANCIAMIENTO

Intervenciones de Salud SM2015 (listado)		Situación en el MINSA – Primer Nivel de Atención
Nombre de las Intervenciones	Breve Descripción de la Implementación	Descripción: <i>Indicar brevemente como lo hace el MINSA (indicar documento institucional de referencia: guía, protocolo u otro) o el MINSA NO Hace la intervención en el Primer Nivel de Atención</i>
<b>Nutrición (10)</b>		
1.- Promoción de la lactancia materna y prácticas adecuadas de alimentación complementaria	<ul style="list-style-type: none"> <li>Consejería individual y grupal sobre lactancia materna y prácticas adecuadas de alimentación complementaria</li> <li>Fortalecer la Iniciativa Hospitales Amigos del Niño y la Niña</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>En la red primaria de atención, se orienta a las madres y padres sobre la alimentación con énfasis en la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses y la importancia de la alimentación complementaria.</li> <li>A través de las OE y del Equipo Institucional de Salud, se realizan en cada visita a comunidades y en las citas de control prenatal.</li> <li>Documento de referencia:               <ul style="list-style-type: none"> <li>Provisión del PAISS+N y Pspv a Través de Giras Institucionales</li> <li>Normas Técnicas y Administrativas del Programa de Salud Integral del Niño y la Niña desde el Nacimiento a los 9 Años de Edad, MINSA, 2009</li> <li>Guía Para La Atención Integrada De Niños Y Niñas Desde El Nacimiento A Los 9 Años de Edad, MINSA, 2009.</li> <li>Plan Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional 2009-2015</li> <li>Plan Nacional de Combate a la Desnutrición Infantil, 2008-2015</li> <li>Plan Nacional de Prevención y Control de las Deficiencias de Micronutrientes 2008-2015, que incluye el programa de fortificación del arroz</li> </ul> </li> </ul>
2.- Suplementación prenatal con micronutrientes / hierro y ácido fólico	<ul style="list-style-type: none"> <li>Entrega oportuna de suplementos prenatales de micronutrientes</li> <li>Uso de la dosis “menor” que sea eficaz para evitar efectos secundarios</li> <li>Consejería sobre el uso adecuado de suplementos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Reforzar sobre la importancia de cumplir con los controles prenatales y la ingesta de los suplementos de hierro y multivitaminas durante el embarazo.</li> <li>Verificar si tiene en el hogar los suplementos de hierro y ácido fólico</li> <li>Reforzar la metodología de tomar los suplementos de hierro y ácido fólico.</li> <li>Documento de referencia:               <ul style="list-style-type: none"> <li>Provisión del PAISS+N Y PSPV a Través de Giras Institucionales</li> <li>Normas del Programa de Alimentación Complementaria, MINSA. 2010.</li> <li>Norma de Suplementación Con Hierro y Vitamina A, MINSA 2001</li> <li>Plan Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional 2009-2015</li> <li>Plan Nacional de Prevención y Control de las Deficiencias de Micronutrientes 2008-2015, Incluye el Programa de Fortificación del Arroz</li> </ul> </li> </ul>

3.- Suplementación con vitamina A	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Suplementación bianual con mega-dosis de vitamina A durante las campañas de vacunación</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Administración una sola megadosis de vitamina A de 100,000 U.I a los niños entre 6 y 11 meses de edad, anotar en la tarjeta de vacuna y en el formulario de vacuna.</li> <li>• Administrar cada seis meses una megadosis de vitamina A de 200,000 U.I a los niños de 12 a 59 meses, anotar en la tarjeta de vacuna y en el formulario de vacuna.</li> <li>• Documento de referencia: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <b>Manual de Normas de Distribución de Megadosis de Vitamina A</b></li> <li>○ <b>Norma de Suplementación Con Hierro y Vitamina A, MINSA</b></li> </ul> </li> </ul>
4.- Mejorar la calidad del agua, el saneamiento y las prácticas de higiene	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mejorar las prácticas de higiene. Consejería sobre la inocuidad de alimentos, el uso de jabón, lavado de manos, etc.</li> <li>• Mejorar la calidad del agua y el saneamiento. Mejorar la calidad del agua (uso de cloro, filtros, tipi taps)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se orienta a la comunidad en la toma de muestra de agua para su análisis bacteriológico.</li> <li>• Se inspecciona con la comunidad a los acueductos.</li> <li>• Se observa los riesgos epidemiológicos por causa del agua.</li> <li>• Se alerta a las autoridades sanitarias y a la comunidad, en caso de comprobar contaminación.</li> <li>• Esta actividad la lleva a cabo el Educador para la Salud o Técnico en Saneamiento Ambiental y Promotores de Salud.</li> <li>• Documento de referencia: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <b>Provisión del PAISS+N y PSPV a Través de Giras Institucionales</b></li> <li>○ <b>Promoción de Lavado de Manos</b></li> </ul> </li> </ul>
5.- Alimentos complementarios fortificados (ACF)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Capacitación al personal de salud sobre la importancia y el uso del ACF</li> <li>• Entrega oportuna del ACF</li> <li>• Asesoría y estrategias de comunicación para promover la demanda y el consumo adecuado de ACF</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se educa a las madres y padres para que adquieran una alimentación de calidad y limiten el consumo de alimentos poco nutritivos como las sodas, pastillas, bebidas artificiales y burundangas.</li> <li>• Se refuerza la importancia de consumir alimentos fuentes de vitamina A, hierro que estén disponibles como por ejemplo, frijoles, zapallo.</li> <li>• Se estimule a las madres a que establezcan compromisos en las citas de control para que sus hijos e hijas adquieran la dosis necesaria de micronutrientes.</li> <li>• Documento de referencia: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <b>Provisión del PAISS+N y PSPV A Través de Giras Institucionales</b></li> <li>○ <b>Normas del Programa de Alimentación Complementaria, MINSA</b></li> <li>○ <b>Plan Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional 2009-2015</b></li> <li>○ <b>Plan Nacional de Combate a La Desnutrición Infantil, 2008-2015</b></li> <li>○ <b>Plan Nacional de Prevención y Control de las Deficiencias de Micronutrientes 2008-2015, Incluye el Programa de Fortificación del Arroz</b></li> </ul> </li> </ul>
6.- Micronutrientes en polvo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entrega de micronutrientes en polvo</li> <li>• Promoción del uso adecuado de suplementos de micronutrientes a través de consejería, estrategias de comunicación y</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El PAC entrega a cada beneficiario/a nueve (9) libras de un complemento nutricional (nutricereal) fortificado con vitaminas A y del complejo B, hierro y zinc y realiza simultáneamente el seguimiento del estado nutricional de los pacientes incorporados al programa para valorar su mejoría o la necesidad de reforzar las acciones que se realizan en términos clínicos.</li> </ul>

	<p>demonstraciones</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Capacitación a los trabajadores de salud sobre el uso y la importancia de brindar consejería a las madres sobre los micronutrientes en polvo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Documento de referencia:             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <b>Normas del Programa de Alimentación Complementaria.</b></li> <li>○ <b>Normas de Suplementación Preventiva Con Sales de Hierro</b></li> </ul> </li> </ul>
7.- Transferencias monetarias condicionadas (CCTs) con componentes de nutrición	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Transferencias monetarias a hogares pobres condicionadas al cumplimiento de corresponsabilidades, incluyendo acciones de nutrición</li> </ul>	<p>Idem. El MIDES es la Institución que hace entrega de estas transferencias, las cuales son entregadas siempre y cuando se presente el control de visitas a los centros de salud y debe estar firmada por autoridad de salud</p>
8.- Manejo clínico de la desnutrición severa	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Uso de protocolos estandarizados basados en evidencia para el manejo clínico de la desnutrición aguda severa</li> </ul> <p>Dentro de los programas de ampliación de cobertura se han introducido estrategias para mejorar los niveles de nutrición de la población panameña en especial de las poblaciones de extrema pobreza y comunidades rurales, para ello se introduce la estrategia AIN-C (Atención Integral a la Niñez con Participación Comunitaria), dentro de los paquetes básicos de atención.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Alimentación complementaria (PAC):</b> este programa se desarrolla a nivel nacional y tiene como objetivos prevenir y corregir el déficit nutricional de la niñez con desnutrición moderada y severa desde 6-59 meses de edad, embarazadas y madres lactantes hasta los seis (6) meses que asisten a los establecimientos de salud. El seguimiento tiene como base la evaluación de la ganancia de peso, su incremento en la talla, el desarrollo psicomotor del niño, la presencia de signos de recuperación nutricional, el tratamiento a la morbilidad aguda coexistente con la desnutrición y la aplicación de vacunas, provisión de sales de hierro y vitamina A.</li> <li>• Si la embarazada presenta anemia (Hb) menos de 11.0 g/dl se le debe administrar una dosis diaria de 120 mg de hierro elemental y 400 mcg de ácido, por tres meses.</li> <li>• Deben realizarse recomendaciones a la embarazada sobre los posibles efectos del hierro oral (constipación).</li> <li>• Debe referirse al Programa de Alimentación Complementaria a toda embarazada que al ingreso del control prenatal tenga un peso para la talla inferior a Percentil 10 o que en sus controles subsiguientes tenga un incremento de peso inferior al percentil 25.</li> <li>• <b>En el caso de la Madre:</b> “Puérpera con anemia severa por clínica o laboratorio, administrar 120-180 mg de Sulfato Ferroso y 400 mcg de Ácido Fólico diarios por 4 meses y reevaluar”.</li> <li>• <b>En el caso del recién nacido:</b> “Lactante bajo peso al nacer (&lt;2,500 g) aplicar 10mg/día de hierro elemental (4 gotas por día). Iniciar a los dos meses y dársela hasta los 11 meses.</li> <li>• Documento de referencia:             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <b>Normas del Programa de Alimentación Complementaria.</b></li> <li>○ <b>Normas de Suplementación Preventiva Con Sales De Hierro</b></li> <li>○ <b>Plan Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional 2009-2015</b></li> <li>○ <b>Plan Nacional de Combate a La Desnutrición Infantil, 2008-2015</b></li> <li>○ <b>Plan Nacional de Prevención y Control de las Deficiencias de Micronutrientes 2008-2015.</b></li> </ul> </li> </ul>

