Policy Brief · Salud

CIEPS
Centro Internacional de Estudios Políticos y Sociales AIP – PANAMÁ

Que la atención llegue a donde más se necesita



Tres decisiones para aplicar la Política Nacional de Salud 2026-2035 y la Ley 528 con criterios de necesidad y medición del acceso efectivo

Noviembre de 2026

Autor: Dr. Juan J. Moreno M., Investigador en Economía del Centro Internacional de Estudios Políticos y Sociales - AIP

Revisado por: Dr. Juan Antonio Casas Zamora. Médico salubrista con maestría en Medicina Social de la Universidad Autónoma de México y Maestro en Política Internacional de la Universidad de París. Dra. Idalina del Carmen Cubilla Batista, Coordinadora de la Oficina de Calidad Hospitalaria y de Investigación del Hospital Dr. Rafael Estévez, de la Caja de Seguro Social. Lic. Mariana Isabella Acedo Iovane. Consultora y Asistente Técnica de Proyectos para el Centro de Pensamiento de CIEPS-AIP.

Resumen ejecutivo

Uno de cada cuatro usuarios del sector público espera un mes o más por una cita médica (25.0%), y entre los mayores de 60 años casi tres de cada diez esperan varios meses (28.7%). Seis de cada diez personas que buscan medicamentos en el MINSA o la CSS no los obtienen o los obtienen con dificultad (61.2%). Los médicos están desigualmente distribuidos: 26.5 por cada 10,000 habitantes en la provincia de Panamá frente a 1.6 en la comarca Ngäbe Buglé.

La decisión es urgente. La Ley 528 regirá a partir de la vigencia fiscal de 2027 y aún no ha sido reglamentada; además, no define cómo ponderar sus criterios para ampliar horarios, y el presupuesto para turnos médicos es limitado. La Política Nacional de Salud 2026-2035 busca el acceso universal con equidad, y el reglamento es una oportunidad concreta para aplicarla.

Se proponen al Ministerio de Salud tres decisiones que no requieren una ley nueva: repartir horarios extendidos, turnos y plazas nuevas con un criterio público de necesidad; publicar cada trimestre cuántas recetas se entregan completas; y medir el acceso con pocos indicadores basados en la experiencia de las personas.



El acceso a la salud pública falla en tres momentos: conseguir la cita, llegar a un servicio que funcione y obtener el medicamento recetado.







¿Cuál es el problema?

El acceso a la salud pública falla en tres momentos: conseguir la cita, llegar a un servicio que funcione y obtener el medicamento recetado. La espera es mayor para las personas de más edad, y la falta de médicos se concentra en territorios de menor bienestar material (véanse los hallazgos 1 a 4). La política vigente tiene como fin corregir estas brechas, y el reglamento de la Ley 528, aún pendiente, es una oportunidad concreta para hacerlo con recursos limitados.

La Política Nacional de Salud 2026-2035, aprobada por el Decreto Ejecutivo 17 de 2026 (MINSA, 2026a), propone "lograr el acceso y cobertura universal a la salud con equidad, eficiencia, calidad y calidez" (MINSA, 2026b, política 3). Entre sus objetivos están distribuir de forma equitativa el personal de salud (objetivo 6.1), asegurar la disponibilidad de medicamentos (objetivo 1.4) y asignar los recursos con equidad, priorizando a las poblaciones vulnerables según su perfil epidemiológico y demográfico (objetivo 8.5). Su seguimiento corresponde al Sistema de Monitoreo y Evaluación del Plan Nacional de Salud (SIMEPLANS), con una evaluación intermedia en 2031.

La política anterior (2016-2025) perseguía fines similares (MINSA, 2016). Su evaluación, resumida en la política vigente, dio al eje de calidad y acceso el desempeño más bajo (42.2%) y concluyó que la disponibilidad de servicios dependía más del lugar donde se vive y de la situación socioeconómica que del derecho a la salud. Entre sus limitaciones señaló la falta de indicadores homogéneos, el suministro tardío de medicamentos y resultados de seguimiento poco accesibles para la población. Esa política ya preveía encuestas periódicas de satisfacción, el análisis de la extensión de horarios para reducir las listas de espera y el monitoreo del abastecimiento.

La Ley 528 del 9 de junio de 2026 (Asamblea Nacional de Panamá, 2026a) dispone que el MINSA procure que cada región de salud tenga al menos una instalación de atención primaria con horario extendido y, según la planificación regional, al menos un centro de segundo nivel abierto las 24 horas. El Ministerio fijará los horarios según las necesidades de la población, la capacidad instalada, el personal disponible y el presupuesto de cada región, pero la ley no dice cuánto pesa cada criterio (art. 4). Regirá a partir de la vigencia fiscal de 2027, y el Órgano Ejecutivo debe reglamentarla (arts. 8 y 9).

En la sustentación del presupuesto de 2027, el MINSA solicitó 4,650 millones de balboas (B/.) y el MEF recomendó B/. 3,845 millones. Esa recomendación incluía B/. 24 millones para turnos médicos, casi una cuarta parte de los B/. 100 millones anuales que el MINSA estima necesarios (La Prensa, 2026b). Después, la Resolución de Gabinete 116 de 2026 (Consejo de Gabinete, 2026) sumó B/. 25 millones para el funcionamiento del MINSA, sin precisar cuánto iría a turnos, y la Asamblea Nacional aprobó el presupuesto en tercer debate el 30 de octubre de 2026 (Asamblea Nacional de Panamá, 2026b). Si al aplicar la ley pesa más la capacidad ya instalada que la necesidad de cada territorio, la ampliación puede favorecer a las regiones mejor dotadas.



