



**DOSSIER  
INTEGRACIÓN DE LA APS CON OTROS  
NIVELES DE ATENCIÓN.**

**PANAMÁ**

**DICIEMBRE DE 2008**

## **INDICE**

- I. CONTEXTO GENERAL DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD (APS):  
MODELO DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD Y ESTRUCTURA DEL  
SISTEMA DE SALUD.**
  - 1. Marco institucional legal del sistema de protección social en salud**
  - 2. Mecanismos de financiamiento de la atención de salud**
  - 3. Coberturas poblacionales por tipo de financiamiento**
  - 4. Rectoría del sistema de salud:**
  - 5. Relaciones público-privadas: estructura de prestación pública y privada de los servicios de**
  - 6. salud**
- II. POLÍTICA DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD**
  - 1. Concepción de atención primaria en salud**
  - 2. Atribuciones y competencias de las esferas gubernamentales**
  - 3. Fuentes de financiamiento de la APS**
  - 4. Provisión de la APS - instituciones y servicios**
  - 5. Integralidad de la APS**
- III. INSERCIÓN DE ATENCIÓN PRIMARIA EN EL SISTEMA DE SALUD E  
INTEGRACIÓN CON OTROS NIVELES DE ATENCIÓN**
  - 1. La APS como puerta de entrada y/o eje estructurante del sistema de salud**
  - 2. Situación del acceso a la atención especializada y hospitalaria**
  - 3. Estrategias y mecanismos de integración de la APS con otros niveles de atención**
  - 4. Mecanismos para garantizar coordinación de los cuidados integrales por el equipo de APS**
  - 5. Relación de la APS con otros sectores sociales**

#### **IV. FORTALEZAS Y DEBILIDADES DE LA INTEGRACIÓN DE LA APS A LOS OTROS NIVELES DE ATENCIÓN**

#### **V. ANEXOS**

### **ESQUEMA SUGERIDO PARA LA ELABORACION DEL DOSSIER NACIONAL SOBRE INTEGRACION DE LA APS CON OTRO NIVELES DE ATENCION.**

#### **1. Contexto general de la atención primaria en salud en el país y marco institucional legal del sistema de salud.**

##### **Marco institucional legal del sistema de protección social en salud del país.**

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 medicas sanitaria de todas las facultades descentralización que permitan la agilización de los programas.

A través del Decreto No.401 del 29 de diciembre de 1970 orienta hacia la concienciación de nuestras comunidades en sus deberes y derechos en salud, para participar en forma organizada en la solución de sus propios problemas de salud. Durante este periodo se funcionaron en el país más de 100 Comités de Salud con personería jurídica, que representan un rico potencial de recursos en salud.

La organización sectorial en salud también esta contemplada en el Artículo III de la Constitución Política de la República y está conformada por:

- El Ministerio de Salud
- La Caja de Seguro Social
- Instituto de Acueductos y Alcantarillados Nacionales
- Escuelas y Facultades de Ciencias de la Salud
- Sector Privado de Servicios de Salud
- Patronatos
- Instituciones autónomas o semiautónomas que realizan acciones de promoción, prevención reparación y rehabilitación de la salud, instituciones de docencia e investigación en salud.

La Caja de Seguro Social es una entidad de Derecho Publico autónoma que tiene a su cargo la administración de la Seguridad Social...fundamentada en la Ley N°51 del 2005 que establece en sus artículos que se brindara atención para preservar y restaurar la salud de la población asegurada y dependientes a través de una atención integral en el ámbito de la red de servicios de atención institucional, con enfoque biosicosocial en salud a través de cuatro áreas programáticas a saber: Gestión y Capacitación, Promoción y Prevención, Recuperación y Rehabilitación de la Salud y Salud de los Trabajadores y el Ambiente.

## Situación Actual Organización Funcional

### ESTRUCTURA OPERATIVA DE LAS INSTITUCIONES PÚBLICAS DE SALUD

MINISTERIO DE SALUD	CAJA DE SEGURO SOCIAL
<b>Estructura Operativa</b>	
1 Región de Salud de Bocas del Toro 2 Región de Salud de Coclé 3 Región de Salud de Colón 4 Región de Salud de Chiriquí 5 Región de Salud de Darién 6 Región de Salud de Herrera 7 Región de Salud de Los Santos 8 Región de Salud de Panamá Metro 9 Región de Salud de San Miguelito 10 Región de Salud de Panamá Este 11 Región de Salud de Panamá Oeste 12 Región de Salud de Veraguas 13 Región de Salud Kuna Yala 14 Región de Salud Gnobe Bugle	1 Región Institucional de Bocas del Toro 2 Región Institucional de Coclé 3 Región Institucional de Colón 4 Región Institucional de Chiriquí 5 Región Institucional de Azuero 6 Región Institucional de Panamá Metro y San Miguelito 7 Región Institucional de Panamá Este 8 Región Institucional de Panamá Oeste 9 Región Institucional de Veraguas

Situación Actual  
Organización  
**ESTRUCTURA ORGÁNICA DE LAS INSTITUCIONES PÚBLICAS DE SALUD**

MINISTERIO DE SALUD	CAJA DE SEGURO SOCIAL
<b>Estructura Central</b>	
Dirección General de Salud Dirección Nacional de Provisión Dirección Nacional de Promoción Programas de Salud Dirección Nacional de Política Dirección Nacional de Administración y Finanzas  Dirección Nacional del Subsector de Agua Potable Dirección Nacional de Asesoría Legal Dirección Nacional de Asuntos Internacionales Dirección Nacional de Informática Dirección Nacional de Desarrollo Institucional Dirección Nacional de Comunicación Social Dirección Nacional de Auditoría Interna	Dirección Nacional de Servicios y Prestaciones Médicas  Programas de Salud Dirección Nacional de Planificación Dirección Nacional de Asuntos Administrativos Dirección Nacional de Finanzas Dirección Nacional de Contabilidad Dirección Nacional de Ingresos  Dirección Nacional de Asesoría Legal Departamento de Asuntos Internacionales Dirección Nacional de Informática Dirección de Desarrollo Institucional Departamento de Relaciones Públicas Dirección Nacional de Auditoría Interna

Durante el año 2005, se revisó la estructura organizacional del MINSA y se han dispuesto los procesos para una transformación institucional adecuada a las políticas y los ejes operativos.

Para ello se han fortalecido las áreas de vigilancia epidemiológica, se han reforzado las acciones de promoción de la salud y de prevención de enfermedades, se han ampliado las coberturas de provisión de servicios en segundo y tercer nivel de complejidad, se han implementado mecanismos de vigilancia y regulación en salud pública basados en el marco legal sanitario de país así como en los programas y normas nacionales e internacionales.

Se han implementado estrategias que fortalezcan la armonización de la provisión de servicios, el liderazgo con enfoque integral en salud y claridad en la visión sanitaria, garantizando los espacios necesarios para el desarrollo de la participación social y comunitaria en la producción social de la salud.

Con el enfoque de la Ley 51 del 2005, la Caja de Seguro Social y considerando lineamientos estratégicos estableció metas prioritarias como la transformación del Modelo de Atención curativo hacia un Modelo de atención Integral, Fortalecimiento de una Cultura de Calidad en los Servicios de Salud y la optimización de los recursos institucionales, que permita satisfacer a los asegurados y sus dependientes.

## Situación Actual Organización

### FUNCIONES DE LAS INSTITUCIONES PÚBLICAS DE SALUD

FUNCIONES	Ministerio de Salud	Caja de Seguro Social
Regulación	X	
Financiación	X	X
Comprador	X	X
Proveedor	X	X

En 1998 el proceso de modernización del Estado puso en marcha el proyecto de Reforma del Sector Salud, dándole al proceso de integración otra perspectiva puesto que se unen el Ministerio de Salud y la Caja de Seguro Social para la compra de servicios de salud, planteando este nuevo modelo de gestión en el recién inaugurado Hospital San Miguel Arcángel de San Miguelito. Este proceso de reforma de las políticas públicas de salud tiene como meta lograr: equidad, eficiencia técnica administrativa y financiera y la eficacia de las acciones de salud. La calidad o satisfacción óptima de la demanda y oferta de los servicios, expresada en su participación consciente y efectiva del proceso de producción social de salud.

En estos momentos, se logran avances importantes en la implementación de un modelo de participación social y comunitaria en salud llamado corregimiento saludable, desde su entorno social y ambiental.