9.- Suplementación terapéutica con zinc durante la diarrea	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Uso por 10 a 14 días de suplementos de zinc como parte del tratamiento estandarizado de la diarrea</li> </ul>	<b>No se aplica en Panamá</b>
10.- Fortalecimiento de los programas de fortificación universal de alimentos (Ejemplos: harina, azúcar, sal)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mantenimiento y fortalecimiento de los programas actuales de fortificación universal de alimentos</li> </ul>	<p><b>Fortificación de Alimentos de Consumo Masivo</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• En Panamá se fortifica a nivel industrial la sal con yodo y la harina de trigo con hierro y vitaminas del complejo B. Se tiene previsto la fortificación del arroz con ácido fólico en un futuro inmediato.</li> </ul> <p><b>Fortificación de Alimentos Complementarios</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• En Panamá, se fortifica un producto denominado Nutricereal, destinado a complementar la alimentación de preescolares, escolares y mujeres embarazadas y madres lactantes.</li> </ul> <p><b>Suplementación Medicamentosa o Profiláctica</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• En el país se suplementa con sales de hierro a niñas y niños menores de cinco años, a escolares y a mujeres embarazadas y en periodo de lactancia. Igualmente, reciben megadosis bianuales de vitamina A las niñas y niños menores de cinco años (junto con las jornadas de inmunización) y las mujeres puérperas.</li> </ul> <p><b>Biofortificación</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• En Panamá se están desarrollando experiencias recientes de biofortificación con maíz y arroz, a través del Instituto de Investigación Agropecuaria (IDIAP). A corto plazo se ha previsto el mejoramiento nutricional del frijol y el camote.</li> <li>• Documento de referencia: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <b>Plan Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional 2009-2015</b></li> <li>○ <b>Plan Nacional de Prevención y Control de Las Deficiencias de Micronutrientes 2008-2015, Incluye el Programa de Fortificación del Arroz</b></li> </ul> </li> </ul>

## Salud Materna (07)

1.- Atención obstétrica de emergencia básica (AOEm)	<p>La intervención hace énfasis en los servicios de primer nivel para poblaciones pobres, indígenas y rurales. Su meta es que todos los centros de salud y hospitales rurales tengan todo el personal entrenado en AOEm, incluyendo médicos (usualmente internos o practicantes generales), enfermeras, parteras y auxiliares de enfermería. El entrenamiento y la supervisión son cruciales. Para implementar esta intervención, es necesario entrenar al personal para tratar las emergencias y para remitir los problemas más complejos a instalaciones de segundo y tercer nivel:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Entrenar personal para tratar</li> </ol>	<p><b>INDICACIONES GENERALES DE ATENCIÓN AL ALTO RIESGO OBSTÉTRICO</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. La embarazada de alto riesgo (A.R.O.) que se controla en una instalación de salud, deberá ser atendida por el personal más capacitado disponible. De contar con el recurso, al menos una vez, iniciado su control prenatal, debe ser evaluada por un Gineco-obstetra, quien determinará si debe continuar su control con especialista.</li> <li>2. La embarazada de muy alto riesgo (M.A.R.O.) deberá llevar su control con Médico Especialista o en una Clínica de Embarazo de Alto Riesgo.</li> <li>3. De acuerdo al caso, el Gineco-obstetra establecerá ínter consultas con otras especialidades.</li> <li>4. El esquema de atención de la paciente de muy alto riesgo será más estricto y su frecuencia dependerá de la condición de la paciente y el criterio médico.</li> <li>5. Adicional a la H.C.P.B. se llenará la Historia Clínica del Adolescente a embarazadas hasta los 19 años.</li> <li>6. Se referirá a las adolescentes embarazadas a Salud Mental y/o Trabajo Social para evaluación y seguimiento de los riesgos psico-</li> </ol>
---	--	--

emergencias y para remitir problemas más complejos a instalaciones de segundo y tercer nivel. Garantizar que el personal entrenado permanezca en las zonas rurales y que todos los miembros de los equipos de salud reciban entrenamiento.

2. Atender parto vaginal normal, remoción manual de la placenta, tratamiento de preeclampsia y eclampsia grave, administración de oxitocina y antibióticos.

3. Todo el personal de los centros de salud y hospitales rurales deberá estar entrenado en AOEm. Esto incluye médicos (usualmente internos o practicantes generales), enfermeras, parteras y auxiliares de enfermería de acuerdo a su rol y responsabilidad en función de la capacidad resolutive que les compete. Se ha demostrado que mejorar las habilidades del personal que atiende los partos ha reducido las razones de mortalidad materna (RMM) en varios países.

4. El entrenamiento y la supervisión son cruciales porque la calidad actual de los servicios prestados es muy pobre en casi todos los países, principalmente en las zonas rurales

#### Fármacos

- Oxitocina
- Antibióticos
- Sulfato de magnesio
- Misoprostol

#### Procedimientos

- Atención de parto vaginal normal
- Remoción manual de la placenta
- Aspiración manual de los residuos de placenta
- Tratamiento de preeclampsia y eclampsia graves
- Administración de oxitocina y antibióticos

#### Recursos humanos

En la comunidad: médicos, enfermeras, parteras

sociales.

7. Se referirá a la consulta de nutrición las embarazadas con alto riesgo nutricional.

8. Se ofrecerá un espacio grupal a la adolescente embarazada donde pueda recuperar la relación con sus pares (grupos iguales), recibir apoyo, incentivar el auto cuidado en el embarazo y fomentar el vínculo con su hijo o hija.

9. El funcionario que controla a una embarazada con cesárea previa deberá orientarla sobre la vía de terminación del embarazo.

10. Toda embarazada con antecedente de cesárea será referida a consulta especializada o a una clínica de alto riesgo entre las 30 y 36 semanas, para evaluar y considerar con ella la posibilidad de un parto vaginal o programar cesárea. (Ver Normas de Embarazo de Alto Riesgo)

11. Se dará seguimiento de control prenatal en la Clínica de Embarazo de Alto Riesgo a las embarazadas que hayan requerido una hospitalización, por el tiempo que, según criterio médico, sea necesario o hasta la terminación del embarazo.

12. Se referirá a consulta especializada a las parejas con riesgo reproductivo, así como a las puérperas cuyos embarazos y/o partos fueron de alto riesgo.

Se establecen centros de atención integrales con médicos generales capacitados no solo en AIEPI neonatal y riesgo materno sino con equipos básicos, para detectar posibles complicaciones. Se han dotado de insumos para el manejo oportuno de complicaciones y cuentan con ambulancias para el traslado. Se trata de unidades de atención con la finalidad de que las pacientes lleguen acompañadas de familiares o parteras en donde tengan un local para su parto con personal calificado

	<p>En el hospital rural: médicos y enfermeras</p> <p>Centro de Atención Obstétrica y Neonatal Básica: (CONE)</p>	
<p>2.- Manejo activo de la tercera fase del trabajo de parto para prevenir la hemorragia posparto</p>	<p>Esta intervención implica una fase inicial de entrenamiento de todo el personal que atiende partos vaginales, incluyendo médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería y parteras de acuerdo a su rol y responsabilidad en función de la capacidad resolutoria que les compete y la implementación posterior en unidades médicas. El entrenamiento de las PT implicaría un reto</p> <p><u>Fármacos</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Oxitocina</li> </ul> <p><u>Procedimientos</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Entrenamiento del personal</li> <li>- Uso de uterotónicos (oxitocina)</li> <li>- Pinzamiento inmediato del cordón</li> <li>- Asistencia para parir la placenta con tracción controlada del cordón</li> </ul> <p><u>Recursos humanos</u></p> <p>En la comunidad: médicos, enfermeras, parteras</p> <p>En el hospital rural: médicos, enfermeras</p> <p><u>Otros requerimientos</u></p> <p>En el hospital: Actualizar y difundir los lineamientos</p> <p><u>ALBERGUES MATERNOS:</u> para permitir un lugar adecuado a las embarazadas, principalmente en áreas de difícil acceso.</p>	<p>Documento de referencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Normas de Atención de Embarazo de Alto Riesgo. Volumen 2</b></li> <li>• <b>Manejo de las complicaciones del embarazo y el parto: guía para obstetras y el médico.</b></li> <li>• <b>Guía para el manejo de las complicaciones del Embarazo, OPS, MINSA-CSS.</b></li> <li>• <b>Normas técnicas administrativas y de procedimientos, Programa de Salud Integral de la Mujer, Atención del embarazo, parto, puerperio y del recién nacido, Atención Integral de la Mujer, Planificación familiar, Vigilancia de la Mortalidad Materna y prenatal, MINSA-CSS</b></li> </ul>
<p>3.- Mejores prácticas (intervenciones) para reducir la mortalidad materna ocasionada por hemorragia posparto vaginal aguda</p>	<p>La implementación de esta intervención incluye el entrenamiento de todo el personal que atiende partos vaginales, incluyendo médicos, enfermeras y parteras, en administración y remisión. Para su operación es necesario garantizar la disponibilidad de una provisión de sangre segura y de medicamentos tales como oxitocina y otros retractores</p>	<p>Documento de referencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Normas de Atención de Embarazo de Alto Riesgo. Volumen 2</b></li> <li>• <b>Manejo de las complicaciones del embarazo y el parto: guía para obstetras y el médico.</b></li> <li>• <b>Guía para el manejo de las complicaciones del Embarazo, OPS, MINSA-CSS.</b></li> <li>• <b>Normas técnicas administrativas y de procedimientos, Programa de Salud Integral de la Mujer, Atención del embarazo, parto, puerperio y del recién nacido, Atención Integral de la Mujer, Planificación familiar, Vigilancia de la Mortalidad Materna y prenatal, MINSA-CSS</b></li> </ul>

