

Los programas de salud en Panamá

Marta Gómez de Denamps

LA AUTORA PRESENTA COMO PRODUCTO DE INVESTIGACIÓN LA CARACTERIZACIÓN DE LAS POLÍTICAS NACIONALES DE SALUD Y LOS FACTORES QUE AFECTAN EN LA EFICIENCIA Y EFICACIA DE LOS PROGRAMAS DE SALUD. A SU VEZ, HACE UN DIAGNÓSTICO DE LOS PRINCIPALES PROBLEMAS ADMINISTRATIVOS QUE INCIDEN EN LOS SERVICIOS INTEGRADOS DE SALUD EN PANAMÁ.

La caracterización de la política nacional de salud

En la estructura sectorial del Ministerio de Planificación y Política Económica (área social), el Sector Salud de Panamá, se ubica como No. 8. Está conformado por cuatro instituciones: El Ministerio de Salud, Caja de Seguro Social, Instituto de Acueductos y Alcantarillados Nacionales (I.D.A.A.N.) y la Dirección Metropolitana de Aseo (D.I.M.A.). El artículo 103 de la Constitución Política de la República, establece que es "función esencial del Estado velar por la salud de la población de la República, que el individuo como parte de la Comunidad tiene derecho a la pro-

moción, conservación, restitución y rehabilitación de la Salud".

En cumplimiento del precepto constitucional, se realiza mediante el Decreto de Gabinete No. 1 del 15 de enero de 1969 del Ministerio de Salud.

La Política Nacional de Salud es un instrumento orientador de las acciones, dentro de un sector prioritario de desarrollo económico y social, que delinea los mecanismos tendientes al logro del mejoramiento de la calidad de los servicios de salud y la ampliación de la cobertura.

Requiere del perfeccionamiento de los instrumentos jurídicosanitarios, que desarrolle los preceptos constitucionales vigentes, para regular las relaciones intra y extrasectoriales de salud; garantizando la política de Extensión de Cobertura en Salud, a través de la participación activa de la comunidad. De esta manera se generan programas de

* Socióloga y funcionaria del Ministerio de Salud de Panamá

salud en donde se integran tres niveles de atención, es decir, la promoción y protección de la salud con el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación del individuo; perfeccionando los mecanismos técnicoadministrativos que faciliten la regionalización y sectorización funcionales, permitiendo así la utilización racional y eficiente de nuestros recursos.

Las políticas substantivas de salud, están claramente definidas en los artículos 105, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 112 de la Constitución.

El Ministerio de Salud para implantar mediante planes y programas la política de salud, define como objetivos y metas del Plan Nacional de Salud, los siguientes:

Objetivos

- Identificar tempranamente los riesgos para la salud de los individuos y las familias, promoviendo la salud de los grupos de alto riesgo biológico y de mayor postergación social.
- Tratar oportunamente a las personas por los daños que ocasionan los traumatismos y las enfermedades prevalentes.
- Proteger a las comunidades contra los agentes físicos, biológicos y psicosociales nocivos para la salud.
- Rehabilitar a los incapacitados e impedidos en forma integral para su reincorporación social.

Naturaleza y orientación de las políticas de salud

La formulación de una política de salud, es el acto mediante el cual el Estado determina los objetivos generales

que pretende alcanzar en el campo de la salud, y especifica los medios administrativos para alcanzarlos.

Desde el punto de vista jurídico, la Carta Magna de la República de Panamá, define tres grandes lineamientos políticos, que se conjugan para regular el quehacer del Sector Salud, estos son: la salud integral concebida como una función esencial del Estado y como un derecho y un deber de todo ciudadano; la participación comunitaria que define una estrategia tendiente al establecimiento de los mecanismos legales que garanticen dentro del sector salud la existencia de una democracia participativa y, la reforma técnicoadministrativa tendiente a una reorganización y redistribución racional y socialmente justa de los recursos que el sector público destina a la producción de bienes y servicios específicos de salud, a través de la estrategia de regionalización e integración orgánica y funcional de todas las instituciones gubernamentales del sector salud.

El diseño de políticas y estrategias requiere de una planificación que debe ser participativa y adaptable, para que responda a la dinámica social y a hacer realidad los conceptos de equidad, desarrollo y bienestar social.