### **VISION, MISION, VALORES, PRINCIPIOS, OBJETIVOS FUNDAMENTALES Y EJES TRANSVERSALES.**

#### **Visión del MINSA**

“Salud Igual para Todos, con Todos, en el Siglo XXI

#### **Misión**

“Garantizar a toda la población, con enfoque de género, el acceso a la atención integral, a través de servicios públicas de salud, humanizados en todos sus niveles de intervención, basados en la estrategia de atención primaria, y el desarrollo de las funciones de rectoría, gestión y transformación, privilegiando la equidad, la eficiencia y la calidad con calidez durante la

atención, asegurando los procesos de transparencia en el uso de los recursos y el desarrollo de las actuaciones en salud con la participación ciudadana, en la construcción de las condiciones necesarias para la producción social de la salud”

### **Valores del MINSA**

Igualdad, universalidad, integralidad, sostenibilidad, solidaridad, responsabilidad, participación ciudadana, interculturalidad, empoderamiento, salud para el desarrollo bioética, transparencia y rendición de cuentas.

### **Misión de la CSS**

Proveer servicios de salud y de prestaciones económicas a los asegurados y sus dependientes, en base a valores, a los principios de la seguridad social y en el marco de una filosofía de gran corporación pública, con los recursos humanos, materiales y financieros, para garantizar una respuesta oportuna, eficiente, con calidad y humanidad frente a riesgos o daños bio-psico-sociales, ambientales y laborales.

### **Visión de la CSS**

Seremos financieramente estables, con administración transparente y tecnología de punta en la entrega de servicios de salud y de prestaciones económicas a nuestros usuarios.

### **Valores de la CSS**

Compromiso, competencia , transparencia , honestidad , responsabilidad , lealtad , pertenencia , calidad , respeto

### **Objetivos primordiales del Sistema Sanitario**

Equidad, eficiencia, eficacia, calidad y calidez

### **Ejes Transversales**

Participación ciudadana, enfoque de género, derecho humano y enfoque intercultural

### **Pilares Operativos del Sistema de Salud**

Se han establecidos seis pilares operativos, que inician con la promoción y prevención en salud, vinculada a la participación ciudadana (social y comunitaria), se continua con la salud sexual y reproductiva, la salud integral infantil y del adolescente, la salud integral del adulto (A), el fortalecimiento y transformación de los servicios, la prevención y control de riesgos ambientales. Además de estos pilares se incorporan los compromisos de país como los objetivos de Desarrollo del Milenio y otros elementos y procesos fundamentales para la producción social de la salud como lo son la investigación y el desarrollo tecnológico, una administración eficiente, moderna y descentralizada en la búsqueda de expectativas de vida con calidad y humanismo. Esto representa la direccionalidad de nuestras acciones.

### **Objetivos Fundamentales del Ministerio de Salud**

El Ministerio de Salud ha definido ocho objetivos que se traducen en ocho lineamientos y políticas, desarrolladas a través de estrategias y actividades como marco de acción. Detallamos a continuación:

**Objetivo 1**

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

**Objetivo 2**

Mejorar la accesibilidad de la población a los servicios de salud, reduciendo las iniquidades y favoreciendo a los grupos más vulnerables.

**Objetivo 3**

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

**Objetivo 4**

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

**Objetivo 5**

Aumentar la participación ciudadana para el desarrollo de la producción social en salud.

**Objetivo 6**

Garantizar la participación ciudadana para el desarrollo de la producción social en salud

**Objetivo 7**

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

**Objetivo 8**

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

Enmarcados dentro de los objetivos rectores de MINSA, la Caja de Seguro Social tiene los siguientes objetivos institucionales:

1. Lograr una administración eficiente, efectiva y eficaz en el manejo de los recursos.
2. Satisfacer el asegurado a sus dependientes ofreciendo prestaciones económicas y médicas, con calidad, eficiencia, calidez y oportunidad.
3. Garantizar la sostenibilidad financiera de la institución, con un verdadero sentido social y humano.
4. Alcanzar una cultura organizacional sustentada en valores y en la competencia del recurso humano.

Para el periodo 2006-2007 se plantearon los siguientes lineamientos estratégicos orientados a:

Objetivo 1: Fortalecer el sistema de salud de la CSS.

Objetivo 2: Transformar el modelo de Atención hacia un Modelo de Atención Integral

Objetivo 3: Establecer una cultura de Calidad en los Servicios de Salud.

Objetivo 4: Proporcionar servicios de salud eficientes y eficaces de salud a la población

Objetivo 5: Optimizar el uso de los recursos institucionales.

Objetivo 6: Incrementar la cobertura de los servicios de salud a la población.

Objetivo 7: Garantizar el acceso a una atención especializada en forma oportuna.

Objetivo 8: Mejorar los indicadores hospitalarios.

Objetivo 9: Fomentar la atención integral de los asegurados y sus dependientes.

Objetivo 10: Brindar una atención de calidad a los pacientes encamados que requieran atención domiciliaria.

Objetivo 11: Fortalecer los procesos de promoción y prevención a nivel institucional en aras de la preservación de la salud de la población asegurada y beneficiarios, la extensión de cobertura y la contención de los costos de atención.

Objetivo 12: Mejorar las condiciones de seguridad y salud en el trabajo y, en particular, la reducción de la siniestralidad laboral.

### **Mecanismos de financiación de la atención de salud en el país**

Tanto la Caja del Seguro Social, como el Ministerio de Salud vienen desempeñándose como entes financiadores de los servicios de salud. El recurso financiero que permite la gestión sanitaria tiene como fuentes de financiamiento los recursos del gobierno central, que se obtienen por la vía de la recaudación de impuestos. De igual forma, los usuarios del sistema aportan, mediante cuotas de co-pago, que retornan vía cuentas bancarias específicas a las instalaciones de salud, donde los recursos fueron generados. Este co-pago no considera los costos reales en que se incurre al momento de la atención sanitaria y está condicionado a la posibilidad de pago de cada uno de los individuos y familias que demanden atención de salud.

En algunas de las regiones sanitarias existe la coordinación funcional entre la Caja de Seguro Social y el Ministerio de Salud y se han establecido convenios entre la Caja de Seguro Social y algunos hospitales nacionales, tal es el caso del Hospital del Niño y el Instituto Oncológico. La Caja del Seguro Social no presta atención a pacientes que no sean beneficiarios; sin embargo, en los establecimientos del Ministerio de Salud el acceso no tiene restricciones.

Desde 1998, se ha introducido un nuevo modelo de gestión en el Hospital San Miguel Arcángel, institución pública integrada (Caja de Seguro Social-Ministerio de Salud), cuyo financiamiento se provee desde CONSALUD, con aportes financieros por parte de la Caja de Seguro Social y del Ministerio de Salud funciona con base a un contratoprograma, que establece costos por servicios prestados y un mecanismo solidario de co-pago que se fundamenta para la población no asegurada en su capacidad económica. La Caja del Seguro Social cubre el 100% de los costos de la población asegurada, que fue atendida en dicha instalación.

Otra fuente de financiamiento tiene que ver con el pago de servicios prestados en el campo de la salud pública; éstos ingresan al Ministerio de Salud Central o a la Unidad Ejecutora correspondiente, para ser utilizados en acciones específicas, que son, a su vez, la fuente de autogestión.

En cuanto al financiamiento de la seguridad social, el mismo es provisto mediante el pago de cuotas obrero patronales. La Caja de Seguro Social cubre al 69% de la población de la Republica de Panamá dentro de las figuras de asegurados activos trabajadores y sus beneficiarios. El sistema de seguridad social comprende tres conjuntos programáticos: Programa de invalidez, vejez y muerte, el Programa de Enfermedad y Maternidad y el Programa de Riesgos Profesionales. Con dos conjuntos de beneficios: las prestaciones económicas, que cubre los riesgos de perdidas de ingreso, y las prestaciones médicas, que cubre los riesgos de maternidad y enfermedad. Las prestaciones económicas son financiadas mediante aportes de los trabajadores y empleadores; y la prestaciones médicas a través de las cuotas del empleador, las cuales representan aportes de toda la población consumidora como quiera que las mismas son cargadas a los costos de producción y se reflejan en los precios. El sistema de prestaciones económicas y el sistema de prestaciones médicas, cuyo financiamiento procede de fuentes diferenciadas y, según la ley, no pueden transferirse fondos de uno a otro.

La actual administración plantea la modernización y reforma del sistema de salud y propugna la creación de un sistema único para la prestación de servicios y las consiguientes modificaciones funcionales a la estructura organizativa del Ministerio de Salud. Hoy día, el sistema de salud se ve afectado por la débil articulación de su red de servicios, pese a la existencia de una organización por niveles de atención y complejidad. De igual forma, persiste la duplicidad de funciones del Ministerio de Salud y de la Caja de Seguro Social.