	<p>uterinos:</p> <p><u>Fármacos</u></p> <p>- Oxitocina</p> <p><u>Procedimientos</u></p> <p><i>Componentes de la intervención primaria:</i></p> <p>- Coordinación con otros</p> <p>- Masaje uterino</p> <p>- Administración de uterotónicos (incluyendo misoprostol)</p> <p>- Vía intravenosa y transfusión de sangre</p> <p>- Catéter</p> <p><i>Componentes de la intervención secundaria:</i></p> <p>- Examen del canal de parto</p> <p>- Histerectomía</p> <p><u>Recursos humanos</u></p> <p>En el hospital rural: médicos, enfermeras</p> <p>En la comunidad: médicos, enfermeras, parteras</p> <p><u>Otros requerimientos</u></p> <p>En el hospital: Actualizar y difundir los lineamientos</p> <p>En la comunidad: Necesidad de bancos de sangre confiable</p>	
<p>4.- Mejores prácticas (intervenciones) para reducir la mortalidad materna ocasionada por eclampsia</p>	<p>Esta intervención requiere del entrenamiento de todo el personal que atiende partos, así como de aquellos que proporcionan atención prenatal, puesto que la prevención es tan importante. También requiere de disponibilidad de fármacos (sulfato de magnesio y otros):</p> <p><u>Fármacos</u></p> <p>- Labetalol</p> <p>- Hidralazina</p> <p><u>Procedimientos</u></p> <p>- Prevención de la hipoxia materna (máscara de oxígeno)</p> <p>- Manejo basado en fármacos de hipertensión arterial grave</p> <p>- Prevención de convulsiones recurrentes basada en fármacos</p> <p>- Evaluación de la evacuación del útero</p> <p><u>Recursos humanos</u></p> <p>En el hospital rural: médicos, enfermeras</p> <p>En la comunidad: médicos, enfermeras, parteras</p>	<p>Documento de referencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Normas de Atención de Embarazo de Alto Riesgo. Volumen 2</b></li> <li>• <b>Manejo de las complicaciones del embarazo y el parto: guía para obstetras y el médico.</b></li> <li>• <b>Guía para el manejo de las complicaciones del Embarazo, OPS, MINSA-CSS.</b></li> <li>• <b>Normas técnico administrativas y de procedimientos, Programa de Salud Integral de la Mujer, Atención del embarazo, parto, puerperio y del recién nacido, Atención Integral de la Mujer, Planificación familiar, Vigilancia de la Mortalidad Materna y prenatal, MINSA-CSS</b></li> </ul>

	<p><u>Otros requerimientos</u></p> <p>En el hospital: Entrenamiento continuo del personal médico y de enfermería</p>	
<p>5.- Mejores prácticas (intervenciones) para reducir la mortalidad materna ocasionada por infección posparto</p>	<p>Su implementación requiere del entrenamiento de todo el personal que atiende trabajo de parto y partos, para la prevención de infecciones intrahospitalarias:</p> <p><u>Fármacos</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Clindamicina</li> <li>- Gentamicina</li> </ul> <p><u>Procedimientos</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Administración de fármacos incluyendo clindamicina y gentamicina</li> <li>- Observación clínica</li> <li>- Evaluación de la aspiración endouterina de los restos de placenta</li> </ul> <p><u>Recursos humanos</u></p> <p>En el hospital rural : médicos, enfermeras</p> <p>En la comunidad: médicos, enfermeras, parteras</p> <p><u>Otros requerimientos</u></p> <p>En el hospital: Actualizar y difundir los lineamientos y normas para el posparto</p>	<p>Documento de referencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Normas de Atención de Embarazo de Alto Riesgo. Volumen2</b></li> <li>• <b>Manejo de las complicaciones del embarazo y el parto: guía para obstetras y el médico.</b></li> <li>• <b>Guía para el manejo de las complicaciones del Embarazo, OPS, MINSA-CSS.</b></li> <li>• <b>Normas técnico administrativas y de procedimientos, Programa de Salud Integral de la Mujer, Atención del embarazo, parto, puerperio y del recién nacido, Atención Integral de la Mujer, Planificación familiar, Vigilancia de la Mortalidad Materna y prenatal, MINSA-CSS</b></li> </ul>
<p>6.- Mejores prácticas (intervenciones) para reducir la mortalidad materna ocasionada por aborto séptico</p>	<p>La implementación de esta intervención implica dos actividades principales: el entrenamiento de todos los proveedores de atención de la salud para el manejo de las posibles complicaciones de un aborto y la educación de la comunidad para la remisión de casos:</p> <p><u>Fármacos</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Clindamicina</li> <li>- Gentamicina</li> </ul> <p><u>Procedimientos</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Estabilización del paciente</li> <li>- Análisis de sangre y/o de la placenta</li> <li>- Administración de antibióticos</li> <li>- Evaluación de la aspiración endouterina de los restos de placenta</li> <li>- Asesoría y anticoncepción posterior al aborto</li> </ul>	<p>Documento de referencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Normas de Atención de Embarazo de Alto Riesgo. Volumen2</b></li> <li>• <b>Manejo de las complicaciones del embarazo y el parto: guía para obstetras y el médico.</b></li> <li>• <b>Guía para el manejo de las complicaciones del Embarazo, OPS, MINSA-CSS.</b></li> <li>• <b>Normas técnico administrativas y de procedimientos, Programa de Salud Integral de la Mujer, Atención del embarazo, parto, puerperio y del recién nacido, Atención Integral de la Mujer, Planificación familiar, Vigilancia de la Mortalidad Materna y prenatal, MINSA-CSS</b></li> </ul>

	<p><u>Recursos humanos</u> En la comunidad: médicos, enfermeras, parteras En el hospital rural: médicos, enfermeras</p> <p><u>Otros requerimientos</u> En la comunidad: Promoción sistemática de métodos anticonceptivos e investigación de abortos clandestinos</p>	
7.- Conciencia de la comunidad, educación y entrenamiento	<p>Esta intervención consiste en educar a las familias y a los miembros de la comunidad acerca de los signos de peligro o de alarma (por ej., eclampsia) y sobre cuándo y a dónde referir. Preparación para el parto. También incluye el entrenamiento de parteras tradicionales de la comunidad en las intervenciones antes mencionadas (por ej., referencia mas oportuna, asesoría prenatal):</p> <p><u>Procedimientos</u> Entrenamiento de las parteras tradicionales de la comunidad sobre atención obstétrica esencial</p> <p><u>Componentes para la prevención de retrasos:</u> asesoría sobre atención Antenatal, actividades comunitarias de movilización en relación con la planeación de los partos - nacimientos, reconocimiento de los signos de peligro, primeros auxilios de emergencia, planeación de emergencia para la remisión (dinero, transportación, etc.).</p> <p><u>Componentes para la prevención de infecciones:</u> limpieza del lugar para el eventual parto, de las manos, para el corte del cordón, etc.</p> <p>CAPACITACIÓN Y SUPERVISIÓN PERIÓDICA DE PARTERAS EMPÍRICAS: se trabaja con las parteras empíricas en las regiones en donde tengan presencia, mediante supervisiones periódicas, capacitaciones y talleres de atención del parto y del recién</p>	<p>Documento de referencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Normas de Partera Tradicionales</b></li> </ul>

	<p>nacido.</p> <p>Adicional se efectúan encuentros de parteras con presencia de los médicos de las respectivas regiones de salud fortaleciendo la interculturalidad. Se ha integrado para el 2008 la atención del parto vertical, estrategia utilizada por el MINSA en áreas comarcales. Dentro de las normas técnico-administrativas y de procedimiento, se establecen parámetros de supervisión y control de los partos atendidos por parteras empíricas: incluye una hoja de referencia y diseños gráficos de cómo enviar a la paciente; adicionalmente se está trabajando con el componente intercultural por lo que se integra el parto vertical con acompañamiento. Se han establecido indicadores que permitan el monitoreo de las intervenciones</p> <p><i>PLAN DE PARTO:</i> (UNFPA), mediante líderes comunitarios se conversa con las embarazadas de la población en donde son responsables de qué hacer y prepararse para su parto: logística de con quién dejar a los niños, animales, coordinar transporte. Se evidenció que las fallas detectadas en la primera demora se deben precisamente a que la paciente no quiere atenderse en un centro básico por sus hijos, animales domésticos. Este plan le permite prepararse ella y la familia.</p>	
--	--	--

#### Salud Neonatal (03)

<p>1.- Paquete de atención esencial para el RN:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Resucitación neonatal</li> <li>✓ La cadena limpia</li> <li>✓ La cadena cálida</li> </ul>	<p>La intervención consiste en la implantación de acciones de atención esencial al recién nacido, incluyendo la disponibilidad de recursos, entrenamiento y fármacos:</p> <p><u>Fármacos</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La atención clínica del recién nacido se realizará según la guía de AIEPI neonatal de OPS/OMS, que han sido adecuadas para su aplicación en el país.</li> <li>• Todo el personal de salud que participe en la atención del recién nacido durante el parto deberá completar las capacitaciones en AIEPI neonatal clínico, reanimación neonatal y transporte neonatal.</li> </ul>
---	--	--

