



Análisis de la Situación del Financiamiento de Salud en Panamá 2021

DIRECCIÓN DE PLANIFICACIÓN DE SALUD ENERO 2022



MINISTERIO
DE SALUD



IGORGAS
INSTITUTO CONMEMORATIVO GORGAS
DE ESTUDIOS DE LA SALUD



A low-angle photograph of a lush green forest. The trees are dense and vibrant green, reaching towards a clear blue sky with some light clouds. In the bottom right foreground, the large, feathery fronds of a palm tree are visible. On the far left edge, a small portion of a white flag is seen. A semi-transparent dark grey box is overlaid on the bottom right of the image, containing white text.

Elaborado por:

**Ministerio de Salud de Panamá.
Dirección de Planificación de Salud (DIPLAN).**

Con apoyo técnico de:

**Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios para la Salud.
Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) en Panamá.**

Autoridades y Equipo Técnico

Autoridades 2021:

- Su Excelencia Luis Francisco Sucre Mejía. *Ministro de Salud.*
- Su Excelencia Ivette O. Berrío Aquí. *Viceministra de Salud.*
- Honorable Señor José B. Baruco Villarreal. *Secretario General.*

Equipo Técnico MINSA:

- Dr. Cirilo Lawson. *Director de Planificación de Salud.*
- Licda. Indira Credidio. *Dirección de Planificación. Economía de la Salud.*
- Licda. Nadris Chiquidama. *Dirección de Planificación. Economía de la Salud.*
- Dra. Reina Roa. *Dirección de Planificación. Análisis de Situación y Tendencias de Salud*
- Licda. Nurkia Arosemena. *Dirección de Planificación. Formulación y Evaluación de Presupuesto y Proyectos de Inversión.*
- Licda. Rosa Berdiales. *Dirección de Finanzas. Departamento de Costos*
- Econ. Dagoberto Vega. *Dirección de Recurso Humanos. Jefe del Dpto. de Planificación e Investigación de Recursos Humanos.*

Equipo Técnico Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud (ICGES):

- Econ. Emmanuel Ureña. *Departamento de Investigación y Evaluación de Tecnología Sanitaria*

Equipo Técnico OPS:

- Econ. Alejandra Carrillo Roa. *Asesora Internacional de Sistemas y Servicios de Salud.*
- Dr. Hugo Chacón. *Asesor en Sistemas de Información Gerencial.*
- Dr. Frank Rodríguez. *Consultor.*
- Ing. Jaafar Abuzid. *Consultor Nacional.*

Colaboradores:

- *Superintendencia de Seguros y Reaseguros de Panamá.*
- *Autoridad de Protección al Consumidor y Defensa de la Competencia.*
- *Caja del Seguro Social. Planificación de Salud, Unidad de Economía de la Salud.*
- *MINSA: Dirección de Provisión de Salud, Dirección Nacional de Farmacia y Drogas, Dirección de Medicamentos e Insumos Sanitarios, Dirección General de Salud, Dirección de Planificación, Dirección de Finanzas, Dirección de Recursos Humanos, Dirección de Administración.*

Diagramación y fotografía:

- Gerardo Cárdenas. *Consultor OPS.*



Presentación

En este documento se esboza una perspectiva de la situación del financiamiento de la salud en Panamá, con el propósito de analizar, desde varios contextos, la situación financiera nacional y su impacto en la financiación de la salud, así como visualizar la importancia del desarrollo de una estrategia orientada a la búsqueda e implementación de otros mecanismos de financiamiento de la salud más eficientes, eficaces, efectivos y equitativos.

El diagnóstico de financiamiento que se presenta a continuación proporciona información sobre el funcionamiento del sistema de salud, describiendo algunos problemas, limitantes y desafíos que enfrenta el país para avanzar hacia acceso universal a la salud, por lo que este documento es, sin duda, un punto de partida para la toma de decisiones.

Como verán más adelante, el diagnóstico que se presenta recoge en las distintas secciones aspectos socioeconómicos que incluyen datos de PIB y sus variaciones, orientaciones de la economía nacional, crecimiento económico y su perspectiva, al igual que algunos efectos de la pandemia en la esfera económica. En cuanto al elemento fiscal se mencionan puntos clave referentes a la tributación fiscal y al gasto total del gobierno central en función del PIB. De igual forma, se hace referencia a la aplicación de algunas estrategias desarrolladas en la ruta hacia la nueva normalidad y datos de la deuda pública, entre otros. Especial mención se hace a los tributos vinculados a la salud, tipos de pagos anticipados para cubrir la atención de salud y a la recaudación relacionada a impuestos selectivos.

El gasto en salud se enfoca en el gasto per cápita y en el gasto en términos del PIB, abordándose la composición del gasto público y privado, reiterando que el gasto en salud mayoritariamente proviene de los esquemas gubernamentales. El sistema de financiamiento de salud en Panamá se caracteriza por la ausencia de la mancomunación de los recursos financieros públicos del sistema de salud, lo que se traduce en duplicidad e ineficiencias.

El abordaje del derecho a prestaciones de salud y racionamiento de recursos se enfoca sobre aspectos relativos a la organización y gestión del sistema de salud, tarifas, precios, copagos de los servicios, gratuidad en la atención y en la compensación financiera para la prestación del servicio. Las listas de espera, información del recurso humano y la posibilidad de cambios en los beneficios o servicios de salud son otros aspectos tratados que permiten valorar la situación de la población con respecto al acceso a los servicios de salud. Así mismo, se destaca como elemento novedoso la información sobre las pólizas de los seguros de salud.

La calidad del servicio ha sido, es y será un componente fundamental en la búsqueda de la satisfacción de los usuarios, por tanto, indispensable al considerar cambios en los esquemas de financiación de la salud. Tal es el caso, de las estrategias propuestas en la Política Nacional de Salud 2016-2025.

La evaluación de la eficiencia en el uso de recursos es clave para mejorar la gestión y financiación de los servicios de salud. En este sentido, el manejo integral de medicamentos, insumos sanitarios, productos y servicios sanitarios, se constituyen en un reto para el sistema de salud de Panamá. Por lo tanto, este diagnóstico recoge elementos orientadores en esta materia, lo que incluye los procesos de compra, la gestión y el pago a proveedores, como las herramientas gerenciales que se utilicen para tales efectos.

