Propuesta de anteproyecto de ley para la transformación del sistema público de servicios de salud

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

Aún cuando nuestro país ha alcanzado logros significativos en materia de prevención y control de enfermedades, reflejados en los indicadores de salud, existen fallas importantes en el sistema de provisión de servicios de salud, como la patente inequidad en la cobertura y asignación de los recursos, la insatisfacción en la demanda, la queja permanente de los usuarios en relación a los tiempos de espera para las citas médicas, la mora quirúrgica y al desabastecimiento de medicamentos, insumos y equipos, acentuados por crisis cíclicas en materia sanitaria, tales como la sobre radiación de pacientes, las intoxicaciones masivas por Dietilenglicol, originando esta última la convocatoria por parte del Órgano Ejecutivo de una Comisión de Garantes con el propósito de proponer la reforma del sistema público de servicios de salud.

Posteriormente, una segunda convocatoria del Órgano Ejecutivo, amplía la participación ciudadana a través de la formación de una Mesa de Salud, insertada luego en la Concertación Nacional para el Desarrollo, produciendo el documento "Acuerdos para la transformación del Sistema Público de Servicios de Salud".
Una vez terminados los acuerdos de la Concertación, los integrantes de la Mesa de Salud, empoderados de su papel como representantes de la sociedad panameña, lograron que el Órgano Ejecutivo los convocara para la elaboración de la propuesta del anteproyecto de ley correspondiente.

El país confronta grandes retos para su desarrollo integral, conceptuado este como la distribución de los beneficios a todas las regiones y su población. La carencia de un desarrollo armónico de las regiones se refleja en su dispar nivel de salud y en la estructuración de las instalaciones y recursos humanos que prestan servicios de salud.

Este desarrollo es el clamor de la sociedad, de allí que la Mesa de Salud, en un debate caracterizado por la dedicación, reflexión, el estudio, el respeto, la tolerancia y la amplia participación, concluyó con la elaboración de esta propuesta.

Esta propuesta de anteproyecto de ley garantiza el cumplimiento de las obligaciones constitucionales del Estado y recoge las aspiraciones de toda la sociedad panameña de conformidad a los acuerdos de la Concertación Nacional, tales como:

* Que el Sistema Público de Servicios de Salud estará centrado en los usuarios.
* Que el sistema se mantendrá público, sin privatización.
* Que el acceso será universal y efectivo, sin exclusiones.
* Que la transformación será gradual, sólo a través de las fases de coordinación e integración,debidamente evaluadas técnica y socialmente.
* Que se garantizará el financiamiento por parte del Estado para la atención de la población no asegurada.
* Que la Caja de Seguro Social solamente financiará la atención de los asegurados.
* Que no se desmejorarán las condiciones laborales de los funcionarios del sistema.
* Que se garantizará la participación social.
* Que asegurará a todos los niveles de atención la dotación de recursos apropiados, suficientes, necesarios y adecuados.
* Que potencializará la eficiencia, evitando toda duplicidad de oferta.

Para la implementación de esta ley, es condición indispensable un cambio de actitud y compromiso del recurso humano en todos los niveles, con efectiva interacción institucional, y coordinación articulada de todos los sectores que incidan en la salud integral del panameño.

El Estado debe proveerse de instrumentos que posibiliten dar cumplimiento al mandato constitucional de velar por la salud de toda la población, para lo cual se debe regular y optimizar la prestación de servicios dentro de la esfera pública, tales como la Autoridad Nacional de Medicamentos.

Los instrumentos para la corrección institucional anhelada se encuentran dispuestos en el ordenamiento jurídico nacional a partir de la Constitución en los artículos referentes a la Función Pública 299 al 306; la Ley Orgánica del Ministerio de Salud, artículo 61 al 63; ley 66 de 1947, Código Sanitario, en sus artículos del 40 al 49 y del 77 al 83 y la ley 51 del 27 de diciembre de 2005.

Por lo tanto, el propósito de la ley es posibilitar el desarrollo de los preceptos constitucionales 109, 110, 111 y 115 que ordenan la integración de los servicios públicos de salud y la reglamentación de esta materia, posterior a la coordinación que esta ley dispone.

La propuesta de anteproyecto ha sido ordenada de manera sencilla y su articulado permite la fácil comprensión de las disposiciones en él contenidas, respondiendo a los requerimientos de carácter técnico legislativo, por lo que solicitamos respetuosamente al Consejo de Gabinete darle un voto favorable para su aprobación.

TÍTULO I

DISPOSICIONES GENERALES

Artículo 1. Objeto y naturaleza jurídica. Transfórmese gradualmente los servicios públicos de salud con participación social, a través del cumplimiento de objetivos, metas y evaluaciones científicas de los procesos de coordinación e integración de los servicios de salud, que ejecutan las instituciones públicas de servicios de salud a la población y al medio ambiente, por niveles de atención y de complejidad, centrado en un modelo de atención integral.

La ejecución de estos procesos estará orientada a establecer un Sistema Público de Servicios Unificados de Salud, con la finalidad de garantizar la cobertura universal con calidad, humanismo, calidez, eficacia, seguridad, eficiencia, continuidad de la atención integral con pertinencia cultural y de género, con financiamiento oportuno y adecuado, dispensada por recursos humanos idóneos y suficientes, en contribución a la dinámica del desarrollo socio-económico del país.

Artículo 2. Fundamentos y principios. El Sistema Público de Servicios de Salud se basa en los siguientes principios y valores sociales: accesibilidad, aceptabilidad, calidad, eficacia, eficiencia, equidad, integralidad, despolitización partidista y de sectores, justicia social, pertinencia cultural, solidaridad, sostenibilidad, transparencia y rendición de cuentas, unidad, universalidad, que articulen su estructura y funcionamiento a las necesidades sociales, por ser la salud un pilar fundamental en el desarrollo de la sociedad, un deber y un derecho constitucionalmente establecido en favor del individuo.

Artículo 3. Ámbito de aplicación. Esta ley será aplicable al proceso de transformación del Sistema Público de Servicios de Salud desarrollado a través de las fases de coordinación funcional e integración orgánica, en todas las regiones de salud del país y en todos los niveles de organización y actuación del Sistema, incluidos los niveles administrativos o de gestión y los niveles de atención y complejidad de la red de servicios públicos de salud.

Artículo 4. Glosario. Para los efectos de esta ley, se definen los siguientes términos:

Accesibilidad: El Sistema eliminará las barreras geográficas, estructurales, económicas, políticas, ideológicas, culturales, étnicas, religiosas y de género que limitan la adecuada prestación y utilización de los servicios. Este concepto comprende además el aseguramiento de la disponibilidad de las instalaciones y los recursos en todo el ámbito de la República.

