

ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD EN PANAMÁ

Ministerio de Salud de Panamá
Representación de OPS/OMS en Panamá

Junio, 2004

ÍNDICE

Resumen ejecutivo.....	5
1 Definición de Atención Primaria de Salud.....	7
2 Antecedentes.....	9
3 El apogeo de la APS: 1970-1983.....	13
4 Retroceso de la Atención Primaria de Salud: los años 1984-1994.....	17
5 Revitalización de la APS: los años 1995-2004.....	21
6 El futuro: oportunidades, fortalezas y riesgos.....	25
7 Buenas prácticas.....	27
Proyecto “Paquete de Atención de Integral de Servicios de Salud” PAISS.....	27
Proyecto “Fortalecimiento de la familia y mejoramiento de la salud reproductiva del pueblo Ngöbe”	32
Experiencia en la Región de Salud de San Miguelito con la reorganización de los servicios y nuevos modelos de atención y de gestión.....	34
Los ULAPS y CAPPs de la Caja de Seguro Social.....	36
Bibliografía.....	41

Resumen ejecutivo

En el marco de la celebración del vigésimo quinto aniversario de la histórica declaración de Alma Ata, la Representación de OPS/OMS en Panamá pensó oportuno elaborar un análisis histórico y contextual de la estrategia de Atención Primaria de Salud (APS) en Panamá, explicando los hitos de su instrumentación, así como las buenas prácticas desarrolladas durante tres décadas. Este documento intentará comentar la evolución de la estrategia de la APS en Panamá, destacando los avances logrados, así como las dificultades encontradas e intentará presentar una perspectiva para el futuro.

Colaboradores

Este documento ha sido elaborado con base en el trabajo de recolección y sistematización de información realizado por la Dra. Marjorie Jacobs, con los posteriores aportes de funcionarios del Ministerio de Salud, en especial del Dr. René Bradshaw, y del equipo técnico de la Representación de OPS/OMS en Panamá.

1 Definición de Atención Primaria de Salud

La Conferencia de Alma Ata en 1978 definió a la Atención Primaria de Salud como una estrategia que contribuye al proceso de desarrollo y de la justicia social; además, cuenta con principios y actividades básicas.

Atención Primaria de Salud: una función de salud esencial

“Atención Primaria de Salud es el conjunto de cuidados de salud básicos contruidos sobre métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundamentadas y socialmente aceptables, que son accesibles a individuos y familias, a través de su plena participación y a un costo que la comunidad y el país pueden sufragar en forma sostenible en cada etapa de su desarrollo, dentro del espíritu de confianza en sí mismo y de autodeterminación. La APS forma una parte integral tanto del sistema de salud, del cual es una función central y principal foco, y del desarrollo económico y social global de la comunidad. La APS es el primer nivel de contacto de los individuos, las familias y la comunidad con el sistema nacional de salud, trayendo los cuidados de salud tan cerca como posible al lugar donde la gente vive y trabaja, y constituye el primer eslabón de un proceso continuo de atención en salud”

Fuente: OM, Glosario de términos usados en la serie “Salud para todos” Número 1-8.” 1984.

Principios de la Atención Primaria de Salud

El enfoque de la Atención Primaria de Salud abarca los siguientes principios:

- Equidad
- Participación de la comunidad,
- Colaboración intersectorial,
- Tecnología apropiada y costos accesibles
- Promoción de salud

Fuente: Atención Primaria de Salud: una revisión de prácticas y tendencias. Ministerio de Salud-OPS/OMS Panamá, 2004.

Actividades propuestas de APS

La Conferencia de Alma-Ata recomendó que la APS debiera incluir, como mínimo, un conjunto de actividades, entre las que se mencionaron las siguientes:

- Educación en salud
- Promoción de suministros adecuados de alimentos y una nutrición correcta
- Agua segura y saneamiento básico
- Atención materno infantil, incluyendo planificación familiar
- Inmunización
- Tratamiento apropiado de enfermedades comunes y lesiones
- Prevención y control enfermedades endémicas locales
- Provisión de medicamentos esenciales

Fuente: Atención Primaria de Salud: una revisión de practicas y tendencias. Ministerio de Salud-OPS/OMS Panamá, 2004.

Al celebrar el vigésimo quinto aniversario de la declaración de Alma Ata, es importante resaltar la experiencia de Panamá en Atención Primaria de Salud, destacar los logros alcanzados y reconocer los esfuerzos que han realizado los gobiernos para fortalecer la estrategia de la APS en el país.



Figura 1: Mapa de Panamá

Panamá cuenta con una población estimada en 3.060.090 habitantes para el año 2002, cuya historia empieza en la época precolombina, 11,000 años atrás. La ocupación colonial por España se extendió desde el siglo dieciséis hasta 1821 cuando Panamá y Colombia, que hacían parte de un mismo país, declararon su independencia. A finales del siglo diecinueve (1881), la construcción del canal transístmico influyó en la historia del país. En 1903, Panamá se separó de Colombia y comenzó la época republicana, la historia moderna del país.¹ El país está dividido por una cordillera central. El 75% de la población vive en la vertiente del Pacífico y el 62,7% es urbana.² El gobierno es democrático y es elegido cada cinco años.³

Para entender como la APS se ha desarrollado en Panamá, es útil recordar algunos hitos históricos de Latinoamérica y de Panamá en materia de salud.

2 Antecedentes

Panamá cuenta con un pasado histórico rico en actividades de salud pública preventiva y salud pública ambiental.

Desde el período precolombino, se practican algunas medidas de salud pública como el manejo de desechos y la dotación de agua a través de acueductos.⁴



Figura 1: Dr. Gorgas.

A partir de 1903 durante la construcción del Canal de Panamá, el trabajo del Dr. Williams Gorgas, Jefe de los Servicios de Salud de la Zona del Canal y de su equipo sanitario, apoyados por el Dr. Manuel Amador Guerrero, Primer Presidente de Panamá y médico de profesión, realizaron esfuerzos en el campo de la salud pública, que lograron mejorar la salud en las áreas del canal.

Con medidas de higiene pública y ambiental, incluyendo obras de saneamiento ambiental, el equipo de salud de la compañía del canal logró en 1914 una tasa de mortalidad para todos los empleados de 7.92 por 1,000 habitantes; un resultado mejor que la tasa de mortalidad en los estados más saludables de los Estados Unidos de Norteamérica en la misma época.⁵ Se logró eliminar la fiebre amarilla y controlar la malaria, dos enfermedades mortíferas de la época.

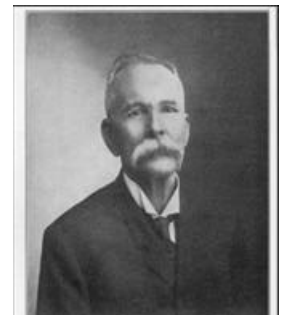


Figura 2: Dr. Amador.

Medidas ambientales aplicadas en la Zona del Canal de Panamá:

- recolección de basura y excretas;
- pavimento en las calles;
- abastecimiento de agua potable en todas las casas;
- alcantarillado;
- uso de mosquiteros;
- programas de fumigación y de vacunación;
- instalaciones de atención primaria complementadas con instalaciones con camas;
- sistema de transporte y transferencia de enfermos;
- investigaciones en salud y epidemiología.¹



Figura 3: Control de vectores.



Figura 4: Abastecimiento de agua.

Pese a la desigualdad en la salud de la población de la zona del canal (la población negra tenía 4 veces más probabilidad de morir que la población blanca)⁵, las medidas de salud pública, junto a un buen sistema médico, marcaron la memoria del país y de la región. Las medidas exitosas de control de las enfermedades transmisibles experimentadas en Panamá, Cuba y México fueron adoptadas por las naciones americanas en 1905.

En Panamá las experiencias en el área del canal fueron implementadas en todo el país⁴ y se lograron avances en el abastecimiento de agua potable, el saneamiento, el control de las endemias y/o epidemias y la atención de salud.

Desde los años cuarenta, nuevas medidas en el campo de la salud pública fueron puestas en práctica con la conformación de la Caja de Seguro Social en 1941, la aprobación del Código Sanitario en 1947 y la elaboración de la Constitución de la República de Panamá en 1946.⁴

El Código Sanitario indica que el Ministerio de Trabajo, Provisión Social y Salud Pública de la época, debe estudiar todo problema nacional de orden político, social o económico que pueda afectar la salud y dar la orientación y los lineamientos generales de la acción oficial del gobierno.⁶

La Constitución de la República de Panamá dice en su artículo 92, Título III, Derechos y Deberes Individuales y Sociales, capítulo 5, Salud Pública y Asistencia Social: “Es función del Estado velar por la salud pública. El individuo tiene derecho a la protección, conservación y restitución de su salud y la obligación de conservarla” entendida ésta como el completo estado de bienestar físico, mental y social.⁴

La preocupación por el desarrollo social que primaba en América Latina en los años sesenta, encontró su expresión más fuerte en las recomendaciones de los presidentes y jefes de estado de los países latinoamericanos y del caribe en la Cumbre de Presidentes de Punta del Este en 1967. Ellos reconocieron que “el mejoramiento de las condiciones de la salud es fundamental para el desarrollo económico y social de América Latina” y recomendaron la incorporación de los planes de salud en los planes de desarrollo; definieron los siguientes objetivos de salud: aumentar la esperanza de vida al nacer, elevar la capacidad de aprender y producir, mejorar la salud individual y colectiva, extender la cobertura de los servicios de salud, desarrollar los conceptos de atención primaria y de participación de las comunidades, suministrar agua potable, mejorar la nutrición, etc.⁴

Con estos antecedentes, el Ministerio de Salud en Panamá fue creado en 1969 con el lema de “Salud Igual para Todos” y con enfoque similar al de APS, casi 10 años antes de la Alma Ata:

En los años setenta, las políticas del sector salud en Panamá eran:

- Participación organizada de la comunidad
- Atención integral
- Acciones preventivas
- Extensión de cobertura
- Descentralización

Tanto Panamá como Costa Rica se destacaron en América Central por la aplicación de la estrategia de participación comunitaria en sus planes de desarrollo. Asimismo, lograron alcanzar buenos niveles de salud a bajo costo, mejorando sus indicadores de salud.⁷

En ese período Panamá puede enorgullecerse de haber logrado resultados valiosos, como se puede ver en la siguiente tabla:

Indicadores	Década del Setenta	Década del Ochenta
Esperanza de vida	64 años	72 años
Mortalidad infantil (menos de 1 año)	40.5/1,000 nacidos vivos	18.7/ 1,000 nacidos vivos
Mortalidad materna	1.4/1,000 nacidos vivos	0,6/ 1,000 nacidos vivos
Tasa bruta de mortalidad	7.1	4
Asistencia profesional del parto	67.70%	84%
Agua potable	1,000 acueductos rurales	85% (población con acceso)
Disposición de excretas		89% (población con acceso)
Polio	Erradicación desde 1972	
Difteria		Eliminación desde 1981
Fiebre amarilla	No hay casos desde 1974	

Fuentes:

1. 100 años de Historia. La salud pública en Panamá y sus antecedentes. Dra. María Victoria Arosemena Villacrés M.S.P., Dr. Egberto Stanziola Pinzón M.S.P. Panamá, 2003.
2. Health and Welfare: Panamá. US. Library of Congress.