Las principales estrategias son: promover la aprobación del nuevo Código de Salud, que contiene los instrumentos legales debidamente actualizados, que facilitará la labor de los funcionarios del Sector Salud; fomentar la preparación de un Anteproyecto de ley para complementar el Artículo 111 de la Constitución que regula la Integración de los Servicios de Salud, estudiar y proporcionar la formulación de un plan unico de salud a nivel nacional, donde la programa-

ción del gasto se realice con base en una evaluación técnica del sistema con participación de todas las instituciones del sector; desarrollar una política de recursos humanos que responda a las necesidades que se definirán en el Plan Nacional de Salud; crear nuevas formas de participación de todos los sectores panameños, organizados en clubes cívicos, gremios públicos y privados, para motivar y orientar a la población, a fin de que contribuya a mejorar su propia situación de salud; crear un sistema de evaluación y control del sector en todos sus niveles.

Zonas y grupos sociales prioritarios de los programas de salud

El proyecto "Red Nacional de Servicios de Salud" (1985), considera "Grupo Humano Postergado" (GHP) al conjunto de individuos que en una sociedad dada tienen condiciones de vida y oportu-

nidades inferiores. El concepto de "postergación" es relativo de un país a otro y de una región a otra, según el grado de desarrollo socio-económico y cultural, las aspiraciones de cada comunidad, la interpretación nacional de "pobrezas" y de "necesidades básicas"; y está correlacionado con la marginalidad.

Para la determinación de los grupos postergados en el sector salud, se tomaron en cuenta tres variables; a saber: acceso a servicios de agua potable, disposición de excretas y alfabetismo (asignando el mismo peso a los tres componentes). Tales variables permiten detectar factores de riesgo para el perfil de salud. De allí determinaron los grupos humanos postergados para cada Región de Salud del país.

Para 1983, de un total de población de 2,054.744, el 19% (398.452) estaba postergada, tal como se ve en el cuadro 1.

CUADRO 1
CONSOLIDADO NACIONAL DE LA POBLACION POSTERGADA
SEGUN REGION, AÑO 1983

Región	Población Total	% Población Postergada	Población Postergada	%
República	2.054.744	19,4	398.432	100,0
Bocas del Toro	89.200	45,2	31.311	7,9
Coclé	157.192	18,9	29.834	7,5
Colón	140.757	15,3	21.543	5,4
Chiriquí	331.455	28,0	92.920	23,3
Darién	33.961	51,6	17.512	4,4
Azuero	175.021	20,3	35.460	8,9
Metropolitana	700.513	10,0	10.051	17,6
Panamá Este	45.346	17,5	7.938	2,0
Panamá Oeste	166.121	11,8	19.633	4,9
Veraguas	197.705	25,6	50.628	12,7
San Blas	37.473	58,0	21.622	5,4

Fuente: Red Nacional de Servicios de Salud.

La magnitud de la postergación tuvo un comportamiento diferente según región. Las que mayores problemas presentaron fueron Bocas del Toro, San Blas, Darién, Chiriquí y Veraguas, en las cuales se identificaron sectores sanitarios con un 10% de su población en condiciones de postergación.

Las regiones con mayor número absoluto de población postergada son en orden descendente: Chiriquí, Metropolitana, Veraguas y Azurero, como se observa en el gráfico 1.

Son evidentes las grandes desigualdades, tanto en el número de sectores sanitarios de cada región como en el grado de postergación relativa de cada uno de ellos.

Aunado a lo anterior, se encuentran los factores restrictivos de acceso a los servicios de salud como los de carácter geográfico por los precarios medios de transporte, que son evidentes, especialmente en las Regiones de Darién, San Blas, Veraguas y Chiriquí.

La carencia de los servicios que se tomaron como parámetros para medir la postergación, propician principalmente enfermedades infecciosas y parasitarias.

Un indicador de ello es la tasa de mortalidad por provincia donde se ve la estrecha correlación de ésta en provincias como Bocas del Toro y Darién, con los correspondientes porcentajes de postergación detectados.

La identificación de la postergación de los diferentes grupos humanos dentro de la población, es de fundamental importancia para priorizar las intersecciones en Salud, requeridas

por estos grupos dentro del proceso de programación.

Asimismo, el personal regional y local tiene la responsabilidad de enfocar los programas de manera prioritaria hacia los grupos postergados.