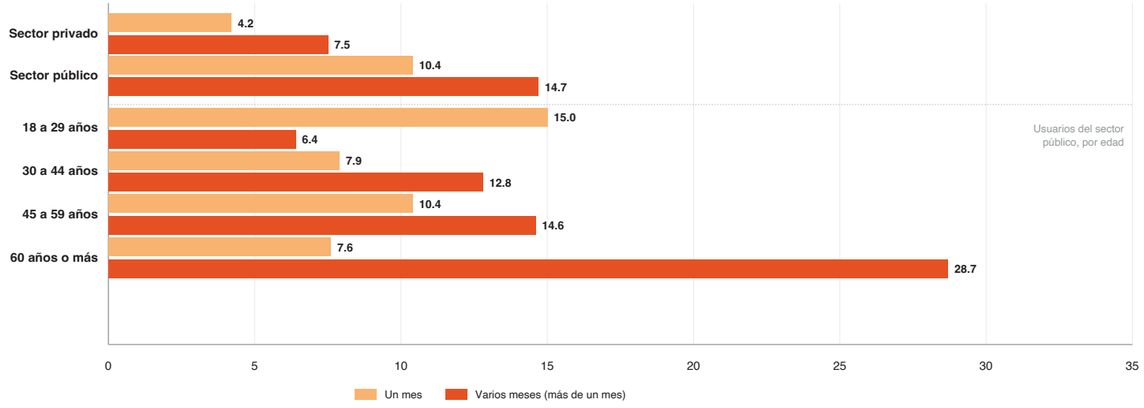
1 de cada 4 personas atendidas en el sector público espera un mes o más por su cita. Entre los mayores de 60 años, casi tres de cada diez esperan varios meses.

¿Qué muestra la evidencia?

1. Una de cada cuatro personas atendidas en el sector público espera un mes o más por su cita

En 2026, el 73.3% de los adultos tuvo su última cita médica en el sector público. Uno de cada cuatro de ellos (25.0%) esperó un mes o más: el 10.4% esperó un mes y el 14.7% varios meses (CIEPS, 2026a) (véase la figura 1). En el sector privado, el 11.7% esperó un mes o más (4.2% y 7.5%, respectivamente). Como ambos sectores atienden poblaciones distintas, esta diferencia no basta para juzgar su desempeño.

Figura 1: Personas que esperaron un mes o varios meses para obtener su última cita médica, según sector y edad (porcentaje)



Fuente: Encuesta de Ciudadanía Laboral CIEPS 2026 (F1, P11 y P12). Ponderado; excluye No sabe / No responde. Intervalos de confianza del 95% para varios meses: sector público, 12.1 a 17.7; sector privado, 5.2 a 10.6; 60 años o más, 22.3 a 36.0. Las categorías corresponden a las opciones de la P12 "un mes después de solicitarla" y "varios meses después de solicitarla"; el cuestionario no fija un plazo para la segunda, que en el texto se denomina "varios meses" (más de un mes). Ambas son excluyentes; su suma es el porcentaje que esperó un mes o más (25.0% en el sector público y 11.7% en el privado). Las sumas pueden no coincidir por redondeo.

Las personas mayores son las que más esperan varios meses. Entre los usuarios públicos, esa espera pasa del 6.4% entre los 18 y 29 años al 28.7% a partir de los 60, y la diferencia se mantiene al comparar personas con igual nivel educativo, ingreso, zona, sexo y región. Como la encuesta no registra el tipo de cita (general o de especialidad, de urgencia o de control), su motivo ni cómo se asignó, la diferencia puede deberse a la atención que requieren las personas mayores o a la gestión de las citas, y no solo a la edad. La dificultad principal está en conseguir la cita: una vez atendidos, el 85.0% de los usuarios públicos califica la atención como buena o muy buena.

"Para buscar una cita es muy difícil Yo fui a cuatro centros de salud"

Participante del grupo focal de San Miguelito (SM09), sobre la búsqueda de una cita de odontología.

2. Llegar a un servicio que funcione depende del lugar donde se vive

El estado y el horario de los servicios varían según el lugar donde se vive. El 30.6% de los adultos cree que el centro de salud u hospital público de su comunidad está en mal estado, proporción que sube al 43.4% en las comarcas (CIEPS, 2026a). La atención primaria fuera del horario regular, de 7:00 a.m. a 3:00 p.m., tampoco llega a todas las regiones: hasta junio de 2026, las 108 instalaciones de primer nivel con horario extendido del MINSA, 31 de ellas abiertas las 24 horas, estaban en ocho regiones de salud (MINSA, 2026d).