La optimización en el uso de los recursos y la gestión óptima del personal de salud, se tornan cada vez más esenciales debido a las limitantes del sistema para cubrir todas las necesidades de salud de la población. Es por ello, que, si cada componente del sistema de salud de Panamá se torna más eficiente y eficaz, sin comprometer la calidad de los servicios prestados, será posible alcanzar una mayor cobertura a un menor costo, con una gama más amplia de servicios en procura de la equidad.

DR. LUIS FRANCISCO SUCRE MEJÍA
MINISTRO DE SALUD

Contenido

Presentación	2
Introducción	6
CAPÍTULO 1 SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA: BREVE SÍNTESIS.....	9
CAPÍTULO 2 CONTEXTO FISCAL.....	15
2.1 Diferentes fuentes de ingresos fiscales y financiamiento de la salud.....	19
2.1.1 Tributos vinculados a salud	23
CAPÍTULO 3 GASTO EN SALUD	29
3.1 Composición del gasto público y privado	31
CAPÍTULO 4 MANCOMUNACIÓN DE FONDOS	35
CAPÍTULO 5 DERECHOS A PRESTACIONES Y RACIONAMIENTO DE RECURSOS	37
5.1 Pólizas de seguros de salud.....	40
5.2 Acceso a los servicios de salud.....	42
5.2.1 Listas de espera.....	43
5.2.2 Personal de salud	43
5.2.3 Cambios en los “beneficios” o servicios de salud	45
CAPÍTULO 6 COMPRAS ESTRATÉGICAS	47
6.1 Proveedores.....	49
6.2 Pago a proveedores	51
CAPÍTULO 7 CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD.....	57
7.1 Programa de extensión de cobertura y fortalecimiento de redes integradas de servicios de salud (eec-foris)	61
CAPÍTULO 8 EVALUACIÓN DE LA EFICIENCIA EN EL USO DE RECURSOS CLAVE DE LOS SERVICIOS DE SALUD.....	69
8.1 Medicamentos: infrautilización de medicamentos genéricos y precios superiores a los necesarios.....	69
8.2 Medicamentos: uso de medicamentos de calidad inferior o falsificados.....	71
8.3 Medicamentos: inapropiados y uso ineficaz.....	78
8.4 Productos y servicios sanitarios: uso excesivo o suministro de equipos, investigaciones y procedimientos.....	79
8.5 Trabajadores de la salud: combinación de personal inapropiado o costoso y trabajadores desmotivados.....	87
8.6 Servicios de salud: ingresos hospitalarios inadecuados y duración de la estancia.....	89

8.7 Servicios de salud: tamaño inadecuado del hospital (bajo uso de infraestructura).....	91
8.8 Servicios sanitarios: errores médicos y calidad asistencial subóptima.....	97
8.9 Fugas del sistema de salud: desperdicio, corrupción y fraude	101
8.10 Intervenciones sanitarias: combinación ineficaz / nivel inadecuado de estrategias	101
Conclusiones.....	108
Bibliografía.....	110
Anexo 1	112
Anexo 2.....	120

Introducción

La financiación de la atención de la salud es la función de un sistema de salud que se centra en la movilización, la acumulación y la asignación de recursos para cubrir las necesidades de la salud de la población, ya sea individual o colectivamente, en el sistema de la salud.

Este documento presenta el diagnóstico del financiamiento del sistema de salud de Panamá, que mediante un análisis cuali-cuantitativo describe la situación actual, enfocado en aspectos como: la implementación de la política de financiamiento de salud; las aproximaciones a las estimaciones de ingresos y gastos; las medidas de cobertura de servicios y las medidas de protección financiera, entre otros.

La Estrategia para el Acceso Universal a la Salud y la Cobertura Universal de Salud de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en la línea estratégica No. 3, establece aumentar y mejorar el financiamiento, con equidad y eficiencia, y avanzar hacia la eliminación del pago directo:

- Aumentando el financiamiento público en salud (6% del PIB es una referencia útil).
- Dirigiendo los recursos, prioritariamente al primer nivel de atención.
- Mejorando la eficiencia del financiamiento y de la organización del sistema de salud a través de:
 - Mecanismos de compra transparentes y consolidados.
 - Cambios en el modelo de atención priorizando la promoción, la prevención y calidad de los servicios.
- Avanzando hacia la eliminación del pago directo que se convierte en barrera para el acceso, sustituyéndolo por mecanismos mancomunados solidarios.

A su vez, las dimensiones de rectoría en salud se refieren al ejercicio de las responsabilidades y competencias sustantivas de la política pública en salud, la cual busca fortalecer la Rectoría de la Autoridad Sanitaria ejercida en Panamá, para lo cual toca fortalecer las seis dimensiones rectoras definidas y categorizadas en dos grandes grupos: responsabilidades exclusivas del Ministerio de Salud (Regulación, Conducción y Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP)) y responsabilidades compartidas con otros actores sociales que se desempeñan en el Sistema Nacional de Salud o fuera de este (Armonización de la Provisión de los Servicios de Salud, Modulación del Financiamiento y Vigilancia del Aseguramiento).

La Modulación del Financiamiento es una responsabilidad clave cuya finalidad es la de garantizar, vigilar y modular la complementariedad de los recursos de diversas fuentes y de esta forma asegurar el acceso equitativo de la población a los servicios de salud.

Las fuentes de financiamiento a nivel del sector salud se concentran en la Caja de Seguro Social, cuyos recursos proceden de las cuotas patronales y del Ministerio de Salud a través del presupuesto asignado por el Gobierno Central destinado a salud pública, provisión de servicios de salud, investigación en salud, agua y manejo de desechos sólidos. Esta dimensión toma en cuenta la necesidad de evitar las distorsiones en el financiamiento e incrementar la equidad, priorizando la eliminación del pago directo al momento de la atención.