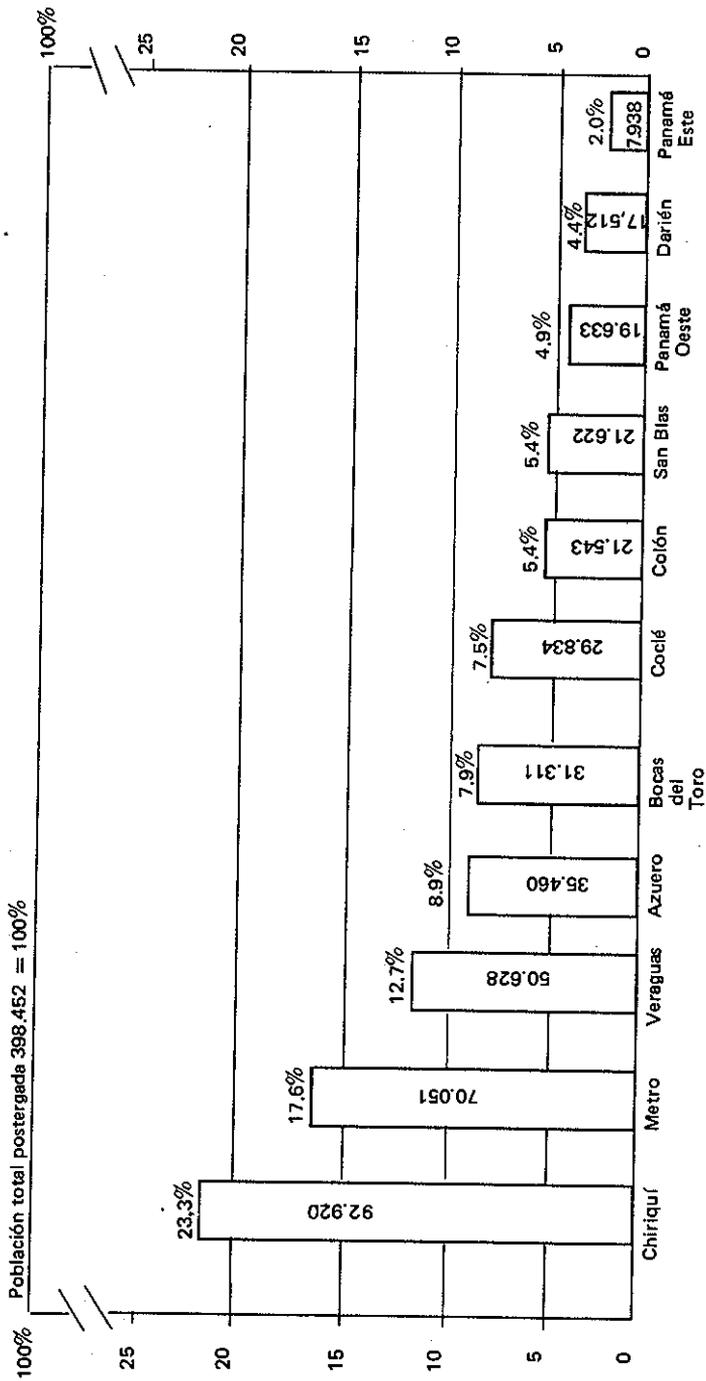
Cambio de orientación en las políticas en los últimos cinco años

En el año 1981, la profundización y ampliación del diagnóstico del Sector Salud de la República de Panamá, han permitido precisar las siguientes políticas prioritarias:

- El mantenimiento y extensión de la cobertura de salud.
- El control de los riesgos del medio.
- El mejoramiento de la calidad de los servicios que se brindan directamente a las personas.
- Nutrición.
- La recuperación, restauración, ampliación y remodelación de los establecimientos de salud, con especial énfasis en los hospitales.
- El mejoramiento de los servicios de apoyo técnico y administrativo.

Hacia el año 1985, el Sector Salud ha continuado la extensión de la cobertura de los servicios, poniéndose énfasis en la atención integral con secciones de promoción, protección, recuperación y rehabilitación, con la participación de la comunidad en la planificación y administración de los servicios.

GRAFICO 1
DISTRIBUCION DE LA POBLACION POSTERGADA SEGUN REGION
AÑO 1983



Fuente: Red Nacional de Servicios de Salud

Para cumplir con esta meta, se hace necesario asegurar la accesibilidad a los servicios de salud, mediante la participación de los diferentes grupos sociales y una articulación adecuada con otros sectores institucionales del país.

Se ha elaborado para 1986, un Plan Integral de Desarrollo de la Red Nacional de Servicios de Salud, que establece las necesidades para la construcción de nuevos hospitales y la ampliación, remodelación o reemplazo de los hospitales existentes.

Las prioridades son: la continuación del Hospital de San Miguelito, que funcionará como integrador de recursos del Ministerio de Salud y la Caja de Seguro Social, para atender la población de esta área postergada, y el inicio de la remodelación del Hospital Nicolás A. Solano, de la Chorrera, con lo cual se mejorará notablemente la atención de la Región Oeste de la Provincia de Panamá.

Igualmente, se ha determinado como urgente la reconstrucción de los Hospitales de Santiago, San Félix y Ailigandí, y la readecuación de los Hospitales de La Palma, Penonomé, Aguadulce y los que conforman el Complejo Hospitalario de Azurero.