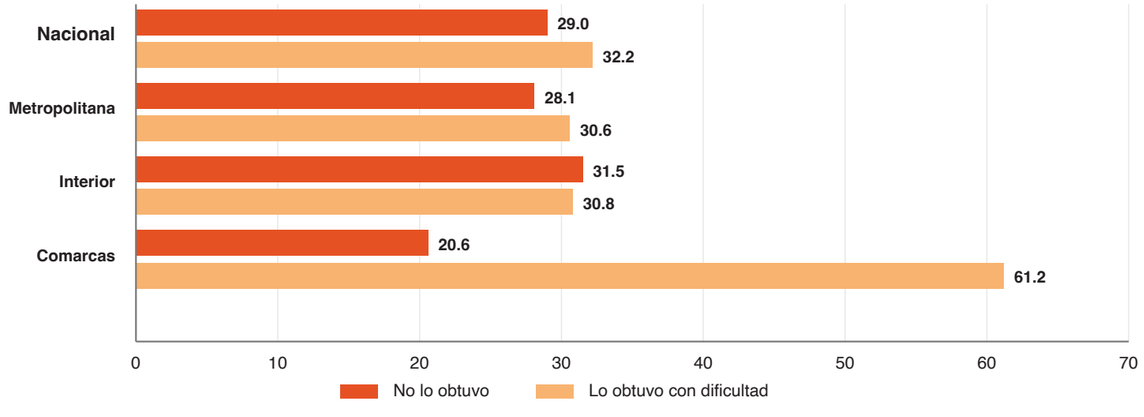
En los grupos focales, participantes de Colón y de la comarca Ngäbe Buglé describieron servicios que no alcanzan o que no funcionan cuando se llega a ellos. En Colón, un participante relató que ocho comunidades de la costa comparten un solo centro de salud y que los puestos "no tienen ni doctor ni para enfermera" (CO07); otro contó que el especialista no llegó el día de la cita y que a su abuela "la dejan esperando 3 horas" para luego darle otra cita (CO10). En Llano Tugrí, capital de la comarca, se señaló que "se necesita centro de salud y aquí no hay".

En las comarcas, más de 4 de cada 10 adultos creen que el centro de salud u hospital público de su comunidad está en mal estado.

3. Seis de cada diez usuarios no obtienen el medicamento o lo obtienen con dificultad

En 2025, el 67.3% de los adultos había acudido alguna vez al MINSA o a la CSS para obtener medicamentos (CIEPS, 2025). La última vez que lo hicieron, el 29.0% no los obtuvo y el 32.2% los obtuvo con dificultad: en total, seis de cada diez (61.2%) (véase la figura 2). En las comarcas la proporción sube a ocho de cada diez (81.9%): el 20.6% no los obtuvo y el 61.2% los obtuvo con dificultad. Esta cifra es menos precisa porque se basa en solo 116 entrevistas.

Figura 2: Personas que no obtuvieron el medicamento o lo obtuvieron con dificultad la última vez que acudieron al MINSA o a la CSS, según región (porcentaje)



Fuente: IV Encuesta de Ciudadanía y Derechos CIEPS 2025 (P16 y P17). Personas que acudieron al sector público para obtener medicamentos (944 respuestas). Ponderado. Las dos categorías son excluyentes; a nivel nacional suman 61.2%. Intervalos de confianza del 95%: nacional, 25.9 a 32.4 (no lo obtuvo) y 28.5 a 36.1 (lo obtuvo con dificultad); comarcas, 9.2 a 40.0 y 34.6 a 82.5, con 116 respuestas. **Las sumas pueden no coincidir por redondeo.**

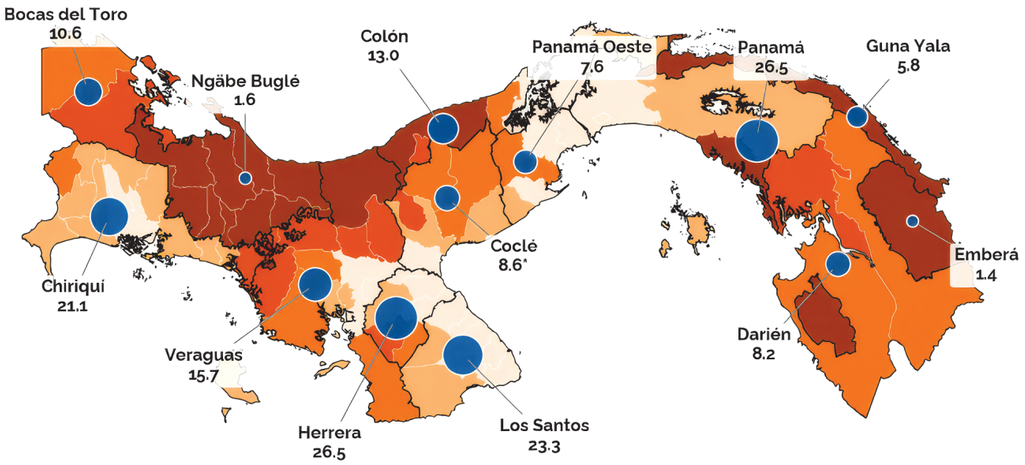


6 de cada 10 **personas que buscan medicamentos en el MINSA o la CSS no los obtienen o los obtienen con dificultad.**

Que haya medicamentos en inventario no garantiza que el paciente reciba la receta completa. En julio de 2026, la CSS reportó una disponibilidad nacional del 93% y lanzó Mi Farma Digital para consultar existencias, que pueden cambiar durante el día (CSS, 2026a). Ese indicador no muestra cuántos pacientes reciben todo lo recetado, pero ya existen registros que podrían medir la entrega completa: la Resolución 18 de 2026 (MINSA, 2026c) exige a los sistemas electrónicos de prescripción autorizados del MINSA registrar cada receta y su dispensación, y la CSS anunció que Mi Receta Digital (CSS, 2026b) permitirá consultar existencias. Falta verificar si esos datos pueden vincularse. La Ley 419 de 2024 (Asamblea Nacional de Panamá, 2024) asigna al Observatorio Nacional de Medicamentos el monitoreo periódico del abastecimiento público (art. 119).