Aceptabilidad: La atención de la salud se ofrecerá de manera personalizada o colectiva, con calidez, humanismo y con adaptación a las características culturales, necesidades, valores y estándares sociales.

Atención articulada: El Sistema establecerá un modelo de referencia y contrarreferencia entre todos los niveles de atención y escalones de complejidad, que asegure que todas las necesidades de salud sean satisfechas de manera oportuna y efectiva.

Estrategia de Atención Primaria en Salud (APS): Es la entrega de los servicios de salud, oportunos y aceptables, al individuo, la familia, la comunidad y el ambiente, enfatizando las acciones de promoción de la salud y prevención de enfermedades, lo más cerca al lugar donde la gente reside, estudia o trabaja, constituyéndose en el primer elemento de un proceso continuo de atención en salud.

Bienestar social en salud: Satisfacción de las necesidades de salud de la población, para que todos los seres humanos logren y mantengan el bien superior de la vida, con calidad en todo su ciclo vital, desde su concepción hasta la muerte.

Calidad: Servicios públicos de salud ofrecidos en forma oportuna, eficaz, eficiente, continua, segura, conveniente, suficiente, que sean prestados con calidez y humanismo, en condiciones materiales y éticas adecuadas, que satisfagan al binomio: proveedor (a) y usuario (a).

Carácter público: La salud se considera de relevancia pública. Es responsabilidad del Estado que existan servicios públicos de salud en todos los niveles de gestión y atención.

Colaboración intersectorial: Realizar acciones coordinadas con otros sectores para producir un gran impacto en la producción social de la salud, sobre los determinantes de ésta y la calidad de vida.

Descentralización: El Sistema otorgará, con el alcance que el marco legal permita, a la Autoridad Sanitaria regional, local o institucional; responsabilidades, recursos y capacidad en la toma de decisiones, fundamentadas en las necesidades socio-sanitarias para fortalecer la gestión y provisión de los servicios de salud, con participación social en la planificación, ejecución y evaluación de las acciones de salud.

Despolitización partidista y de sectores: Gestión participativa en el Sistema, con la utilización de herramientas dirigidas a desarrollar e implementar las carreras de administrativos, profesionales y técnicos de la salud con base a un sistema de méritos, concursos, rendición de cuentas, decisiones técnicas y políticas fundamentadas y apegadas en normas y leyes.

Eficacia: El Sistema Público de Servicios de Salud establecerá metas y desarrollará indicadores que le permitan medir el impacto de sus acciones en el mejoramiento del nivel de salud, la calidad de vida de la población y la eliminación de desigualdades en la atención.

Eficiencia: Uso y distribución racional de los recursos sanitarios se organizará para producir un óptimo nivel de resultados en la gestión de salud.

Enfoque poblacional y del ambiente: El Sistema Público de Servicios de Salud se basa en la valoración de los riesgos a la salud y la priorización de intervenciones con la participación de todos los actores, orientado hacia el bienestar de la persona, la familia, la comunidad y el ecosistema en forma continua.

Equidad: Igualdad de oportunidades para preservar y restaurar la salud, principalmente a los grupos humanos más vulnerables o con mayor grado de exclusión en la oferta de servicios, de acuerdo a las diferencias y desigualdades de la población.

Informatización: El Sistema Nacional de Información en Salud será único, confiable, oportuno, útil, eficiente y de acceso público de acuerdo a las leyes, normas y reglamentos existentes, con la incorporación de adelantos científicos y tecnológicos apropiados, que permita la toma de decisiones de gestión y atención en el lugar y el momento requerido; la evaluación y control del desempeño del Sistema y el impacto de las acciones en la salud de la población.

Integración social: Las acciones del Sistema promoverán una cultura colectiva e inclusiva de protección, defensa de la vida y el ejercicio del derecho a la salud, reconociendo y respetando la diversidad entre grupos, personas y etnias.

Integralidad: Conjunto articulado, oportuno y continuo de las acciones y servicios promocionales, preventivos, curativos y de rehabilitación, individuales y colectivos, para enfrentar las necesidades y problemas biológicos, sociales, psicológicos, espirituales y ambientales en todos los niveles de actuación del sistema de salud por un equipo multidisciplinario.

Inversión en salud: Es prioritario y de elevada rentabilidad social, destinar los recursos necesarios, suficientes y oportunos para garantizar la salud y la calidad de vida de la población.

Justicia social: Garantizar los servicios de atención en igualdad de oportunidades a toda la población, desarrollando un sistema de protección social en toda la red de servicios, que priorice la atención a los grupos poblacionales y personas más vulnerables.

Participación social: Involucrar a la persona, la familia, la comunidad y la sociedad, en el ejercicio del derecho que la Constitución Nacional le otorga. El Sistema fortalecerá su participación en la planeación, ejecución y evaluación en todo el proceso de producción de salud.

Pertinencia cultural: Las políticas, planes, programas, acciones y servicios de salud se diseñarán y ejecutarán considerando la diversidad y pluralidad cultural, el carácter multiétnico y multilingüe de la población panameña.

Promoción y prevención: El Sistema les dará prioridad a todas las acciones de fomento de la salud, prevención de enfermedades, la protección específica, diagnóstico precoz y tratamiento oportuno dirigidas a las personas, familias, comunidades, el entorno laboral y el ambiente, con el objetivo de fortalecer el autocuidado, los factores protectores y la calidad de vida.

Protección social en salud: Es deber y responsabilidad primaria del Estado financiar, por las fuentes que sean

necesarias, para asegurar el derecho a la vida y la equidad en salud de toda la población, principalmente las más vulnerables, fortaleciendo sus capacidades y autonomía.

Rectoría: El Ministerio de Salud es la autoridad sanitaria responsable de definir y conducir la política de salud del Estado, reglamentar, regular, supervisar y fiscalizar su ejecución, priorizar el uso del financiamiento para garantizar la provisión y aseguramiento de la atención, articular la provisión de servicios y el desarrollo de las funciones esenciales de la salud pública, de acuerdo a las necesidades de la población en cumplimiento de la Constitución, códigos y leyes en materia de salud.

Recurso humano: La gestión del recurso humano en el Sistema se desarrollará mediante un régimen laboral homologado para todos los funcionarios y funcionarias administrativos, profesionales, técnicos y otros, basada en un sistema de mérito e igualdad de oportunidades en el reclutamiento, selección, integración, evaluación, control, desarrollo, remuneración, estímulo y el respeto a los derechos de los trabajadores incluyendo ambientes laborales seguros y saludables.