Los resultados de las nuevas estrategias aplicadas por países de menor ingreso para mejorar la salud de sus poblaciones con recursos financieros, tecnológicos y humanos limitados, con un mayor enfoque comunitario, preventivo e integral, influyeron el diseño de la estrategia de la APS en Alma Ata en 1978. En la región latinoamericana las experiencias de Ajoya en México (“Donde no hay doctor”) y de San Ramón en Costa Rica (“El hospital sin paredes”) fueron conocidos mundialmente.⁷ En este sentido, la experiencia de Panamá contribuyó a definir el plan de acción regional para alcanzar la meta “Salud Para Todos en el Año 2000” en las Américas en 1982.⁸

A continuación vamos a detallar las estrategias más exitosas aplicadas en Panamá, desde la conformación del Ministerio de Salud en 1969, así como sus logros y sus debilidades frente a la crisis político-económica a finales de los años ochenta.

Lectura adicional:

- Historia del Ministerio de la Salud Panamá @ www.minsa.gob.pa 05/04/2004

3 *El apogeo de la APS: 1970-1983*

Durante este período, los indicadores sociales tuvieron una notable mejoría debido a una inversión alta y creciente en los sectores sociales (salud, educación, agua, y saneamiento),⁹ acompañado de acciones de salud integral realizadas con una participación activa de la comunidad organizada.



Figura 5: Dr. Esquivel.

Muy tempranamente, Panamá inició el desarrollo de los Comités de Salud que dieron impulso a los programas de salud, bajo la administración del visionario Ministro de Salud, Dr. Renán Esquivel.

Los primeros comités de salud se organizaron en 1955 y fueron encargados del manejo de los recursos económicos que se generaba por concepto de servicios médicos y de ayudar con las campañas contra la tuberculosis de los años sesenta. Sin embargo, no fue hasta la década de los setenta cuando se desarrolló un trabajo comunitario más sostenido. Desde entonces se encuentran funcionando en el país más de 1,000 comités de salud con personería jurídica.¹⁰

El decreto número 401 del 29 de diciembre de 1970, da a las comunidades el derecho y el deber de participar en la planificación, ejecución y supervisión de los programas de salud.

En la década de los setenta, se realizaron más de trescientos seminarios de salud comunitaria en todo el país. En estos seminarios, las comunidades se reunían durante un día con el equipo de salud local, regional y nacional, encabezado por el Ministro de Salud.¹¹

Estos seminarios tuvieron como resultado la definición de proyectos concretos que ayudaron a resolver los problemas identificados en el diagnóstico de situación sanitaria. Ejemplos de éstos fueron la construcción de acueductos rurales, letrinas en áreas aisladas, proyectos de producción de alimentos, horticultura y crías de animales pequeños, campañas de vacunación y giras médicas.¹¹

En los años setenta se establecieron cerca de 900 acueductos, la mayoría de ellos fueron contruidos y administrados por los comités de salud.¹¹

El Ministerio de Salud estableció metodologías y guías operativas para el desarrollo de las comunidades y favoreció la coordinación entre ministerios y las agencias externas.

Los comités de salud se organizaron en asociaciones o federaciones distritales o regionales. Las federaciones podían prestar o proporcionar fondos a los pueblos para la construcción de letrinas, para ayudar a contactar al MINSA para proyectos específicos y para ayudar con el financiamiento de las giras médicas.¹²

Los comités de salud fueron más exitosos en las regiones con mejor equidad en la distribución de los ingresos y tierras. La función del médico regional era esencial: si la prevención de la salud era una prioridad para él, los comités recibían mucho apoyo.¹²

Hubo un gran impulso por mejorar la cobertura o la equidad en el acceso a la salud y una tendencia a descentralizar las actividades de salud para aproximarlas a las comunidades. Según palabras de la Dra. Edith Jiménez de Bethancourt, quien fue pediatra en Colón: “la salud se acerca a la gente y no espera que la gente vaya al Centro de Salud”.⁴

En la década del setenta, se capacitaron las unidades móviles acuáticas para realizar giras integrales de salud a las comunidades no accesibles por vía terrestre en Bocas de Toro, las islas del archipiélago de las Perlas, las islas del archipiélago de San Blas, etc.⁴

Se inició un ambicioso programa de construcción de instalaciones de salud, tales como hospitales, centros de salud, sub centros y puestos de salud. Se descentralizaron las consultas externas de los hospitales, las cuales pasaron a ser responsabilidad de los centros de salud.⁴ Se descentralizaron también las consultas psiquiátricas.

Indicadores	Década del Setenta	Década del Ochenta
Puestos de salud/dispensarios	212	428
Centros de salud	76	110
Hospitales	29	35
Policlínicas de la CSS	19	24

Fuentes:

1. 100 años de Historia. La salud pública en Panamá y sus antecedentes. Dra. Maria Victoria Arosemena Villacrés, M.S.P., Dr. Egberto Stanziola Pinzon M.S.P. Panamá 2003.
2. Health and Welfare: Panama. US. Library of Congress.

El Hospital del Niño experimentó con un modelo de organización innovador: se organizó la hospitalización por sectores geográficos sin considerar la edad de los niños ni el motivo de la hospitalización, de esta forma se facilitó a los médicos que trabajaban en las comunidades visitar a sus pacientes. A su vez, se estimuló una mayor solidaridad por parte de las madres hacia otras madres y hacia otros niños. Por otra parte, el equipo técnico multidisciplinario del hospital visitaba periódicamente los diferentes barrios para realizar diagnósticos de salud en su contexto socio económico y relacionado con los pacientes y patologías que reconocían en el hospital.

Así se desarrolló el concepto de medicina comunitaria y de sectorización, ya que el médico acostumbrado a brindar atención hospitalaria debía salir a la comunidad junto con un equipo multidisciplinario y atender las necesidades de la población bajo su responsabilidad.⁴

Actividades de atención primaria desde 1969:

- educación para la salud, prevención, promoción;
- nutrición adecuada;
- abastecimiento de agua potable y saneamiento básico;
- asistencia a los niños, madres y familias;
- vacunación;
- prevención y tratamiento de enfermedades endémicas;
- medicamentos esenciales.

La crisis de los años ochenta afectó mucho el financiamiento de la salud rural, así como la disponibilidad de fondos para el mantenimiento de las estructuras de salud. Muchos comités pararon sus actividades a fines de los años ochenta debido a la crisis política y social que vivía el país.¹²

Lectura adicional:

- Health reforms in Central America, views from the perspective of community health. Paper of the Regional Committee on Community Health Promotion. VII International Conference on Primary Health Care” The reform of the health sector in the Americas” Palacio de Convenciones, Havana, Cuba. Oct 19-22, 1999.

4 *Retroceso de la Atención Primaria de Salud: los años 1984-1994*

La década de los ochenta es llamada la década perdida debido a la crisis económica mundial y a las crisis políticas que vivían muchos países. En Panamá, la crisis política de 1984 culminó con la invasión por las fuerzas armadas norteamericanas en 1989. A finales de los ochenta, el país atravesó una crisis económica que tuvo como consecuencia un aumento de la pobreza y una migración urbana no planeada.⁴

En 1989:

- El 37% de la población era pobre, el 20% vivía en estado de pobreza crítica y 17% no satisfacía sus necesidades básicas.
- La tasa de desempleo era de 11,7%.
- La tasa de analfabetismo era de 10,7%.
- El 24% de la población urbana vivía en asentamientos ilegales sin servicios de agua, alcantarillado, ni disposición de desechos.

Durante la crisis 1987-1989, los gastos públicos en salud fueron reducidos en un 15%. Las inversiones en salud pública y agua cayeron de 32 millones de dólares a 7 millones de dólares, principalmente por la falta de la ayuda externa. De hecho, los programas del gobierno para ayudar a las poblaciones más pobres fueron restringidos.⁹

Durante la segunda mitad de los años ochenta, los servicios de agua y saneamiento decayeron. La población urbana había aumentado y los sistemas se sobrecargaron. En las zonas rurales el mantenimiento de estos servicios se deterioró. Los sistemas de agua y alcantarillado necesitaban renovación y rehabilitación. La morbilidad por enfermedades ligadas a agua potable o a su falta, creció y culminó con la epidemia de cólera 1991-1992.⁹

El dengue reapareció. El HIV/SIDA, una nueva enfermedad empezó a incidir en la salud de la población.