En los grupos focales, la falta del medicamento aparece como un gasto adicional o como una carencia total. En Colón, un participante explicó que, para una paciente hipertensa, "nunca hay losartán" y hay que comprarlo en farmacias privadas (CO10). En Llano Tugrí, en la comarca Ngäbe Buglé, lo resumieron así: "No hay medicamentos ni para el dolor de cabeza" (Melgar, 2026).

4. La dotación de médicos presenta desigualdades territoriales persistentes



Cómo leer el mapa. El color muestra qué porcentaje de la población de cada distrito vive en los hogares del 20% con menor bienestar material del país (quintil 1). En el país, ese porcentaje es 22%; en los distritos más oscuros, 8 o más de cada 10 personas pertenecen a ese grupo. Los círculos azules indican los médicos registrados por cada 10,000 habitantes de la provincia o comarca: un círculo menor indica menor dotación.

Fuente: elaboración propia con base en INEC, Censo de Población y Vivienda 2023 (IRRM con escala nacional), registros de personal de salud 2025 y cartografía censal 2023 (INEC, 2023, 2025). La dotación se registra según el lugar de la instalación; los hospitales de referencia atienden a residentes de otros territorios. *La cifra de Coclé probablemente está subestimada (véase el texto).

En 2025, el país tenía 8,068 médicos, 17.5 por cada 10,000 habitantes, con una distribución muy desigual: 26.5 en Panamá y Herrera, 7.6 en Panamá Oeste, 1.6 en la comarca Ngäbe Buglé y 1.4 en la Emberá (véase la figura 3). La provincia de Panamá concentra más de la mitad de los médicos (54.2%) y algo más de un tercio de la población (35.8%); las tres comarcas tienen el 0.8% de los médicos y el 6.6% de la población. Varios de los territorios con menos médicos son también los de menor bienestar material: en la Ngäbe Buglé, el 98.9% de las personas pertenece al 20% de hogares con menor bienestar material del país.

La brecha no es reciente: en 2017, con datos del MINSA, la CEPAL registró 15.9 médicos por 10,000 habitantes en el país, 6.9 en Panamá Oeste y 1.4 en la Ngäbe Buglé (Cecchini et al., 2020). Para que cada territorio rezagado alcanzara el promedio nacional harían falta unos 1,848 médicos más, y unos 2,386 si se considera además su mayor mortalidad y menor bienestar material. Estas cifras indican el tamaño de la brecha; no equivalen a vacantes ni a necesidades clínicas.

Las cifras de Coclé probablemente están subestimadas. Los registros del INEC de 2024 y 2025 no incluyen a los médicos del Hospital Dr. Rafael Estévez, en Aguadulce, que en 2023 reportó 186. Si se sumaran, Coclé tendría unos 15.1 médicos por cada 10,000 habitantes, en lugar de los 8.6 que muestra la figura 3, y la brecha estimada se reduciría en menos de 100 médicos en los dos cálculos. Aun así, los cinco territorios con menos médicos serían los mismos.

Los distritos con menor bienestar material también registran menos partos atendidos por personal de salud: en los 82 distritos, por cada 10 puntos porcentuales más de población en el 20% de menor bienestar, la proporción de partos atendidos es cerca de 1.8 puntos menor (INEC, 2023, 2024). Es una relación observada entre distritos, no una prueba de causa, y no permite distinguir el efecto del bajo bienestar del de residir en una comarca.

Las tres comarcas tienen el 6.6% de la población y solo
el 0.8% de los médicos del país.

5. La política mide sobre todo procesos y poco lo que las personas logran recibir

En las encuestas del CIEPS de 2019 a 2025, entre seis y siete de cada diez adultos (del 61.1% al 68.4%) calificaron mal o muy mal la salud pública; en 2025, el 67.3%. Sin embargo, el sistema no publica datos comparables entre regiones sobre cuánto se espera por una cita, según el tipo de atención, ni sobre cuántas recetas se entregan completas. La Comisión de Integración de los Servicios Públicos de Salud, creada por el Decreto Ejecutivo 26 de 2025 (MINSA, 2025) e iniciada en Herrera y Los Santos, coordina, da seguimiento e informa, pero el decreto no le fija indicadores ni metas sobre lo que reciben los usuarios.

Tampoco se publica una medida para comparar la productividad de los hospitales del MINSA y la CSS. Un ejercicio exploratorio con datos del INEC 2025 solo pudo incluir 17 hospitales, los que publican egresos y consultas, y ninguno está en Colón, Darién, Panamá Oeste o las comarcas. Nueve obtuvieron el puntaje máximo, por lo que el ejercicio distingue poco entre ellos, y el cálculo no considera la complejidad de los casos que atiende cada hospital. Con un presupuesto de 2027 recomendado menor al solicitado, esa falta de información dificulta saber si la escasez se debe a la falta de recursos, a su uso o a ambas cosas.