El Hospital Manuel A. Guerrero de la Ciudad de Colón esta siendo remodelado actualmente en un esfuerzo conjunto del Ministerio de Salud y la Caja de Seguro Social.

También se ha considerado prioritario el mejoramiento de la oferta de la Red Primaria de Servicios de Salud, constituida por Centros, Subcentros y Puestos de Salud. Se enfatiza la urgente integración de los recursos en las áreas Metropolitana de Panamá Oeste, en donde dos redes de servicios duplica-

dos y competitivos son las causantes de un gran porcentaje del gasto total en salud. Así, hospitales de complejidad de tecnología terciaria, atienden en camas de alto costo, problemas de salud que en un 95% requieren tecnología más sencilla y menos cara para su solución.

Se propone fortalecer el proceso de gestión de los Servicios de Salud en todo el país, con el propósito de disminuir los costos unitarios de producción y optimizar la utilización de los recursos asignados al sector.

Se ha iniciado la formulación de dos proyectos para proporcionar servicios de agua potable mediante la construcción de 475 acueductos rurales, durante un período de 4 años, financiado por el BID. Estos proyectos plantean el inicio de la construcción de 35 de esos acueductos durante 1986 para comunidades de menos de 500 habitantes. Mediante estos proyectos se construirán en ese período 500 pozos y 10.000 letrinas.

Se ha finalizado en 1986, la ejecución de un contrato de Cooperación Técnica, iniciado en 1983, mediante el cual se han construido 10 puestos de salud, remodelando 4 subcentros, construido un centro de salud y 2 acueductos.

Se han construido 3,100 letrinas. Para las áreas marginadas y de difícil accesibilidad se han adquirido 10 vehículos.

La nueva dirección política que se hizo cargo del Ministerio de Salud a partir de noviembre de 1986, continúa con los proyectos de construcción y ampliación de hospitales con base en el Plan Maestro de Desarrollo de la capacidad instalada. En 1986, se mejoraron 3 hospitales y se obtuvieron fondos para res-

taurar y mejorar 15 instalaciones sanitarias en el país.

Se elabora a comienzos de 1987, un Proyecto de Saneamiento Básico Rural que propone la construcción, en un plazo de 5 años, de 400 acueductos, 300 pozos perforados y 10,000 letrinas que beneficiarán a unas 30,000 familias.

Política hacia los distritos de máxima pobreza

Frente a situaciones de urgencia previsible que ocasionaron morbimortalidad de menores en algunas provincias del país, surge la propuesta Volvamos a la Comunidad, de parte de las máximas autoridades del Ministerio de Salud.

Esta propuesta emana del análisis de las rigideces que impidieron e impiden el desarrollo de un programa de extensión de la cobertura, y se enmarca dentro de la estrategia de salud comunitaria. Contempla la ejecución de la participación activa y consciente del personal que labora en la sede del Ministerio de Salud, y en las regiones integradas se identifica como grupo prioritario para incorporarse al proceso participativo, al personal administrativo con diez y menos años de servicio y al personal técnico y administrativo de cada una de las regiones.

Propósitos de esta política

1. Mejorar el nivel de salud de las comunidades de pobreza máxima.

2. Impregnar de dinámica comunitaria la gestión técnicoadministrativa del sector.

3. Consolidar y fortalecer la unión del pueblo y el gobierno como instrumento para la paz y el progreso.

El personal de salud debe realizar un diagnóstico integral de las comunidades. Se ejecutarán los proyectos específicos que se consideren necesarios en las distintas comunidades, y se llevarán a cabo las acciones previstas por los programas del Ministerio de Salud.

La participación de las comunidades y de sus autoridades administrativas y políticas, es fundamental para el éxito del trabajo que se propone desde el punto de vista técnico, social y político.

Análisis y situación de las políticas de salud en Panamá

Sobre el concepto de salud enfermedad

Tal y como se presenta definido el concepto de salud enfermedad en la sección anterior (salud entendida como el completo bienestar físico, mental y social), ha sido adoptado en Panamá, pero nunca hasta ahora se ha cuestionado científicamente.

En primer lugar, no se considera en las instituciones de enseñanza superior, (para las carreras en medicina y enfermería), que la salud enfermedad es una categoría dialéctica, que responde a un proceso histórico de producción y que

expresa una contradicción biofísicosocial entre la vida y la muerte.

Salvo en la cátedra de medicina preventiva y social, y en sociología de la salud, donde se hace referencia a la estructura social en que se desenvuelve la persona, el resto de la cátedra de enseñanza médica y paramédica obvian este enfoque básico y tratan al ser humano, sólo en su estado de "enfermo físicamente", con el resultado evidente de estar formando profesionales con una clara desviación hacia problemas puramente biológicos y curativos.