Salud: Es un proceso armónico de bienestar físico, psíquico, social, espiritual y ambiental, no solo la ausencia de enfermedad o discapacidad, que permite a las personas según su género, grupos humanos, territorios y categorías sociales, durante todo su ciclo vital, ejercer a plenitud sus capacidades y potencialidades para el mejoramiento de su calidad de vida.

Solidaridad: La colaboración para el avance de intereses y responsabilidades compartidas para alcanzar metas comunes y superar las iniquidades, con prioridad a los grupos más vulnerables.

Sostenibilidad: El Estado tiene el deber y la obligación de garantizar el derecho a la salud y el aporte de los recursos necesarios, suficientes, oportunos y con una adecuada planificación que asegure el financiamiento presente y futuro del Sistema.

Transparencia y rendición de cuentas: Es obligación del Estado actuar en forma consecuente a las normas y rendir cuentas de su gestión en todos sus aspectos.

La población participará en la evaluación del Sistema y ejercerá su derecho de petición a la rendición de cuentas a través de auditorias sociales, financieras, contables, administrativas y de la calidad de los servicios de atención.

Unidad: El Sistema Público de Servicios de Salud mantendrá como principio orientador el mandato constitucional "los sectores gubernamentales de salud, incluyendo sus instituciones autónomas y semi-autónomas, intégrense orgánica y funcionalmente", con la utilización de normas, reglamentos, protocolos y procedimientos unificados para la atención y la gestión.

Universalidad: Acceso a los servicios a toda la población en todos los niveles de asistencia del Sistema, en forma óptima, oportuna y suficiente.

Gestión clínica: Corresponde a la forma en que los agentes de los servicios o grupos de servicios de salud gestionan sus recursos con el objeto de lograr las metas propuestas. Micro gestión de los servicios de salud.

Homologación: Implica la acción que ejerce una persona u organización de contrastar el cumplimiento de determinadas especificaciones o características de un objeto o de una acción.

Nivel de atención: Se refiere a la organización de los recursos humanos, físicos y financieros, por niveles, en un sistema de salud para la producción de servicios.

Niveles, grados o escalones de complejidad: La noción de grados de complejidad se relaciona con las diversas instancias o planos tecnológicos de resolución de los problemas acorde con la gravedad y por ende necesidad de atención de una persona en particular.

Suficiencia: En este contexto, la suficiencia se considera un atributo de la oferta de los servicios de salud y se establece en relación con la demanda que la población objeto haga de los mismos. En estos términos un recurso "x" es suficiente cuando su número este adecuado a la demanda del mismo y por tanto su acceso será oportuno a la urgencia de la demanda.

TÍTULO II

DE LA ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DEL SISTEMA PÚBLICO DE SERVICIOS DE SALUD

Capítulo I

Plan Nacional de Salud como marco de referencia para el Sistema Público de Servicios de Salud.

Artículo 5. Plan Nacional de Salud. El Ministerio de Salud, como ente rector, elaborará el Plan Nacional de Salud desde la fase de coordinación, con la participación social y de las entidades del sector, teniendo como base los análisis técnicos de la situación de salud del país, el cual contendrá objetivos y metas medibles, con estrategias a corto, mediano y largo plazo en el marco del Plan Nacional de Desarrollo y los convenios, acuerdos y compromisos internacionales en los que Panamá es signatario. El Plan Nacional de Salud será aplicable en todo el territorio nacional.

Artículo 6. El Ministerio de Salud, como responsable de la formulación y conducción del Plan Nacional de Salud, deberá garantizar que en éste, se incluyan acciones de coordinación intersectorial que coadyuven fundamentalmente a fortalecer la preservación y restauración de la salud bio-psico-social de la población y el ambiente.

Para la coordinación intersectorial en esta materia, se deberán articular las instituciones con competencia en la producción de la salud poblacional y ambiental, incluidas las instituciones educativas, para conocer, recomendar y capacitar a las instancias superiores de decisión política, sobre la viabilidad y conveniencia de todo proyecto de explotación y desarrollo nacional que tenga impacto en la salud y bienestar humano.

Artículo 7. El criterio técnico sobre el impacto a la salud y bienestar humano emitido por el Ministerio de Salud sobre los estudios de impacto ambiental será de obligatorio cumplimiento.

Artículo 8. El modelo de atención del Sistema Público de Servicios de Salud se fundamentará en la Estrategia de Atención Primaria de Salud (APS) y la organización según niveles de atención de baja complejidad y amplia cobertura en la base del Sistema, interconectados con niveles superiores escalonados de creciente complejidad, articulados por un sistema de referencia y contrarreferencia.

El Sistema Público de Servicios de Salud establecerá como principio orientador, que la entrega de los servicios sea la vinculación sistemática entre la investigación, lo docente y asistencial, basándose para ello en la gestión clínica integral y social, bajo parámetros de eficiencia y eficacia.

Artículo 9. La red de servicios de salud, prestará atención oportuna y continua, a toda persona que acuda al nivel correspondiente en demanda de servicios de salud, independientemente de su condición socioeconómica, con prioridad en los grupos humanos vulnerables, para lograr la cobertura universal. Las instituciones asumirán el costo de los servicios prestados dentro del marco de su responsabilidad.

Disenso CSS, MINSA y JD CSS: Porque, aunque no están en desacuerdo con los conceptos, estos recogen conceptos que están en otros artículos del documento, estos puntos deben desarrollarse en la reglamentación.
Artículo 10. El Primer Nivel de Atención será la puerta más amplia de entrada al Sistema, se organizará de conformidad con el principio de responsabilidad poblacional y territorial, con adecuada y suficiente capacidad resolutiva de este nivel.

En este nivel, la población usuaria de los servicios se agrupará en núcleos de comunidad, geográfica y cuantitativamente definidos, llamados micro-sectores comunitarios de salud, que se pondrán bajo la complementariedad de equipos multidisciplinarios de salud integral con la implementación del médico de cabecera, familiar, comunitario y la medicina tradicional.

Estos equipos serán evaluados de conformidad con indicadores de satisfacción y eficacia de las acciones efectuadas para el mantenimiento y protección de la salud de la población a su cargo.

Disenso CSS y MINSA: Consideran que si se incluye esta redacción dentro de una ley marco, limitaría a la institución en su gestión y posible modificación y el desarrollo de la estrategia de APS no forma parte de los acuerdos de la concertación.

Disenso de la SPMG: por el concepto de micro-sectores y el párrafo de evaluación.

Artículo 11. El Segundo Nivel de Atención estará en complementariedad para la respuesta de los problemas de salud que superen la capacidad resolutiva del Primer Nivel de Atención.