Múltiples actores gestionan y prestan servicios de salud a la población entre ellos, el sector público, privado, la comunidad y organizaciones no gubernamentales.

## COBERTURA POBLACIONALES POR TIPO DE FINANCIAMIENTO

### SITUACION ACTUAL GENERALIDADES

#### GENERALIDADES DEL SISTEMA PÚBLICO DE SALUD DE PANAMÁ

Detalles	Total	MINSA	CSS
<b>Cobertura</b>			
<b>Población de responsabilidad</b>	<b>3,172,360</b>	<b>1,226,127</b>	<b>1,946,234</b>
<b>Recursos Humanos</b>			
<b>Médicos</b>	<b>1,479</b>	<b>599</b>	<b>880</b>
<b>Enfermería</b>	<b>3,448</b>	<b>1,654</b>	<b>1,794</b>
<b>Recursos Físicos</b>			
<b>Instalaciones</b>	<b>919</b>	<b>821</b>	<b>98</b>
<b>Cama</b>	<b>5,845</b>	<b>3,443</b>	<b>2,402</b>
<b>Recursos Financieros</b>			
<b>Gasto Total (en millones)</b>	<b>675.10</b>	<b>254.00</b>	<b>421.10</b>
<b>Gasto per capita</b>	<b>212.81</b>	<b>207.16</b>	<b>216.76</b>

**Fuente:** Ministerio de Salud. Caja de Seguro Social. Departamento de Estadísticas.

## RECTORÍA DEL SISTEMA DE SALUD

### Funciones del Ministerio de Salud

#### Función Rectora

El Ministerio de Salud desarrolla la rectoría sectorial en salud mediante el ejercicio de autoridad sanitaria dentro de los procesos de reforma del sector salud. La función rectora es el ejercicio de las responsabilidades y competencias sustantivas de la política públicas en salud que le son indelegables y es competencia característica del gobierno y es ejercida mediante la Autoridad Sanitaria.

El marco legal donde se fundamenta el derecho a la salud es la Constitución Política de la República de Panamá en sus artículos 109 y 110, que establecen como función esencial del estado el velar por la salud de la población, al igual que el desarrollo y ejecución de actividades que integren las funciones de prevención, curación y rehabilitación. El Ministerio de Salud tendrá a su cargo la determinación y conducción de la política de salud del gobierno en el país.

La estructura del Sistema Nacional de Salud está conformado por todas las entidades del sector público, seguridad social y sector privado así como las ONG de la sociedad civil que ofertan acciones y servicios de salud.

En este período analizado el Gobierno Nacional Reformó la ley Orgánica de la Caja de Seguro Social

Durante el año 2005, se revisó la estructura organizacional del Ministerio de Salud y se ha dispuesto los procesos para una transformación Institucional adecuada a las políticas y los ejes operativos. A través del Programa Multifase de Transformación Institucional del Sector Salud (proyecto MINSA/ BID).

**PROYECTO 1350 MINSA/BID (Garantizando el acceso a los servicios de salud)**

Reforma y transformación del Ministerio de Salud

Se invirtió para el año 2006 un presupuesto por nueve millones setecientos veinticinco mil dólares.

Componente 1- Transformación del MINSA para el desarrollo de su papel rector y regulador.

Componente 2- Innovaciones en la entrega de servicios básicos de salud.

Componente 3- Transformación de la gestión para la producción de servicios de salud

## **RELACIONES – PÚBLICAS PRIVADAS**

El sector salud en Panamá muestra la tradicional fragmentación de los subsectores público, privado y de la seguridad social, con escasa complementariedad y articulación de sus instituciones y establecimientos.

El Ministerio de Salud tiene por mandato constitucional, la responsabilidad de velar por la salud de la población y garantizar servicios que sean adecuados para el logro de este objetivo. 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. Además, oferta servicios de salud a toda la población panameña y ejecuta funciones de financiación, regulación, aseguramiento y provisión. Se estructura de forma desconcentrada y, a nivel territorial, se organiza en 14 regiones sanitarias y distritos sanitarios.

La Caja de Seguro Social 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. La población protegida por la seguridad social alcanzó, en el 2003, cerca del 60.0% de la población total y 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.

El sector privado se compone de prestadores directos y de entidades financiadoras o “prepagos”.

El sector público posee la mayor capacidad instalada del país, dependiendo sus establecimientos de la Jurisdicción Nacional y regional. Presta servicios a la totalidad de la población que los demanda sin exclusión, y cubre financieramente a la población no asegurada. La atención de salud se lleva a cabo a través de establecimientos proveedores organizados en redes, según nivel de atención con distintos grados de complejidad y capacidad de resolución. Los establecimientos de la red de atención pública hospitalaria se clasifican de acuerdo con la complejidad de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos del proceso asistencial, en hospitales de primer, segundo y tercer nivel de atención. También se clasifican en establecimientos para la atención de enfermos agudos y crónicos.

El modelo de atención de la salud ha privilegiado desde hace décadas, el desarrollo de las actividades centradas en la especialización y el uso de la alta tecnología, en detrimento de los programas de promoción y prevención y del desarrollo de redes de atención primaria. La organización sanitaria en la mayoría de las regiones está basada en la atención de la enfermedad en los centros hospitalarios.

La Caja del Seguro Social y el Ministerio de Salud cuentan con más de 20,000 funcionarios de diversas calificaciones y competencias técnicas, que se constituyen en la fuerza de trabajo con capacidad para la generación de cambios en el sistema. También existe un conjunto de problemas para la gestión de las personas, tal es el caso del reclutamiento y selección, la carencia de sistemas de evaluación del desempeño e incentivos; la excesiva centralización de la gestión de esa fuerza laboral, la existencia de múltiples legislaciones, que generan inequidad y duplicidad normativa en esta materia, la pobre articulación entre las necesidades de recursos humanos y la carencia de procesos sistemáticos de planificación para la formación, capacitación e ingreso al mercado de trabajo en salud, entre otros. Esta situación se refleja en la desigualdad geográfico-poblacional en la asignación de recursos humanos para la gestión administrativa y clínica, en los niveles administrativos y de atención.

## **2. POLITICAS DE ATENCION PRIMARIA**

### **Concepción de atención primaria en salud.**

#### **Atención Primaria (AP):**

**Antecedentes del concepto de AP:** Se han realizado 4 conferencias internacionales para abordar el tema de Atención Primaria y Promoción de la Salud planteadas en la primera Conferencia Internacional de Alma Ata en septiembre de 1978, todos los países del mundo, en decisión unánime, definieron la atención primaria de salud como la estrategia clave para alcanzar la meta social de Salud para Todos en el año 2000. Estas conferencias son:

- Carta de Ottawa para la promoción de la salud surge de una importante conferencia internacional sobre promoción de la salud en 1986 en Ottawa – Canadá.
- Adelaida (Australia) – 1988
- Sundsvall (Suecia) - 1991
- En 1997 en Yakarta -Indonesia se realiza la Declaración de Yakarta sobre la promoción de la salud en el siglo XXI.

De lo anterior se asume que la Estrategia de Atención Primaria de salud, constituye la forma más adecuada para enfrentar los problemas de salud. La salud, condicionada por múltiples

factores históricos, culturales, económicos y políticos, obliga a enfrentar exitosamente esta problemática, desarrollando procesos fundamentales en todos los niveles del sistema de salud, en sus establecimientos y en sus servicios y sobre todo, en la mentalidad y actitudes de toda la población, incluyendo a los proveedores de servicios de salud.

Se define así la AP como una estrategia utilizada en el campo de la salud y sus raíces se remontan a diversas fuentes independientes, centrando su área de acción y preocupación además de los tratamientos del individuo sano o enfermo, también centra su atención en favorecer la salud de la comunidad o de sus grupos constituyentes, mediante el empoderamiento de la población de las herramientas para procurar su salud con una responsabilidad compartida. Así pues, la AP es la práctica unificada del cuidado de las personas y la promoción del bienestar individual, y colectivo además del mantenimiento y promoción de la salud comunitaria y ambiental. De allí entonces nos debe quedar claro que podemos enfocar la atención primaria en un escenario institucional y uno comunitaria.