En segundo lugar, el dinamismo del proceso salud-enfermedad, está siendo experimentado de una manera profunda en la práctica de la salud comunitaria, pero sin que la rica experiencia que cada comunidad está viviendo en la obtención de mayor salud a través de acueductos, vacunación, letrinas, atención preventiva del embarazo, sea objeto de análisis sociológico. Esto, para que los conocimientos obtenidos se incorporen al bagaje científico, tanto de los prestatarios como de los usuarios de los servicios de salud.

No hay duda de que el concepto de salud que se maneja en Panamá, no está tomando en cuenta integralmente las necesidades de salud mental y social. Básicamente porque se desconocen las necesidades profundas y los problemas reales de cada sector de la población según su sexo y edad; en esos aspectos se continúa aún ignorando la importancia de la investigación socioantropológica que puede contribuir a esclarecer la concepción, las expectativas y las demandas de salud de los diferentes grupos étnicos culturales del país.

Por otra parte, la visión exclusivamente biológica del ser humano (sostenida por parte del sistema de salud), tiene como consecuencia que los propios individuos ignoren, subestimen o consideren de manera prejuiciada sus problemas psicológicos y/o de conflicto con el entorno social.

Sin duda, es aún escaso en Panamá el aporte que las ciencias de la salud están aceptando de las ciencias sociales. Aquellos que dirigen y planifican tanto la enseñanza como la prestación de servicios de salud, continúan con una visión biologista de la morbilidad y centran la investigación y la docencia en situaciones de disfunción física.

Ejemplo de ello, es el hecho de que a pesar de que Panamá aceptó la propuesta política de OPS/OMS sobre "La Mujer, La Salud y el Desarrollo", hay todavía una gran indiferencia oficial hacia el análisis crítico de la situación de subordinación y dependencia en que vive la mujer (tanto en el hogar como en el trabajo), la no consideración del machismo, el alcoholismo, la prostitución, como factores patógenos de origen social, que son causas de graves problemas sicosociales, como la violencia contra la mujer y los niños, el uso de drogas en adolescentes, el fracaso y deserción escolar, la prostitución infantil y tantos otros.

Es indudable que la salud mental de la juventud se verá minada si continúa la ausencia de verdaderos programas de educación social, si no hay acceso serio a la información y al control de la fecundidad, al conocimiento de la transmisión de enfermedades sexuales y sobre los peligros del consumo de estimulantes, información que debe ser

objetiva y que debe gozar de credibilidad ante los ojos de los adolescentes.

Esto va unido a la necesidad de preparación clara y uniforme de los recursos humanos que deben atender tal problemática.

En ese sentido, podemos ver que si bien se cuenta con un número aceptable de personal médico y paramédico, éste no está orientando su acción hacia aspectos preventivos que lo lleven a una comunicación no paternalista con la población panameña.

Cuando nos preguntamos qué práctica médica prevalece en la sociedad panameña, debemos considerar ante todo, que Panamá es una sociedad que se rige por las relaciones capitalistas de mercado, de oferta y demanda, donde los servicios de salud del Estado (Ministerio de Salud y Caja de Seguro Social) coexisten con la práctica médica privada.

Tanto las instituciones oficiales, como las privadas, ofrecen sus servicios a quienes lo demanden, pero mientras las primeras se han abocado a una política de extensión de cobertura y detección de "casos", las segundas operan con fines de lucro, competencia y eficiencia, teniendo como clientela a clases sociales que poseen un alto poder adquisitivo.

El gasto del estado en salud

El gasto en salud ha sido analizado con amplitud sólo por el Ministerio de Salud y la Caja de Seguro Social, no obstante, que otras agencias gubernamentales

destinan recursos a la producción de bienes y servicios específicos de salud.

Los gastos del sector público (expresados en moneda constante del año 1970), aumentaron de 565.9 millones de dólares en el año 1973 hasta llegar a los 1,314.2 millones de dólares para el año 1982; es decir, hubo un crecimiento promedio anual del orden de 9.9%.

Los gastos en el sector salud (expresados en unidades monetarias del año 1970) aumentaron de 53.8 millones en 1973 hasta alcanzar la cifra de 97 millones en 1982, es decir que el crecimiento promedio anual fue del orden de 6.8%.

Durante el lapso 1973-1982, se destinó alrededor del 5% del producto interno bruto (PIB), a los servicios de salud, en respuesta a la preocupación por incorporar a toda la población a los beneficios de los servicios de salud.

En el período 1973-1982 la disminución de la población cubierta por el Ministerio de Salud, provocada por el incremento de la población beneficiada por la Caja de Seguro Social, se tradujo en el caso particular del Ministerio de Salud, en un aumento de su gasto por habitante, que en el año 1973 representó B/.21.00 y en 1982 ascendió a B/.37.00.