Sin embargo, agregar indicadores tiene un costo: la evaluación de la política anterior encontró que los mandos medios enfrentaron una sobrecarga de trabajo asociada, entre otros factores, al exceso de indicadores. Por eso, la medición del acceso debería usar pocos indicadores que reemplacen a los de proceso (los que registran actividades, no resultados), en lugar de sumarse a ellos, e incluir de forma obligatoria la experiencia de los usuarios, que refleja directamente lo que reciben. La política vigente ya prevé criterios para distribuir recursos según vulnerabilidad, riesgo sanitario y equidad territorial, y mapas de brechas por territorio (líneas de acción 8.5.1 y 8.5.2).



¿Cómo funcionaría el cambio?

Si, al aplicar la Política Nacional de Salud 2026-2035, el reglamento de la Ley 528 y el SIMEPLANS establecen un criterio público de necesidad para asignar los horarios extendidos, los turnos y las plazas nuevas, publican la proporción de recetas entregadas completas y miden un conjunto mínimo de indicadores de acceso por región, entonces la capacidad adicional irá a los territorios con mayor necesidad y menor dotación, y el MINSA y la CSS sabrán cada año dónde se espera más y dónde falta el tratamiento. Esto ocurriría porque la asignación ya no dependería solo de la capacidad instalada y el cumplimiento de los objetivos de acceso de la política (6.1 y 8.5) podría verificarse desde la experiencia de las personas.

Acción	Productos	Resultados	Impacto esperado
Aplicación de la Política Nacional de Salud mediante el reglamento de la Ley 528 y el SIMEPLANS	Criterio de asignación publicado; indicador de recetas entregadas completas; tablero regional de cinco indicadores; productividad por hospital del MINSA y la CSS	Turnos, sedes y plazas asignados según necesidad; faltantes y esperas visibles por región	Menor espera y mayor entrega de tratamientos en los territorios priorizados

Supuestos: el reglamento se emite en 2027; los turnos reciben financiamiento suficiente para la cobertura mínima que prevé la ley; los registros electrónicos del MINSA y de la CSS permiten comparar lo recetado con lo entregado; los registros hospitalarios de ambas instituciones permiten medir la productividad con criterios comparables; la CSS participa conforme al art. 5 de la Ley 528; las regiones cuentan con equipos de gestión estables para aplicar el criterio y los indicadores; y se mide periódicamente la experiencia de los usuarios. El impacto es esperado, no garantizado.

Recomendaciones

Las tres recomendaciones no requieren una ley nueva: bastan el reglamento de la Ley 528, resoluciones del MINSA y los indicadores del SIMEPLANS. El Programa Sumar de Argentina siguió un camino similar, también sin una ley nueva: pocos indicadores, metas anuales acordadas con cada provincia y verificación por un auditor externo independiente. Empezó por las provincias más pobres y representa menos del 1% del presupuesto provincial promedio en salud (Sabignoso et al., 2020; 2024).

1. Asignar según necesidad

Incluir en el reglamento de la Ley 528 un criterio público que traduzca en indicadores las necesidades de la población que menciona el art. 4: población, proporción en el quintil de menor bienestar material, médicos por 10,000 habitantes, distancia a la instalación de 24 horas más cercana y demanda registrada. Con ese criterio, dar prioridad a las regiones sin instalación de primer nivel con horario extendido y a los territorios con menos médicos (Emberá, Ngäbe Buglé, Guna Yala, Panamá Oeste y Darién). Aplicarlo a los turnos de 2027 y a las plazas nuevas de 2028, con metas anuales acordadas con cada región, y publicar cada año la lista de instalaciones y su puntaje, como prevén los objetivos 6.1 y 8.5 y las líneas 8.5.1 y 8.5.2 de la política.

Beneficio esperado: con recursos escasos para turnos (B/. 24 millones recomendados frente a B/. 100 millones anuales que el MINSA estima necesarios), los turnos, horarios y plazas llegarían primero a los territorios con menos médicos, y el MEF y la Asamblea podrían verificar cómo se asignaron.

2. Medir la entrega en la farmacia

Publicar cada trimestre, por instalación, región e institución, qué porcentaje de las recetas se entrega completo el mismo día en que se presenta y cuánto tarda en completarse lo pendiente. Empezar en 2027 con los establecimientos del MINSA que prescriben por el SEIS, a los que la Resolución 18 de 2026 obliga a registrar cada receta y su dispensación, y con las farmacias de la CSS que usan Mi Receta Digital, si los datos pueden vincularse. Publicarlo junto a la disponibilidad que reporta Mi Farma Digital (93% en julio de 2026), para mostrar la diferencia entre tener el medicamento y entregarlo. Le corresponde al Observatorio Nacional de Medicamentos (Ley 419, art. 119), y la encuesta de la recomendación 3 serviría para verificarlo.

Beneficio esperado: se sabría en qué instalaciones y con qué medicamentos falla la entrega, para corregir compras y distribución y evitar que el paciente tenga que comprar lo recetado.