<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Amamantamiento</li> <li>✓ Cuidado del cordón, los ojos y la piel</li> <li>✓ Inmunización</li> <li>✓ Vitamina K</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vitamina K (1 mg)</li> <li>- Solución de tetraciclina (1%) o de eritromicina (0.5%)</li> <li>- Vacuna contra BCG</li> <li>- Vacuna contra la polio</li> <li>- Vacuna contra VHB</li> </ul> <p><u>Procedimientos</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Resucitación neonatal (avanzada si es necesario)</li> <li>- Aplicación de cadena limpia y de calentamiento</li> <li>- Promoción de amamantamiento/Entrenamiento de la madre</li> <li>- Atención para profilaxis ocular</li> <li>- Vacunación posterior al parto</li> <li>- Administración de vitamina K</li> </ul> <p><u>Recursos humanos</u></p> <p>En el hospital rural: Suficientes médicos y enfermeras abocados exclusivamente a la atención del recién nacido</p> <p>En la comunidad: Una PT/TSC/proveedor de salud/médico/enfermera por parto para lograr buenos resultados aun en caso de un parto múltiple (Los PT/TSC/proveedores de la salud deberán buscar ayuda en este caso, si es posible.)</p> <p><u>Otros requerimientos</u></p> <p><i>Equipo básico:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tela limpia y seca</li> <li>- Bolsa y máscara</li> <li>- Aparato de succión</li> <li>- Guantes</li> <li>- Repisa donde colocar al bebé</li> <li>- Método para mantener al bebé caliente (focos por encima)</li> <li>- Provisión de oxígeno si es posible.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La atención de recién nacido al momento del parto, incluirá de manera rutinaria             <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Reanimación neonatal según guías de Aiepi.</li> <li>b. Pinzamiento tardío del cordón (a los 3 minutos o hasta que deje de latir el cordón)</li> <li>c. Apego materno inmediato del recién nacido sano.</li> <li>d. La lactancia materna exclusiva, iniciándose al momento del nacimiento y prolongarse al menos durante la siguiente media hora.</li> <li>e. Examen físico, antropometría, evaluación de Apgar, clasificación según edad gestacional y el peso para la edad.</li> <li>f. Profilaxis oftálmica</li> <li>g. Aplicación de vitamina K</li> </ul> </li> <li>• Las instalaciones de salud que ofrezcan atención de la gestante y el recién nacido deberán garantizar la ubicación de ambos en la misma habitación, para favorecer el contacto precoz y permanente, así como la lactancia materna inmediata al parto. El alojamiento conjunto debe darse desde el nacimiento hasta el momento que ambos sean dados de alta.</li> <li>• Durante este período se realizarán las siguientes acciones:             <ul style="list-style-type: none"> <li>i. Evaluación clínica diaria y detección de signos de alarma.</li> <li>ii. Evaluación de la lactancia materna y la técnica de amamantamiento.</li> <li>iii. Sensibilización a la familia para el apoyo a la madre en la lactancia materna exclusiva.</li> <li>iv. Vacunación según esquema actualizado con BCG y hepatitis B.</li> <li>v. Prueba de emisiones otoacústicas antes de su egreso hospitalario.</li> <li>vi. Consejería a la madre, padre y familia en prácticas para la conservación de la salud, según las necesidades particulares.</li> </ul> </li> </ul>
<p>2.- Atención “extra” para bebés con BPN:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Identificación del bebé con BPN</li> <li>✓ Atención extraclínica para el bebé BPN</li> <li>✓ Apoyo adicional para la alimentación</li> <li>✓ Apoyo adicional</li> </ul>	<p>Esta intervención focaliza a nacimientos con BPN, e incluye una serie de acciones específicas, disponibilidad de recursos, entrenamiento y fármacos:</p> <p><u>Fármacos</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Oxígeno</li> <li>- Vitamina K (0.5mg)</li> <li>- Solución de tetraciclina (1%) o de eritromicina (0.5%)</li> <li>- Solución de dextrosa (10%)</li> </ul>	<p><b>Atención del recién nacido enfermo o con bajo peso al nacer.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Todas las instalaciones públicas de salud se deben organizar para promover y garantizar que la atención de la amenaza de parto pretérmino, el parto pretérmino, el recién nacido pretérmino y el retraso del crecimiento intrauterino se lleve a cabo en unidades de segundo o tercer nivel y por personal especializado.</li> <li>b. Las instalaciones públicas de salud se deben organizar para garantizar que al momento de ocurrir el nacimiento de un prematuro o niño enfermo este sea referido o trasladado en condiciones óptimas a la instalación más adecuada para recibir la</li> </ul>

para calentamiento ✓ Vitamina K	el <ul style="list-style-type: none"> <li>- Vacuna contra BCG</li> <li>- Vacuna contra la polio</li> <li>- Vacuna contra VHB</li> </ul> <u>Procedimientos</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificación del bebé con BPN</li> <li>- Después de este procedimiento básico, se añaden los siguientes:             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Atención extraclínica del bebé con BPN (amamantamiento/signos de peligro)</li> <li>- Apoyo adicional para la alimentación</li> <li>- Apoyo adicional para el calentamiento</li> <li>- Administración de vitamina K</li> </ul> </li> </ul> <u>Recursos humanos</u> <p>En el hospital rural: Suficientes médicos y enfermeras abocados exclusivamente a la atención del recién nacido para la referencia con soporte</p> <p>En la comunidad: Un PT/TSC/proveedor de salud/médico/enfermera por parto para lograr buenos resultados aun en caso de un parto múltiple (Los PT/TSC/proveedores de la salud deberán buscar ayuda en este caso, si es posible.)</p> <u>Otros requerimientos</u> <p>Equipo básico más:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Método para identificar al bebé con BPN (báscula para bebés, cinta codificada por color para medir el pie, el pecho, el antebrazo o la circunferencia de la cabeza y/o evaluación de la edad gestacional)</li> <li>- Tubos para alimentación</li> <li>- Tubos de oxígeno</li> <li>- Caja de oxígeno de cabeza</li> <li>- Sets de solución IV</li> <li>- Termómetro</li> <li>- Método para mantener el calor del bebé (atención canguro, calentador lumínico por encima de la cama, cunas calientes, o incubadora)</li> <li>- Fuente de aire comprimido (si es posible)</li> <li>- Mezclador de oxígeno para</li> </ul>	atención necesaria. c. La atención del recién nacido enfermo o de bajo peso se hará según las normas y guías establecidas. d. Se debe promover que el recién nacido enfermo o de bajo peso sea alimentado con leche materna de su propia madre y la creación de “bancos de leche” materna según las normas de bioseguridad. e. En los casos que el recién nacido no pueda ser alimentado con leche materna, se deben brindar las orientaciones necesarias a la madre para ordeñarse y mantener la producción de su leche hasta que su bebe pueda iniciar su alimentación. f. Todas las instalaciones públicas de salud que atiendan recién nacidos enfermos organizarán e implementarán el método de la madre canguro como parte de su atención de rutina. g. Los padres y familiares deben ser instruidos y recibir conserjería sobre los cuidados domiciliarios del recién nacido enfermo o de bajo peso.
---------------------------------------	--	--

	<p>mezclar oxígeno y aire comprimido</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Oxímetro de pulso y sonda (si es posible)</li> <li>- Bolsas resellables de grado alimentario (tamaño de 1 galón) o envoltura de plástico.</li> </ul>	
<p>3.- Paquete de atención de emergencia para el recién nacido con complicaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Identificación de los signos neonatales de peligro</li> <li>✓ Atención de emergencia de calidad para el recién nacido enfermo</li> <li>✓ Intervenciones para tratar: <ul style="list-style-type: none"> <li>-Infección neonatal grave</li> <li>-Tétanos neonatal</li> <li>-Asfixia neonatal</li> <li>-Ictericia neonatal</li> <li>-Defectos de nacimiento</li> <li>-Sangrado grave</li> </ul> </li> </ul>	<p>Dada la relevancia de la atención a emergencias neonatales, se propone esta intervención dirigida a estos casos, definiendo acciones específicas, recursos, entrenamiento y fármacos:</p> <p><u>Fármacos</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Oxígeno</li> <li>- Dextrosa al 10% para uso intravenoso</li> <li>- Cefalosporina inyectable tal como cefotaxima, dependiendo de la política local para el tratamiento de la sepsis neonatal</li> <li>- Inyección de vitamina K (1 mg)</li> <li>- Ampolletas de epinefrina 1:10,000 (0.1 mg/mL) — 3-mL o 10-mL</li> <li>- Cristaloide isotónico (salino normal o lactato de Ringer) para expansión del volumen de 100 o 250 mL</li> <li>- Ampolletas de clorhidrato de naloxona de 0.4 mg/mL — 1-mL, o de 1.0 mg/mL — 2-mL</li> <li>- Salina normal para enjuagues</li> <li>- Anticonvulsivos (esto es, fenobarbital) dependiendo de la política local</li> <li>- Fármacos vasoactivos (dopamina)</li> <li>- Factor surfactante</li> <li>- Indometacina/ibuprofeno para CAP</li> <li>- Antitoxina tetánica</li> </ul> <p><u>Procedimientos</u></p> <p>Después de los procedimientos básicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificación de los signos neonatales de peligro</li> <li>- Provisión de servicios de calidad al recién nacido enfermo</li> <li>- Tratamiento de la infección neonatal grave</li> <li>- Tratamiento del tétanos neonatal</li> </ul>	<p>Documento de referencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Normas de Atención de Embarazo de Alto Riesgo. Volumen2</b></li> <li>• <b>Manejo de las complicaciones del embarazo y el parto: guía para obstetras y el médico.</b></li> <li>• <b>Guía para el manejo de las complicaciones del Embarazo, OPS, MINSA-CSS.</b></li> <li>• <b>Normas técnico administrativas y de procedimientos, Programa de Salud Integral de la Mujer, Atención del embarazo, parto, puerperio y del recién nacido, Atención Integral de la Mujer, Planificación familiar, Vigilancia de la Mortalidad Materna y prenatal, MINSA-CSS</b></li> </ul>

- Manejo de la asfixia neonatal
- Provisión de tratamiento para la ictericia

- Provisión de atención centrada en la familia para bebés con defectos de nacimiento

- Provisión de tratamiento adecuado para sangrado grave

#### Recursos humanos

En el hospital: Suficientes médicos y enfermeras abocados exclusivamente a la atención del recién nacido

En la comunidad: PT/TSC/proveedores de la salud y madres entrenados para la identificación de signos neonatales de peligro