Igualmente, la expansión de la población beneficiada por la Caja de Seguro Social, durante el período en referencia, creció a un ritmo promedio anual del orden del 9.9%, lo que provocó una reducción de su gasto per cápita en salud, que en 1973 ascendió a B/.62.00 y para el año 1982 sólo llegó a B/.52.00.

Aunque no se dispone de información sobre la magnitud de los recursos que el sector privado destina a la producción de salud, durante el último decenio éste ha experimentado un notable incremento que se evidencia en la construcción de nuevos hospitales, y en la expansión de los ya existentes, además del aumento del número de consultorios y policlínicas especializadas.

Es necesario señalar que los más importantes proyectos de salud desarrollados por el sector privado, han contado con el aval del sector público, especialmente de la Caja de Seguro Social.

El estilo actual de dirigir y administrar los recursos humanos, físicos y financieros para el cumplimiento eficiente en la prestación de los servicios, ha evidenciado en forma preocu-

pante una tendencia creciente en la curva de consumo, mayor a la de los ingresos, con un gasto anual de 9% del Producto Interno Bruto, del cual, un 5.6% se empleó para el funcionamiento del sistema. Esto determinó, en 1973, un nivel de gasto del orden de B/.71.6 millones; B/.229 millones en 1983 y B/.275 millones en 1985. Este estado de cosas, dada la subutilización de los recursos en algunos casos, la duplicación de esfuerzos en forma descoordinada y la propia restricción de la economía en cuanto a la generación de mayor riqueza, ha tornado onerosa la atención de salud, al punto de que el sector demandará, en 1990 recursos por valor de B/.434 millones para gastos de funcionamiento, lo que representará un 89.5% más de lo gastado en 1983, haciendo incosteable el sistema en el futuro inmediato. (Ver cuadro 2).

CUADRO 2
CRECIMIENTO ANUAL DEL PRESUPUESTO
DE GASTOS DE FUNCIONAMIENTO
AÑOS 1980-87 EN DOLARES

Año	Presupuesto Ley	Crecimiento anual	
		Absoluto	%
1980	47.500.000		-
1981	58.143.171	8.643.171	18.2
1982	65.745.000	9.601.829	17.1
1983	68.528.000	2.873.000	4.2
1984	75.877.000	7.149.000	10.4
1985	77.031.000	1.354.000	1.8
1986	82.584.003	5.553.003	7.2
1987	93.209.290		-

Fuente: Departamento de Programación Presupuestario.

Diagnóstico de los principales problemas administrativos

Ante un crecimiento en la demanda de los Servicios de Salud, complementado con una baja en el nivel de eficiencia de los recursos en los últimos años, el Sector Salud de la República de Panamá confronta serias dificultades en su actual proceso de gestión. Unas de sus principales causas es la existencia de normas deficientes e incompletas en la administración operativa de los Servicios de Salud y la carencia de un Modelo de Control de Gestión que le permita conocer y valorar oportuna y adecuadamente, el comportamiento y la aplicación de los recursos asignados para su funcionamiento.

Esta situación, inherente al Ministerio de Salud y a la Caja de Seguro Social, como instituciones responsables dentro del sector de la atención de los servicios de salud a las personas y al medio ha sido una constante preocupación, plenamente investigada a través del análisis sectorial e institucional, que fue resultado del estudio para la readecuación de la Red Nacional de Servicios de Salud. Los problemas apuntados se reflejan principalmente en los siguientes aspectos:

a. Organización del sector

En Panamá, el Ministerio de Salud y la Caja de Seguro Social, como instituciones del sector público, comprometidas en la atención de los servicios de salud, guardan características propias, diferentes entre sí, lo cual afecta la organización. Se observa que el Ministerio de Salud es una institución

centralizada con recursos provenientes del Presupuesto Nacional, cuyas normas y procedimientos, objetivos y políticas, están orientados hacia la atención de la salud; mientras que la Caja de Seguro Social, es una institución descentralizada que capta sus propios recursos y mantiene una política acorde con sus objetivos de seguridad social, entre los cuales se mencionan las prestaciones económicas. Los riesgos profesionales, los programas de inversión física y financiera, así como también la atención de salud.