Es a razón de todo esto, que la Política Nacional de Salud establece en la política No. 8, un segundo objetivo estratégico que se refiere a la evaluación del desempeño del financiamiento de las entidades del sector salud con enfoque de equidad; cuya línea de acción (L.A.) 8.2.2. a cumplir, tiene el siguiente tenor:

- “L.A. 8.2.2. Aplicación de los instrumentos de vigilancia sectorial para garantizar el oportuno monitoreo y evaluación del desempeño del financiamiento”.

Este análisis se realiza principalmente en atención a la vigilancia del cumplimiento de la política de financiamiento de la salud, específicamente de la línea de acción 8.2.2.

El informe que se presenta en esta ocasión plantea una evaluación objetiva del sistema de financiamiento en salud, se sustenta en la relación de un conjunto de puntos de referencia basados en evidencia, con prioridades identificadas, para lo cual se utilizó el documento de la OMS denominado: *Diagnóstico del país sobre el financiamiento de la salud: Una base para el desarrollo de una estrategia nacional*.

Del mismo modo, este documento contiene una breve reseña de la situación económica del país, basada en información recabada del Ministerio de Economía y Finanzas y otras fuentes oficiales, que presenta el contexto fiscal del país e integra información sobre el gasto en salud y su composición.

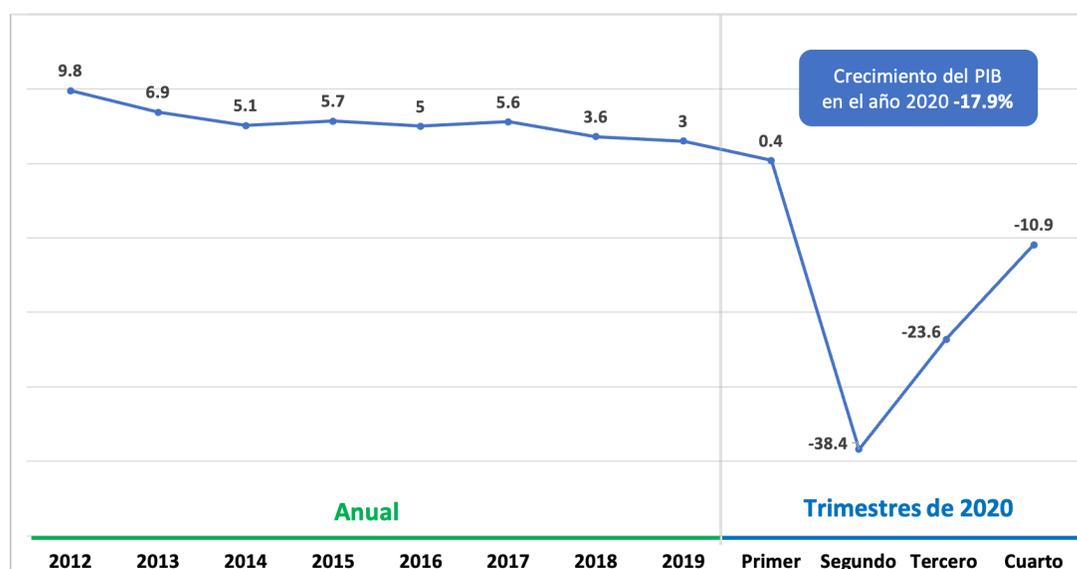
También es abordado el tema de la mancomunación de fondos, aún incipiente en el país para el manejo de los recursos financieros en salud. Se describe el abordaje que el sistema de salud de Panamá otorga al derecho a las prestaciones y al racionamiento del recurso; a las compras estratégicas de medicamentos y otros insumos sanitarios y bienes y servicios de salud, incluyendo los mecanismos existentes para alcanzarlas. El enfoque con el que se ha elaborado este informe no puede excluir el análisis de la calidad de los servicios de salud, como tampoco la evaluación de la eficiencia en el uso de recursos claves para su prestación.

Por último, las conclusiones destacan una serie de reflexiones sobre la situación del financiamiento de la salud, que no es posible dejar de lado, dado que son fundamentales a la hora que las autoridades panameñas competentes tomen decisiones encaminadas a la permanente búsqueda de la calidad, eficacia, eficiencia y equidad del sistema de salud en procura del bienestar y calidad de vida de la población.



La economía panameña venía en un proceso de desaceleración del Producto Interno Bruto (PIB), variando de 5.6% en 2017 a 3.0% en 2019. En 2020 registró una contracción histórica, con una caída del PIB de 17.9% (Gráfico 1), la mayor de la región de las Américas. La cifra del PIB per cápita pasó de \$15,831 en 2019 a \$12,373 en 2020, así, según la clasificación del Banco Mundial, Panamá deja de ser oficialmente un país de altos ingresos para ser un país de ingresos medianos altos.

Gráfico 1. Variación porcentual de PIB. Panamá, 2012-2019 y por trimestre 2020.



Fuente: Ministerio de Economía y Finanzas.

Panamá se vio gravemente perjudicada, dado que la economía depende de sectores severamente afectados por la pandemia de COVID-19, tales como: hoteles y restaurantes (-55.8%); construcción (-51.9%); industrias manufactureras (-22.2%); comercio al por mayor y por menor (-19.4%); transporte, almacenamiento y comunicaciones (-6.2%) y actividades inmobiliarias, empresariales y de alquiler (-30.8%). Además, el país fue azotado por el huracán Eta y la tormenta tropical Iota que redujeron gran parte de la producción agrícola del país. La concentración de puestos de trabajo en los sectores más afectados de la economía hace que los hogares sean particularmente susceptibles a la crisis.

Cabe señalar que el impacto observado en la economía panameña durante 2020 tuvo múltiples orígenes, algunos referentes con la demanda, otros con la oferta, e inclusive efectos transmitidos por la economía global (PNUD, 2020). Para evitar la propagación de COVID-19, Panamá implementó diversas medidas restrictivas, cuya extensión en tiempo y geografía, en gran medida, estuvo vinculada a criterios técnicos de evolución de la pandemia. Por un lado, la cuarentena total implementada a partir del 25 de marzo de 2020 afectó a la economía en general, restringiendo la movilidad y disponibilidad de la fuerza de trabajo.