### **ATRIBUCIONES Y COMPETENCIAS DE LAS ESFERAS GUBERNAMENTALES EN LA FORMULACION E IMPLEMENTACIÓN DE LAS POLITICAS DE ATENCIÓN PRIMARIA**

Las Políticas y Estrategias de salud en quinquenio 2005-2009 establece en la Política N° 2, fortalecer el modelo de atención familiar, comunitaria y ambiental con una oferta de intervenciones efectivas en promoción, prevención, recuperación y rehabilitación, considerando el perfil demográfico y epidemiológico de la población, presentando como lineamiento fortalecer el modelo de Atención Primaria en Salud, con enfoque de género y derechos humanos, en todos los niveles de gestión del sistema de salud. En la Política N° 4 nos señala fortalecer la estrategia de Atención primaria ambiental para la prevención y protección a la población de la exposición a los factores de riesgos originados por el deterioro, contaminación y catástrofes del ambiente.

La organización sectorial en la salud también está contemplada en el Artículo III de la constitución política de la República y esta conformada por:

El Ministerio de Salud

La Caja de Seguro Social

El Instituto Acueductos y Alcantarillados Nacionales

Escuelas y Facultades de Ciencia de la Salud

Sector Privado de Servicios de Salud

Patronatos

Instituciones autónomas o semiautónomas que realicen acciones de promoción, prevención, reparación y rehabilitación de la salud, instituciones de docencia e investigación en salud.

### **FUENTE DE FINANCIAMIENTO DE LA APS**

- **Financiamiento:** Hay tres fuentes de financiamiento para la salud:
  - ✓ Impuestos generales: deben ser progresivos (pagan mayor proporción del ingreso quienes tienen mayores ingresos).

- ✓ Aportes de prepago: seguridad social: solo factible para sector formal. Generalización requiere de impuestos generales. Seguros privados: solo para personas de altos ingresos.
- ✓ Pagos de bolsillo: Inhiben la demanda.

## **MECANISMO DE ACCESO Y EXISTENCIA DE CO-PAGOS**

El marco legal donde se fundamenta el derecho a la salud es la Constitución Política de la República de Panamá en sus Artículos 109 y 110, que establecen como función esencial del Estado el velar por la salud de la población, al igual que el desarrollo y ejecución de actividades que integren las funciones de prevención, curación y rehabilitación. El sistema de salud en Panamá de acuerdo a la capacidad de pago presenta lo siguiente:

- **MINSA** - Tiene el deber de financiar el 100% la atención primaria
- **CSS** - Financia las prestaciones de la atención primaria para todos los asegurados.

## **PROVISIÓN DE LA ATENCIÓN PRIMARIA**

Las instituciones encargadas de la APS, son Ministerio de Salud y Caja de Seguro Social. Las Instalaciones de Salud que se ubican en la APS son: puestos, sub-centros y centros de salud, centros de promoción de la salud y centros de atención, promoción, y prevención de salud (CAPPs), la población que acude a estas instalaciones provienen de áreas de difícil acceso (geográfico, económico, social), indígena, rural, urbana, marginal, entre otros. Otras instalaciones de la CSS que brindan APS son las unidades locales de atención primaria de salud (ULAPS), policlínicas básicas que pertenecen al primer nivel de atención y en el segundo nivel de atención las Policlínicas Especializadas.

## **INTEGRALIDAD DE LA APS**

Los profesionales que brindan atención primaria en salud son:

- Asistente de Salud
- Auxiliar de Enfermería o Técnico en Enfermería
- Enfermera
- Médico
- Odontólogo general
- Asistente de Odontología
- Asistente de Farmacia
- Farmacéutico

Los equipos básicos de APS están constituidos por el Médico, personal de Enfermería, Odontología, Educador para la Salud y/o Técnico en Salud Ambiental. Dentro de las actividades que se llevan a cabo en el sistema de salud, se fundamentan en las normas, protocolos y guías de atención establecidos por el Ministerio de Salud.

La CSS no cuenta con técnicos de salud ambiental, pero sí con técnicos de Salud Ocupacional, considerando nuestra población trabajadora activa.

Programas: Promoción y prevención con participación ciudadana, Salud sexual y reproductiva, salud integral infantil y del adolescente, salud integral del adulto (incluye el adulto mayor), prevención control de riesgos, y fortalecimiento en la transformación de los servicios de salud. En la CSS además se realiza el Programa de Salud Mental.

## **1. INSERCIÓN DE LA APS EN EL SISTEMA DE SALUD E INTEGRACION CON OTROS NIVELES DE ATENCIÓN**

### **La APS como puerta de entrada y/o eje estructurante del sistema de salud:**

La Red de Servicios de Salud de la República de Panamá se encuentra dividida en 14 regiones de salud, las cuales son la base de la reorganización de la red, para la provisión de servicios de calidad y eficiencia con igualdad de oportunidades a toda la población.

La organización de la red de servicios de salud, debe tomar en cuenta, el perfil demográfico y epidemiológico, además de la infraestructura disponible y su capacidad resolutive en un área geográfica para proveer servicios en forma íntegra, eficiente y de calidad acordes a las necesidades de la población y el ambiente.

Las instalaciones de salud se organizan por niveles de atención sobre la base de criterios de accesibilidad, población, cobertura y capacidad resolutive. La conducción y gestión de la red de servicios de salud, busca articular las instalaciones con el máximo de eficacia y un costo razonable.

### **La provisión de los servicios de salud, se organiza y clasifica, en tres niveles de atención:**

#### ➤ **Primer Nivel de Atención:**

Las instalaciones de salud que se ubican en este nivel son: puestos, subcentros y centros de salud, centros de promoción de la salud y centros de atención, promocional y preventivo de salud. En este nivel se desarrollan acciones de promoción, protección específica, diagnóstico precoz y tratamiento oportuno a las necesidades básicas y más frecuentes en salud.

#### ➤ **Segundo Nivel de Atención:**

Las instalaciones que se ubican en este nivel son: los hospitales de área, sectoriales y regionales, generales o especializados, policlínicas especializadas, y los policentros. En este nivel laboran principalmente profesionales de la salud de las cinco especialidades médicas básicas y las especialidades de alta demanda y según perfil epidemiológico.

#### ➤ **Tercer Nivel de Atención:**

En este nivel se ubican los hospitales nacionales, institutos especializados, centros nacionales especializados y los futuros hospitales supraregionales. Cumple funciones de diagnóstico y tratamiento con personal especializado.

## **SITUACIÓN DEL ACCESO A LA ATENCIÓN ESPECIALIZADA HOSPITALARIA**

### **Estrategias y mecanismos de integración de la APS con otros niveles de atención:**

El sistema público de salud cuenta con una red de instalaciones de primer, segundo y tercer nivel de atención, no obstante, esta debe ajustarse al principio de utilización racional de los recursos institucionales de manera eficiente y eficaz, entendiéndose por esto, la no duplicación de los servicios, y en consecuencia la contención de sus costos de atención.

Los casos de urgencia tienen acceso expedito a la atención, sin necesidad de referencia, siempre que sea posible con la comunicación entre el sistema prehospitalario y/o la instalación de salud que refiere al paciente con la instalación de salud que recibirá al mismo.

De igual forma el Sistema único de referencia y contrarreferencia (SURCO) implementado por Ley regula dicha integración, sin embargo operativamente debe ser fortalecido.

Los mecanismos de coordinación conllevan la comunicación entre para que la atención de los usuarios se brinde en forma integral y continua, oportuna, eficiente, eficaz, así como la comunicación de tipo técnico-administrativa.

## **MECANISMOS PARA GARANTIZAR LA COORDINACIÓN DE LOS CUIDADOS INTEGRALES POR EL EQUIPO DE APS.**

### **Relación de la APS con otros sectores sociales:**

La situación actual del sector salud amerita la reorganización de los servicios de salud y la racionalización de la demanda, por lo que es necesaria establecer niveles de servicios organizados desde el nivel I hasta el nivel III. El paciente entra al sistema según sus necesidades de salud y es referido de acuerdo a la severidad de la patología al nivel de atención correspondiente, de acuerdo a protocolos de atención establecidos.

Todo paciente que es evaluado por su médico tratante y éste considere que amerita una consulta especializada, es referido a la especialidad con el formulario que para esta finalidad tiene la institución. Se solicita la evaluación tomando en consideración los protocolos de atención por patología de los diferentes servicios.

Para el periodo 2005-2009, el Ministerio de Salud contempla entre sus políticas la promoción de la salud y el fortalecimiento de la participación ciudadana. Se constituyen alianzas estratégicas y redes intersectoriales como apoyo a las acciones de promoción de la salud.

La coordinación intersectoriales forma parte de las líneas de acción de los pilares operativos del sistema de salud, la cual lo conforman las siguientes instancias: Despacho de la Primera Dama, Caja de Seguro Social., Ministerio de Educación, Instituto de Acueductos y Alcantarillados Nacionales, Universidades, Municipios y ONG'S.