#### Otros requerimientos

- Sets de goteo intravenoso/Tubos de alimentación
- Tubos de oxígeno/caja de oxígeno de cabeza/nasal
- Ventiladores mecánicos para PPCVR neonatal
- Estetoscopio
- Método para mantener el calor del bebé (calentador lumínico por encima de la cama, cunas calientes, o incubadora)
- Laringoscopio con palas rectas
- No. 0 (prematuros)
- No. 1 (a término)
- Tubos endotraqueales, de 2.5-, 3.0-, 3.5-, 4.0 mm de diámetro interno (DI)
- Lancetas de azúcar sanguínea para detectar niveles bajos de azúcar
- Bilirrubinómetro para medir la bilirrubina “al lado de la cama”
- Esterilizador para limpiar los contenedores para leche materna previamente extraída
- Provisiones para la cateterización de los vasos umbilicales
- Sets para proporcionar sangre, idealmente con un sistema de microgotero-
- Sets para transfusión de sangre-
- Monitor cardíaco y electrodos u oxímetro

	de pulso si es posible	
Salud sexual – reproductiva (planificación familiar) (04)		
1.- Implementar servicios de calidad de planificación familiar para adolescentes	<p>La intervención consiste en la implementación de servicios exclusivos para adolescentes o reservar periodos de tiempo para ellos en instalaciones de SSR cuando los servicios exclusivos no son factibles. Su implantación requiere de entrenamiento de personal para atender adolescentes, incluyendo provisión de asesoría y de servicios, la difusión de la información y participación de la comunidad. Será importante considerar también los factores socio-culturales que influyen sobre la adopción de comportamientos de riesgo en adolescentes, así como una variedad de servicios de planificación familiar, incluyendo anticoncepción de emergencia. Los servicios deberán estar orientados hacia los derechos y necesidades sexuales y reproductivos de los adolescentes y deberán ser accesibles y fáciles de utilizar.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Existe la Norma pero no se aplica, principalmente por las disposiciones legales que el personal de salud debe asumir frente a un menor de edad y que debe estar avalada por el padre de familia, si no la tiene entonces no aplica el procedimiento.</li> <li>• Se cuenta con un programa nacional vigente sobre la salud de los adolescentes el cual contiene costos, presupuesto y se coordina en el MINSA mediante el Programa Nacional de Niñez y Adolescentes, que a su vez, tiene normas de atención de salud como grupo claramente definido de servicios de salud, <b>Normas de Atención Integral del Adolescente</b>, con personal formado para su atención con responsabilidades de dirección específicas en distintos niveles de atención, con indicadores definidos para evaluar el desempeño de los servicios de salud, existen leyes y reglamentaciones que contienen disposiciones que permiten legalmente a menores dar su consentimiento para intervenciones médicas, desde los 14 años para los servicios de anticonceptivos, con excepción de la esterilización, prueba de VIH y servicios de asesoramiento, intervenciones de reducción de riesgo en consumo de drogas inyectables, servicios de interrupción del embarazo (cuando sea legal), servicios de salud mental.</li> </ul>
2.- Garantizar el acceso a asesoría y los servicios de por lo menos seis métodos anticonceptivos en puestos de salud	<p>Esta intervención consiste en contar con disponibilidad de personal capacitado en servicios de salud primarios y secundarios para el otorgamiento de al menos seis métodos de PF. Requiere de entrenamiento continuo, garantía de disponibilidad de métodos (seguridad anticonceptiva), apoyo para mantener la disponibilidad de métodos controversiales (esto es, anticoncepción de emergencia, remisión a vasectomía), y la difusión de información a la comunidad. Los vehículos para estas intervenciones deben incluir escuelas y otros medios de comunicación: Ofrecer una variedad gratuita de diferentes métodos. Cada método añadido a las opciones</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• En los centros de Salud se cuenta con consejería y orientación por parte del médico y el personal de enfermería.</li> <li>• Se les proporciona orientación acerca de los métodos naturales (del ritmo), MELA, Uso del Preservativo, Espermicidas, Anticonceptivos Orales, hormonales, inyectables y DIU.</li> </ul>

	disponibles aumenta la prevalencia en 12%.	
3.- Garantizar el acceso a la vasectomía en hospitales y centros de salud	Esta intervención requiere, para su implantación, de la defensa al interior del sistema, la difusión de información sin prejuicios sobre la disponibilidad del método. Requiere asimismo de entrenamiento de proveedores sobre técnicas sin bisturí (ginecólogos, urólogos y practicantes generales), y el entrenamiento de proveedores de salud sobre la promoción del método y sobre la asesoría.	<ul style="list-style-type: none"> <li>En los últimos años se ha promovido la vasectomía, pero con muchas limitaciones aun.</li> </ul>
4.- Asesoría y servicios de anticoncepción posteriores al parto y a un aborto	Esta intervención busca aumentar el acceso a métodos de PF aprovechando las ventanas de oportunidad post-parto y post-aborto. Su implantación requiere de entrenamiento del personal existente, materiales educativos, la implementación de asesoría sobre atención prenatal y la difusión intensiva de información	<ul style="list-style-type: none"> <li>La consejería debe proporcionar información, orientación y apoyo educativo a individuos y parejas, para esclarecer dudas que pudieran tener sobre los métodos anticonceptivos. Documento de referencia:</li> <li><b>Normas del Programa de Salud Integral de la Mujer.2007</b></li> </ul>
Inmunizaciones		
Estudios piloto para llenar los vacíos de conocimiento	Proyecto de Validación de Coberturas Proyectos para Sistema de Información Proyectos para nuevas tecnologías asociadas a vacunas Proyectos de Participación Comunitaria Estudios de Efectividad para Introducción de nuevas vacunas Proyectos de Desarrollo de Capacidades del Personal Evaluaciones Costo Efectividad y/o Costo Beneficio Otros	<ul style="list-style-type: none"> <li>A través de la OPS se apoya todos los proyectos encaminados a fortalecer el PAI.</li> <li>Estudios de Costo efectividad, hasta la fecha no se han realizado. Se requiere de personal idóneo (economistas de la salud) para lograr alcanzar estos objetivos.</li> </ul>
Fortalecimiento de las políticas de vacunación (diálogo de políticas)	Fortalecimiento del marco legal Construcción de estructura de dialogo de políticas intersectoriales con actores políticos y de sociedad civil Consejos Nacionales de Vacunación multisectoriales y multidisciplinarios Coaliciones o alianzas publico – privadas por la vacunación Agendas nacionales y regionales	Documento de referencia: <ul style="list-style-type: none"> <li><b>Manual de Normas y Procedimientos Del Programa Ampliado de Inmunizaciones. Año 2009. MINSA, OPS, OMS</b></li> <li><b>A través del COMISCA, el MINSA participa de agendas nacionales y regionales.</b></li> <li><b>Aun la estructura de políticas intersectoriales es débil.</b></li> </ul>

	de investigación de enfermedades inmunoprevenibles aplicadas a políticas Otros	
Ejecución de practicas basadas en evidencia	Paquetes de Servicios Integrados Incentivos a la familias (PTC) Alianzas con ONG locales Contratos de desempeño Disminución de Oportunidades Perdidas Otros	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Existe en la normativa, sin embargo no existe evidencia de proyectos</b></li> <li>• La Norma dice: Los niveles nacionales y regionales debe promover el desarrollo de procesos de investigación con el propósito de:             <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Definir la carga de enfermedad de las principales patologías de la infancia</li> <li>2. Validar científicamente las intervenciones del programa.                 <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Evaluar el impacto en la salud de la población objetivo de las acciones del programa</li> <li>b. Evaluar la relación costo - eficacia de las intervenciones que se realizan en el programa.</li> <li>c. Evaluar la utilidad y el impacto de nuevas intervenciones sanitarias en el país.</li> </ol> </li> </ol> </li> <li>• <b>Las Normas Técnicas y Administrativas de Salud Integral del niño y la niña desde el nacimiento hasta los 9 años de edad. Abril 2009</b></li> </ul>
Prevención de enfermedades inmunoprevenibles: Aplicación de esquema de inmunización según grupo y edad	NIÑOS: esquema vigente MUJERES EMBARAZADAS: esquema vigente ADULTOS: esquema vigente ANCIANOS: esquema vigente OTROS GRUPOS DE RIESGO: esquema vigente	Documento de referencia: <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Manual de Normas y Procedimientos</b></li> <li>• <b>Del Programa Ampliado de Inmunizaciones. Año 2009. MINSA, OPS, OMS</b></li> <li>• <b>Esquema Nacional de Vacunación por Grupo de Edades del PAI Vigente. Enero 2010</b></li> </ul>