El Segundo Nivel se definirá por la complementariedad que ejerce hacia un número definido de instalaciones del Primer Nivel de Atención con vecindad geográfica agrupadas en una red integrada de servicios de salud bajo el principio de corresponsabilidad entre niveles de la red.

Disenso CSS: Consideran que si se incluye esta redacción dentro de una ley marco, limitaría a la institución en su gestión y posible modificación y el desarrollo de la estrategia de Atención Primaria de Salud no forma parte de los acuerdos de la Concertación.

Artículo 12. Al Segundo Nivel de Atención le corresponderá la resolución de los problemas de salud referidos del primer nivel de atención y mantener la continuidad del proceso de atención mediante la referencia al tercer y cuarto nivel y contrarreferencia al Primer Nivel de Atención. En el mismo se concentrarán especialistas de atención y equipos de diagnósticos apropiados para estas instancias.

En el Segundo Nivel, los especialistas estarán articulados a equipos geográficamente determinados del Primer Nivel, que estarán en relación de correspondencia asistencial, docente y de investigación.

Disenso de la CSS, MINSA, JD CSS, Iglesia y Asamblea Nacional, aunque están de acuerdo con su contenido, estos puntos son tema para reglamentación y no para esta ley.

Artículo 13. Al Tercer Nivel le corresponderá la resolución de los problemas de salud referidos del Segundo Nivel.

Disenso de la CSS, JD CSS y MINSA, aunque están de acuerdo con su contenido, estos puntos son tema para reglamentación y no para esta ley.

Artículo 14. Al Cuarto Nivel le corresponderán hospitales nacionales e institutos especializados según patologías o según especialidad diagnóstica o terapéutica.

La organización del Sistema Público de Servicios de Salud establecerá que el sistema de referencias y contra referencias siempre se estructure conforme a la identificación regional de los centros que refieren.
Disenso de la CSS, MINSA y JD CSS, dado que estos puntos son tema para reglamentación y no para esta ley.

Capítulo II

De la organización del proceso de transformación del Sistema Público de Servicios de Salud.

Artículo 15. De los niveles de organización para la transformación del Sistema Público de Servicios de Salud. La estructura orgánica del Sistema Público de Servicios de Salud está conformada por tres (3) niveles para el desarrollo del proceso de coordinación funcional e integración orgánica:

1. Nivel político decisorio.
2. Nivel de sistematización, programación y supervisión.
3. Nivel de ejecución.

Artículo 16. El nivel político decisorio está conformado por el Consejo Nacional de Coordinación e Integración del Sistema Público de Servicios de Salud.

Artículo 17. El Consejo Nacional de Coordinación e Integración del Sistema Público de Servicios de Salud es el organismo responsable de la conducción y buena marcha del proceso de la coordinación funcional e integración orgánica del Sistema Público de Servicios de Salud y estará integrado por los siguientes miembros:

1. El (la) Ministro(a) de Salud, o el (la) funcionario en quien este (a) delegue, con derecho a voz y voto.
2. El (la) Director (a) General de la Caja de Seguro Social, o el (la) funcionario en quien este (a) delegue con derecho a voz y voto.
3. El (la) Ministro (a) de Economía y Finanzas, o el (la) funcionario en quien este (a) delegue sólo con derecho a voz.

El Consejo nacional de coordinación e integración del Sistema Público de Servicios de Salud, elaborará su propio reglamento y el de cada uno de los entes que conforman los niveles de sistematización, programación, supervisión y ejecución de conformidad con lo dispuesto en esta Ley.

Artículo 18. El nivel de sistematización, programación y supervisión está conformado por el Comité Técnico Nacional de Coordinación e Integración de los Servicios Públicos de Salud.

Artículo 19. El nivel de ejecución está conformado por el Comité Técnico Regional de Coordinación e Integración de los Servicios Públicos de Salud.

Artículo 20. Se constituye el Consejo Nacional de Contraloría Social del Sistema Público de Servicios de Salud como organismo de participación ciudadana en todo el proceso de transformación del Sistema Público de Servicios de Salud, de acuerdo a las necesidades de salud de la población en forma equitativa, transparente, eficiente y eficaz.

Artículo 21. El Consejo Nacional de Contraloría Social estará integrado por todas las organizaciones participantes en la Mesa de Salud en el proceso de Concertación Nacional para el Desarrollo concluido en agosto del 2007, incluyendo a la Confederación de Comités de Salud y un representante por las provincias.

El Consejo Nacional de Contraloría Social desarrollará y aprobará el reglamento para su funcionamiento.

Las instituciones que forman parte del Consejo Nacional de Coordinación e Integración del Sistema Público de Servicios de Salud, no forman parte de este Consejo.

Capítulo III

Del funcionamiento del proceso de transformación del Sistema Público de Servicios de Salud
Artículo 22. Son funciones del Consejo Nacional de Coordinación e Integración de los servicios públicos de salud:

1. Formular las políticas para el desarrollo del proceso de coordinación e integración de los servicios públicos de salud.
2. Designar a los funcionarios del Comité Técnico Nacional de Coordinación e Integración de los servicios públicos de salud.
3. Definir en común acuerdo con el Consejo Nacional de Contraloría Social los mecanismos para la selección del Coordinador del Comité técnico regional.
4. En el ámbito regional, designar al Coordinador del Comité Técnico Regional, de acuerdo a los mecanismos de selección acordados con el Consejo de Contraloría Social.
5. Decidir sobre los asuntos relacionados con la coordinación e integración con base a los informes de los Comités Técnico Nacional y Regional de Coordinación e Integración de los servicios públicos de salud.
6. Supervisar las acciones de los Comités Técnico Nacional y Regional de Coordinación e Integración de los servicios públicos de salud.
7. Rendir informe periódico al Órgano Ejecutivo, a la Junta Directiva de la Caja de Seguro Social, y al Consejo Nacional de Contraloría social sobre el desarrollo del proceso de coordinación e integración.
8. Tomar decisiones relacionadas con los procesos de coordinación e integración apoyadas en consultas realizadas al Consejo Nacional de Contraloría Social y vigilar el cumplimiento de las mismas.
9. Divulgar las acciones relativas a los procesos de coordinación e integración de los servicios de salud por los medios masivos de comunicación social.
10. Desarrollar a través de un reglamento las funciones y atribuciones de cada uno de los entes que conforman los niveles de sistematización, programación, supervisión y ejecución, de conformidad con lo dispuesto en esta Ley.
11. Asegurar por región sanitaria, durante las fases de coordinación, el desarrollo e implementación homologada de un sistema de información para la toma de decisiones en el nivel político – decisorio, nivel de sistematización, programación, supervisión y en el nivel de ejecución del Sistema Público de Servicios de Salud, en un plazo no mayor de 24 meses a partir de la vigencia de la presente ley.