3. Medir el acceso desde las personas

Incorporar al SIMEPLANS un máximo de cinco indicadores por región, que sustituyan a indicadores de proceso: espera de un mes o más por una cita; recetas entregadas completas; instalaciones con horario extendido por 10,000 habitantes; médicos por 10,000 habitantes frente a la necesidad; y estado de las instalaciones. Medir cada año, con carácter obligatorio, los indicadores de experiencia (espera, entrega de medicamentos y estado de las instalaciones) mediante un módulo de encuesta del INEC. Publicar además, por hospital del MINSA y de la CSS, egresos por cama y consultas por médico, con datos del INEC y ajuste por complejidad cuando el registro lo permita. Fijar metas anuales con cada región, verificar los indicadores de forma independiente y usarlos en la evaluación de la fase inicial de la integración MINSA-CSS en Herrera y Los Santos y en la evaluación intermedia de 2031. En la siguiente fase de la integración, empezar por los territorios con menos médicos.

Beneficio esperado: cada año podría verificarse si la política mejora el acceso donde más se necesita, y el presupuesto podría sustentarse sabiendo si el problema es la falta de recursos o su uso.



Recomendación	Responsable	Indicador de seguimiento	Condición o riesgo
1. Asignar según necesidad	MINSA (Dirección de Planificación) y Órgano Ejecutivo, mediante el reglamento	Proporción de turnos, sedes y plazas nuevas en regiones con necesidad superior a la media	Turnos financiados por debajo de la necesidad en 2027
2. Medir la entrega en la farmacia	MINSA (Dirección Nacional de Farmacia y Drogas, Dirección de Medicamentos e Insumos y Observatorio Nacional de Medicamentos) y CSS	Porcentaje trimestral de recetas entregadas completas el mismo día, por instalación, región e institución	Registros que no distinguen entregas parciales; cobertura incompleta del sistema electrónico
3. Medir el acceso desde las personas	MINSA (SIMEPLANS), CSS, INEC y Comisión de Integración	Publicación anual de los cinco indicadores por región, con metas anuales y verificación independiente, y de la productividad por hospital	Exceso de indicadores si se añaden en lugar de sustituir; uso de la productividad sin ajuste por complejidad para recortar recursos

Fuente: elaboración propia a partir del Decreto Ejecutivo 17 de 2026, la Ley 528 de 2026, la Ley 419 de 2024 y la Resolución 18 de 2026 del MINSA. La asignación de responsables debe validarse con las instituciones.

Análisis DAFO - CAME

Fortalezas

Política vigente con objetivos de distribución del personal (6.1) y de asignación según necesidad (8.5).
Registro de recetas y dispensaciones (Resolución 18 de 2026) y monitoreo del Observatorio (Ley 419).
108 instalaciones con horario extendido y 20 hospitales abiertos las 24 horas (MINSA, 2026d).

Debilidades

Espera de un mes o más: 25.0% en el sector público. Medicamento no obtenido o con dificultad: 61.2%.
Dotación de 26.5 a 1.4 médicos por 10,000 habitantes según el territorio.
No se publican datos comparables de espera, entrega completa de recetas ni productividad hospitalaria.

Oportunidades

Reglamento de la Ley 528 pendiente; la ley regirá desde 2027.
Presupuesto 2028 y evaluación intermedia de la política en 2031.
Integración MINSA-CSS en fase inicial en Herrera y Los Santos (26.5 y 23.3 médicos por 10,000).

Amenazas

Turnos: B/. 24 millones en la recomendación del MEF frente a B/. 100 millones anuales que estima el MINSA; la asignación final no se ha detallado.
Objeción del Ejecutivo al proyecto de la Ley 528 (La Prensa, 2026a) y ampliación condicionada al MEF (MINSA, 2026d).
Asignación según la capacidad ya instalada.

Corregir	Afrontar	Mantener	Explorar
Criterio de necesidad en el reglamento y medición de la entrega (recomendaciones 1 y 2).	Sustentar los turnos escasos con el objetivo 8.5 y un criterio público (recomendación 1).	Integrar la red de horario extendido y los registros electrónicos en los indicadores (recomendaciones 2 y 3).	Extender la integración a los territorios de menor dotación (recomendación 3).

Fuente: elaboración propia con base en las secciones anteriores. Lo interno se refiere al MINSA y la CSS; lo externo, al presupuesto y al contexto normativo y político. DAFO: debilidades, amenazas, fortalezas y oportunidades. CAME: corregir, afrontar, mantener y explorar.

Llamado a la acción

La Política Nacional de Salud 2026-2035 se compromete con el acceso universal con equidad, y la Ley 528 dispone que el MINSA procure ampliar la atención en cada región, considerando, entre otros criterios, las necesidades de la población. Las tres decisiones convierten esos compromisos en criterios y mediciones verificables.

Se pide al Ministro de Salud que proponga al Órgano Ejecutivo incluir en el reglamento de la Ley 528 el criterio de asignación según necesidad; que disponga, mediante resolución, la publicación trimestral del porcentaje de recetas entregadas completas; y que incorpore al SIMEPLANS el conjunto mínimo de indicadores de acceso y la productividad por hospital.