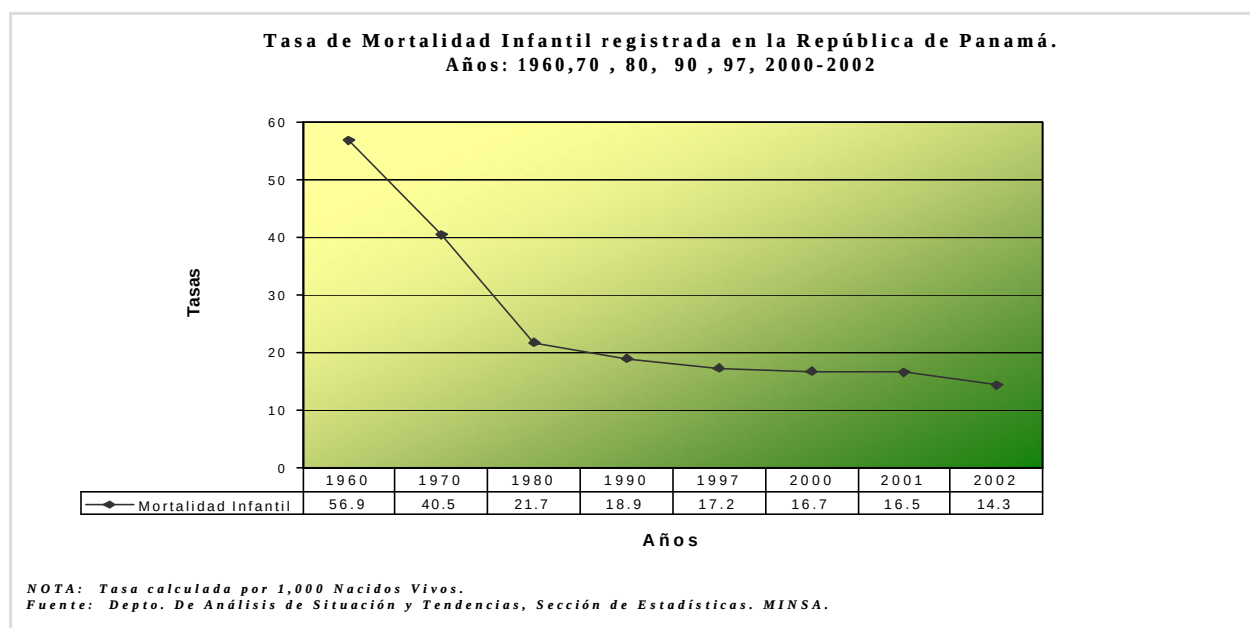
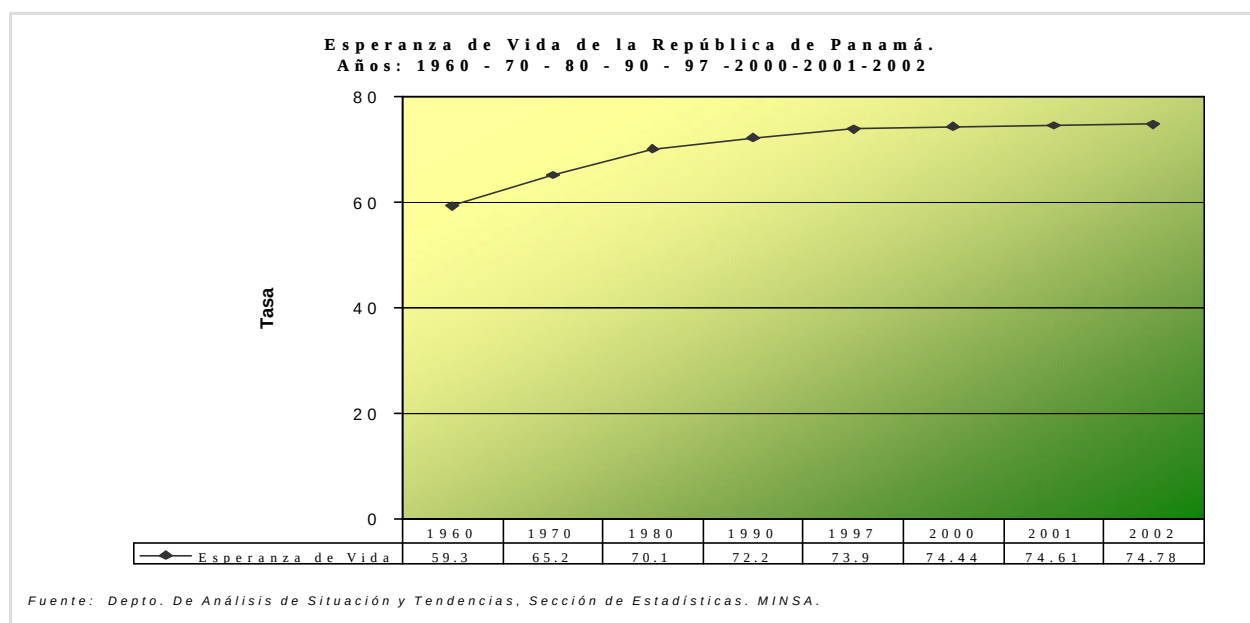
Los indicadores de salud empeoraron pese a las tentativas del Ministerio de Salud de mantener los resultados alcanzados en los años anteriores con la redacción de la Carta Magna de la Salud en 1986 y el lema del MINSA entre 1986-1989: “Volvamos a la comunidad”.⁴

1986 Carta Magna de la Salud:
3 lineamientos políticos:

- Salud Integral
- Participación Comunitaria
- Reforma técnico administrativa

1986-1989. Lema del MINSA: “Volvamos a la comunidad”
con el propósito de reforzar:

- La recolección de los desechos sólidos
- El control de los criaderos de mosquitos vectores de malaria y dengue
- Las acciones preventivas
- La ampliación de la cobertura
- Las actividades de prevención del SIDA



Las consecuencias de la crisis económica y de las distorsiones conceptuales en relación a la APS continuaron, y como resultado, los problemas del sistema de salud se hicieron evidentes a fines de los años ochenta:¹³ Por ejemplo:

- 87% de las camas hospitalarias se encontraban en la capital. La ciudad de Panamá tenía una gran concentración de recursos de salud. Un 2,5% más camas hospitalarias y médicos per capita y tres veces más enfermeras per capita. Las consecuencias fueron una persistente disparidad en los indicadores de salud regionales y de grupos marginales. Por ejemplo, la mortalidad infantil en la provincia de Panamá era 30% más baja que en Bocas del Toro.¹²

- Limitado acceso geográfico como financiero a los servicios de salud.
- Falta de oportunidad y continuidad en la atención ambulatoria.
- Falta de un sistema único de salud para mejorar la eficacia y la eficiencia.
- Salud proporcionada por especialistas (pirámide invertida), muy cara para el estado y el usuario.
- Predominaba el enfoque curativo sobre el preventivo.
- El enlace del primer nivel con los servicios especializados del segundo y tercer nivel era deficiente.
- Falta de criterios de distribución de los médicos en relación a las poblaciones y a la geografía del país.
- Falta de una política de extensión de cobertura y tecnología adecuada con una política de recursos humanos en relación a una estructura de servicios por niveles.
- Falta de una adecuada asignación y localización del financiamiento.

Por su lado, en el período siguiente, el nuevo gobierno constitucional (1990-1994) desarrolla medidas de ajuste estructural que se consideran necesarias en el proceso de reordenamiento del Estado. Esta política dificultó durante los primeros años, la recuperación de la inversión social y el gasto en el mantenimiento de las estructuras que siguieron deteriorándose.

En resumen, en este período la crisis debilitó el enfoque de la APS. En su lugar, se desarrolló un sistema de salud fragmentado y basado en acciones curativas. En la primera mitad de la década de los noventa, el sistema ofrecía servicios de salud al 70% de la población, más del 30% de la población no tenía acceso a servicios de atención primaria. Pese a un gasto importante, el MINSA estaba limitado por presupuestos insuficientes, equipos que no funcionaban y un enfoque donde predominaba lo curativo y hospitalario.⁹

El gobierno, consciente de estos problemas, reconoció la necesidad de invertir en grupos sociales vulnerables para ayudar a la recuperación económica. En 1990 se conforma el Fondo de Emergencias Social (FES), un organismo que financia proyectos dirigidos a la población pauperizada, y el gobierno comienza a buscar sistemas de financiamiento externo para reformar el sector de salud y sus programas de lucha contra la pobreza.⁹ Desde 1992, Panamá recibió importantes flujos de cooperación financiera externa multilaterales y bilaterales. La mayoría de los proyectos desarrollados se dedican a la salud rural, urbana marginal, al fortalecimiento de la red primaria y de la función rectora del MINSA. Así desde 1993, el gasto público en salud comenzó a aumentar y regresa el tema de la APS. Desde esa fecha se reconoce la necesidad de ampliar las acciones de promoción y prevención de salud y de lograr un equilibrio entre éstos y las acciones curativas.

En este marco se fortalecen los Sistemas Locales de Salud y se promueve el desarrollo integral municipal a través de los municipios saludables,⁴ y se recuperan las líneas de acción en APS.

5 *Revitalización de la APS: los años 1995-2004*

Durante la segunda mitad de los años noventa, se nota un marcado ascenso del PIB como resultado de la recuperación económica, sin embargo, no toda la población siente esta mejora. El sector secundario ha sido el motor del crecimiento económico en Panamá (electricidad, transporte, telecomunicaciones, los puertos, el turismo), en contraste con el débil desempeño del comercio, de las minas y de las actividades primarias. Con el proceso de apertura del mercado en 1995-1998, los precios de los productos agrícolas de la canasta básica familiar, la gasolina y en general el costo de vida se incrementaron.³

El problema en la distribución de la riqueza adquiere en Panamá graves proporciones. El quintil más rico de la población maneja el 62.7% de los ingresos del país, mientras que el quintil más pobre logra apenas 1,5% de este ingreso.¹⁴

En 1997, se estimó que el 37,7% de la población vivía en la pobreza, del cual el 18,5% vive en pobreza extrema. El 15% de los pobres vivía en las ciudades, el 64,9% en áreas rurales indígenas. Había un 13,6% de desempleo.³ En 1997, un 6,8% de niños menores de cinco años tenía bajo peso; en la población rural indígena, la tasa se triplicaba y alcanzaba el 21 por ciento.