Artículo 23. Las Funciones del Consejo Nacional de Contraloría Social del Sistema Público de Servicios de Salud son las siguientes:

1. Orientar, asesorar, validar y recomendar al Consejo Nacional de Coordinación e Integración del Sistema Público de Servicios de Salud y al Comité Técnico Nacional con respecto a las decisiones y acciones que emanen de estos organismos, para la coordinación e integración del Sistema Público de Servicios de Salud.
2. Controlar, vigilar y evaluar el cumplimiento de las acciones que se ejecutan en todas las fases de transformación del Sistema Público de Servicios de Salud, a través de los mecanismos de verificación y seguimiento que se establezcan en la reglamentación de esta ley.
3. Rendir informes periódicos a la comunidad y a las organizaciones que representan.
4. Revisar y acordar de común acuerdo con el Consejo Nacional de Coordinación e integración del Sistema Público de Servicios de Salud, los mecanismos de selección de los coordinadores e integradores regionales en las fases de transformación del Sistema Público de Servicios de Salud.
5. Participar en los procesos de diseño, implementación y evaluación del modelo de atención.
6. Establecer y aplicar los mecanismos de evaluación científica y oportuna de la satisfacción de los usuarios del Sistema Público de Servicios de Salud durante todas las fases del proceso de transformación como mecanismo de realimentación.
7. Participar en el diseño y evaluación del cumplimiento de las políticas y planes estratégicos para el Sistema Público de Servicios de Salud.
8. Participar en los procesos de planificación, ejecución y evaluación del funcionamiento del Sistema Público de Servicios de Salud.
9. Contribuir en la promoción a nivel de la comunidad, de los estilos de vida saludables y en el desarrollo de actividades de mercadeo social de la salud y prevención de enfermedades, así como el cumplimiento de los derechos y deberes en salud como una forma efectiva de participación social.
10. Coadyuvar en conjunto con las autoridades al desarrollo de estrategias de participación social que garanticen el buen funcionamiento del Sistema Público de Servicios de Salud.
11. Monitorear y evaluar los informes periódicos de la ejecución presupuestaria de los gastos del Sistema Público de Servicios de Salud y hacer las recomendaciones para el uso adecuado, vigilando la utilización correcta de los recursos.
12. Vigilar que las instalaciones de salud sean seguras, saludables, higiénicas, confortables y amigables para los usuarios internos y externos.
13. Fomentar alianzas estratégicas intra y extra sectoriales para el desarrollo de actividades de promoción de la salud, prevención de enfermedades y participación social.
14. Vigilar el desarrollo de las acciones que se ejecutan en los diferentes niveles para la coordinación e integración del Sistema Público de Servicios de Salud.
15. Evaluar el proceso de planificación y ejecución del financiamiento en las fases de coordinación e integración del Sistema Público de Servicios de Salud.

Artículo 24. Gestión de Recursos Humanos. Las instituciones que conforman el Sistema Público de Servicios de Salud establecerán una política moderna y homologada de gestión de recursos humanos basada en méritos y competencias, dirigida a la protección y desarrollo de este recurso, para la satisfacción de las necesidades de salud de la población, con apego a las normas constitucionales, leyes y acuerdos existentes que regulan las carreras de la función pública y ciencias de la salud.

Disenso CONATO.

Artículo 25. Procedimiento de compras. Para efectos de las compras de medicamentos, equipos y otros insumos para la provisión de servicios de salud, las instituciones que conforman el Sistema Público de Servicios de Salud reglamentarán y homologarán sus procedimientos de compra de la forma más conveniente y expedita a los intereses del sistema, con énfasis en los principios de economía de escala, transparencia, oportunidad, calidad y continuidad de la provisión, con fundamento en las normas legales vigentes.
Reserva de la CSS, debido a que puede entrar en conflicto con el artículo 76 de la ley 51.

TÍTULO III

DE LAS FASES DEL PROCESO DE TRANSFORMACIÓN DEL SISTEMA PÚBLICO DE SERVICIOS DE SALUD

Capítulo I

De la Coordinación del Sistema Público de Servicios de Salud

Artículo 26. Fase de Coordinación Funcional de los Servicios Públicos de Salud. La coordinación funcional constituye la primera fase del proceso de transformación del Sistema Público de Servicios de Salud. En esta fase el Ministerio de Salud, la Caja de Seguro Social y demás entidades públicas que brindan servicios integrales de salud, deberán concertar las políticas, planes, programas, actividades, recursos, objetivos y metas, para lograr un nivel adecuado de salud y bienestar de la población.

En esta fase se establecerá a su vez, la implementación homologada de acciones de atención integral, gestión, información, evaluación, regionalización, sectorización y desarrollo de un sistema de compensación de costos para la contraprestación de servicios, maximizando la provisión con eficiencia, humanización y calidad de los servicios de salud en todos los niveles de atención y grados de complejidad con equidad, oportunidad y accesibilidad, como un proceso continuo.

Disenso de la SPMG, porque el modelo de organización del SPS ya fracasó con la coordinación e integración.

Artículo 27. Reestructuración administrativa funcional. En la fase de coordinación funcional las entidades públicas proveedoras de servicios de salud se reestructurarán administrativa y funcionalmente, y fortalecerán la capacidad homologada de respuesta, adecuando sus instalaciones de salud.

De igual forma, se implementarán procesos de gestión de cambio organizacional, respetando y promoviendo los derechos adquiridos y deberes de todos los servidores públicos del Sistema.

Artículo 28. Provisión de servicios de salud en la fase de coordinación. Durante esta fase, las entidades públicas reguladas por esta ley, proveerán servicios de salud de forma coordinada y articulada, utilizando como eje el modelo de gestión y atención dirigido a fortalecer la APS, hasta que concluya en cada región la homologación y evaluación satisfactoria de los indicadores de procesos, estructuras, productos e impacto.

La coordinación incluirá aportes de la medicina tradicional de las distintas etnias y otros grupos humanos, la participación social, la intersectorialidad y otros componentes de la estrategia de APS.

Artículo 29. Coordinación interinstitucional de salud. Las instituciones públicas de servicios de salud, centralizadas o descentralizadas y bajo la forma de patronato que forman parte del Sistema Público de Servicios de Salud, adecuarán sus funciones conforme al marco que establezca esta ley y su reglamentación.

Capítulo II

De la fase la integración orgánica del Sistema Público de Servicios de Salud

Artículo 30. Fase de integración orgánica de los servicios públicos de salud. La integración orgánica constituye la segunda fase del proceso de transformación del Sistema Público de Servicios de Salud, a desarrollarse una vez concluya en forma satisfactoria la ejecución y evaluación de la fase de coordinación funcional en las diferentes regiones de salud del país.