A lo anterior, se suman las medidas de cierre temporal de establecimientos comerciales y empresas, así como la suspensión temporal de diversas actividades económicas (Cuadro 1), que redujo la oferta a niveles mínimos y a un limitado grupo de sectores económicos.

Cuadro 1. Sistematización y síntesis de las principales medidas de restricción de movilidad, suspensión temporal y reapertura de actividades económicas adoptadas por Panamá durante 2020.

NORMATIVA/ FECHA	CONTENIDO
<p><i>Decreto Ejecutivo 472</i> 13-03-2022</p>	<p>Art. 2. Suspensión temporal de eventos y actividades que conlleven aglomeraciones: Ferias; congresos; eventos culturales, religiosos, deportivos, festivos, bailables y/o conciertos en todo el territorio nacional.</p> <p>Art. 3. Suspensión embarques y desembarques cruceros, minicruceros, naves de gran calado.</p> <p>Art. 8. Suspensión de visitas oficiales.</p>
<p><i>Decreto Ejecutivo 489</i> 16-03-2022</p>	<p>Art. 1. Cierre temporal de locales o lugares de: Esparcimiento: bares, discotecas, cantinas, pubs, tabernas, parrilladas, casinos, salas de fiesta y banquetes, jardines, espacios recreativos infantiles, locales de apuesta, billares, terrazas, bolos, salones recreativos de juegos, casa club, cines, teatros, obras de teatro, centro de convenciones, auditorios, museos y todo tipo de clubes nocturnos. Deportivos: gimnasios, campos de fútbol, béisbol y similares, salas o cancha de baloncesto, canchas de tenis, piscinas, locales de práctica o enseñanza de todo tipo de deportes, circuitos de motocicletas, bicicletas, automóviles y cualquier otro local o actividad deportiva.</p>
<p><i>Decreto Ejecutivo 490</i> 17-03-2020</p>	<p>Art. 1. Establece TOQUE DE QUEDA en todo el territorio nacional de 9:00pm a 5:00am. Art. 2. Excepciones al Art. 1.</p>
<p><i>Decreto Ejecutivo 244</i> 19-03-2020</p>	<p>Art. 1. Suspensión temporal de todos los vuelos internacionales, por el plazo de 30 días a partir de las 11:59pm del día 22 de marzo de 2020 por razones de salud pública. El referido plazo podrá ser prorrogado mediante Resolución emitida por la Autoridad de Aeronáutica Civil, en mérito a la información que le proporcione el Ministerio de Salud, sobre la evolución de la pandemia de COVID-19.</p>
<p><i>Decreto Ejecutivo 499</i> 19-03-2020</p>	<p>Declaración de zonas epidémicas sujetas a control sanitario, control de movilidad y establecimiento de puestos de control.</p>
<p><i>Decreto Ejecutivo 500</i> 19-03-2020</p>	<p>Art. 1. Cierre temporal de establecimientos comerciales y empresas de persona natural o jurídica en todo el territorio nacional y sus excepciones.</p>
<p><i>Decreto Ejecutivo 505</i> 23-03-2020</p>	<p>Art. 1. Se amplía de 5:00 pm a 5:00 am el TOQUE DE QUEDA impuesto en todo el territorio nacional mediante el Decreto Ejecutivo 490.</p>

NORMATIVA/ FECHA	CONTENIDO
<i>Decreto Ejecutivo</i> 506 24-03-2020	Art. 1. Suspensión temporal de la actividad de la industria de la construcción en todos los proyectos actualmente en desarrollo en el territorio nacional, con excepción de aquellos que, de manera expresa disponga la autoridad sanitaria. Para los fines de esta suspensión temporal, se entiende incluida la fabricación, distribución y despacho de concreto, cemento y sus derivados, lo mismo que las canteras.
<i>Decreto Ejecutivo</i> 507 24-03-2020	Art. 1. Se impone TOQUE DE QUEDA en todo el territorio nacional, durante las 24 horas del día, a partir de las 5:01 am del día 25 de marzo de 2020, el cual se mantendrá vigente mientras dure la Declaratoria de Estado de Emergencia Nacional. Art. 2. Excepciones al Art. 1. Art. 5. Para efectos de la adquisición de las provisiones necesarias en supermercados, minisúper, abarroterías; de medicamentos o servicios de salud en farmacias, clínicas, hospitales, centros de salud o veterinarios; de servicios bancarios, financieros, cooperativas, casas de empeño; lavanderías; gasolineras; seguros, sólo se permitirá la movilidad de una persona por unidad de vivienda. (...) Art. 7. Se prohíbe la distribución, venta y consumo de bebidas alcohólicas en todo el territorio nacional, mientras se mantenga el Estado de Emergencia Nacional. (...) Art. 9. Se ordena la suspensión de todos los términos dentro de procesos administrativos, seguidos en las diferentes instituciones de Gobierno.
<i>Decreto Ejecutivo</i> 612 08-05-2020	Art. 1. Se modifica el artículo 7 del Decreto Ejecutivo 507 de 24 de marzo de 2020, así: Mientras dure el Estado de Emergencia Nacional, la distribución, venta y consumo de bebidas alcohólicas queda sujeto a las disposiciones emitidas por el Órgano Ejecutivo, que en todo momento atenderá a la situación sanitaria a nivel local, provincial y nacional, dictaminada por la autoridad sanitaria. Art. 2. Establece los parámetros y restricciones para la distribución, venta y consumo de bebidas alcohólicas en todo el territorio nacional.
11-05-2020	El presidente de la República de Panamá anunció el inicio de la apertura gradual de las actividades económicas a partir del miércoles 13 de mayo. El primero de los seis bloques en abrir será el de las ventas al por menor, talleres mecánicos, servicio técnico, pesca industrial y la acuicultura. El resto de los sectores no tiene fecha definida, pero podría extenderse hasta 2021.
<i>Decreto Ejecutivo</i> 564 03-07-2020	El Ministerio de Educación establece el calendario escolar 2020 a distancia, no presencial, de manera transitoria, en los centros educativos oficiales y particulares del primer y segundo nivel de enseñanza, del sub sistema regular y no regular y dicta otras disposiciones. El nuevo calendario escolar para iniciar el 20 de julio y finalizar el 30 de diciembre de 2020.
<i>Decreto Ejecutivo</i> 300 31-07-2022	Establecimiento del Centro de Operaciones Controladas para la interconexión de Aviación Comercial Internacional en el que se permite de manera limitada operaciones aéreas para el tránsito por el Aeropuerto de Tocumen para la salida de pasajeros y la entrada controlada de panameños o residentes en Panamá.