Figura 6: Mujer Kuna.

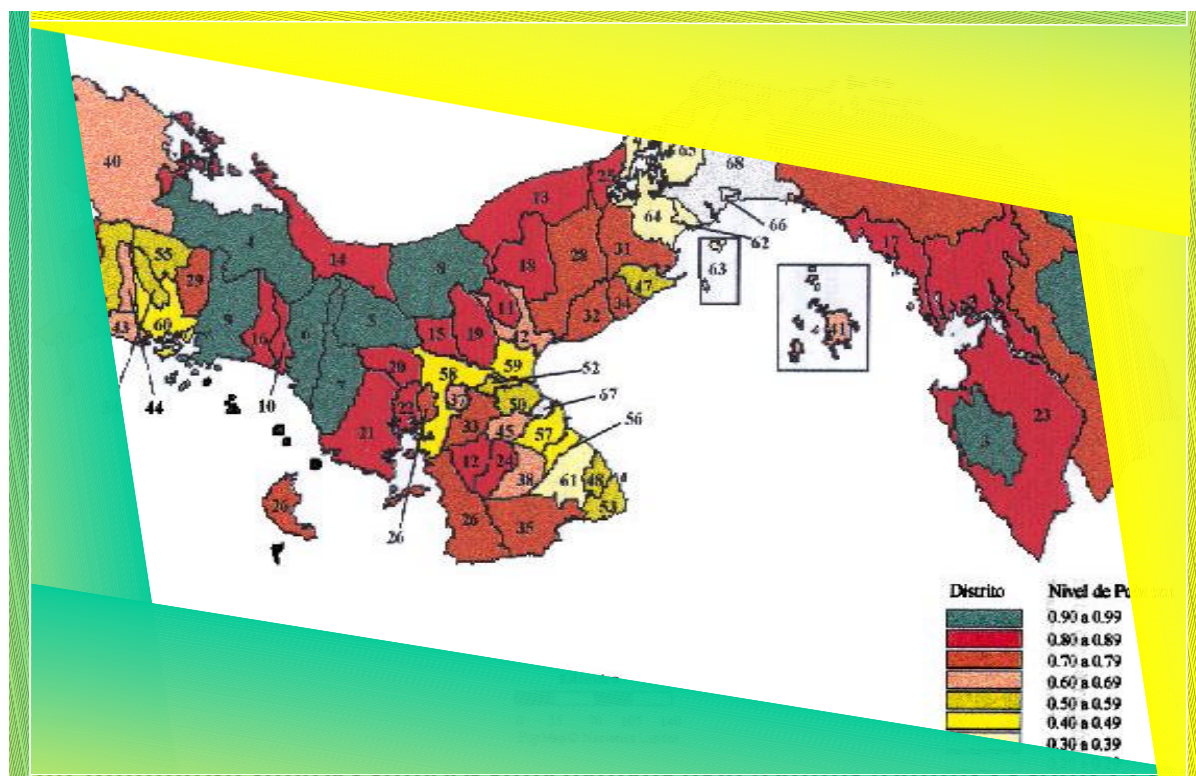
Las poblaciones indígenas representan el 10% de la población, pero es un sector extremadamente pobre. Además es una población aislada, dispersa y con marcadas diferencias culturales.

El gasto público en salud aumentó desde 1993. Es un gasto relativamente alto que en parte se puede explicar por la duplicidad de prestaciones que ofrecen los sistemas de salud MINSA / CSS y por el peso presupuestario de la atención hospitalaria. Sin embargo, se ha tratado de reforzar el presupuesto total de inversiones y funcionamiento para el primer nivel de atención. En 1996 se asignó al sector de salud más del 7% del Producto Interno Bruto y esto representó un 33,87% del gasto social.³

En 1999, un 66.7% de la población total estaba protegida por el seguro social.¹⁵ Desafortunadamente el 90% de las personas en el decil más bajo de ingreso no estaban aseguradas, frente a menos del 20% en el decil más alto. Estudios indican que en general, los hogares de mayores ingresos pagan más por los servicios de salud que los hogares más pobres. No obstante, para los pobres los gastos médicos representan una mayor proporción de su ingreso total. Una alta proporción de personas que no acuden a los servicios de salud cuando están enfermas, no lo hacen por falta de dinero, aunque existen sistemas de exoneración para los que no tiene los recursos suficientes para pagar la atención en el sector público, que según indica la anterior información, no funcionan en todos los casos.

Según estudios del acceso a los servicios de salud, las barreras económicas existentes para la utilización de los servicios son tres veces más importantes que las barreras geográficas.

Mapa de la pobreza en Panamá.



Panamá vive un proceso de polarización epidemiológica caracterizado por el cambio en los perfiles de las enfermedades: por un lado la mortalidad por enfermedades infectocontagiosas tiende a disminuir, por otro lado, las enfermedades crónicas degenerativas aumentan. Además reaparecen enfermedades ya superadas y surgen enfermedades emergentes. Se nota un aumento de conductas violentas y del estrés. La población de Panamá está en proceso de envejecimiento.¹⁶ Estas transformaciones imponen retos al modelo de atención a la salud existente.

Frente a estos retos, en 1996 el MINSA realizó debates internos y consultas sobre el tema de la Atención Primaria de Salud con las escuelas formadoras de recursos humanos, los comités de salud, los gremios de salud y las organizaciones no gubernamentales con el propósito de renovar la salud para todos.

Las siguientes son algunas de las causas que contribuyeron al debilitamiento en la implementación de la APS en Panamá, según diversos documentos consultados:^{8,17}

- “La APS todavía no es bien entendida. Muchos proveedores la ven como un primer nivel de atención y no como una estrategia. Se considera que sólo los médicos generales o familiares puedan laborar en este nivel. No se contempla que los especialistas actúen en este nivel. Falta una adecuada divulgación de la meta “Salud Para Todos” y de su estrategia entre los actores sociales involucrados en el proceso de atención.”

• “Existen incongruencias entre el discurso y la realidad. La salud es poco promovida como factor de desarrollo o de democratización. Los esfuerzos realizados son acciones aisladas que no resuelven el problema de la inequidad porque la estrategia no se ha concebido como un compromiso esencial del Estado, sino sólo de los gobiernos. Las acciones se realizan de forma episódica como competencia exclusiva del sector de salud, sin la participación de los otros sectores sociales y económicos. No ha habido mayor reasignación de los recursos hacia la APS. Las fuerzas político partidarias distorsionan aún más la puesta en práctica de la estrategia cuando intentan con sus acciones sobrepasar la autoridad sanitaria oficial”.

• “La participación de la población es condicionada y débil, pese a que hay un marco regulador legal progresista que data desde antes de la declaración de Alma Ata. Se observa una resistencia de los proveedores de servicios que entienden la participación comunitaria como co-administración o co-función. Los grupos organizados tampoco entienden ni aceptan su rol”.

• “La visión biológica de la enfermedad predomina al priorizar los problemas de salud, así como sus recursos. Se privilegia la recuperación de la salud en detrimento de la preservación de la misma con un crecimiento de la red de servicios y hospitales. Las acciones multi programáticas de salud pierden de vista los cuidados integrales. El personal de salud no está acostumbrado a trabajar en equipo intra, inter y multi disciplinario”.

• “El currículo de formación no corresponde al modelo de la APS. Proliferan las universidades formando profesionales sin considerar la oferta de trabajo del prestador de servicios, lo que se favorece por la falta de una política de recursos humanos elaborada con la participación de todos los actores”.

• “Hay leyes y acuerdos gremiales que limitan, entre otros, la posibilidad de redistribuir el recurso humano ya que se requiere que los profesionales de salud vayan al interior del país. Además, ciertos acuerdos gremiales aumentan el presupuesto de servicios personales. Los gremios se involucran poco en la búsqueda de soluciones a los problemas del sistema sanitario”.

• “Hay una deficiente capacidad de gestión asociada a un débil sistema de información y a una estructura interna del MINSA poco integrada. No se cumple con las normas y políticas existentes. No se evalúa ni monitorea adecuadamente el sistema sanitario y a su personal”.

En base en este análisis del sistema sanitario, en 1996 se inició la reforma del Ministerio de Salud en conjunto con la CSS, con los objetivos de aumentar la equidad, la eficiencia, la eficacia y la calidad del sistema de Salud.

Las estrategias de la reforma del sistema de salud son:

- El fortalecimiento de la rectoría del Ministerio de Salud.
- El fortalecimiento de la estrategia de la Atención Primaria de Salud.
- La descentralización/desconcentración de algunas funciones de la autoridad sanitaria y de la gestión de los servicios.
- Reformulación de la organización y del funcionamiento de las instituciones.
- Nuevas formas de financiamiento para disminuir los costos.

Con el Plan del Quinquenio 1999-2004, bajo el lema "Desarrollo Económico, Social y Financiero con Inversión en el Capital Humano", así como las "Políticas y Estrategias para el Desarrollo Social", se explicita el interés del gobierno en buscar soluciones concretas a los problemas vividos en el país, con una política nacional de salud cuyos objetivos son universalizar el acceso a los programas de salud integral y mejorar la calidad de los servicios de manera que se reduzcan las brechas.

Se aprobaron la Visión y la Misión del Ministerio de Salud:

MINISTERIO DE SALUD DE PANAMÁ

VISIÓN

Líderes en fortalecer la salud y la calidad de vida de frontera a frontera

MISIÓN

Entidad rectora con un compromiso continuo de garantizar servicios de salud integral. Proveer en forma óptima salud física, mental, social y ambiental a la población panameña, mediante la investigación, promoción, prevención, provisión y rehabilitación sostenible; con los mejores recursos materiales, humanos y financieros, siempre con equidad, efectividad, eficiencia y con la participación y la integración social.