Esta situación, propia del sector salud, produce en la organización del mismo una falta de coordinación interinstitucional e intersectorial con respecto a las políticas regentes del sector, requiriendo introducir mecanismos de coordinación en las siguientes áreas problemas:

Coordinación interinstitucional

1. De la estructura organizacional, en cuanto a niveles de descentralización y desconcentración de los servicios y los niveles de decisión, para evitar la duplicidad de los servicios de salud.
2. Del control de los recursos, mediante el uso de sistemas análogos, oportunos y factibles, integrados sectorialmente y de aplicación independiente, según las necesidades institucionales.
3. En la asignación y entrega de los recursos humanos, físicos y financieros de manera oportuna y equilibrada, según el volumen y tipo de demanda del establecimiento.

Coordinación intersectorial

1. Con el MIPPE, a fin de mejorar el proceso de formulación Presupuestaria del Sector Salud y reforzar la capacidad de sustentación de necesidad de recursos. Asimismo, lograr un mejor y más justo equilibrio de participación en la aportación institucional de recursos, dirigiendo éstos hacia las necesidades reales de cada establecimiento, conforme a su nivel de responsabilidad, complejidad y demanda en la atención de salud.

b. Normalización de la gestión

En los últimos años, la población panameña ha experimentado un decaimiento en la forma de entrega de los servicios de salud, tanto del Ministerio de Salud como de la Caja de Seguro Social. Estos se han vuelto lentos, demorados y extemporáneos; algunas veces escasos, difíciles de recibir y con una pobre atención personal por parte de los funcionarios.

Esta situación, advertida en todos los niveles de atención de salud, se atribuye en primera instancia a que el crecimiento de la demanda de servicios supera la oferta de recursos disponibles en el sector salud; sin embargo, el análisis objetivo demuestra que, aunado a la restricción y merma económica el sector presenta grandes deficiencias en el aspecto normativo de los servicios de salud y carencia de adecuadas estrategias, procedimientos y modos de gerencia, según el nivel de responsabilidad en los distintos servicios de salud.

Dicho problema, superable mediante una adecuada e integral revisión de la administración de los servicios de salud, a fin de normalizarlos con el establecimiento de procedimientos articulados de operación gerencial, consonante con nuestro nivel de desarrollo nacional; permitirá una mayor eficiencia de los recursos y el mejoramiento en la entrega de los servicios de salud a la población.

c. Aspecto económico financiero

El sector, en lo referente a la atención de salud, refleja una tendencia marcada en el crecimiento de sus gastos, lo que excede el nivel de crecimiento de los recursos, tornándose onerosa la prestación de los servicios de salud, restringiendo a su vez su capacidad y calidad.

Este desequilibrio, reflejo del comportamiento global de la economía, se manifiesta en el sector salud por las siguientes condiciones:

1. Inexistencia de indicadores de gasto real y costo de atención.

La ausencia de un mecanismo que combine y analice las variables de gastos, producción y costo en los servicios de atención, no permite el conocimiento de juicios o parámetros válidos referidos a índices de gasto real y costos unitarios de la atención de salud, imprescindibles en la Planificación Económica del sector. Por lo tanto, el actual proceso de gestión se torna inoperante en cuanto a su capacidad de aplicación eficiente de recursos.

to de juicios o parámetros válidos referidos a índices de gasto real y costos unitarios de la atención de salud, imprescindibles en la Planificación Económica del sector. Por lo tanto, el actual proceso de gestión se torna inoperante en cuanto a su capacidad de aplicación eficiente de recursos.

2. Deficiente planificación y programación de los recursos del sector.

El desarrollo desarticulado y deficiente de los servicios de salud y una alta utilización de recursos, cuyos resultados no cumplen (en la mayoría de los servicios), con los niveles de eficiencia económica y operativa deseada; indican que el sector salud en lo referente a la atención de salud, planifica deficientemente sus servicios y recursos.

Esta deficiencia en la planificación integral del sector se manifiesta en situaciones tales como:

- Descoordinación entre la creación o ampliación de la capacidad física y los requerimientos operativos funcionales de los servicios de salud.
- Crecimiento de la capacidad física sin proveer los recursos para equipamiento y funcionamiento.
- Exceso en la formación de algunos recursos humanos, sin considerar el crecimiento de la oferta de empleo.
- Ampliación y diversificación de los servicios de salud, sin apoyo de los requerimientos financieros.
- Programación y asignación de recursos humanos, físicos y financieros que no corresponden a las necesidades de los establecimientos.

3. Crecimiento acelerado del gasto y mecanismos inadecuados de control.

Como resultado de la problemática del sector se observa que la República de Panamá, en el transcurso de la última década, ha gastado anualmente alrededor del 9% del Producto Interno Bruto (PIB), en la atención de salud, del cual el 5.6% se destinó a gastos de funcionamiento. Traducido en términos reales, esto significó un gasto de funcionamiento de B/.71.6 millones en 1973; B/.229 millones en 1983 y B/.275 millones en 1985, lo que refleja una tendencia sustancial de crecimiento del gasto, pasando de B/.45 gasto per cápita en 1973 a B/.110 gastos per cápita en 1983, que a precios constantes (1973-100) representa pasar de B/.34 a B/.47 sobre el total de la población nacional.