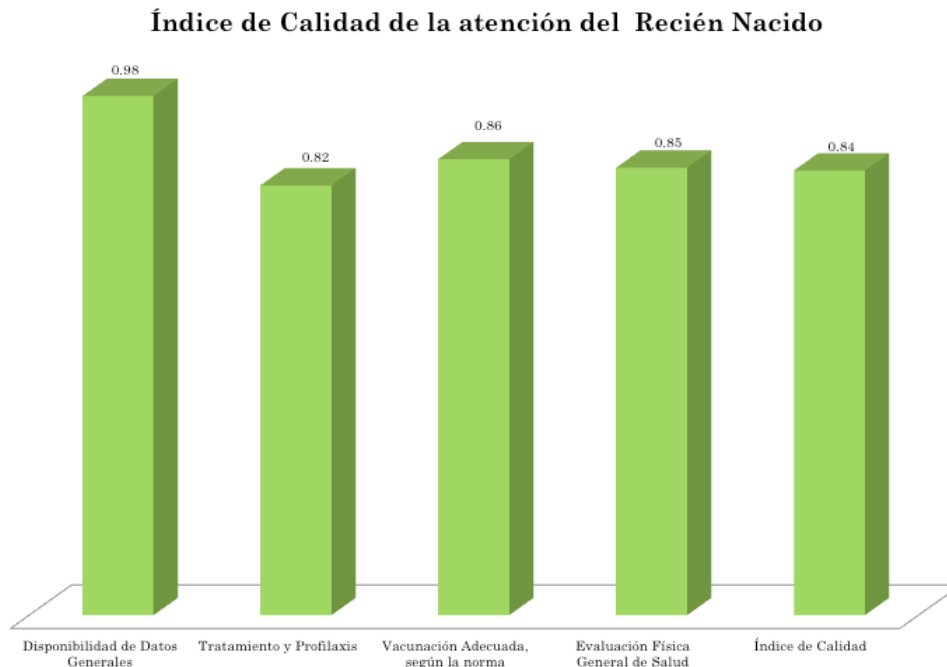
## VIII. CONSIDERACIONES

- ✓ Los protocolos y las normas son documentos que son reconocidos por el personal de salud como instrumentos que favorecen las actividades a desarrollar en los diferentes niveles de atención.
- ✓ El personal de salud reconoce que no todos tienen acceso a los protocolos y guías de atención en su nivel operativo.
- ✓ La capacitación y divulgación de los protocolos y guías de atención, es uno de los principales problemas que afronta el sistema de salud actual. La edición y reproducción de 500 ejemplares anuales es insuficiente.
- ✓ Se evidencia en la práctica que no todas las instalaciones cuentan con estos documentos.
- ✓ La divulgación de las Normas no es efectiva, ya que el personal operativo de las regiones no cuenta con estos insumos técnicos, para poder hacer consultas.
- ✓ Los mecanismos que utilizan las autoridades para divulgar las normas, se basan en reuniones con el equipo del nivel regional, para que ellos a su vez distribuyan al nivel local y colgar los documentos en el sitio web del MINSA.
- ✓ Los establecimientos de salud visitados para las constataciones de la información son:
  - Instalaciones del MINSA Nivel Nacional.
  - Región de Salud de San Miguelito.
  - Región de Salud de Bocas del Toro.
  - Biológico, Programa PAI.
- ✓ La información se obtuvo tanto de entrevistas con coordinadores del nivel nacional del MINSA y de los niveles locales, como de la revisión bibliográfica de documentos, consultorías referentes al tema y revisión de cada una de las normas, protocolos y guías de atención.
- ✓ En Panamá, en el caso de diarreas, se aplica sales de hidratación oral. El Zinc se incluirá y se aplicará solo en Darién como un plan piloto (agosto 2011).
- ✓ En caso de prescribirse inyecciones de oxitocina para la prevención de hemorragias; solo están autorizados los médicos generales, obstetras y ginecólogos. Para administrar oxitocina para la prevención de las hemorragias puerperales, están autorizados los médicos generales, obstetras y ginecólogos, y las enfermeras.
- ✓ En el componente de salud integral de la mujer, se dispone que las acciones generales de promoción y prevención deben ser parte de la rutina de la consulta de toda mujer, independientemente de la causa que la motiva a solicitar atención de salud. Para la salud de la mujer y del recién nacido, el abordaje toma en cuenta las esferas biológicas, psicológicas, sociales y culturales, considera los factores de riesgo, el concepto de género y su efecto en la calidad de la atención. La aplicación del enfoque

de riesgo en la atención favorece la identificación oportuna de acciones de prevención primaria y primordial dirigidas a poblaciones o grupos vulnerables.

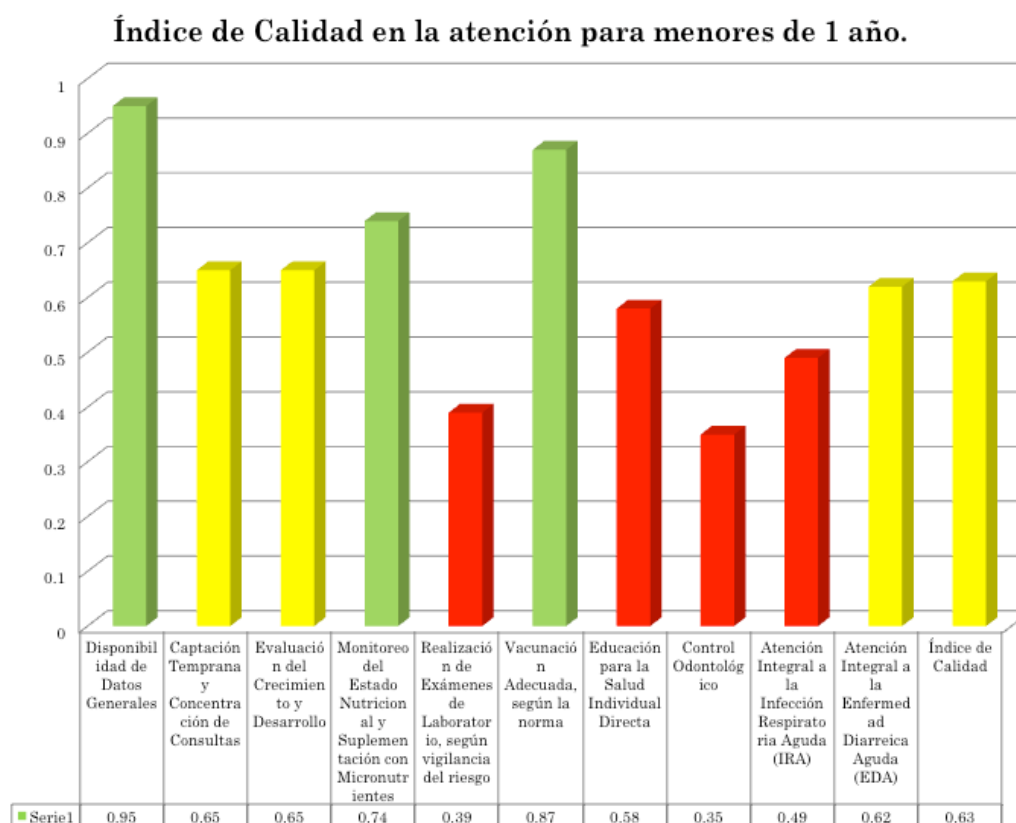
- ✓ El componente de planificación familiar hace énfasis en lineamientos que garanticen los deberes y derechos de los usuarios y que aseguren el respeto a sus derechos sexuales y reproductivos.
- ✓ Entre las estrategias contempladas en la normativa, se observa asegurar la identificación del alto riesgo obstétrico y perinatal y su referencia oportuna a un nivel de mayor complejidad, y que sea el personal más calificado disponible el que ejecute las instrumentaciones y las maniobras obstétricas.
- ✓ Existen las Normas del Programa de Alimentación Complementaria, MINSA. 2010 y la Norma de Suplementación con Hierro y Vitamina A, MINSA 2001 y el Manual de Normas de Distribución de Megadosis de Vitamina A, 1995; sin embargo protocolos y guías como tales están contempladas dentro de las normativas de los demás programas ya que es considerado como un componente transversal.
- ✓ Según el análisis de la auditoría de expedientes del año 2009, donde se revisan el cumplimiento de las normas tomando en cuenta lo detallado en la Historia Clínica, se puede observar los siguientes resultados:

#### Atención al Recién Nacido: 0.84 muy buena calidad



Se evidenció la pérdida de oportunidades en la realización de actividades a los recién nacidos.

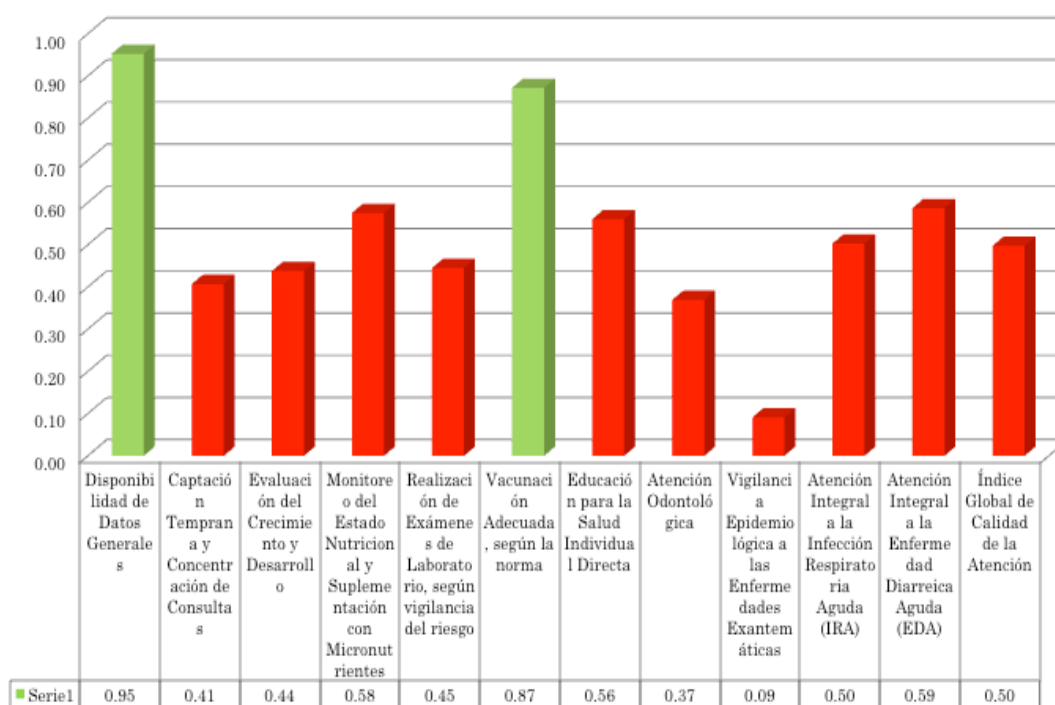
## Atención al menor de 1 año: 0.63 limitada calidad



- Las evaluaciones del desarrollo psicomotor no se realizan en todos los menores (62%).
- La indicación de hierro elemental a dosis preventiva después del cuarto mes sólo se da en el 65.4% de los menores de 1 año.
- La realización de exámenes de laboratorio, según vigilancia de riesgo mostró resultados de deficiente calidad, sobre todo, los de heces generales y los de solubilidad de hemoglobina.
- La vacunación para este grupo etáreo tiene buena calidad.
- Se debe hacer más énfasis en la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses.
- El control odontológico presenta deficiente calidad, sólo el 35.3% recibió control odontológico adecuado.
- En la atención integral a las IRA, la medición de la frecuencia respiratoria, la exploración torácica y la educación para el control de la IRA en cada consulta presentaron los porcentajes más bajos.
- Los síntomas si se investigan en alto porcentaje.
- La prescripción de SRO se mantiene por encima del 73%.