El MINSA publicó las "Políticas y Estrategias de Salud 2000-2004", una guía para las acciones, planes, programas y proyectos, dirigidos a impulsar un nuevo modelo de atención descentralizada, con énfasis en la estrategia de atención primaria, así como para reforzar el rol de regulador del Ministerio de Salud.

Lecturas adicionales:

- Las desigualdades en salud en Panamá by P.Sandiford /M. Salvetto. Gac Sanit 2002 16(1): 70-81.
- Perfil del sistema de salud de Panamá (2ª.ed. abril de 2001) OPS.
- Evaluación del proyecto PAN/00/P01. "Fortalecimiento de la familia y mejoramiento de la salud reproductiva del pueblo Novel" Noviembre-Diciembre 2002. Elaborado por Dra. Myriam Conejo y Kristina Baumkamp, MA.
- The Republic of Panama. Rural Health Project, staff appraisal report. World Bank.

6 El futuro: oportunidades, fortalezas y riesgos

Hay oportunidades claras para la APS en Panamá. Primero, la APS está de nuevo en la agenda de la salud pública internacional. En efecto, las revisiones recientes sobre la APS realizadas a nivel mundial han llegado a un consenso que los principios de la APS mantienen todavía su validez y que deben seguir guiando el desarrollo de los sistemas de salud.^{18,19} Segundo, el entorno nacional ha sido favorable a la APS desde el inicio de la reforma del Estado y del sector de salud. Se puede esperar que el gobierno y el Ministerio de Salud (MINSA) sigan la ruta delineada y apliquen a gran escala todas las experiencias valiosas desarrolladas con enfoque en la APS. El país y el MINSA tienen una visión estratégica hasta el año 2020 que deberá ayudar a concentrarse en los objetivos delineados pese a los cambios de gobierno futuros.

La ley nacional reconoce la salud como un derecho y favorece la participación comunitaria. Nuevas leyes han sido votadas para autorizar mejoras en la gestión y la atención del sector de salud. Nuevos modelos y herramientas de atención y de gestión de la salud han sido desarrollados. También se han llevado a cabo cambios en la estructura nacional del MINSA, dirigidos a fortalecer su capacidad rectora y a facilitar el proceso de descentralización a nivel regional. Los problemas prioritarios han sido identificados y están siendo abordados.

A pesar de las oportunidades y de las fortalezas, existe el riesgo de que no se alcancen los objetivos esperados por varios motivos. Uno de ellos es la pérdida de ímpetu. Los resultados valiosos de los proyectos pilotos corren el riesgo de diluirse por cambios de personal, organizativos y políticos, borrando en muchos casos la documentación, la memoria histórica y la motivación.¹⁶ Luego que los proyectos pilotos han demostrado su potencial, se deben ampliar las lecciones aprendidas a nivel nacional. Se debe tomar en cuenta la resistencia de profesionales y de otros socios en la implementación de las medidas de corrección del sistema de salud para la APS, para así conseguir el consenso y el éxito sin crisis social. Las instituciones formadoras de recursos humanos juegan un rol primordial en la preparación de los futuros profesionales de salud para que entiendan y asuman los retos económicos, sociales y epidemiológicos de su práctica. El aumento de la ayuda internacional debería monitorearse para asegurar la adecuada coordinación y la sostenibilidad.

Indicadores seleccionados por décadas

Indicadores	Década del Setenta	Década del Ochenta	Década del Noventa	2000
Mortalidad infantil	5/1000 nacidos vivos	18,7/ 1000 nacidos vivos	18,9/ 1000 nacidos vivos	16,7/1000 nacidos vivos (*debe ser 6.1 en 2015)
Mortalidad menores de 5 años			4,82 /1000 habitantes	4,76/1000 habitantes (*debe ser 1.5 en 2015)
Mortalidad materna	1,4/1000	0,6/ 1000 nacidos vivos	0,5/1000 nacidos vivos	0,6/1000 nacidos vivos (0,3 urbana, 0,9 urbana)(*debe ser 0,1 en 2015.)
Asistencia profesional del parto	67,70%	84%	86,3%	90,5% (rural 81,3%, urbana 99,6%) habitantes (*debe ser 100% en 2015)
Agua potable (población con acceso)	1 000 acueductos rurales	85%		88,2% (peor en las comarcas y Darién)
Disposición de excretas (población con acceso)		89%		91,6% (7,18% en la comarca Kuna Yala)

Fuentes:

1. 100 años de Historia. La salud pública en Panamá y sus antecedentes. Dra. Maria Victoria Arosemena Villacrés M.S.P., Dr. Egberto Stanziola Pinzón M.S.P. Panamá 2003.
2. Health and Welfare: Panama. US. Library of Congress.
3. Objetivos del Milenio, Informe de Panamá. Gabinete Social, Sistema de las Naciones Unidas en Panamá. 2003.
4. Perfil del sistema de salud de Panamá (2ª.ed. abril de 2001) OPS/OMS.

En conclusión, las experiencias de Panamá han marcado logros importantes en el control de enfermedades transmisibles y el país ha alcanzado un extraordinario avance en su estado sanitario general. Si bien subsiste un importante sector de la población cuyas condiciones de salud son todavía deficitarias.

A continuación se examinan algunas buenas prácticas en APS.

Lecturas adicionales:

- Objetivos del Milenio, Informe de Panamá. Gabinete social, Sistema de las Naciones Unidas en Panamá. 2003.
- Atención Primaria de Salud: una revisión de prácticas y tendencias. Ministerio de Salud-OPS/OMS Panamá, 2004

7 *Buenas prácticas*

Proyecto “Paquete de Atención de Integral de Servicios de Salud” PAISS ^{20,21}

Un ejemplo valioso del esfuerzo del Gobierno de Panamá para cumplir con su meta de disminuir la brecha de desigualdad y focalizar las intervenciones para elevar el nivel de vida de los grupos más pobres y postergados es el Programa de Transformación Institucional del Sector Salud Fase I, que cuenta con un préstamo del Banco Interamericano de Desarrollo y esta siendo ejecutado por el MINSA.

El Programa contempla tres componentes: (i) Fortalecimiento del MINSA para el desarrollo del papel rector y regulador, (ii) Innovaciones en los modelos de atención y gestión para la entrega de servicios básicos de atención primaria y (iii) Descentralización de 5 sobre 14 regiones de salud del país.

El segundo componente del programa tiene como propósito implementar nuevas estrategias de atención y gestión para la entrega gratuita de un Paquete de Atención Integral de Servicios de Salud (PAISS) al 37.3% de la población del país (más de 450,000 personas) que es la población pobre que habita en zonas rurales, aisladas y que en su mayoría es indígena. Adicionalmente se incluirá poblaciones pobres que viven en zonas urbanas marginales con un paquete de beneficios distinto.



Figura 7: Gira en comunidades pobres.



Figura 9: Gira en comunidades indígenas.

El equipo técnico ha diseñado 3 estrategias innovadoras de servicios de salud de atención primaria:

- Aporte de recursos al personal del MINSA que realiza giras integrales de salud a través del Fondo para Giras Integrales de Salud (FOGI).
- Contratación de organizaciones extrainstitucionales (OE) para poblaciones rurales alejadas que vivan a más de tres horas de transporte de un centro de salud que cuente con médico, con un alto índice de pobreza y con acceso limitado a servicios de agua segura y de alcantarillado.
- Contratación de OE para poblaciones urbano marginales con alto riesgo de violencia intrafamiliar.



Figura 10: Capacitación en la adecuada disposición de excretas



Figura 11: Capacitación en el control de la calidad del agua y de las fuentes

El MINSA definirá y supervisará la prestación de servicios de acuerdo a las normas y a los protocolos existentes en el país. Además el cumplimiento de los servicios por parte de las OE y el equipo FOGI será sistemáticamente evaluado a través de la auditoria social.

La auditoria social es una metodología innovadora de evaluación de la calidad (vista desde el usuario) y de la frecuencia de las visitas a las comunidades para la provisión de servicios de salud definidos. Tanto la calidad como la frecuencia se pueden medir, y los resultados de la evaluación tendrán una relación directa con el monto a pagar a la organización proveedora. La metodología involucrará a líderes de las comunidades beneficiadas, que incluye representantes formales, tradicionales y de grupos organizados de la sociedad civil existentes.

“La auditoria social nació en los años ochenta en el sector comercial, cuando empresas empezaron a aplicar el concepto de “contabilidad social” para ampliar su evaluación del desempeño económico, al social. Dentro del proceso se utiliza el “diálogo” con todos los actores: miembros del personal, clientes, comunidad local, accionistas y otros. Es un proceso que permite a una organización evaluar su “eficacia social” y su comportamiento ético con relación a sus objetivos, de manera que pueda mejorar sus resultados sociales o solidarios y dar cuenta de ellos a todas las personas comprometidas por su actividad. Muy recientemente esta idea ha sido extendida a la sociedad civil, pero en forma limitada, ejemplos los constituyen aquellos relacionados con procesos electorales, cumplimiento de acuerdos internacionales que buscan fortalecer la gobernabilidad y el estado de derecho. En Centroamérica, y específicamente en Honduras, toma fuerza uniendo a los esfuerzos de descentralización y desarrollo municipal; de nuevo en Honduras, y también en Nicaragua, en el monitoreo del apoyo a la reconstrucción que ofreció la Cooperación Internacional posterior al paso del Huracán Mitch. En Panamá de acuerdo con la información de CEASPA, Centro de Estudios y Acción Social Panameña, se ha realizado durante contiendas electorales.”

Los grupos comunitarios con potencial para la auditoria social son identificados y capacitados. La auditoria social tiene los siguientes objetivos en el proyecto PAISS:

- A. Lograr que las comunidades participen activamente con la organización contratada o el equipo FOGI para obtener el máximo aprovechamiento de los servicios de salud que están llegando a sus comunidades.
- B. Informar en qué consisten los paquetes de servicios de salud.
- C. Estimular los aspectos positivos de los servicios de salud que se prestan.