De mantenerse esta tendencia del gasto, si no se institucionalizará a corto plazo un adecuado proceso de gestión, el sector salud no tendrá recursos para financiar la demanda actual y futura, a fin de mantener el nivel de salud alcanzado.

La proyección estimada con base en la tendencia del período descrito, indica que el sector salud requerirá en 1990, recursos por valor de B/.434 millones para los gastos de funcionamiento de los programas de salud a las personas y al ambiente, lo que significa un 89.5% más de lo gastado en 1983. Sin embargo, de acuerdo con las estimaciones del crecimiento del PIB, la participación del sector salud alcanzará solamente b/.341 millones, siempre y cuando las condiciones fiscales y las estrategias nacionales de planificación

permitan entregarle el tradicional 5.6% de participación del PIB.

En consecuencia, el Ministerio de Salud y la Caja de Seguro Social conscientes de esta problemática y con el firme convencimiento de que la estrategia más adecuada para el mejoramiento y desarrollo normal de los servicios de salud y la contención y racionalización del gasto, es la disponibilidad de un eficiente proceso de gestión, se están discutiendo en estos momentos un Modelo de Control de Gestión para la atención de salud.

Aspectos organizacionales

Los cambios introducidos en el organigrama del Ministerio de Salud de 1987, en relación con el que se encontraba vigente desde 1985, nos muestran una tendencia a una mayor especialización expresada en las nuevas direcciones dependientes del Ministerio.

Puede esperarse que se presenten cuellos de botella desde el punto de vista funcional, luego de la puesta en marcha de este organigrama. Por ejemplo, la Secretaría General comprende departamentos que estaban funcionalmente ligados a la Dirección General de Salud, como el Departamento de Organización y Educación de la Comunidad, que necesita estar en permanente contacto con el CECATES.

No se puede aún evaluar las consecuencias de la centralización financiera en una sola Dirección, pero el manejo financiero anterior por Programas y Departamentos, otorgaba autonomía a

éstos, y quedando reducida, desde el punto de vista financiero. Se observa una coordinación estrecha, en la práctica, entre la Secretaría General y la Dirección de Planificación, pero no hay fluidez en la conexión entre ésta última y los departamentos de la Dirección General, lo cual sería sumamente importante para la marcha de los diferentes programas de salud.

Identificación de los principales problemas administrativos

En los últimos cinco años, el crecimiento de la demanda de los servicios de salud, no se vió acompañado por un incremento en la eficiencia de los recursos.

El Sector Salud de la República de Panamá, presenta problemas de orden administrativo, siendo las principales causas la existencia de normas deficientes e incompletas en la administración operativa de los servicios de salud y la carencia de un Modelo de Control de Gestión, que le permita conocer y evaluar oportuna y adecuadamente el comportamiento y la aplicación de los recursos asignados para su funcionamiento.

Esta problemática, inherente al Ministerio de Salud y a la Caja de Seguro Social, como instituciones responsables del Sector Salud, se refleja principalmente en los siguientes aspectos administrativos.

1. Organización del sector

El Ministerio de Salud es una institución centralizada con recursos prove-

nientes del Presupuesto Nacional mientras que la Caja de Seguro Social es una institución descentralizada que capta sus propios recursos.

Esta situación produce:

- a. Falta de coordinación interinstitucional que se traduce en problemas en la estructura organizacional, niveles de descentralización y desconcentración de los servicios.
- b. Problemas del control de los recursos mediante el uso de sistemas análogos, integrados sectorialmente.
- c. Problemas en la asignación y entrega de los recursos humanos, físicos y financieros, según el volumen y demanda de los servicios.
- d. Falta de coordinación intersectorial, con el Ministerio de Planificación y Política Económica.

2. Normalización de la gestión

Los servicios de salud se han vuelto en los últimos años, lentos, demorados y extemporáneos. A veces escasos y con una pobre situación personal de parte de los funcionarios, lo que demuestra grandes deficiencias en el aspecto normativo.

3. Aspecto económico-financiero

El sector se caracteriza por un crecimiento de sus gastos que excede el nivel de crecimiento de los recursos. Este desequilibrio, refleja el comportamiento global de la economía, y se manifiesta en los siguientes aspectos:

- a. Inexistencia de indicadores de gasto real y costo de atención.
- b. Deficiente planificación y programación de los recursos del sector.
- c. Crecimiento acelerado del gasto y mecanismos inadecuados de control