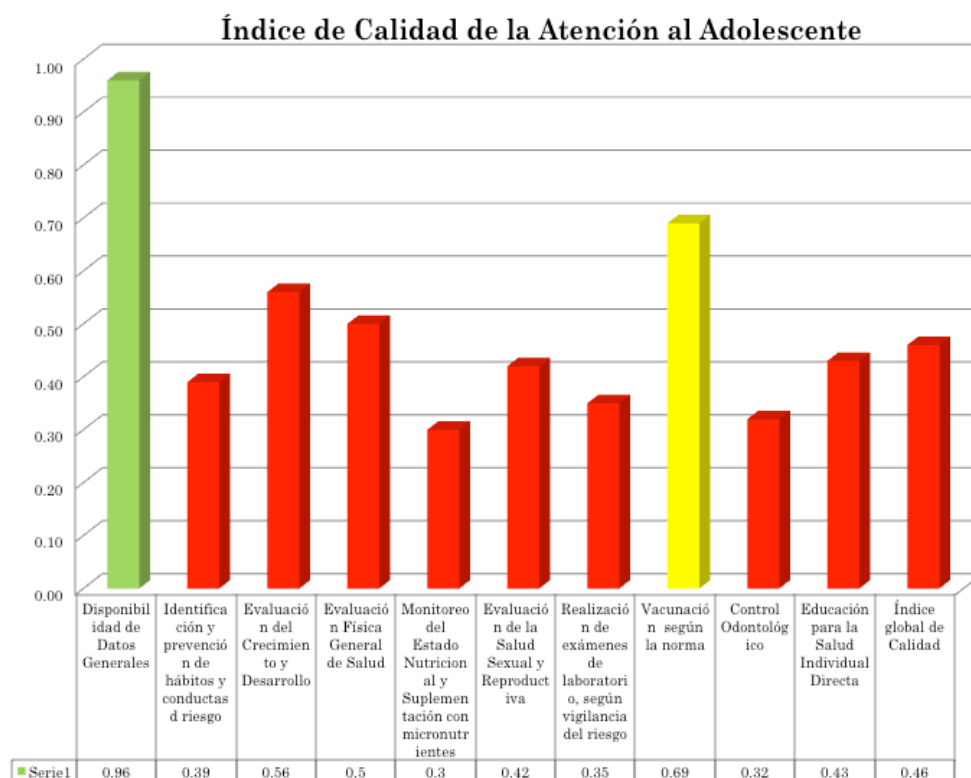
•  
Atención a niños y niñas de 1 a 5 años: 0.50 escasa calidad

Índice de Calidad de la atención al menor de 1 a 5 años.



- Pobre Captación de estos menores para la realización oportuna del control de salud.
- Incompleta evaluación del desarrollo del perfil psicomotor.
- Dentro del monitoreo del estado nutricional la prescripción de hierro elemental a dosis preventiva es baja.
- La realización de los laboratorios es limitada.
- La vacunación tiene muy buena calidad para este grupo de edad.
- La educación para la salud individual directa se brinda en el 56% de los niños y niñas de 1 a 5 años estudiados.
- Deficiente calidad en los controles odontológicos.
- La vigilancia epidemiológica a las enfermedades exantemáticas mostró una deficiente calidad
- Exploración física incompleta en los casos de IRA.

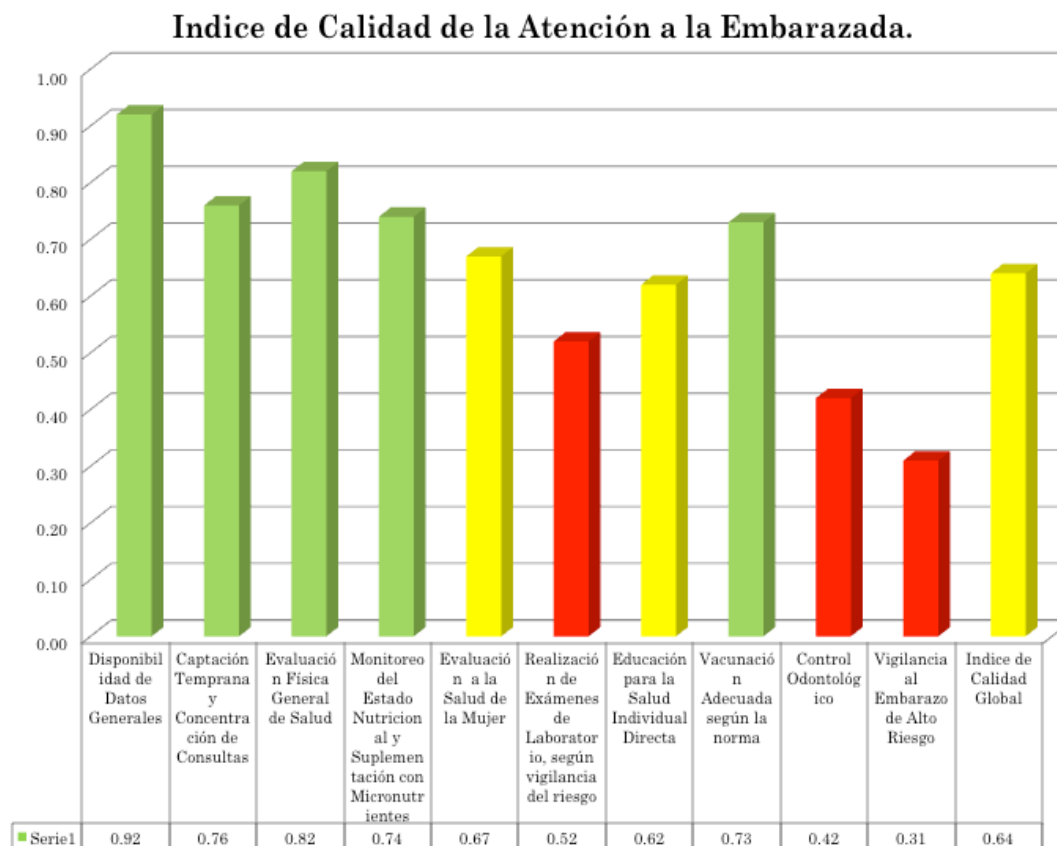
### Atención a los Adolescentes: 0.48 escasa calidad



- En lo referente a la identificación y prevención de hábitos y conductas de riesgo sólo al 32.9% de los adolescentes se le hace investigación de factores de riesgo biopsicosocial.
- La evaluación del desarrollo puberal, según escala de Tanner se realiza en sólo el 26.1 % de los adolescentes.
- El registro de los signos vitales en la evaluación física general mostró valoraciones de escasa calidad.
- La evaluación del estado nutricional, según IMC se realiza en el 29.8% de los adolescentes estudiados.
- La evaluación de la salud sexual y reproductiva en los adolescentes mostró un 50.8 % de los adolescentes con inicio de vida sexual.
- Sólo al 18.7% de las mujeres adolescentes y al 9.0% de hombres se le dio orientación para la realización de la prueba de VIH.
- No se realizan los laboratorios generales a todos los adolescentes, en especial los exámenes de heces y los de urinalisis.
- La vacunación, según la norma reflejó índices de limitada calidad (0.69).
- El control odontológico, en tanto, tuvo un índice de calidad deficiente (0.32), siendo que el 30% de los adolescentes se les realizó la limpieza dental en el periodo evaluado.

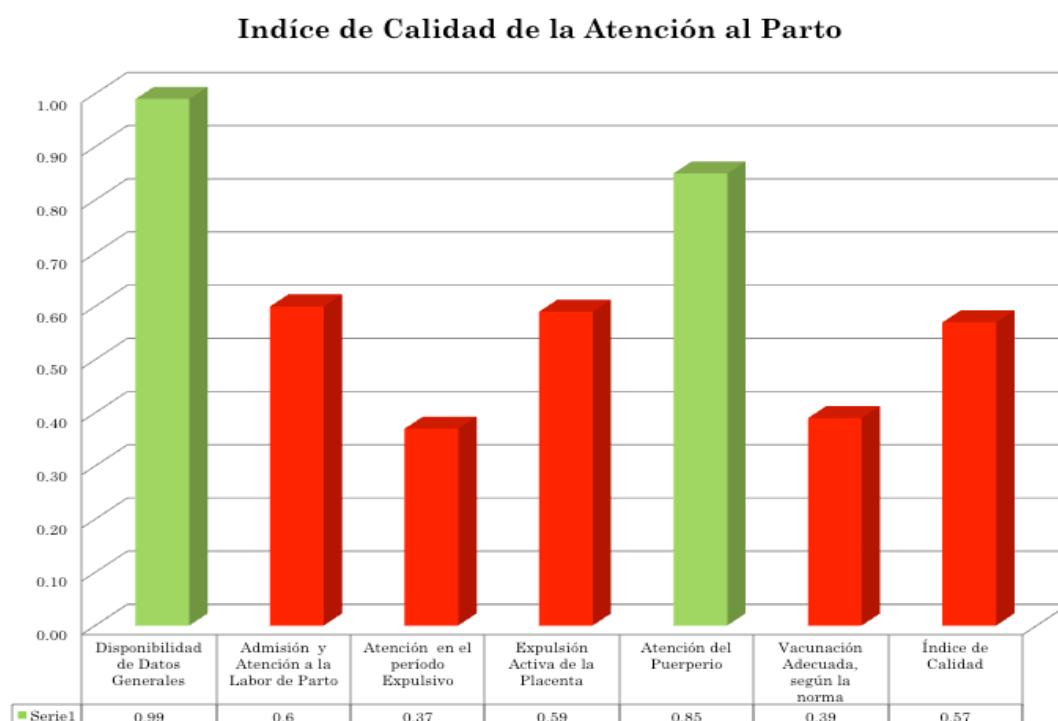
- En la educación individual directa, el consejo antitabaco en el periodo evaluado se dio al 42.6% de los adolescentes

**Atención a las Embarazadas: 0.64 limitada calidad**



- La vigilancia al embarazo de alto riesgo tuvo un índice de calidad de 0.31 lo que disminuyó considerablemente el índice global en este grupo.
- En el año 2009 la evaluación de la atención a la embarazada mostró un índice global de calidad de 0.6356, más bajo que lo mostrado en el año 2008, cuyo índice fue de 0.6594.

## Atención al Parto: 0.57 mínima calidad



- En atención a la labor del parto no contaba con el partograma en el expediente.
- En la atención en el período expulsivo el índice de calidad fue deficiente (0.57).
- El manejo de la expulsión activa de la placenta es de calidad limitada.
- La vacunación adecuada, según norma presentó una valoración de deficiente calidad y sólo al 39.2% de las primigestas o multigestas en su primer parto institucional se le aplicó la vacuna anti-rubeola.
- La atención al puerperio fue de muy buena calidad.