NORMATIVA/ FECHA	CONTENIDO
<i>Resolución</i> 792 21-08-2020	Autoriza a partir de 24 de agosto de 2020, la reactivación, operación y movilización de las siguientes actividades dentro de la estrategia denominada “Ruta hacia la nueva normalidad”, las siguientes actividades: <ol style="list-style-type: none"> 1. Bienes raíces, promotoras y empresas de avalúos: 2. Comercio al por mayor.
<i>Decreto Ejecutivo</i> 1036 04-09-2020	Art. 1. Levantar, a partir del lunes 07 de septiembre de 2020, la suspensión temporal de la actividad de la industria de la construcción, ordenada mediante el Decreto Ejecutivo No. 506 de 24 de marzo de 2020 y sus prórrogas, incluyendo la reactivación, operación y movilización de las empresas y sus trabajadores en todo el territorio nacional.
<i>Resolución</i> 856 04-09-2020	Autoriza, a partir del 7 de septiembre de 2020, la reactivación, operación y movilización de las siguientes actividades dentro de la estrategia denominada “Ruta hacia la nueva normalidad”: <ol style="list-style-type: none"> 1. Oficinas relacionadas con el ejercicio de la profesión de ingeniería, arquitectura, y la administración de proyectos. 2. Empresas ubicadas en zonas especiales de Panamá Pacífico, Zona Libre de Colón y Zonas Francas (...) 3. Empresas dedicadas a la provisión de bienes y servicios vinculados directamente al uso de marinas privadas y pesca deportiva. 4. Servicio de sastrería, modistería y zapatería. 5. Servicio de lavado interno y externo de automóviles. 6. Servicios de mudanza y acarreo.
<i>Decreto Ejecutivo</i> 1078 11-09-2020	Establece el levantamiento de las restricciones de movilidad por género a partir del 14 de septiembre, entre otras disposiciones.
<i>Decreto Ejecutivo</i> 1089 23-09-2020	Establece las medidas sanitarias que deben cumplir las personas nacionales, residentes y extranjeras que ingresen a la República de Panamá a partir del 12 de octubre de 2020.
28-09-2020	El gobierno de Panamá anunció las actividades económicas que se reactivarán, cumpliendo con las nuevas regulaciones de bioseguridad, a partir del lunes 28 de septiembre: comercio al por menor, incluyendo centros comerciales; restaurantes y fondas; servicios profesionales pendientes por abrir; servicios administrativos y generales; aviación nacional.
<i>Decreto Ejecutivo</i> 1142 07-10-20	Reactiva la operación y movilización de las siguientes actividades económicas a partir del 12 de octubre: 1. Hoteles, moteles, hostales rurales, sitios de hospedaje y servicios complementarios; 2. Actividades turísticas, transporte no esencial; 3. Industrias creativas y culturales, academias de música, arte y danza; 4. Bibliotecas; 5. Piscinas; 6. Cines, teatros, museos, galerías y sitios turísticos de estructuras cerradas, al 50% de su capacidad; 7. Juegos de suerte y azar.

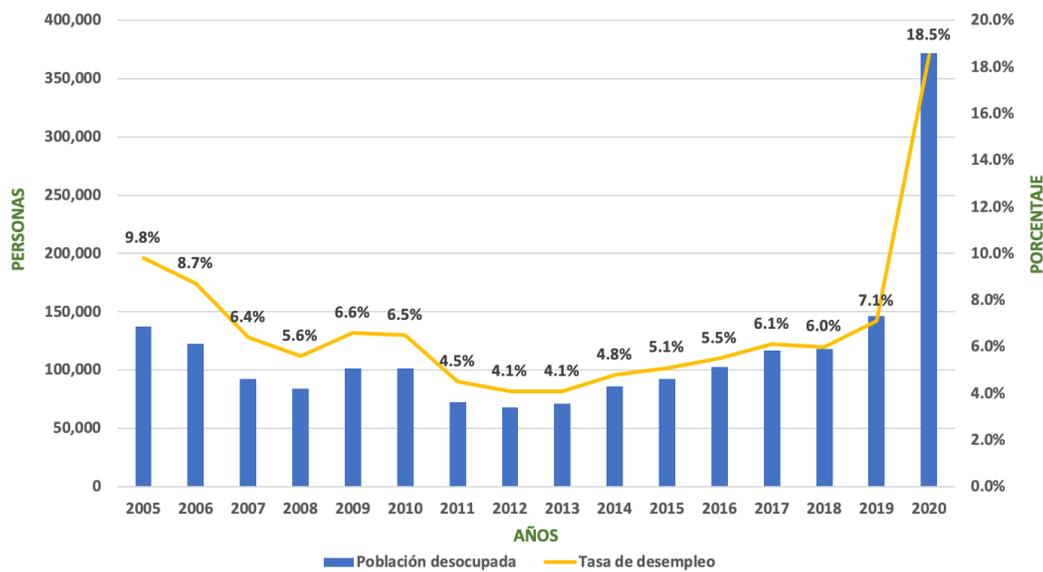
NORMATIVA/ FECHA	CONTENIDO
24-10-2020	El Ministerio de Salud anunció que a partir del sábado 24 de octubre se autoriza la reactivación, operación y movilización de actividades familiares a playas y ríos de 6:00 a.m. a 4:00 p.m. Se levanta la cuarentena total vigente, en especial la de los días domingos, en todo el país. Se establece toque de queda en un horario unificado de 11:00 p.m. a 5:00 a.m. de lunes a domingo en todo el territorio nacional.
18-12-2020	El Ministerio de Salud anunció que a partir del 18 de diciembre y hasta el 04 de enero habrá toque de queda y ley seca de 7:00 p.m. hasta las 5:00 p.m. y las instituciones públicas trabajarán con el 50% de capacidad. Se establece cuarentena total desde el viernes 25 al 28 de diciembre y desde el viernes 1 al 4 de enero. A partir del 18 de diciembre queda suspendido el uso de ríos y playas.