Se pide a la CSS que publique, con datos de su receta digital, el mismo indicador de entrega para sus farmacias y la productividad de sus hospitales, conforme a la coordinación que prevé el art. 5 de la Ley 528.

Se propone a las comisiones de Trabajo, Salud y Desarrollo Social y de Presupuesto de la Asamblea Nacional que soliciten estos resultados en el seguimiento de la ley y en las vistas del presupuesto de la vigencia 2028.

Así, la política de salud se mediría no solo por lo que se compra y se construye, sino por lo que las personas logran recibir.

© Centro Internacional de Estudios Políticos y Sociales - AIP, 2026. Ciudad del Saber, Panamá.

Primera edición: noviembre de 2026.

Preparado por: Dr. Juan J. Moreno M. Investigador del Centro Internacional de Estudios Políticos y Sociales -AIP y Asociado del Centro de Investigación Educativa de Panamá -AIP. Doctor en Economía por la Universidad de Sevilla en España. Áreas de interés: economía del desarrollo con enfoque en eficiencia y sostenibilidad en América Latina. ORCID: 0000-0001-5186-5184.

Revisado por: Dr. Juan Antonio Casas Zamora. Médico salubrista con más de 4 años de trayectoria en salud pública internacional con maestría en Medicina Social de la Universidad Autónoma de México y Maestro en Política Internacional de la Universidad de París. Ocupó cargos directivos en la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Organismo Internacional de Energía Atómica (OIEA) y UNICEF. Miembro del Grupo Asesor Estratégico de la OPS sobre Equidad en Salud y Objetivos de Desarrollo Sostenible. Es consultor en temas de sistemas de salud, equidad, desarrollo humano y políticas públicas sanitarias.

Dra. Idalina del Carmen Cubilla Batista. Coordinadora de la Oficina de Calidad Hospitalaria y de Investigación del Hospital Dr. Rafael Estévez, de la Caja de Seguro Social. Miembro del Sistema Nacional de Investigación de Panamá, nivel I. Doctora en Epidemiología por la Universidad George Washington, en Estados Unidos, y magíster en Salud Pública. Áreas de interés: epidemiología, salud pública y calidad hospitalaria. ORCID: 0000-0003-2269-1730.

Lic. Mariana Isabella Acedo Iovane. Consultora y Asistente Técnica de Proyectos para el Centro de Pensamiento de CIEPS AIP. Licenciada en Philosophy, Politics and Economics (PPE) con enfoque a Carrera Diplomática por la Universidad de Navarra. Áreas de interés: relaciones internacionales, comunicación política, resolución de conflictos, retórica y oratoria, políticas públicas

Citación de este documento

CIEPS (2026). Que la atención llegue a donde más se necesita: tres decisiones para aplicar la Política Nacional de Salud 2026-2035 y la Ley 528 con criterios de necesidad y medición del acceso efectivo [Policy Brief]. Centro Internacional de Estudios Políticos y Sociales - AIP.

Nota sobre las fuentes

- Encuesta de Ciudadanía Laboral CIEPS 2026: 1,405 entrevistas a personas de 18 años o más, del 15 de mayo al 16 de junio de 2026, en 128 unidades primarias de muestreo. IV Encuesta de Ciudadanía y Derechos CIEPS 2025: 1,410 entrevistas, del 15 de mayo al 10 de junio de 2025, en 172 unidades primarias de muestreo. Las proporciones son ponderadas; los intervalos de confianza del 95% usan los estratos y conglomerados del diseño y el método logit-t. Los porcentajes excluyen "No sabe / No responde".
- Las preguntas de espera y calidad se refieren a la última cita médica; las de medicamentos, a la última vez que la persona acudió al MINSA o a la CSS para obtenerlos. No son tasas anuales ni registros administrativos. La categoría "Comarcas" de las encuestas agrupa Guna Yala, Emberá y Ngäbe Buglé, con pocas entrevistas por territorio.
- Grupos focales CIEPS 2026: cuatro sesiones realizadas en Colón, San Miguelito, Aguadulce y Llano Tugrí (comarca Ngäbe-Buglé), con 64 participantes, en el marco del proyecto Centro de Pensamiento del CIEPS-AIP. El diseño metodológico, las guías y la conducción de las sesiones estuvieron a cargo de la Dra. Andrea Melgar. Los testimonios citados provienen de los registros del proyecto y de la sistematización de resultados preliminares (Melgar, 2026). Los grupos focales no son representativos de la población, y los participantes se identifican con códigos.
- Bienestar material: Índice Relativo de Riqueza Multidimensional (IRRM; Nadal y Moreno-Moreno, 2026), estimado con escala nacional a partir del Censo de Población y Vivienda 2023 (1,224,279 hogares con información completa, 99.5% del total). El quintil 1 agrupa al 20% de los hogares con menor bienestar material del país.
- Cuando se comparan personas con iguales características (nivel educativo, ingreso, zona, sexo y región), las diferencias se estimaron con modelos estadísticos que aíslan el efecto de cada factor y respetan el diseño de la muestra. Declaración: las encuestas de opinión del CIEPS sobre servicios públicos complementan, pero no sustituyen, una medición oficial del acceso a los servicios de salud.
- Fuente de imágenes: Imágenes generadas mediante inteligencia artificial (IA), de elaboración original y no reproducidas de bancos de imágenes ni de obras de terceros.