Sin embargo las recomendaciones que salieron de la evaluación de las auditorias de expedientes fueron:

- Es necesaria la actualización y capacitación en cascada a los profesionales de la salud sobre normas, guías y protocolos de atención de los diferentes programas.
- Aseguramiento de la existencia de las normas, guías y protocolos en los niveles operativos locales a nivel nacional.
- Coordinación entre el nivel nacional, regional y local sobre los formularios actualizados en los diferentes programas para estandarizar el uso de los mismos.
- Monitoreo y evaluación del cumplimiento de las normas por el nivel nacional y regional.
- Revisar el abastecimiento de insumos y responsabilidad en la dotación de los mismos

- Proceso de inducción con rotación del personal nuevo sobre las normativas del MINSA.

#### IX. COMENTARIOS FINALES

- Con relación al marco legal vigente para el sector salud, existen leyes, decretos y normas que regularizan las acciones a desarrollar en el sector.
- El MINSA ejerce el rol rector del sistema de salud, sin embargo las acciones de coordinación con la CSS y los hospitales privados, no son efectivas.
- Para presentar leyes y decretos, la única entidad facultada para hacerlo, es el MINSA.
- Existe una Comisión de Salud en la Asamblea Legislativa que recibe propuestas de proyectos de salud de la comunidad en general (gremios y sector público), pero el MINSA podrá avalar ó rechazar la propuesta, si su aplicación es acorde o no con las políticas de salud del país.
- Existe una figura de enlace del MINSA con la Asamblea Nacional, quién deberá estar al pendiente y presentar informes al Ministro de Salud, acerca de las diferentes propuestas de leyes relacionadas con el sector.
- La percepción acerca del manejo de los programas de salud a Nivel Central del MINSA, es que solo se actualizan las normas si existe un interés estratégico-político de las autoridades de salud, y si es que existen recursos financieros para llevar a cabo esta actualización.
- Para el tema de Nutrición, existe una vasta documentación acerca de la importancia de esta intervención para reducir la morbilidad y mortalidad infantil.
- Existen Normas actualizadas y procedimientos para esta estrategia y planes Intersectoriales.
- Para el componente de Salud Materna, se cuenta con normativa actualizada y protocolos de atención, con miras a reducir la Mortalidad Materna y a cumplir los Objetivos de Desarrollo del Milenio. En ese sentido, la estrategia aplicada y que se lleva a cabo en Panamá, toma en cuenta este eje transversal en todas sus acciones.
- Estas acciones incluyen gratuidad en la atención, control prenatal, entrega de crema nutricional para la mujer embarazada de bajo peso, atención del parto por personal calificado, control del puerperio y atención de la mujer embarazada en los PAISS.
- En cuanto a la salud sexual - reproductiva y planificación familiar, (uso de anticonceptivos) los jóvenes tienen limitación desde la atención (acceso – discriminación), ya que la misma está supeditada a la autorización del padre de familia.
- Con relación a la atención neonatal y la vacunación, una de las estrategias utilizadas por el Gobierno de Panamá para garantizar y ampliar cobertura, es a través del Programa de Transferencia Condicionada que desarrolla el MIDES.

## X. BIBLIOGRAFÍA

**Binomio Mujer-Recién Nacido**

- Normas Técnicas y Administrativas del Programa de Salud Integral del Niño y la Niña desde su nacimiento a los 9 años de edad. MINSA-OPS 2009
- Modelo de abordaje huellas, para la transformación familiar, ACJ, YMCA, 2005
- Cuestionario sobre la salud de la madre, del recién nacido, del niño y del adolescente, OPS, 2010
- Convención sobre los Derechos del Niño, Tercer y cuarto informes periódicos que los Estados Partes debían presentar en 2008, Panamá, 27 de enero de 2011
- Inventario de estudio en Mesoamérica; Panamá, 2010
- Implementación de intervenciones (Prácticas efectivas), Sistema Mesoamericano de Salud Pública, Grupo de Trabajo de Salud Materna Reproductiva y Neonatal, Segunda Reunión Presencial de Trabajo, MINSA, Panamá, Guatemala 2008
- Provisión del Paiss+N Y Pspv a Través de Organizaciones Extrainstitucionales (Oe), Reglamento Operativo, este Reglamento Establece los Términos y Condiciones que Regirán la Provisión del Paiss+N y Pspv a través de Oe, Versión 3.0, Octubre, 2010

**Nutrición**

- Normas del Programa de Alimentación Complementaria. MINSA 2010.
- Plan Nacional de Prevención y Control de las Deficiencias y Micronutrientes 2008-2015.
- Normas de Suplementación Preventiva con Sales de Hierro. MINSA 2008.

**Vacunación**

- Manual de Normas y Procedimientos Del Programa Ampliado de Inmunizaciones. MINSA-CSS-OPS. 2009
- Manual de Funcionamiento del Deposito Nacional de Biológicos. MINSA 2011
- Esquema Nacional de Vacunación, según grupo de Edad. MINSA- CSS 2011.
- Lecciones Aprendidas en la Vacunación con Papilomavirus. 2008-2010. Presentación por el PAI en reunión técnica. 2010
- Impacto de la introducción de la vacuna contra el rotavirus en la hospitalización por gastroenteritis aguda grave en el Hospital del Niño de la Ciudad de Panamá. Javier Nieto Guevara<sup>\*</sup>; Óscar López; Gala González
- Introducción e Implementación de Nuevas Vacunas. Guía Práctica. OPS 2009.

•  
XI. ANEXOS

**Anexo 1**

Componente/Norma/Guía/Manuales	Fecha de Elaboración	Observaciones
<b>INFANTIL:</b>		
<b>Normas Técnicas y Administrativas del Programa de Salud Integral del Niño y la Niña desde el nacimiento a los 9 años de edad.</b>	2009	Pendiente tiraje en la Imprenta. Disponible en la Web del MINSA. Entrega en CD a Coordinadores del PNSIMNA.
<b>Guías para la atención integrada de niños y niñas, desde el nacimiento a los 9 años de edad.</b>	2009	Pendiente tiraje en la Imprenta. Disponible en la Web del MINSA. Entrega en CD a Coordinadores del PNSIMNA.
<b>Manual de Normas de Distribución de Megadosis de Vitamina A.</b>	1995	Vigentes. Pendiente su revisión y actualización.
<b>ESCOLAR Y ADOLESCENTES</b>		
<b>Normas Técnicas y Administrativas del Programa Nacional de Salud Integral de los y las Adolescentes</b>	2006	Se distribuyeron a Nivel Nacional. Apoyo del 1er. tiraje imprenta de MINSA. Pendiente tiraje por imprenta de la C.S.S.
<b>Normas Técnicas y de Procedimientos para la Salud Integral de la Población de 10-19 años.</b>	2006	Se distribuyeron a Nivel Nacional. Apoyo del 1er. tiraje imprenta de MINSA. Pendiente tiraje por imprenta de la C.S.S.
<b>Guías de Atención de Salud Reproductiva Infanto Juvenil</b>	2006	Se distribuyeron a Nivel Nacional. Apoyo del 1er. tiraje imprenta de MINSA. Pendiente tiraje por imprenta de la C.S.S.
<b>Guía para la Atención Integral en Salud de niños, niñas y adolescentes víctimas de explotación sexual comercial.</b>	2009	Pendiente tiraje por la Imprenta. Disponible en la Web del MINSA. Entrega en CD a Coordinadores del PNSIMNA.
<b>Normas Integrales de Salud para la Población y el Ambiente.</b>	1999	Pendiente su revisión y actualización. Contempla a todos los grupos etáreos y son para el Primer Nivel de Atención.
<b>MATERNAL Y MUJER EN EDAD FÉRTIL:</b>		
<b>Normas Técnico Administrativas y de Procedimientos: Programa de Salud Integral de la Mujer.</b>	2007	Se distribuyeron a Nivel Nacional. Apoyo del 1er. tiraje imprenta de MINSA. Pendiente tiraje por imprenta de la C.S.S.

Guía para la Atención de las Enfermedades Prevalentes a Nivel Hospitalario: Guías de Prevención, Detección, Diagnóstico, Tratamiento y Seguimiento de Lesiones Pre Invasoras del Cuello Uterino.	2003	Revisión y Actualización de las mismas, Borrador Final. Pendiente tiraje en imprenta.
Normas de Atención Ginecológica.	1999	Pendiente su revisión y actualización por Comisión MINSA/CSS
Guías para el Manejo de las Complicaciones en el Embarazo.	2009	Apoyo del primer tiraje por OPS. Pendiente tiraje por Imprenta de MINSA y CSS.
Normas para la Atención Integral a las personas con VIH. Vol. Nº1 –Serie de Publicaciones Técnicas sobre VIH/ITS/SIDA, OPS/OMS/MINSA Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA.	2006	Tiraje por OPS.
Guía para la atención nutricional a personas con VIH. Vol. Nº2 – Serie de Publicaciones Técnicas sobre VIH/ITS/SIDA, OPS/OMS/MINSA Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA.	2007	Tiraje por OPS.
Guía para la asesoría y apoyo psicológico en relación con el VIH/SIDA. Vol. Nº3 –Serie de Publicaciones Técnicas sobre VIH/ITS/SIDA, OPS/OMS/MINSA, Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA.	2007	Tiraje por OPS.
Norma para el Manejo terapéutico de las personas con VIH en la República de Panamá. Vol. Nº4 –Serie de Publicaciones Técnicas sobre VIH/ITS/SIDA, OPS/OMS/MINSA Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA.	2007	Tiraje por OPS.
Prevalencia del VIH y comportamientos de riesgo asociados al VIH en personas privadas de libertad de los Centros Penitenciarios la Joya, la Joyita y Centro Femenino de Rehabilitación de la Provincia de Panamá. Vol. Nº5 –Serie de Publicaciones Técnicas sobre VIH/ITS/SIDA, OPS/OMS/MINSA Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA.	2007	Tiraje por OPS.