Fuente: Elaboración propia

Durante 2020, considerando criterios técnicos de la evolución de la pandemia y de salud pública (tasa de letalidad, tiempo de duplicación de casos, ocupación de camas UCI, entre otros) la intención era devolver al país poco a poco a la denominada “nueva normalidad”. Luego de dos meses de restricciones las autoridades instruyeron la implementación de la **Ruta hacia la Nueva Normalidad** que dividió las actividades económicas en seis bloques¹, para reiniciar un proceso forma ordenado, gradual y seguro de reapertura económica y desconfinamiento social. Este proceso inició en mayo con el comercio electrónico, los talleres de mecánica, los servicios técnicos (plomeros, electricistas), la pesca y la acuicultura industrial. Cada bloque debía cumplir las medidas sanitarias establecidas por el Ministerio de Salud para la reactivación (Cuadro 1). No obstante, en junio, Panamá experimentó un fuerte incremento de la COVID-19, obligando a las autoridades a congelar el primer plan de apertura económica. Luego de meses con severas restricciones de movilidad y con la actividad económica semiparalizada, el país volvió a intentar reabrir los comercios entre septiembre y octubre, pero otra alza de los casos hizo que en diciembre las autoridades decretaran nuevas cuarentenas y el cierre del comercio no esencial.

La restricción de actividades económicas y el cierre de negocios ocasionó a su vez una reducción de la demanda agregada a través del mercado laboral, afectando negativamente a la economía. El desempleo alcanzó al 18.5% de la población económicamente activa en 2020. La economía de forma directa perdió casi 300,000 empleos entre despidos y personal con sus contratos laborales suspendidos. Además, la tasa de informalidad llegó a niveles históricos (52.8%). Los sectores económicos de construcción y de restaurantes y hoteles redujeron su participación en el PIB a la tercera parte de lo que tenían previo a la pandemia. La construcción pasó de un 15% a un 5.6%, y restaurantes y hoteles de 2.1% a 0.7%. En cuanto al empleo, la construcción en el último año perdió más de 34,000 puestos de trabajo. Restaurantes y hoteles perdieron casi 32,000 (la tercera parte de su fuerza laboral) y el comercio perdió más de 73,000 empleos (más del 20% de su fuerza laboral).

Gráfico 2. Tasa de desempleo y población desocupada. Panamá, 2005-2020.



Fuente: Ministerio de Economía y Finanzas

Al efecto combinado de las restricciones vía oferta y demanda es importante adicionar los impactos procedentes desde la economía global: desplome en los precios de las materias primas; fuerte reducción del movimiento de personas y cargas que implicó una merma significativa en el flujo de tráfico por el canal y una fuerte caída de la entrada de turistas extranjeros (ADEN, 2020). Todos estos factores conllevaron a la profunda recesión registrada al cierre de 2020.

En febrero de 2021, luego de una reducción en la incidencia de casos, se inicia la nueva reapertura económica y se levantan parte de las restricciones de movilidad, como aquellas relacionadas con las salidas por género para compras. Así, en forma paulatina se reestableció la actividad económica en Panamá. Según cifras del Ministerio de Economía y Finanzas, al primer semestre de 2021 el crecimiento económico fue de 10.0%. Las perspectivas de crecimiento económico (PIB real) para 2021 son alentadoras y los principales organismos internacionales proyectan que estaría entre 9.9% (BM) y 12.0% (FMI y CEPAL).

El Segundo Informe Voluntario de los Objetivos de Desarrollo Sostenible de Panamá afirmaba que la pobreza aumentaría en el año 2020 como resultado de la pandemia de COVID-19, retrocediendo en los avances que se dieron entre 2015 y 2018. Panamá fue el país de América Latina con el mayor número de casos de COVID-19 por cada 100,000 habitantes y sufrió severos impactos a nivel socioeconómico. Las medidas de confinamiento y cuarentena adoptadas para aplanar la curva de contagios y prevenir el colapso del sistema de salud afectaron negativamente los ingresos de los hogares y, consecuentemente, los niveles de pobreza. De acuerdo con el informe de CEPAL, el número de personas en situación de pobreza proyectado en 2020 se incrementó en 2.9% debido a la pandemia, y dentro de este grupo la cifra de personas en pobreza extrema creció 2.0%.

¹ Bloque 1: comercio electrónico, talleres de mecánica, servicios técnicos (plomeros, electricistas), pesca y acuicultura industrial. Bloque 2: construcción, minería no metálica, y áreas sociales y deportivas. Bloque 3: comercio al por menor y por mayor, venta de autos, servicios de profesionales, servicios administrativos. Bloque 4: hoteles, restaurantes, y transporte aéreo. Bloque 5: educación, transporte público de pasajeros, deportes, bares, sitios de esparcimiento. Bloque 6: conciertos, ferias, patronales, carnavales, discoteca.

Desde 2016, el nivel del gasto total del gobierno central de Panamá se ha mantenido alrededor del 17% del PIB. Con excepción de 2020, cuando el gasto ascendió a un nivel histórico de 21.7% del PIB a consecuencia de la pandemia de COVID-19, (Gráfico 3) se podría afirmar que Panamá tiene una capacidad fiscal baja, siguiendo la regla empírica sugerida por la OMS, que se refiere a la relación gasto público versus PIB y que establece que cuando esta relación se coloca entre el 15 y 20% la capacidad fiscal es baja. La capacidad fiscal es la habilidad potencial de un gobierno para recaudar ingresos de sus propias fuentes y pagar por una canasta estandarizada de bienes y servicios públicos.