CIEPS
Centro Internacional de Estudios Políticos y Sociales AIP – PANAMÁ

Ciudad del Saber, edificio 239. Piso 3-C
admin@cieps.org.pa I (507) 504-1557
cieps.org.pa

Referencias

Asamblea Nacional de Panamá (2024). Ley 419 de 1 de febrero de 2024, que regula los medicamentos y otros productos para la salud humana y la adquisición pública de medicamentos. Gaceta Oficial 29962-A.

Asamblea Nacional de Panamá (2026a). Ley 528 de 9 de junio de 2026, que establece horarios extendidos en centros de salud en la República de Panamá. Gaceta Oficial 30543-A.

Asamblea Nacional de Panamá (2026b, 30 de octubre). Asamblea Nacional aprueba en tercer debate el presupuesto del Estado para 2027 [nota de prensa].Caja de Seguro Social (2026a, 22 de julio). CSS lanza Mi Farma Digital: plataforma para consultar la disponibilidad de medicamentos. CSS Noticias.

Caja de Seguro Social (2026b, 24 de septiembre). CSS moderniza el acceso a medicamentos con "Mi Receta Digital". CSS Noticias.

Cecchini, S., Holz, R. y Rodríguez Mojica, A. (2020). La matriz de la desigualdad social en Panamá. Serie Políticas Sociales 236. CEPAL.

Centro Internacional de Estudios Políticos y Sociales (2025). Informe de la IV Encuesta de Ciudadanía y Derechos 2025 [informe y base de datos].

Centro Internacional de Estudios Políticos y Sociales (2026a). Encuesta de Ciudadanía Laboral 2026 [base de datos].

Centro Internacional de Estudios Políticos y Sociales (2026b). Grupos focales sobre servicios públicos en Colón, San Miguelito, Aguadulce y Llano Tugrí [transcripciones].

Consejo de Gabinete (2026). Resolución de Gabinete 116 de 20 de octubre de 2026, que autoriza modificaciones al Proyecto de Ley de Presupuesto General del Estado para la vigencia fiscal 2027. Gaceta Oficial 30638-B.

Instituto Nacional de Estadística y Censo (2023). Censo de Población y Vivienda 2023 [microdatos y cartografía].

Instituto Nacional de Estadística y Censo (2024). Nacimientos vivos en la República, por asistencia profesional y persona que atendió el parto, según área, provincia y comarca [cuadro estadístico por distrito de residencia, 2024].

Instituto Nacional de Estadística y Censo (2025). Servicios de salud: personal e instalaciones [cuadros estadísticos].

La Prensa (2026a, 11 de marzo). ¿Por qué el Minsa respalda la objeción a extender los horarios en los centros de salud?

La Prensa (2026b, 10 de septiembre). Minsa pierde $805 millones para 2027; 88% del recorte afecta su funcionamiento.

Melgar, A. I. (2026, 20 de agosto). "Sin agua no podemos tener educación o salud": resultados preliminares de cuatro grupos focales sobre la percepción ciudadana de los servicios públicos [presentación]. Espacios de diálogo: servicios públicos de educación, salud y agua, Asamblea Nacional de Panamá.Ministerio de Salud (2016). Política Nacional de Salud y Lineamientos Estratégicos 2016-2025.

Ministerio de Salud (2025). Decreto Ejecutivo 26 de 26 de noviembre de 2025, que crea la Comisión de Integración de los Servicios Públicos de Salud. Gaceta Oficial 30413-C.

Ministerio de Salud (2026a). Decreto Ejecutivo 17 de 23 de marzo de 2026, que aprueba la Política Nacional de Salud y sus Lineamientos Estratégicos 2026-2035. Gaceta Oficial 30491-C.

Ministerio de Salud (2026b). Política Nacional de Salud y Lineamientos Estratégicos 2026-2035.

Ministerio de Salud (2026c). Resolución 18 de 15 de enero de 2026, que establece el marco regulatorio para la prescripción electrónica y dispensación de medicamentos. Gaceta Oficial 30485.

Ministerio de Salud (2026d, 15 de junio). Minsa ha fortalecido el acceso a la salud con 108 instalaciones de atención primaria y 20 hospitales con horario extendido y atención continua [nota de prensa].

Nadal, N. y Moreno-Moreno, J. J. (2026, 18-19 de mayo). Configuración estructural de la desigualdad: más allá del Gini en la medición multidimensional del bienestar material, evidencia con datos del censo poblacional de Panamá [Ponencia]. XXVI Reunión de Economía Mundial: Desarrollo y reconfiguración de la economía mundial. Tendencias y desafíos, Universidad de Jaén y Sociedad de Economía Mundial, Jaén, España.

Sabignoso, M., Sparkes, S. P. y Earle, A. J. (2024). Using a small lever to achieve big outcomes in a devolved health system: 20 years of Programa Sumar in Argentina. Health Systems & Reform, 10(3), 2422105. https://doi.org/10.1080/23288604.2024.2422105

Sabignoso, M., Zanazzi, L., Sparkes, S. y Mathauer, I. (2020). Strengthening the purchasing function through results-based financing in a federal setting: lessons from Argentina's Programa Sumar. Health financing working paper 15. Organización Mundial de la Salud.