## **4. FORTALEZAS Y DEBILIDADES DE LA INTEGRACIÓN DE LA APS A LOS OTROS NIVELES DE ATENCIÓN EN EL PAÍS.**

### **Factores políticos, socioeconómicos y técnicos que interfieren en la integración de la APS con los otros niveles de atención.**

**Político:** La Caja de Seguro Social y el Ministerio de Salud cuentan con mas de 20,000 funcionarios de diversas calificaciones y competencias técnicas, que se constituyen en la fuerza del trabajo con capacidad para la generación de cambios en el sistema. También existe un conjunto de problemas para la gestión de las personas, tal es el caso del reclutamiento y selección, la carencia de sistemas de evaluación del desempeño e incentivos; la excesiva centralización de la gestión de esa fuerza laboral, la existencia de múltiples legislaciones, que generan inequidad y duplicidad normativa en esta materia. La pobre articulación entre las

necesidades de recurso humano y la carencia de procesos sistemáticos de planificación para la formación, capacitación e ingresos al mercado de trabajo en salud, entre otros.

**Socioeconómico:** La complejidad de los procesos de atención y los cambios del perfil epidemiológico contribuyen al incremento progresivo de los costos en los servicios de salud. **Aumento en la densidad de la población** lo que se suma la ineficiencia e ineffectividad del sistema. A todo esto se adiciona una práctica gerencial que continúa siendo centralizada, tradicional y carente de estímulos y recompensas hacia los trabajadores de la salud, con la consiguiente insatisfacción y desmotivación de las personas de la organización.

No se cuenta con un plan de inversiones orientado al mantenimiento de las instalaciones de salud; por tanto, independientemente de cuánto se invierta para mejorar la red de servicios, continúa el deterioro de las instalaciones y servicios, lo que limita su capacidad de respuesta y su calidad. **Escasa participación de la comunidad en el proceso de producción de su propia salud.** Exigencia de la población con creciente insatisfacción por los servicios que recibe. Falta de norma que adecue la demanda y oferta.

**Técnicos:** existen debilidades para el análisis de la información, por lo cual es necesario fortalecer la capacidad de análisis regionales y locales. **Concentración de los usuarios en las instalaciones de mayor capacidad resolutiva.** Servicios técnicos sobreutilizados.

### **Principales puntos fuertes y experiencias de integración de la APS al sistema de salud que podrían traer contribuciones para otros países.**

El sistema de referencia y contrarreferencia es el mecanismo de interrelación que existe entre los servicios de las instalaciones de salud de un mismo o diferentes niveles de atención o grados de complejidad. Utiliza un instrumento o formulario oficial de transferencia de pacientes entre las diferentes instalaciones de la red de atención que tiene como finalidad dar soluciones a aquellos problemas de salud que demanden un manejo de diferente complejidad para su diagnóstico y/o tratamiento. Es una herramienta básica para la provisión de los servicios de salud contribuyendo a mejorar su organización y en consecuencia, permite brindar una atención de salud , con oportunidad , equidad, calidad y eficiencia mediante la coordinación de un conjunto de acciones, que siguiendo una secuencia coherente, orgánica y funcional aseguren finalmente un adecuado procedimiento de la provisión de servicios de salud al paciente, en el desplazamiento de éste o de los elementos diagnóstico a través de una instalación de salud menor a otra de mayor capacidad resolutiva.

La referencia se refiere por lo general, a la transferencia de un paciente de instalaciones de menor complejidad, sin embargo, en ocasiones menos frecuentes esto puede darse a la inversa. La contrarreferencia en cambio, es la transferencia de los pacientes mediante la cual se retorna a la instalación o servicio de la primera atención. En la actualidad se presenta en algunas regiones de salud, dificultades en el registro, monitoreo y evaluación del sistema de referencia y contrarreferencia.

### **Principales dificultades y desafíos para la integración de la APS con otros niveles de atención en su país.**

#### **Modelo de Organización:**

1. El nivel regional percibe como poco el grado descentralización.

2. Dentro del modelo de organización el criterio de autonomía de gestión presenta variabilidad en las regiones de salud.
3. A nivel distrital falta participación activa de la comunidad en la gestión, producción y evaluación de los servicios de salud.
4. Se percibe como poco la autonomía de gestión en las regiones que cuentan con figura distrital.
5. Se confirma que el criterio definido como organización es una debilidad en la atención primaria.
6. En el nivel local se percibe como limitada la participación social en el desarrollo de las actividades de salud.
7. En materia de descentralización el nivel local es el que menor descentralización percibe.
8. Escasa participación activa de las comunidades en la búsqueda de soluciones a sus problemas.

#### **Modelo de Gestión:**

1. Se refleja una marcada deficiencia en lo que respecta a la función del personal, principalmente lo que refiere a una política de incentivos por producción y calidad.
2. Insuficiente recurso para el desarrollo de los procesos en salud.
3. Falta de cultura de calidad orientada al cliente como sujeto y objeto de las acciones de salud.
4. Limitada gestión de los procesos en salud
5. en el nivel distrital no se cuenta con recurso humano capacitado suficiente, para el desarrollo de todas las actividades en salud y la función de compras es limitada por los equipos distritales.
6. En el nivel distrital se observa limitados monitoreos, control y mejoras continuas de la calidad de los servicios de salud.
7. En el nivel local hay una escasez de recurso humano con asignaciones de personal no solicitado y poco interés en el desarrollo de investigaciones.

#### **Modelo de Atención:**

1. En el nivel regional la accesibilidad geográfica para los usuarios está identificada, pero la económica no está definida en las regiones, falta de visión para brindar una atención con integralidad y deficiencia en la continuidad de proceso de atención en la oferta de los servicios.
2. En el nivel distrital, en algunas regiones no se contemplan en los planes operativos una atención de orientación familiar y comunitaria.
3. En el nivel local persiste un modelo de atención curativo patocéntrico, con deficiencia en la implementación de las normas integrales de atención y escasa orientación promocional y preventiva.

#### **Implicaciones de la integración de la APS para mayor cohesión social.**

Las políticas de Gobierno permiten dar una mirada integral a otras Políticas para el Sector Social que, en forma directa o indirecta, guardan estrecha relación con la producción social de la salud.

Estas políticas son:

- Comunidades organizadas para el desarrollo
- Derrotar la pobreza extrema en poblaciones indígenas
- Educar a los panameños para la vida
- La ruta hacia el primer mundo: Ciencia y Tecnología
- Cultura: hombres y mujeres como agentes de cambio
- Panamá: una potencia deportiva
- Cimentar la Caja de Seguro Social para siempre
- Ambiente saludable y sostenible a perpetuidad
- Un país seguro para crecer en paz
- Protección frente a desastres
- La familia: pilar de sociedad
- Mujer: Igualdad de género como motor de desarrollo y equidad
- Juventud: a la vanguardia de los cambios
- Dignidad para los adultos mayores
- Los derechos de las personas con discapacidad

## **5. SE SUGIERE TAMBIÉN LA INCLUSIÓN EN EL DOSSIER DE ALGUNOS DATOS RELEVANTES DE LA POBLACIÓN DEL PAÍS, SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA E INDICADORES DE SALUD PARA COMPLETAR EL CONTEXTO.**

### **ESTADO SOCIOECONÓMICO DE PANAMÁ.**

Según informe de la Contraloría General de la República del año 2002, la pobreza ha sido identificada como uno de los principales problemas sociales del país, identificándose como causa principal la iniquidad en la distribución del ingreso y del consumo, en conjunto con una infraestructura deficiente.

“Panamá es uno de los países con la peor distribución de la riqueza en la región y el mundo”<sup>1</sup>. Según el Informe Nacional de Desarrollo Humano, el 40,5% de los panameños viven bajo la línea de pobreza y el 26,5% en condiciones de pobreza extrema, situación que se ha mantenido con escasas variaciones desde la década del 70 y que llegó a su peor momento en 1990.

Ese mismo informe estima que en la Provincia de Panamá es donde vive el mayor número de personas en situación de pobreza extrema, seguida por las comarcas indígenas.

Sin embargo, Darién, Veraguas y Coclé son las provincias con mayor profundidad e intensidad de la pobreza.

El Índice de Desarrollo Humano de Panamá no evidencia variaciones importantes; sin embargo, ubica al país, con todas sus desigualdades internas, dentro del grupo de países considerados como país en transición con un índice de desarrollo humano mediano.