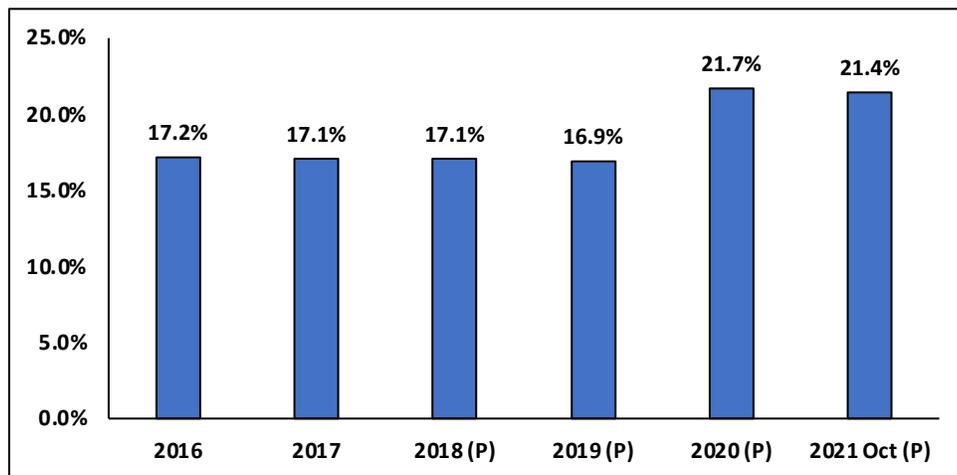
En 2020, la histórica contracción de la actividad económica panameña carcomió los ingresos públicos. La disminución de los ingresos tributarios impuso una fuerte restricción a la disponibilidad de recursos para la respuesta a la crisis. Al mismo tiempo, para atenuar el impacto de la crisis, Panamá amplió los niveles de gasto público mediante un conjunto de medidas adoptadas por el fisco nacional. La combinación de la merma de ingresos y la expansión de gastos resultó en el ensanchamiento del déficit fiscal, y las mayores necesidades de financiamiento llevaron a una expansión de los niveles de deuda.

Para hacer frente a la emergencia de la pandemia de COVID-19 y maximizar el impacto de sus medidas, Panamá combinó programas de protección social existentes (Red de Oportunidades, Programa 120 a los 65, Ángel Guardián, Programas de becas, subsidio a la electricidad y gas licuado, entre otros) con nuevos esfuerzos fiscales que incluyen transferencias sociales a los hogares (Plan Panamá Solidario, Subsidio Eléctrico – FET Extraordinario) por un monto de B/. 1.8 millones en 2020, que contribuyeron en la mitigación de los efectos adversos y el impacto social, productivo y económico de la crisis por la pandemia.

Además de medidas de alivio fiscal, Panamá implementó medidas administrativas y regímenes especiales de normalización tributaria para generar recursos adicionales y así aminorar el derrumbe de los ingresos públicos. Panamá condonó el pago de intereses, multas y recargos por todo tipo de impuesto (un 100% si el pago se realizaba de octubre a noviembre de 2019, un 95% si se hacía en diciembre de 2019, un 90% si se efectuaba en enero de 2020, un 85% si se realizaba en febrero de 2020, y hasta un 85% si se hacía de marzo a diciembre de 2020).

En la Ley 160 también se estableció una regla de pronto pago mediante la cual se ofrecía un descuento del 10% del monto total a pagar para los contribuyentes que tuvieran una renta bruta inferior a 2,500,000.00 balboas y que pagaran hasta el 2 de diciembre de 2020 los tributos que causarían o que debieran pagar entre el 20 de marzo de 2020 y el 31 de julio de 2020.

Gráfico 3. Gasto total del Gobierno Central en términos del PIB. Panamá, 2016-2021.

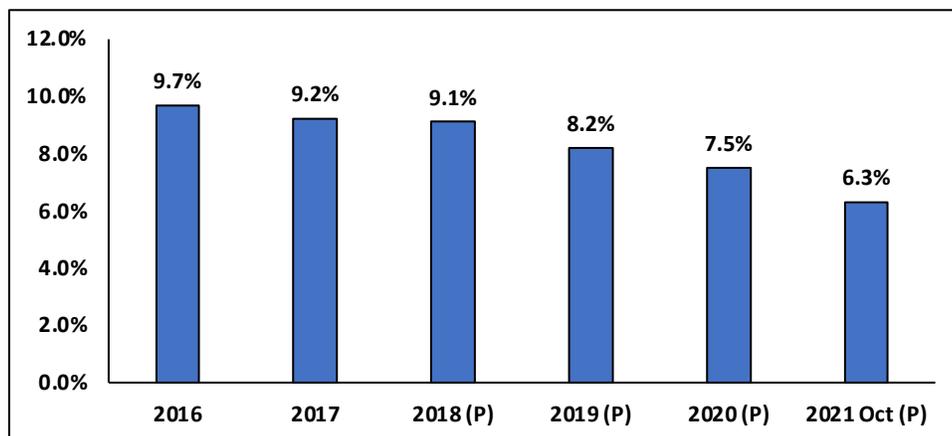


Fuente: Elaboración propia a partir de INEC y MEF.

Posteriormente, con el inicio de la estrategia “**Ruta a la nueva normalidad**” se ejecutó la apertura gradual de la economía y se flexibilizaron las restricciones de movilidad, dando como resultado avances significativos en los niveles del PIB, lo que significó que al primer semestre de 2021 el crecimiento fue de 10.0%. Sin embargo, al mes de octubre de 2021 el gasto total del gobierno sobre el PIB se mantuvo en 21.4%, lo que sugiere que la capacidad fiscal se mantiene en un nivel bajo.