- D. Analizar situaciones que han limitado o dificultado la entrega de los servicios de salud para establecer estrategias de mejoramiento en la provisión.

Cada comisión de auditoria social, que representa a un grupo poblacional, emitirá anualmente un “informe de auditoria social”. Este informe equivale al 5% del pago del contrato anual de la OE.



Figura 12: Control de peso.



Figura 13: Participación social.

Las OE se seleccionaron y contrataron luego de un proceso de licitación internacional.

Se calcula que estas nuevas estrategias le van a costar poco al MINSA y se espera que sean sostenibles.

Las dificultades de la puesta en práctica del proyecto y más específicamente de la auditoria social derivan de varios factores entre otros: 22

- Hubo resistencia al cambio por parte del personal de salud, no estaban habituados a la evaluación por un actor exterior, a la rendición de cuentas tales como elaborar informes de giras, a la medición de su desempeño técnico y de su actitud profesional, etc. El personal de salud a veces consideró a las organizaciones extra-gubernamentales como amenazas y no como socios.
- Por su parte, las OE tenían poca experiencia de trabajo en el contexto de la salud.
- Las comunidades desconfiaban de la idoneidad de los programas del gobierno como resultado de su experiencia con giras influenciadas por fines políticos, etc.
- El modelo de contratación era nuevo para el Ministerio de Salud. Encontró varios desafíos, tales como desarrollar métodos e instrumentos adecuados para supervisar las OE y para aplicar la auditoria social con poblaciones de bajo nivel educativo.

Pese a las dificultades, el proyecto piloto fue exitoso y se institucionalizó. Las siguientes lecciones aprendidas resaltan la importancia:

- del entorno político al más alto nivel necesario;
- de la flexibilidad para ajustes temporales, metodológicos, técnicos etc.;
- de la participación informada;
- de resultados y beneficios tangibles a corto plazo;
- de prepararse para resistencias y dificultades;
- de aprovechar las oportunidades para incorporar grupos organizados inter sectoriales;
- de la inversión en materiales adaptados a las poblaciones meta.

Lecturas adicionales:

- Multiphase Program for Institutional Transformation of the Health Sector. Phase 1 (PN-0076) Executive Summary. BID.
- Ministerio de Salud. Programa Multifase de Transformación Institucional del Sector Salud- Fase- 1. Contrato de Préstamo numero 1350/OC-PN Banco Inter. Americano de Desarrollo. Aspectos generales del componente 2 FOGI-OE rural-OE urbano marginal. Innovación en la entrega de los servicios básicos de salud.
- Auditoria social. Una nueva forma de participación comunitaria. Proyecto MINSA-BID/componente2/subcomponente de auditoria social. 31/10/02-gchc



Figura 14: Capacitación en el control de la calidad del agua y de las fuentes.



Figura 15: Control prenatal.

Paquete de Atención Integral de Servicios de Salud: prestaciones

- Educación en saneamiento ambiental.
- Educación en salud.
- Educación sobre alimentación y nutrición.
- Organización, capacitación y asesoría a los comités de salud, juntas administradoras de acueducto rural y juntas administradoras de sub proyectos de producción comunitaria.
- Capacitación en el control de la calidad del agua y de las fuentes.
- Capacitación en la adecuada disposición de excretas.
- Capacitación en la adecuada disposición de basuras.
- Inmunizaciones.
- Control prenatal.
- Control de crecimiento y desarrollo.
- Toma de muestras para PAP.
- Control puerperal.
- Administración de anticonceptivos.
- Atención a la morbilidad.
- Distribución de complementos alimenticios a niños menores de 5 años con desnutrición moderada y severa.
- Referencia para atención del parto.
- Atención al déficit de micro nutrientes en menores de 5 años, embarazadas, puérperas y niños en edad escolar.
- Captación en tratamiento de síntomas respiratorios y el tratamiento de personas afectadas por tuberculosis.
- Distribución de complementos alimentarios a embarazadas y puérperas de bajo peso.

Para cada región existen servicios adicionales en función de sus necesidades específicas como el control y diagnóstico de leishmaniasis en Bocas del Toro, malaria en Ngöbe Bugle, consejería en salud sexual y reproductiva en Los Santos, capacitación en módulos agrícolas en Darién, etc. El contenido del paquete puede cambiar en función de las recomendaciones de la auditoria social. Por ejemplo se estudia la posibilidad de añadir servicios para la población de los adultos y ancianos, o incluir servicios psicosociales. En el futuro se piensa incluir servicios odontológicos y oftalmológicos.

En las zonas urbanas se prestan servicios de promoción de salud y prevención de la violencia con:

- identificación de víctimas y ofensores;
- consejería para víctimas y ofensores;
- organización y capacitación de grupos comunitarios para promover la convivencia solidaria y disminuir la violencia intrafamiliar;
- talleres multi disciplinarios y multi sectoriales con representantes locales.

Proyecto “Fortalecimiento de la familia y mejoramiento de la salud reproductiva del pueblo Ngöbe”²³

Como respuesta a la situación dramática de salud y de pobreza de la población Ngöbe, el MINSA en asociación con el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y la Asociación de Mujeres Ngöbes (ASMUNG) elaboró en 1997 un proyecto para “contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de la mujer, la pareja y la familia Ngöbe y particularmente de las condiciones de salud sexual y reproductiva (SSR) con enfoque de género en el ámbito familiar y comunitario”.

Un estudio posterior del Banco Mundial “La pobreza en las áreas indígenas” elaborado en el 2000, describe que más del 96% de los residentes de estas áreas vivían por debajo de la línea de pobreza y un 86% por debajo de la línea de extrema pobreza. El crecimiento poblacional de los Ngöbe era alto, 7.4% comparado con 2,7% del nivel nacional. La tasa de mortalidad infantil era cuatro veces mayor que el valor promedio nacional (60/1000 nacidos vivos comparado a 17,6/1000 nacidos vivos). El proyecto se localizó en 32 comunidades con una cobertura de aproximada 1,000 familias. (5,000 personas).

El proyecto es un ejemplo del esfuerzo desempeñado por las autoridades para atender a la desigualdad de los grupos de población más pobres y más aislados.



Figura 16: Terreno de la Comarca Ngöbe.



Figura 17: Acceso difícil a las comunidades Ngöbe.



Figura 18: Vacunas transportada de caballo para comunidades aisladas de la Comarca Ngöbe.

El proyecto tiene los objetivos siguientes:

- Formar un conjunto de actores comunitarios (multiplicadores, promotores, personal de salud, maestros, parteras, jóvenes y otros) en temas de metodología educativa, SSR, familia y comunidad, género y prevención de violencia familiar.
- Ofrecer acceso a servicios de SSR incluida la prevención y tratamiento de la violencia familiar en el marco de la atención primaria de salud. y Mejorar los mecanismos de referencia al nivel secundario.
- Promover la calidad del sistema de salud en base a las normas establecidas por el MINSA en las comunidades del proyecto con apoyo del sector gubernamental nacional y local y de otros actores protagonistas.



Figura 19: Alianzas estratégicas del proyecto.

Vale la pena subrayar algunas características valiosas del proyecto:

- el proyecto responde a las necesidades como a las demandas de las poblaciones como resultado de un diagnóstico socio-cultural y demográfico;
- la comunidad es representada y participa activamente;
- la movilización de fondos y alianzas entre los sectores privados, públicos y las organizaciones no gubernamentales;
- se tratan temas culturalmente difíciles;
- el fortalecimiento de la atención primaria en salud y desarrollo de estrategias que permiten brindar servicios de salud mas económicos (en las montañas, en la casa de espera para mujeres embarazadas, en el centro de salud con sala de parto y camas para observación de los enfermos de riesgo, giras...);
- materiales de salud sexual reproductiva adecuados y utilizados por todas las instituciones.

Los aspectos para fortalecer son:

- la interculturalidad a la atención de salud;
- la sostenibilidad de las actividades de los voluntarios;
- la organización comunitaria;
- la enseñanza de salud sexual reproductiva en las escuelas;
- la información sobre los derechos de los pobres a la atención gratuita;
- adaptar los horarios de atención en las estructuras de salud a las necesidades de la población;
- el sistema de referencia-contrareferencia entre niveles de atención.

Experiencia en la Región de Salud de San Miguelito con la reorganización de los servicios y nuevos modelos de atención y de gestión 24,25

El gobierno aprobó dos nuevas leyes en 1994 para reorganizar los servicios de salud e implantar un nuevo modelo de gestión y de atención, que permitirán separar las funciones de financiación, provisión, y regulación de los servicios, y el co-financiamiento entre el Ministerio de Salud y la Caja de Seguro Social. Esto marca la intención del gobierno de evolucionar de un modelo fragmentado de servicios a un modelo de contrato público.