Un análisis del Índice de Desarrollo Humano 2002 ubicó a los distritos con cierto dinamismo económico como los distritos con nivel de desarrollo medio, a saber: cabeceras de provincias (Santiago y Las Tablas), asiento de agroindustrias (Aguadulce, Natá y Pesé); de explotaciones agrícolas a gran escala, (Barú, Changuinola y Boquete); o de atractivo turístico (San Carlos, Chame y Taboga). Algunos son pequeños distritos satélites de otros que albergan ciudades de cierta importancia, (Bugaba, Antón, Chepo y Santa María)<sup>2</sup>.

---

1 Objetivos de Desarrollo del Milenio, Primer Informe de Panamá. Gabinete Social. Enero 2003.

2 Objetivos de Desarrollo del Milenio, Primer Informe de Panamá. Gabinete Social. Enero 2003.

## POLÍTICAS Y ESTRATEGIAS DE SALUD PÚBLICA

Se identificaron 35 distritos con un nivel de desarrollo bajo, siendo ésta la categoría que incluye a más del 50% de todos los distritos del país, en la cual se agrupan aquellos muy rurales, aunque en algunos se localizan pequeños centros urbanos, tal es el caso de Capira, Guanaca, Macaracas, Soná y Bocas del Toro. En el grupo con un nivel muy bajo de desarrollo se sitúan 4 distritos, cuyos índices fluctúan en un rango del 20,0% para Cañazas y el 13.6% para Sambú. En esta categoría también se encuentran Cémaco y Tolé, todos distritos donde se concentra una alta proporción de la población indígena panameña, constituyéndose en el grupo humano nacional con más bajo desarrollo relativo en el país y con mayores índices de pobreza. Una distribución espacial de este índice se recoge en el mapa levantado por la Autoridad Nacional del Ambiente, en el año 2000, en el cual se ubican las Comarcas Indígenas como las de mayor índice de pobreza, seguidas de la provincia de Darién, algunas áreas de la región Este de la provincia de Panamá, el norte de Coclé y Veraguas y algunos distritos de la provincia de Herrera. Es destacable que son las áreas indígenas las que cuentan con la mayoría de los recursos naturales y ambientales disponibles en el territorio nacional.

### **ESTADO DE SALUD DE LOS PANAMEÑOS.**

**MORBILIDAD:** La población panameña tiene como primera causa de enfermedad la diarrea y gastroenteritis, relacionadas con la falta de cloración del agua en los acueductos rurales, muy seguida están las enfermedades respiratorias, afectando especialmente, a la población infantil, asociadas a los cambios climáticos y a la contaminación ambiental. La Hipertensión Arterial y los problemas de obesidad han aumentado, por deficiencias en los hábitos alimentarios. El inicio de las relaciones sexuales a temprana edad, la promiscuidad, ha generado problemas no sólo de embarazo precoz, sino de Enfermedades Pélvicas, entre otras.

El Dengue es una enfermedad reemergente en Panamá, las regiones de mayor riesgo acumulado durante el período 1993-2003 son, en orden descendente, las de Panamá Oeste, Metropolitana, Los Santos, Herrera, San Miguelito y Chiriquí con un rango en las tasas de incidencia entre 1909.2 y 359.8 casos por 100,000 habitantes. Las Regiones de Darién, Kuna Yala, Veraguas y Ngöbe Buglé no reportaron casos de Dengue. La Región Ngöbe Buglé no reporta casos desde hace 3 años (2001 - 2003). El sistema de vigilancia de febriles presenta serias debilidades, pues el porcentaje de resultados indeterminados para las muestras sanguíneas supera el 50%.

Las campañas encabezadas por el MINSa han revertido esta situación para el 2005 con un intenso programa de eliminación del vector adulto y de los criaderos con un importante apoyo comunitario y una reducción sensible en los índices de infestación por el vector. La Malaria, enfermedad endémica en algunas regiones de nuestro país, presentó un brote en el año 1998. En el 2003, sus cifras alcanzan valores semejantes a los del año 1964 (144 y 150 casos por 100,000 habitantes, respectivamente) con una tasa de incidencia 7.6 veces mayor que la de 10 años atrás; siendo tasa de incidencia más alta registrada, al menos en los últimos 14 años. Durante el periodo 95-98, la proporción de casos de malaria por *Plasmodium falciparum* se incrementó de 2.5% a 11.9%. En el 2003, fue de 14% con respecto al total de casos, situación que incrementa el riesgo de muerte por esta causa. La Tuberculosis Pulmonar se ha incrementado asociada a la pobreza y es la infección oportunista más frecuente relacionada con el SIDA. Para e 2003 se han registrado 1,427 casos, y para el 2,004 1,391 casos. El SIDA ha sufrido un aumento

progresivo, abrupto y significativo a partir del año 1992, con una concentración de casos en las provincias de Colón, Panamá y San Miguelito, observando un mayor predominio de casos en población heterosexual y una letalidad elevada. Para el 2003 se han registrado 688 casos y para el 2004 553 casos.

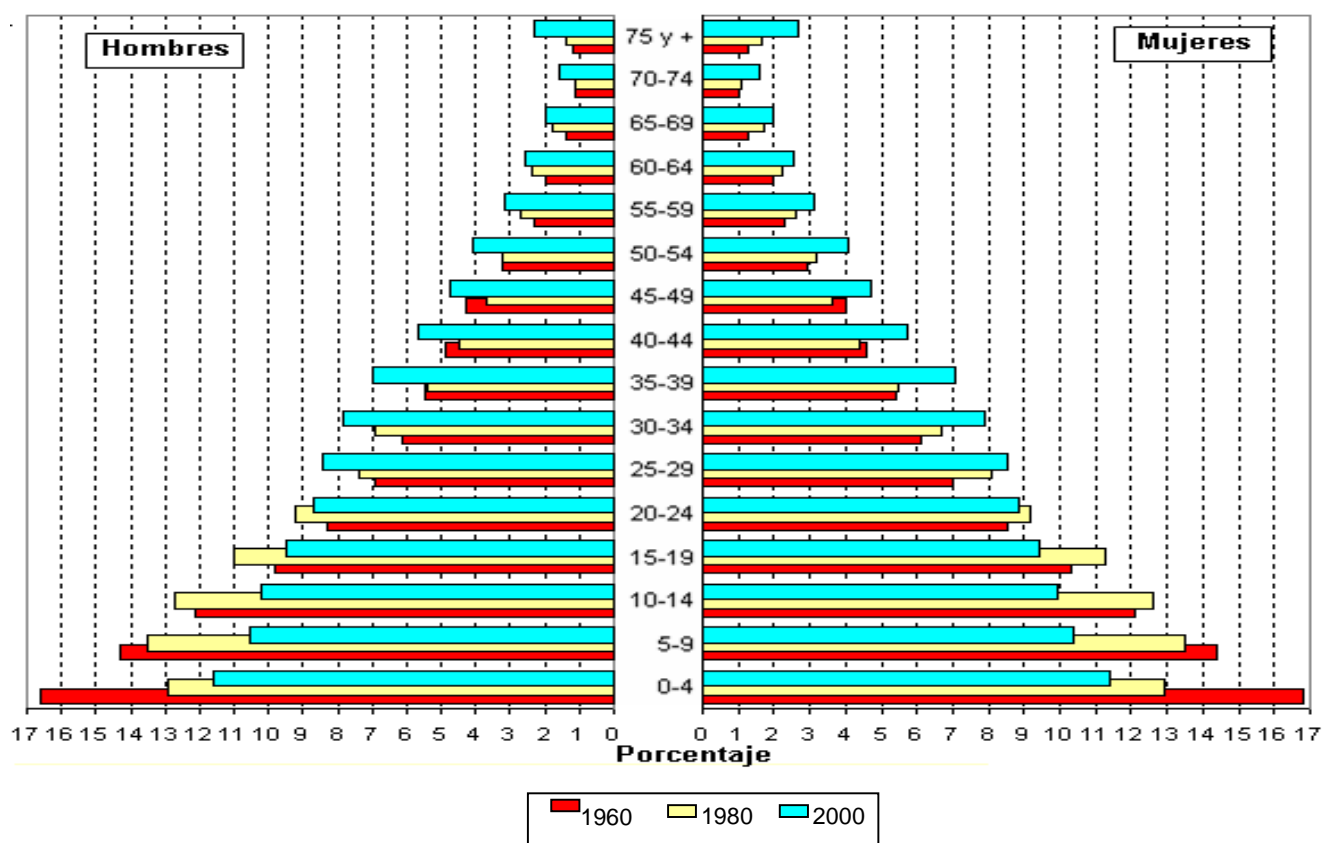
El impacto de las acciones de vacunación en Panamá, que ha sido significativo, es una de las acciones de mejor costo-beneficio en la prevención de enfermedades. Panamá ha demostrado, a través del tiempo crecientes coberturas, alcanzando las metas establecidas por OPS/OMS, por encima del 95%.