En esta fase el Ministerio de Salud, la Caja de Seguro Social y demás instituciones públicas de los servicios de salud, desarrollarán procesos graduales para la articulación funcional y orgánica de sus servicios.

La articulación orgánica y funcional a desarrollarse en esta fase incluye:

1. La provisión de los servicios de salud en forma homologada.
2. La conformación de una red unitaria para la provisión de los servicios integrales de salud estructurada por niveles de atención y escalones de complejidad con énfasis en la estrategia de APS, con instalaciones de salud de patrimonio propio de las respectivas entidades cuyos servicios de salud se articulan en cada región de salud.
3. La asignación de recursos humanos, tecnológicos y de infraestructura del patrimonio de las instituciones a las diferentes instalaciones de la red para fortalecer la capacidad resolutiva según niveles.

Este proceso una vez finalizado y evaluado en forma satisfactoria permitirá la conformación del Sistema Público de Servicios de Salud de acceso universal.

Artículo 31. Integración de la gestión administrativa. Durante el desarrollo de esta fase se implementará:

1. La integración de la gestión administrativa local y regional de los recursos humanos, físicos, tecnológicos y financieros, iniciada en la fase de coordinación.
2. El fortalecimiento de las entidades públicas de salud.
3. El monitoreo y la evaluación unificada de todas las acciones de provisión integrada de servicios de salud, estableciendo la gestión por competencias del recurso humano, respetando y promoviendo la estabilidad laboral, los deberes y derechos adquiridos de los servidores públicos.

Durante el desarrollo de la etapa de integración administrativa local y regional desaparece cualquier otra forma de gestión y financiación contraria al nuevo modelo público de salud, garantizando el Ministerio de Salud y la Caja de Seguro Social los servicios necesarios suficientes y continuos a la población.
Acordado con disenso condicionado de CONATO e Iglesia, hasta definición del financiamiento.

Artículo 32. El Sistema Público de Servicios de Salud ofertará servicios de salud a toda la población, prohibiéndose cualquier forma de privatización y externalización de servicios públicos de salud. Solo podrán contratarse servicios externos en las situaciones que por casos fortuitos o circunstancias excepcionales el Sistema Público de Servicios

de Salud se encuentre imposibilitado temporalmente para la provisión de dichos servicios y con ello se ponga en riesgo la vida de las personas o la población. Durante las fases de coordinación e integración se ejecutarán las acciones necesarias tendientes a eliminar cualquier forma existente de provisión de servicios de salud contrarias al carácter público del Sistema.

TÍTULO IV

DEL FINANCIAMIENTO DE LA TRANSFORMACIÓN DEL SISTEMA PÚBLICO DE SERVICIOS DE SALUD

Capítulo I

Principios del financiamiento

Artículo 33. El Estado, con base a la obligación constitucional de velar por la salud de toda la población de la República, tomará las medidas pertinentes a fin de garantizar la continua y eficiente prestación de los servicios de salud, asumiendo las responsabilidades financieras que la Constitución y la ley le establecen. Por su parte, la Caja de Seguro Social financiará únicamente los servicios de salud a la población asegurada, a través de los recursos financieros que le otorga el Riesgo de Enfermedad y Maternidad y el componente de prestaciones de salud de Riesgos Profesionales con base a lo establecido en la Ley 51 de 2005 y el Decreto de Gabinete número 68 del 31 de marzo del 1970.

Artículo 34. El Ministerio de Salud y la Caja de Seguro Social mantendrán su propia identidad, adecuarán su estructura organizacional para la provisión de servicios de salud, manteniendo su independencia y autonomía financiera como instituciones gubernamentales, durante las fases de transformación, interactuando en el marco del Plan Nacional de Salud.

Artículo 35. El aporte financiero para la transformación del Sistema Público de Servicios de Salud estará orientado a la eficiencia y a la eliminación de la duplicidad de los servicios de salud, asegurando el uso racional de los recursos y garantizando la cobertura universal de los servicios de salud.

Artículo 36. En todas las fases de la transformación del Sistema Público de Servicios de Salud se priorizará el financiamiento de la atención de salud de los pueblos indígenas y demás grupos humanos vulnerables, de acuerdo al Plan Nacional de Salud, en busca de la equidad.

Capítulo II

Del financiamiento de las fases de transformación del Sistema Público de Servicios de Salud

Artículo 37. Compromiso financiero del Estado. El aporte del Estado en las fases de coordinación e integración, deberá ser suficiente para garantizar la atención de salud con calidad de toda la población, y para ello se basará en estándares nacionales e internacionales. La inversión pública per cápita en la atención de la población no asegurada, deberá ser igual o mayor a la inversión per cápita que ejecute la Caja de Seguro Social en la atención de la población asegurada.

De producirse insuficiencias en el financiamiento aportado por la Caja de Seguro Social, según los recursos establecidos en la Ley 51 del 27 de diciembre del 2005, para la atención en salud del Riesgo de Enfermedad y Maternidad y lo correspondiente a las prestaciones de salud de Riesgos Profesionales, la diferencia será aportada por el Estado para evitar el desmejoramiento de la calidad de los servicios de salud a la población asegurada.

Artículo 38. De conformidad con lo dispuesto en el artículo anterior, el Estado a través del Gobierno Central aportará el financiamiento necesario y suficiente para:

1. La provisión de servicios de salud por parte del Ministerio de Salud, para la atención de la población a su cargo, comprendidas las garantías de la seguridad en salud de toda la población.
2. Además de los fondos anuales consignados dentro de los presupuestos de las instituciones públicas de servicios de salud, el Estado, a través del Gobierno Central, creará un fideicomiso con un componente de infraestructura y equipamiento del Sistema Público de Servicios de Salud.
3. Además de los fondos anuales consignados dentro de los presupuestos de las instituciones públicas de servicios de salud para la atención de las enfermedades catastróficas y crónicas, el Estado, a través del Gobierno Central, creará un Fideicomiso con un componente de obtención oportuna de insumos y medicamentos a esta población.
4. Además de los fondos anuales consignados dentro de los presupuestos de las instituciones públicas de servicios de salud, el Estado, a través del Gobierno Central, creará un fondo de fideicomiso con un componente de garantía financiera de la transformación del Sistema Público de Servicios de Salud en la región en la cual se implemente.
5. El Estado, a través del Gobierno Central, mantendrá de manera permanente el aporte al Riesgo de Enfermedad y Maternidad de 25 millones de balboas, que en la Ley 51 de la Caja de Seguro Social, lo ordenaba durante solamente los años 2006, 2007 y 2008.
6. El financiamiento en las fases de coordinación e integración de la transformación del Sistema Público de Servicios de Salud, debe ser específico. Para dichos efectos, los recursos que se asignen formaran parte del presupuesto general del Estado.
7. Asumir progresivamente los costos de la atención de los beneficiarios de la Caja de Seguro Social.
8. Realizar en un período no mayor de 24 meses a partir de la entrada en vigencia de la presente ley, los estudios pertinentes para analizar la factibilidad de que el Estado asuma de manera gradual y progresiva los aportes que dan los jubilados y pensionados al Programa de Riesgo de Enfermedad y Maternidad.