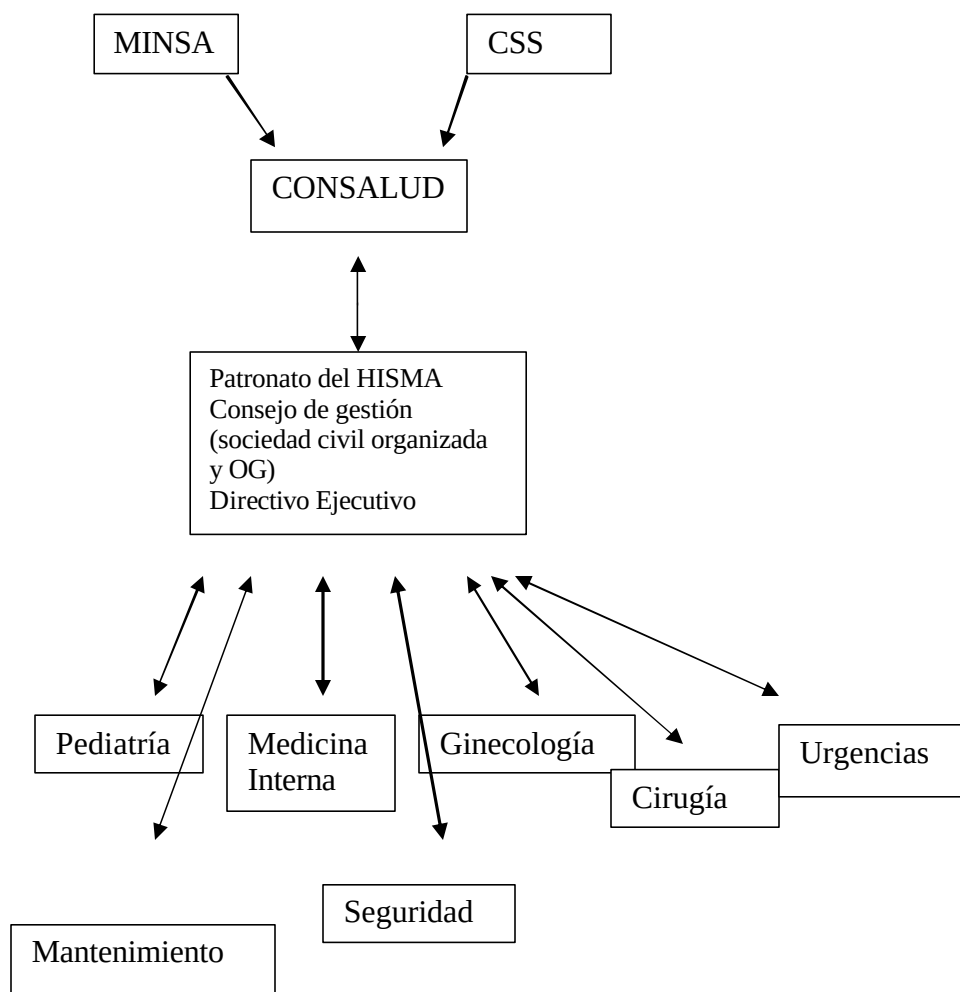
En este marco se crea una entidad coordinadora nacional de salud (CONSALUD), una empresa mixta de utilidad pública a través de la cual el MINSA y la CSS pueden comprar servicios de atención médica y de salud a proveedores sin fines de lucro en todo el territorio nacional.

Financiamiento:

Compra:

Provisión:

Servicios:



El modelo de gestión introducido en el nuevo Hospital San Miguel Arcángel, de segundo nivel, en la Región de Salud de San Miguelito, es un modelo de administración hospitalaria regido por la normativa de la empresa privada, sin fines de lucro, con amplia participación social. Se busca una gestión eficiente y de calidad que favorece la equidad y la eficiencia en la utilización de los recursos de salud a nivel regional. El MINSA y la CSS otorgan servicios en conjunto a todos los beneficiarios.

El hospital es dirigido por un patronato que contrata todos los servicios del hospital. Los contratos programas aplican criterios de calidad, cantidad y costos en la prestación de servicios y se han logrado mediante un proceso de negociación y consenso entre las partes. Por ejemplo, se utiliza protocolos de atención nuevos que logran adecuar normas de salud y gastos.

Las evaluaciones de sus actividades en 2001 y 2004 subrayan mejoras en términos de control de costos, calidad técnica, satisfacción de los usuarios, eficiencia y en general mejor gestión hospitalaria. El exitoso sistema de referencia contra referencia (SUCRO) está siendo expandido al resto del país (Diciembre 2003).

La intención es de extender el nuevo modelo de gestión para nuevos hospitales. Situación que no obstante, puede encontrar limitaciones por relaciones institucionales, interferencia de determinados gremios y otros factores de la implementación del modelo.

Por otra parte, la Región de Salud de San Miguelito puso en práctica un nuevo modelo de atención familiar, ambiental y comunitario, en base a los equipos básicos de salud y la sectorización, debido a los cambios demográficos y epidemiológicos, la marginalización de la región de San Miguelito desde 1989 a causa de la migración urbana no planeada de poblaciones rurales pobres, y otros problemas comunes al sistema de salud.

Los equipos básicos de salud cuentan con un médico, una enfermera, un auxiliar de enfermería y otros técnicos de salud, y se suele añadir un promotor de salud que es miembro de la comunidad que brinda apoyo y facilita la relación con ésta. Cada equipo básico atiende a 1,000 familias, lo cual representa más o menos 5,000 personas.

Se practica el diagnóstico de salud de cada sector o zona sanitaria, y se firman acuerdos de gestión entre el personal de salud, la comunidad asignada y la región de salud que incluyen: el presupuesto, el horario de atención, los derechos de los usuarios, la calidad, el sistema de referencia, la planilla del personal, el sistema de información y de supervisión, los incentivos así como las penalidades en caso de no cumplimiento, etc. Esas nuevas herramientas de gestión fueron desarrolladas y aplicadas mediante muchas negociaciones y capacitaciones. Se incorporó a los equipos la carpeta familiar. El modelo toma en cuenta la necesidad de integrarse con la CSS. No se pretende la integración institucional sino persistir en la compensación de los costos agilizando al método contable. Se están estableciendo vínculos con otros organismos ajenos al sector de salud en casos de violencia doméstica, como el Ministerio de Gobierno y Justicia y el Ministerio de la Mujer, la Niñez, la Juventud y la Familia.

En abril de 1995 surge una propuesta de modernizar la Caja de Seguro Social que duró muchos años preparándose, sin que se lograran concretar los cambios, a pesar de que se formulara una propuesta final, luego de cuatro versiones, para modernizar y optimizar la calidad de las prestaciones médicas y las prestaciones económicas que brinda la institución.

De hecho, en la actualidad, tanto el gobierno como las autoridades de la CSS, así como la población en general, coinciden en que la Institución atraviesa por una crisis financiera que incide en la adecuada prestación de los servicios y prestaciones médicas y pone en peligro el futuro de las prestaciones económicas a las cuales tienen derecho todos los trabajadores. Todo esto conduce a un estado de insatisfacción tanto de los usuarios como de los funcionarios prestadores de los diferentes servicios.

La percepción de la población (captada mediante encuestas de opinión levantadas durante el proceso de formulación de la propuesta para la modernización de la CSS) es que los servicios carecen de calidad, puesto que se deben hacer largas colas para obtener citas, las citas se dan para semanas después, por la larga lista de espera para las cirugías, la falta de medicamentos que se consideran esenciales, la relación del personal con los usuarios que se considera no es la mejor; en resumen, se considera que la productividad en el proceso de prestación de servicios es baja. Hubo quienes opinaron incluso que de tener la opción de escoger, optarían por otras alternativas de servicios de salud.

En búsqueda de alternativas, la Dirección General de la CSS decidió reformar la Institución con valores, criterios y formas operativas de las organizaciones privadas, preservando su misión social.

Se aplican las estrategias siguientes para responder a los problemas:

- descentralización y desconcentración de los servicios;
- mejora de los sistemas de comunicación;
- reducir el tiempo para prestar servicios de calidad;
- desarrollo y motivación de los recursos humanos;
- participación social (comités) en la planificación de los servicios;
- búsqueda de eficiencia organizacional y de rendimiento económico;
- articulación con el MINSA en las actividades de prevención y promoción;
- desarrollo de la atención integral.

Por su parte, el gobierno central y componentes importantes de la sociedad civil, conformaron lo que se denominó la “Mesa del Diálogo por la Caja de Seguro Social”, con el propósito de analizar alternativas de solución que permitan sacar a la CSS de la situación actual de crisis; en estas mesas de diálogo se ha llegado a algunos consensos, sin lograr acuerdos definitivos.

Si bien la CSS nace con un enfoque exclusivamente curativo, enfocado únicamente a la atención del trabajador panameño, se han hecho esfuerzos por adaptar un nuevo modelo de atención reconociendo la importancia de la Atención Primaria de Salud y la necesidad de incorporar los aspectos preventivos con el fin de reducir los costos en la atención curativa.

Después de 1968, el sistema de salud de Panamá sufre importantes cambios relacionados, por un lado, con la modificación de la ley orgánica de la CSS para extender los beneficios de seguridad económica y de servicios de salud a los familiares de los trabajadores bajo el título de beneficiarios; esta medida se toma sin que se genere incrementos en la cuota obrero–patronal del trabajador cotizante y los beneficios incluyen a esposas, hijos y padres del trabajador cotizante. Por otro lado, se introducen modificaciones en la Constitución de Panamá en 1972, mediante las cuales se crea la integración de los servicios de salud del Ministerio de Salud y de la Caja del Seguro Social.

A estos procesos de transformación sanitaria se añade posteriormente la declaración de Alma-Ata en 1978 con la formulación de la Estrategia de Atención Primaria de Salud y el establecimiento de la meta de “Salud para Todos en el año 2000”, mejor conocida como STP-2000, lo cual llevó paulatinamente a la incorporación de estructuras operacionales a cargo de ejecutar acciones de prevención de la salud como parte del modelo de prestación de servicios médicos de la CSS y van surgiendo, de esta manera, los programas de salud, fundamentados en tres niveles de acción para la prevención (prevención primaria, secundaria y terciaria) propuestos en la estrategia de APS, los cuales se encuentra vigentes.

Estos programas son:

- Programa de salud materno-infantil que incluye:
 1. Subprograma maternal
 2. Subprograma infantil
 3. Subprograma de salud escolar
 4. Subprograma del adolescente
- Programa de salud del adulto
- Programa de salud para la tercera edad, jubilados y pensionados
- Programa de salud odontológica
- Programa de salud mental
- Programa de salud ocupacional
- Departamento de epidemiología

El modelo de atención que implementa actualmente la Dirección Nacional de los Servicios y Prestaciones Médicas de la CSS, tiene incorporada la programación e implementación de acciones específicas fundamentadas en las actividades propuestas en la estrategia de APS, muchas de ellas ejecutadas en coordinación con el MINSA (por ejemplo, las campañas de vacunación), las cuales se enfocan a metas para la promoción y prevención de la salud. Estas acciones promocionales y de prevención de la salud alcanzan a todos los grupos etáreos que componen la población bajo la cobertura de atención de la CSS (65-70% de la población panameña), a través de los programas de salud antes señalados y son ejecutadas por un equipo multidisciplinario.