Se ha logrado erradicar la viruela desde hace años, la fiebre amarilla urbana desde 1905, fiebre amarilla selvática desde 1947, la poliomielitis desde 1972, la difteria desde 1984, sarampión desde 1998. A pesar de que otros países continúan registrando casos de rubéola, Panamá desde 1999 no presenta casos de rubéola congénita y desde el 2002 no presenta casos de rubéola.

Otra meta a alcanzar es el control del tétano neonatal en donde los países deben lograr una tasa de 1 caso por 1,000 nacidos vivos. En Panamá, desde hace más de 5 años mantiene tasas entre 0.2 a 0.3 casos por 1,000 nacidos vivos y hasta el momento, para el 2005 no se han registrado casos. Es importante señalar que en el país, a nivel regional y nacional, no todos los corregimientos presentan coberturas de éxito, por lo que se están realizando estrategias masivas en las provincias que presentan coberturas por debajo del 95% como: la provincia de Veraguas (Corregimiento de Montijo y Santa Fé), en la provincia de Chiriquí (Renacimiento), en Coclé (Olá y Natá), en Chepo (Corregimiento de Balboa) y además, en la urbe de la provincia de Panamá y el distrito de San Miguelito. Entre los factores que afectan las coberturas el alto movimiento migratorio y los cálculos de población elaborados por la Contraloría, cuyo denominador se aleja de los nacimientos reales que tiene el país, los cuales van en descenso.

# **Anexo**

**PROCESO DE TRANSICIÓN DEMOGRÁFICA**  
**Estructura Comparativa de la Población de la República, por Sexo y Edad.**  
**Censo 1960-1980-2000**

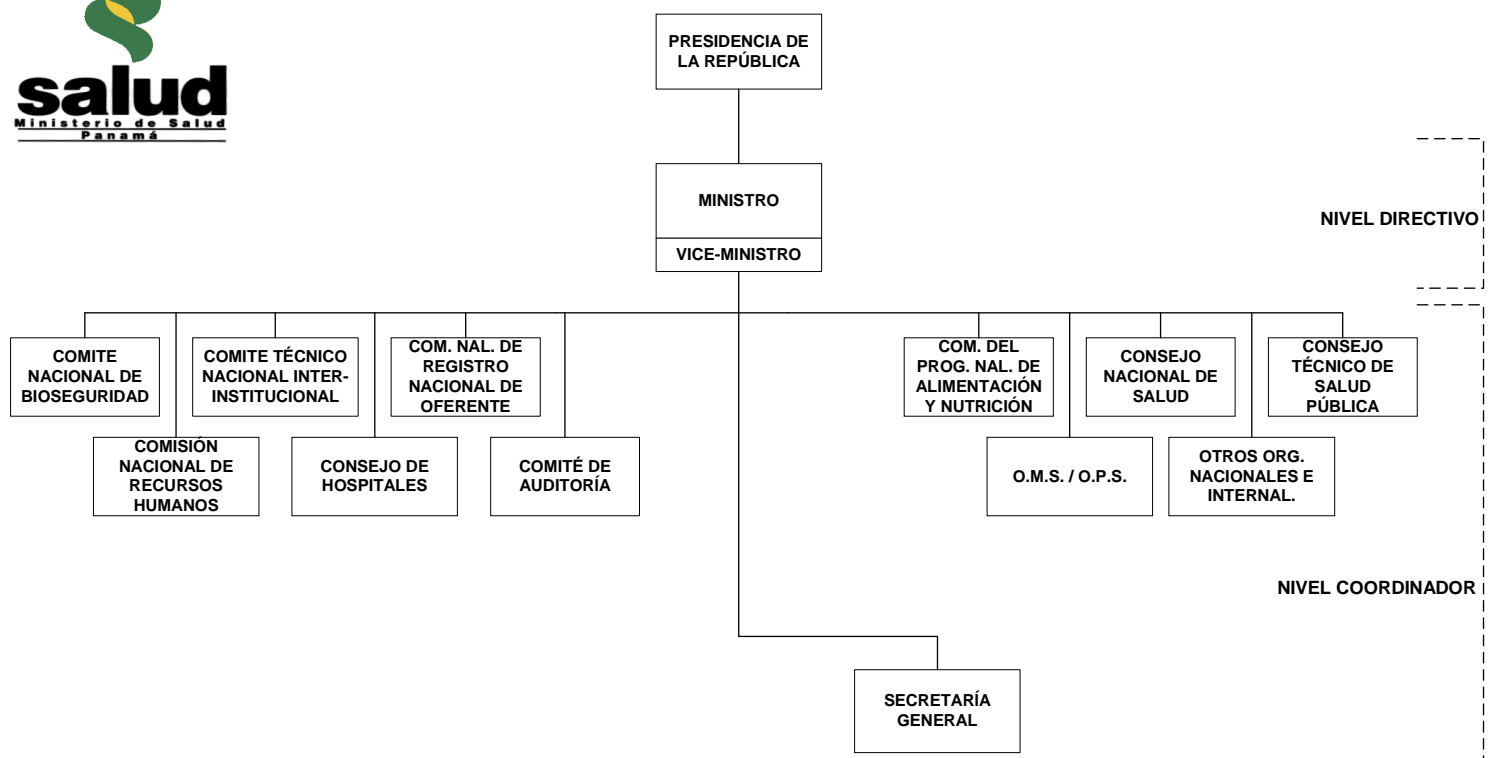


Fuente: Contraloría General de la República, Censos Nacionales de Población y Vivienda.