La Contraloría General de la República fiscalizará en cada período fiscal, la administración y el manejo de los aportes indicados en este artículo.

Disenso condicionado [hasta que se aclare el objeto, manejo y proporción del fideicomiso] de ANEP, CONATO, Colegio Nacional de Farmacéuticos, Organización de Promoción de desarrollo social y Pacientes de SIRA.

Artículo 39. Método de cálculo de los aportes del Estado. Para efectos de determinar el monto a cubrir por cada persona a su cargo, atendida en el Sistema Público de Servicios de Salud, el Estado utilizará como método de cálculo la alternativa de gasto planificado y gradualmente hará los ajustes para implementar el método de costo per cápita modificado por los factores de ponderación por riesgo antes de finalizar la fase de integración total del Sistema Público de Servicios de Salud.

Disenso SPMG, el cambio debe ser al final de la fase de coordinación.

Se aplicará la metodología necesaria y disponible para garantizar la sostenibilidad financiera del Sistema Público de Servicios de Salud, así como la calidad, continuidad y oportunidad de la atención, en las fases de coordinación e integración.

El Sistema Público de Servicios de Salud desarrollará la infraestructura tecnológica necesaria para la implementación de métodos de costos per cápita modificado por factores de riesgos.

Los factores de ponderación de riesgos para determinar el cálculo per cápita serán considerados dentro de las esferas demográficas, epidemiológicas, sociales y otras, y deberán ser especificados cada año en el plan nacional de salud, en garantía de asegurar que se apliquen los más actualizados.

Para efectos de determinar el costo a cubrir por cada persona asegurada, la CSS aplicará simultáneamente el mismo método de cálculo de los aportes a las regiones sanitarias que el resto del Estado en las fases de coordinación e integración.

Disenso de la CSS.

Capítulo III

Del fideicomiso a favor del Sistema Público de Servicios de Salud

Artículo 40. Creación del Fideicomiso. Dentro de los ciento veinte (120) días posteriores a la entrada en vigencia de la presente ley, el Estado creará un fideicomiso en adelante denominado el Fondo, cuyo fiduciario será el Banco Nacional de Panamá.

Este fideicomiso será utilizado para proporcionar garantías adicionales a los compromisos presupuestarios ordinarios en los siguientes componentes, cuyo manejo será de uso estricto para cada una de ellos:

1. La transformación del Sistema Público de Servicios de Salud en la región en la cual se implemente.
2. Dar soporte contingente al presupuesto regular para la obtención oportuna y continua de medicamentos e insumos necesarios para la atención de pacientes de enfermedades crónicas y catastróficas.
3. La adecuación de las infraestructuras del Ministerio de Salud a nivel nacional de conformidad con las regiones donde se implemente el Sistema Público de Servicios de Salud.

Disenso condicionado CONATO. La CSS presenta su reserva por la inclusión de enfermedades crónicas.

Artículo 41. Ingresos del fideicomiso. El Estado depositará anualmente los fondos para este fideicomiso, el cual consistirá en lo siguiente:

1. Un monto no menor al 10% del presupuesto asignado por el Ministerio de Salud y la Caja de Seguro Social por región, destinado para la provisión de servicios de salud, a fin de garantizar financieramente la transformación del Sistema Público de Servicios de Salud en la región a la cual se implemente.
2. Un monto no menor al 10% del presupuesto de funcionamiento global del Ministerio de Salud y la Caja de Seguro Social, para la obtención oportuna y continua de medicamentos e insumos adicionalmente necesarios para la atención de pacientes de enfermedades crónicas y catastróficas.
3. Un monto no menor al 10% del presupuesto de funcionamiento global del Ministerio de Salud y la Caja de Seguro Social, para la adecuación de la infraestructura y equipamiento del SPS.

Disenso condicionado de CONATO, disenso de la CSS en redacción de los puntos 2 y 3.

Artículo 42. Inversiones de los fondos fiduciarios. Los recursos del Fondo deben ser invertidos y considerar las proyecciones técnicamente efectuadas para determinar la necesidad de utilizarlos en condiciones de seguridad, de rendimiento y de liquidez.

Disenso condicionado de CONATO.

Artículo 43. Funciones del fiduciario. Los recursos del Fondo serán administrados por el Banco Nacional de Panamá en calidad de fiduciario.

El Banco Nacional de Panamá, como fiduciario, publicará anualmente, en medios escritos, electrónicos y en un diario de la localidad, un informe financiero sobre las operaciones del Fondo; además, entregará el informe a las instituciones Ministerio de Salud y la Caja de Seguro Social y al Consejo de Contraloría Social, además; dará acceso preferente a la información en detalle al Consejo de Contraloría Social cuando lo requiera y a otros interesados en conocer sobre su funcionamiento.

El Banco Nacional de Panamá, como fiduciario, tendrá, entre otras, las siguientes funciones:

1. Administrar los bienes del fideicomiso con la diligencia de un buen padre de familia.
2. Preparar mensualmente los informes financieros.
3. Ordenar, por lo menos una vez al año, informes de auditoría y análisis de rendimiento financiero del Fondo.

Disenso condicionado de CONATO.

Artículo 44. Reglamentación. Las operaciones del Fondo serán objeto de reglamentación por parte del Órgano Ejecutivo.

Disenso condicionado de CONATO.

Capítulo IV

De la modalidad del financiamiento de la fase de coordinación del Sistema Público de Salud

Artículo 45. El proceso de la fase de coordinación funcional requerirá del aporte de los recursos financieros suficientes, necesarios, oportunos y sostenibles por parte del Gobierno Central a través del Ministerio de Salud, la Caja de Seguro Social, y demás instituciones públicas de servicios de salud, dentro del marco legal de su responsabilidad.

Los aportes financieros se sustentarán en presupuestos anuales formulados y ejecutados para satisfacer las necesidades de atención de la población a su cargo y acorde con las competencias asignadas para su ejecución en el Plan Nacional de Salud; para garantizar el servicio coordinado y la calidad de atención por grupo etáreo, género, niveles de atención y complejidad y perfil socio-epidemiológico por región de salud.