Cabe señalar que, no obstante haberse incorporado los aspectos promocionales y de prevención de la salud, a través de los programas de salud, en la gestión de salud de la CSS, el equipo de salud se encuentra limitado para lograr el impacto deseado, debido a que el presupuesto

asignado era sobretodo, para salarios y gastos de funcionamiento de los programas. Por otra parte, el personal de las instalaciones de salud de la CSS tiene que ejecutar, de forma simultanea, funciones de atención de la demanda de curativa (la cual es muy alta y consume la mayor parte del tiempo y del presupuesto de la Dirección Nacional de Servicios y Prestaciones Médicas) y, al mismo tiempo, es responsable de la implementación de las normas de promoción y prevención de salud que dictan los programas. Como resultado de esta dualidad de funciones, no se logra cumplir con eficacia y efectividad deseadas, las tareas en el ámbito de la APS y los funcionarios manifiestan frustración y quejas por el desgaste físico que esta situación les significa.

Ante esta problemática, surge la propuesta de crear las ULAPS (Unidades Locales de Atención Primaria de Salud) que funcionarían como instalaciones satélites de las actuales policlínicas de atención, con la idea de fortalecer las acciones de promoción y prevención de salud y aplicar más efectivamente a la estrategia de APS. El enfoque de estas unidades asistenciales sería primordialmente extramuros en el ámbito comunitario. Por ello, en 1998 la CSS aprobó por la primera vez un presupuesto para el desarrollo de programas y proyectos de promoción y prevención, así como un protocolo específico para el registro de estas actividades en los establecimientos del primer nivel de atención correspondiente a las policlínicas y las ULAPS.

En 1999-2003, bajo el lema “Invertir en salud y educación para combatir la pobreza”, la reforma sigue con su prioridad de mejorar los servicios de salud, el abastecimiento de medicamentos, y de enfrentar el problema actuarial de la institución. Se incrementó el número de centros de salud de atención primaria para acercar los servicios de salud a la comunidad con acciones preventivas y promocionales. Sin embargo, la demanda asistencial por morbilidad fue acaparando nuevamente el tiempo y los recursos de las ULAPS ya que, además de oferta de medicina general, cuenta con las especialidades de pediatría y ginecología. De esta forma es como nacen los CAPPs, parientes de las ULAPS, en donde la actividad prioritaria serían la ejecución de las actividades señaladas en la estrategia de APS.

Los CAPPs (Centros de Atención para la Promoción y Prevención en Salud) son, en estos momentos, el primer escalón del nivel de atención, y están situados estratégicamente en áreas geográficas prioritarias, con una cobertura de 2,500 a 5,000 asegurados por médico general y/o familiar, en base a un sistema de adscripción de la demanda. Los CAPPs se establecen estratégicamente lo más cerca de las policlínicas básicas que les sirven como referencia. Los equipos básicos de salud (médico, enfermera, farmacéutico, técnico de estadísticas, promotores comunitarios, técnico de salud ocupacional) y los médicos generales y/o familiares, constituyen el recurso nuclear para la atención, cuyas acciones fundamentales son resolver problemas de salud de baja complejidad a través de una atención oportuna. El odontólogo trabaja en los centros con cobertura mayor de 15, 000 habitantes.

Oferta de servicios CAPPs:

- medicina general y atención de urgencias menores;
- atención de enfermería;
- control de salud;
- visitas comunitarias y domiciliarias;
- vigilancia e inspección de las empresas aseguradas por el sector;
- farmacia básica.

No obstante, la comunidad no tiene clara la función de promoción y prevención de los CAPPS, pues cuando el médico se desplaza a la comunidad para ejecutar acciones de esta índole, la comunidad se muestra insatisfecha porque no puede recibir atención para sus padecimientos.

Existe una propuesta para elevar a las ULAPS a Policlínicas Básicas o bien dejarlas como CAPPS en la red institucional de servicios de salud; esta propuesta está pendiente para la decisión de las autoridades de la Institución.

En el sistema de salud de la CSS, se está promoviendo la calidad en los servicios y la auditoría en salud, no únicamente desde la perspectiva de resultado sino también considerando el grado de satisfacción de los usuarios de los servicios. En las unidades de atención primaria por ejemplo, los módulos de atención se fundamentan en la articulación orgánica y funcional de los equipos de salud y especialistas en su sector. Los módulos deben fortalecer el trabajo en equipo, la comunicación permanente y oportuna, la interacción entre proveedores y usuarios, la capacitación operativa para los procesos de atención, minimizar los tiempos de espera, mejorar la capacidad de resolver problemas, y mejorar la satisfacción de la demanda.

En la red de servicios siguientes, están las policlínicas básicas con especialidades (medicina interna, pediatría, ginecología, obstetricia, cirugía, psiquiatría), RX, EKG, ultrasonido, trabajo social, nutrición, psicología, geriatría y atención domiciliaria de pacientes encamados conocido como SADI (Servicio de Atención Domiciliaria Integral). Luego siguen en la red de servicios, los hospitales de segundo nivel con los mismos servicios y otras sub-especialidades.

El nivel secundario articulado con un sistema de referencia/contra referencia, incluye a policlínicas especializadas (ortopedia, urología, otorrinología, dermatología, cardiología, servicios de rehabilitación), los hospitales regionales (centros quirúrgicos), un hospitales supra-regional (en Aguadulce, provincia de Coclé), el hospital nacional (Complejo Hospitalario Dr. Arnulfo Arias Madrid), y los centros especializados de salud del país para transplante de órganos y tejidos y centros toxicológicos.

Bibliografía

1. Panamá. Lonely Planet Publications 2001.
2. Sistema regional de datos básicos en salud-Perfil de salud de País 2002: Panamá. OPS. 25/jun/2003.
3. Perfil del sistema de salud de Panamá (2ª.ed. abril de 2001) OPS.
4. 100 años de Historia. La salud pública en Panamá y sus antecedentes. Dra. Maria Victoria Arosemena Villacrés M.S.P., Dr. Egberto Stanziola Pinzon M.S.P. Panamá 2003.
5. The path between the seas. The creation of the Panama Canal 1870-1914 by David Mc Cullough. 1977. Touchstone book published by Simon and Schuster.
6. Código sanitario, ley 66 de 10 de Noviembre 1947.
7. Health reforms in Central America, views from the perspective of community health. Paper of the Regional Committee on Community Health Promotion. VII International Conference on Primary Health Care "The reform of the health sector in the Americas". Palacio de Convenciones, Habana, Cuba. Oct 19-22, 1999.
8. Panamá: renovación de la meta Salud para Todos y la Atención Primaria en Salud. Ministerio de Salud, OPS/OMS. República de Panamá 1996.
9. The Republic of Panama. Rural Health Project, staff appraisal report. World Bank.
10. Historia del Ministerio de Salud de Panamá. www.minsa.gob.pa 05/04/2004.
11. 40 años de experiencia de trabajo con los comités de salud 1955-1998. Prof. Francisco Cedeño. Panamá. 1999 MINSA.
12. Health and Welfare: Panamá. US. Library of Congress.
13. Atención Médica: Corrientes de reforma; Dr. Juan Carlos Mas. Ediciones CESCAT 1987.
14. Objetivos del Milenio, Informe de Panamá 2003.
15. Las desigualdades en salud en Panamá. P.Sandiford /M. Salvetto. Gac Sanit 2002; 16(1): 70-81.
16. Avance del diagnóstico de la situación de salud en Panamá. Documento para toma de decisiones de la cooperación en salud en Panamá. 2004-2007. Noviembre 2003, Pablo González Alvarez.

17. “Debate sobre atención primaria en salud.” Documento del CD de Análisis del sistema de atención primaria 2003. Ministerio de Salud, Dirección Nacional de Provisión de Servicios de Salud.
18. WHO WHA56/27 Provisional agenda item 14.18.24 April 2003.
19. Acuerdo XIX RESSCAD-PAN-013.
20. Multiphase Program for Institutional Transformation of the Health Sector. Phase 1 (PN-0076) Executive Summary. BID.
21. Auditoria social. Una nueva forma de participación comunitaria. Proyecto MINSA-BID/componente2/subcomponente de auditoria social. 31/10/02-gchc
22. Relatos de experiencia. Semana del desarrollo social. Washington, D.C., 3-5 de Noviembre de 2003. panel: participación ciudadana. Auditoria social para la provisión de servicios de salud públicos en Panamá. Yveta Ganey et all.
23. Evaluación del proyecto PAN/00/P01. “Fortalecimiento de la familia y mejoramiento de la salud reproductiva del pueblo Ngöbe” Noviembre-Diciembre 2002. Elaborado por Dra. Myriam Conejo y Kristina Baumkamp, MA.
24. “Nuevos modelos e instrumentos de gestión para la provisión de servicios de salud utilizados en Panamá”. Ministerio de Salud, Departamento de Desarrollo de Modelo de Gestión. Septiembre 2002.
25. “Mecanismos de pago a proveedores de servicios de salud utilizados en Panamá”. Ministerio de Salud, Departamento de Desarrollo de Modelo de Gestión. Noviembre 2002.
26. “La red pública de servicios de salud, reorganización y definición por niveles de atención y grados de complejidad”. Ministerio de Salud, Departamento de Desarrollo de Modelo de Gestión. Departamento de Organización y Desarrollo para la Provisión de los Servicios de Salud. 2003.
27. Modernización de la Caja de Seguro Social. Una respuesta hacia el 2000. Abril 1995.