**POBLACION TOTAL**  
**1960: 1,075,541 - 1980: 1,805,287 - 2000: 2,815,329**

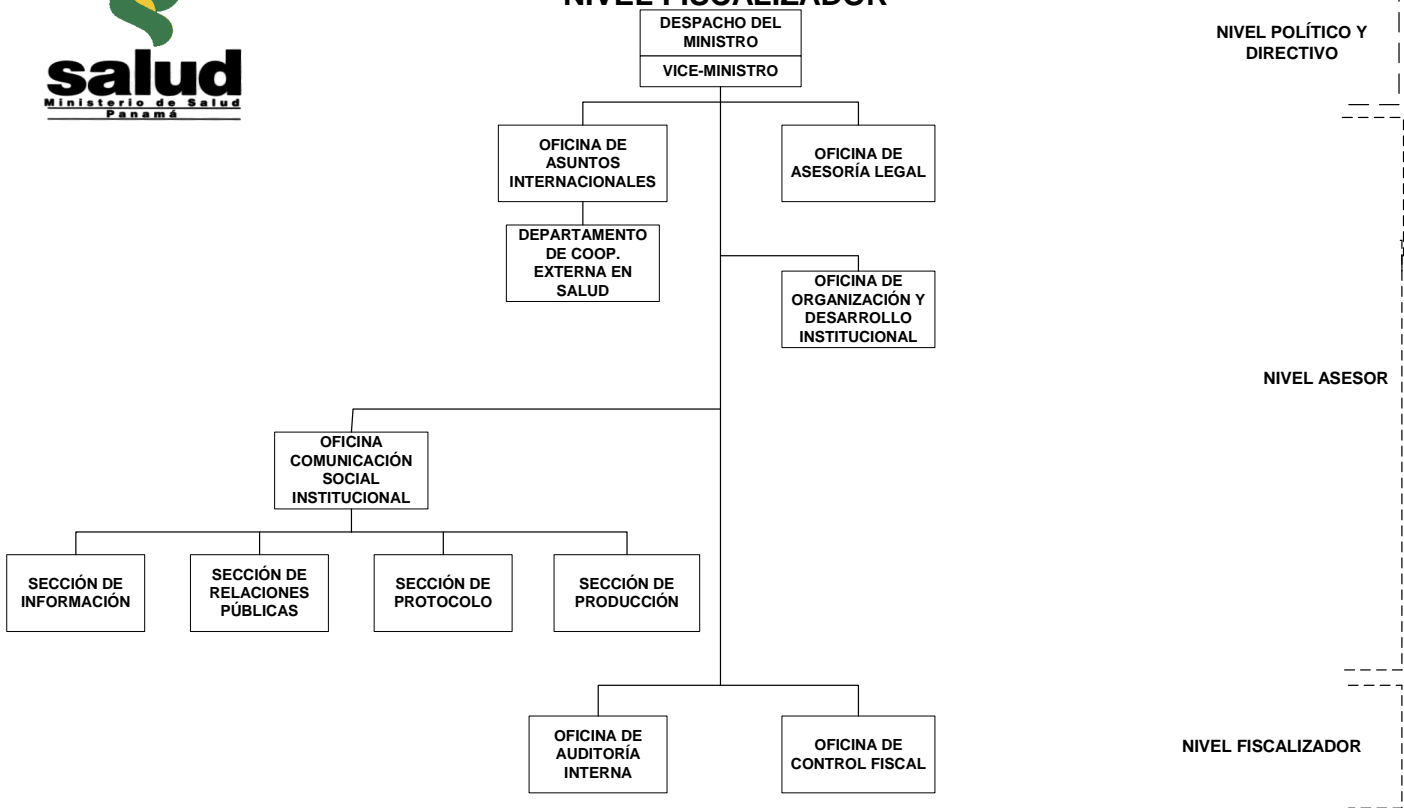


## NIVEL DIRECTIVO Y POLÍTICO NIVEL COORDINADOR



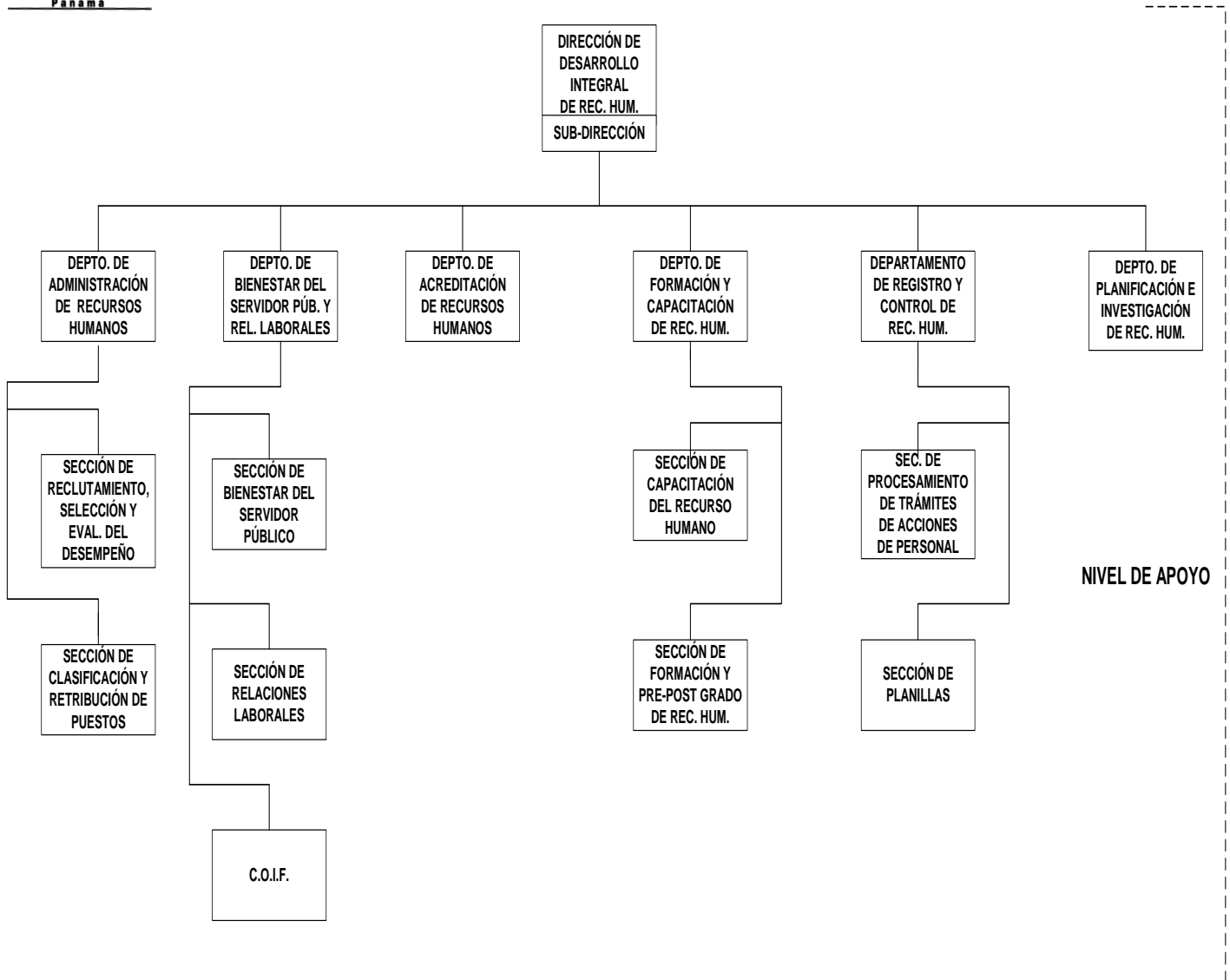


**NIVEL POLÍTICO Y DIRECTIVO**  
**NIVEL ASESOR**  
**NIVEL FISCALIZADOR**



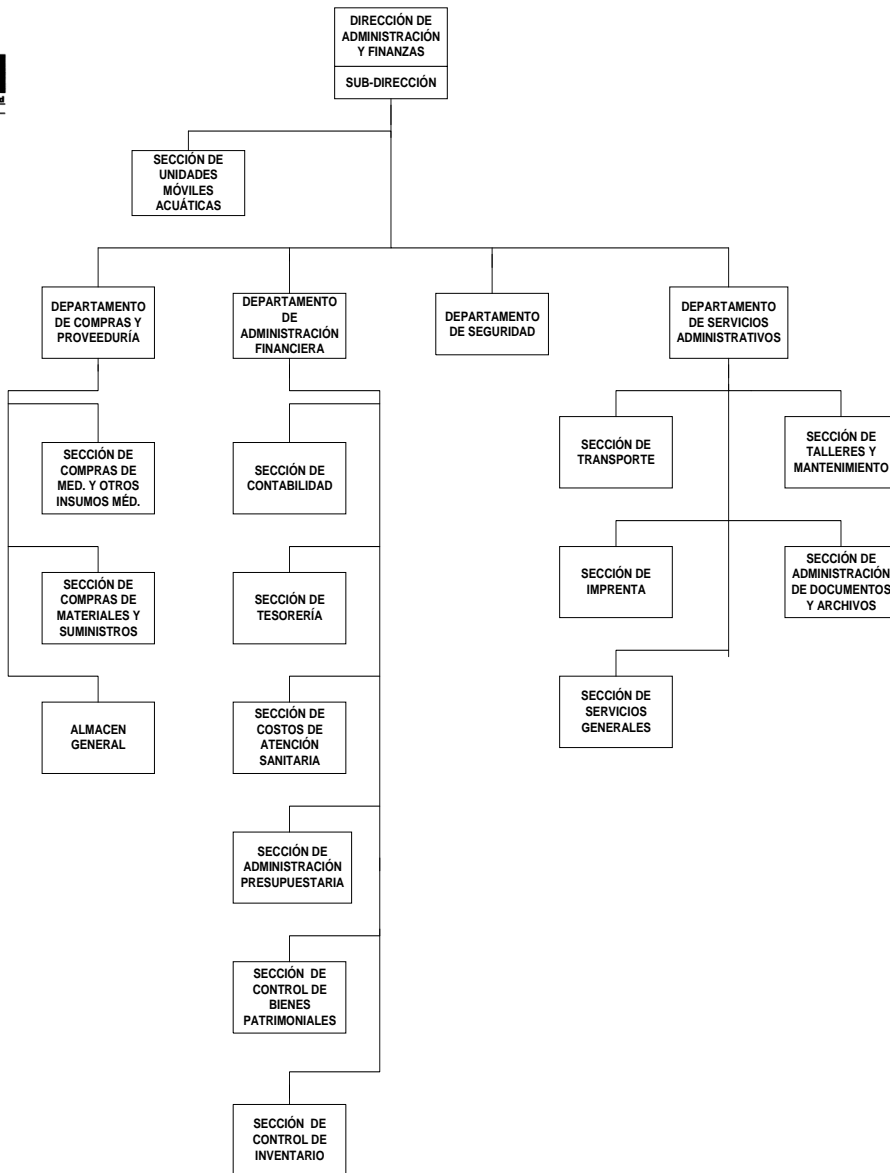


## NIVEL DE APOYO





### NIVEL DE APOYO



NIVEL DE APOYO