Artículo 46. Las Instituciones mantendrán su propia identidad, manteniendo la independencia financiera, que como instituciones gubernamentales del Estado interactúan de manera dependiente en el marco de un Plan Nacional de Salud.

Artículo 47. Facturación y compensación de costos. Durante la fase de coordinación, el Ministerio de Salud, la Caja de Seguro Social y otras entidades públicas que brindan servicios de salud, acordarán convenios de compensación de costos, por la contraprestación de servicios desde el nivel regional y establecerán un sistema efectivo de facturación de costos reales para la provisión de la atención de salud a la población bajo su responsabilidad.

Las instituciones públicas de servicios de salud consignarán en sus respectivos presupuestos, los recursos suficientes para pagar en forma oportuna y efectiva.

Disenso condicionado del Colegio Nacional de Farmacéuticos.

Capítulo V

De la modalidad del financiamiento de la fase de integración del Sistema Público de Servicios de Salud

Artículo 48. Durante la fase de integración orgánica y funcional, el Gobierno Central a través del Ministerio de Salud y la Caja de Seguro Social dentro del marco de su responsabilidad, cumplirán con el aporte suficiente, necesario, oportuno, sostenible y debidamente establecido para la atención de la población.

Artículo 49. El Gobierno Central a través del Ministerio de Salud aportará los fondos consignados en el presupuesto general del Estado correspondientes a la provisión de servicios de salud. Por su parte, la Caja de Seguro Social asignará los fondos destinados al funcionamiento del Sistema Público de Salud provenientes de los Riesgos de Enfermedad y Maternidad y lo de Riesgos Profesionales en lo que se refiera al componente de prestaciones de salud, para la ejecución de la fase de integración.

Artículo 50. Los recursos financieros aportados por el Gobierno Central a través del Ministerio de Salud y la Caja de Seguro Social serán administrados de forma integrada y con equidad para la atención de la población regional a su cargo, manejados por la estructura administrativa regional respectiva, acordada en la fase de coordinación.

Artículo 51. Los funcionarios con atribuciones directivas y administrativas del Sistema Público de Salud, estarán facultados para manejar los fondos asignados al sistema provenientes de las instituciones integradas.

TÍTULO V

DISPOSICIONES TRANSITORIAS Y FINALES

Artículo 52. El Ministerio de Salud pagará a la Caja de Seguro Social, la deuda existente a la fecha de entrada en vigencia de la presente ley, derivada de los Convenios de Compensación de Costos entre la Caja de Seguro Social y el Ministerio de Salud, una suma que no será inferior a cinco millones de balboas (B/.5,000,000.00). Este pago se realizará por una sola vez en la siguiente vigencia fiscal a la aprobación de la presente ley.

Adicionalmente el Ministerio de Salud pagará a la Caja de Seguro Social, la deuda existente a la fecha de entrada en vigencia de la presente ley, una suma que no será inferior a dos millones de balboas (B/.2,000,000.00) en concepto de gastos adeudados relacionados con la garantía de cobertura universal de servicios de salud a las mujeres durante su embarazo, parto y puerperio así como los niños menores de cinco (5) años, según lo dispuesto en el Decreto Ejecutivo 428 del 2004. Este pago se realizará por una sola vez en la siguiente vigencia fiscal a la aprobación de la presente ley.

Artículo 53. En un periodo no mayor de 24 meses contados a partir de la vigencia de la presente ley, la Caja de Seguro Social deberá establecer científicamente el aporte real del componente de salud del Programa de Riesgo Profesional y del Programa de Administración que asignarán al Sistema Público de Servicios de Salud.

Concertado con disenso de la Caja de Seguro Social que sugiere 36 meses.

Artículo 54. En procura de solucionar la deuda de servicios de atención acumuladas en todas las regiones con anterioridad a la vigencia de esta ley, durante el primer año de su aplicación, podrán contratarse servicios externos para la satisfacción de la demanda, previa determinación de la necesidad por parte de los responsables en las instituciones públicas y conocimiento del Consejo Nacional de Contraloría Social y sólo para complementar los servicios de atención que las instituciones públicas de servicios de salud no puedan ofertar temporalmente.

Artículo 55. El Sistema Público Unificado de Salud será el producto resultante de la ejecución efectiva y satisfactoria de las fases de coordinación e integración que deberán ejecutar el Ministerio de Salud, la Caja de Seguro Social y demás instituciones públicas de servicios de salud, previo cumplimiento obligatorio de las siguientes condiciones esenciales:

1. Haber cumplido satisfactoriamente la evaluación de las fases de coordinación e integración, verificada a través de indicadores de estructura, procesos, productos e impactos en cada región de salud, previamente establecidos para el Sistema Público de Servicios de Salud.
2. Aceptación por parte de la población de las fases cumplidas, valoradas científicamente, mediante el uso de herramientas objetivas que permitan su verificación.
3. Garantizar el cumplimiento del financiamiento por parte del Estado a través del Ministerio de Salud para la población no asegurada y por parte de la Caja de Seguro Social para la población asegurada. En el evento de existir insuficiencias el Estado deberá afrontar los déficits que se presenten para financiar la prestación pública de los servicios de salud, de acuerdo al mandato constitucional, artículos 109 y 110.
4. Haber iniciado el Estado el aporte progresivo de los costos de atención de los beneficiarios de la Caja de Seguro Social; una vez establecido un sistema de costos dentro del Sistema Público de Servicios de Salud.
5. La reestructuración y fortalecimiento de las entidades públicas de salud.
6. La existencia de una red integrada de Servicios Públicos de Salud.

Una vez cumplidas estas condiciones se concretarán los procesos necesarios para formalizar un Sistema Público Unificado de Salud, respondiendo a una sola dirección administrativa nacional y orientada a través de las políticas y planes nacionales, para el desarrollo de una gestión descentralizada, despolitizada, eficiente, eficaz, técnica y profesional, con elevados estándares de calidad, de rendición de cuentas, participación social, y financiamiento adecuado, oportuno y pertinente garantizando una cobertura universal para la atención de salud de toda la población panameña.

En el Sistema Público Unificado de Salud, la provisión de servicios de salud se ofertará a través de una red única nacional de servicios articulada por niveles de atención y escalones de complejidad cuya administración sólo podrá ser asumida por la Caja de Seguro Social o por el Ministerio de Salud.

Por su magnitud, trascendencia e importancia para la salud pública nacional, el modelo para la estructuración del Sistema Público Unificado de Salud, debidamente validado por los mecanismos de consulta popular vigentes, será desarrollado a través de una nueva ley.