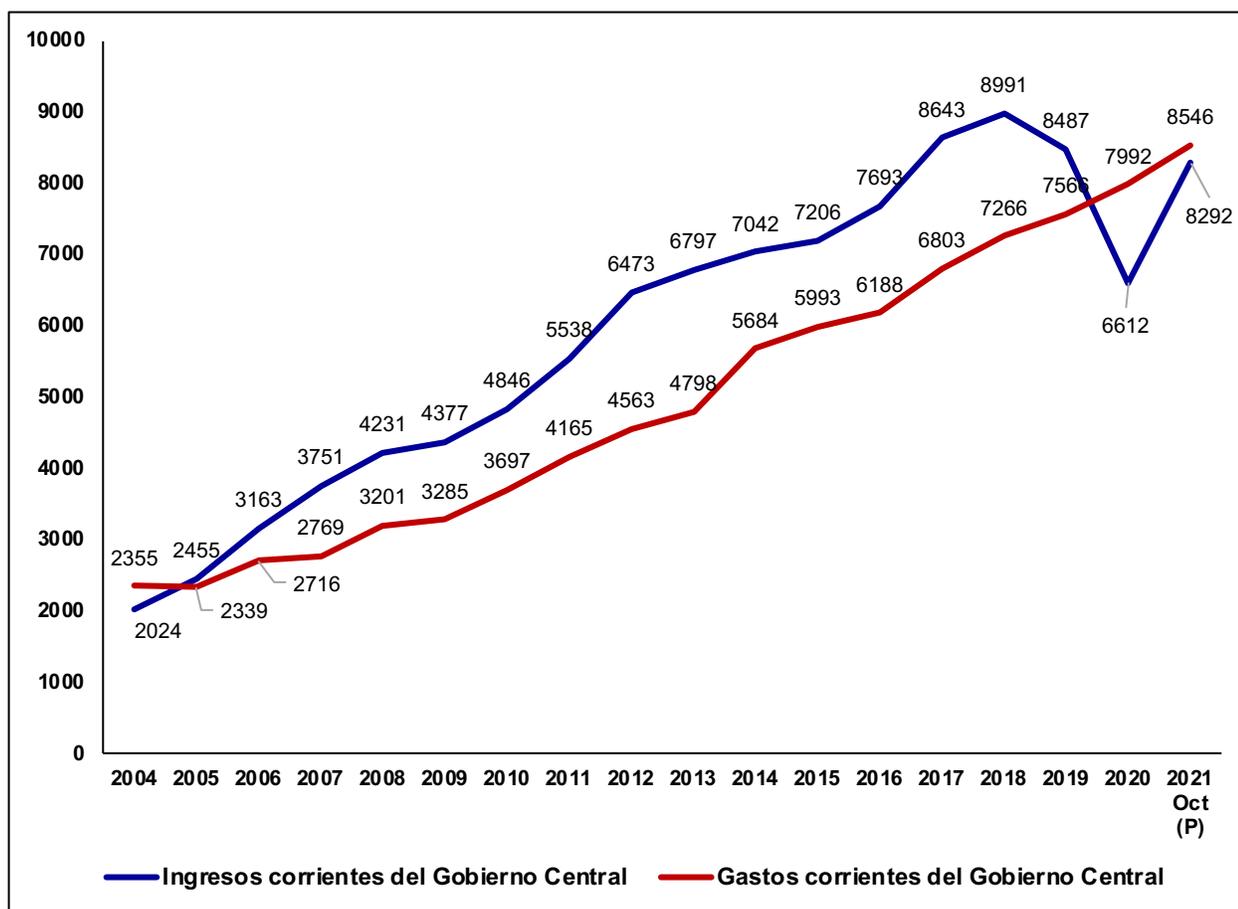
Siguiendo la regla empírica sugerida por la OMS, los ingresos tributarios del gobierno en los cinco años más recientes denotan una capacidad fiscal muy baja para Panamá. De hecho, la relación de ingresos tributarios por PIB no supera el 10% y ha decrecido en forma sostenida durante el período analizado. La recaudación tributaria en Panamá retrocedió, a octubre del 2021 (1.2 puntos porcentuales del PIB), alcanzando apenas 6.3% del PIB. (Gráfico 4)

Gráfico 4. Ingresos Tributarios en términos del PIB, Panamá 2016-2021.



Fuente: Elaboración propia a partir de INEC y MEF.

Gráfico 5. Ingresos y Gastos Corrientes en MM de balboas. Panamá, 2004-2021.



Fuente: Elaboración propia a partir del MEF.

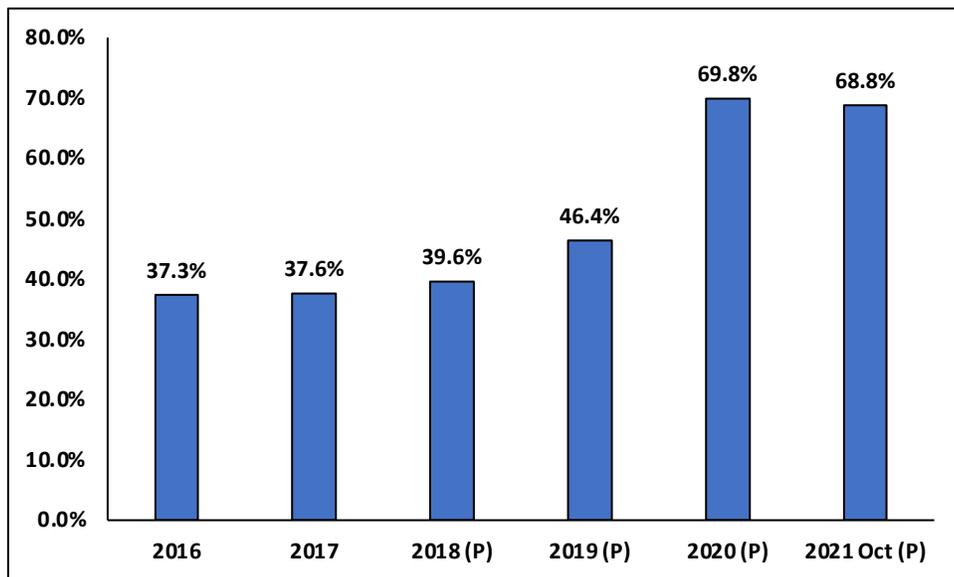
Antes de iniciar la pandemia, el escenario de las cuentas fiscales ya enfrentaba una situación deficitaria, pero no era excesiva. En términos de las finanzas públicas, en 2019, Panamá se encontraba en una situación de caída de ingresos inferiores a lo presupuestado (aprox. B/.1.651 millones); acumulación de obligaciones por pagar de 2018 y años previos, por un valor de B/.1.836,4 millones que representaba el 2.7% del PIB, (incluyendo 0.6% y 1.1% del PIB de la CSS y proveedores, respectivamente). En 2019 también se registró el más bajo nivel de inversión pública del país desde 2008 y el menor ahorro corriente del gobierno central de los últimos trece años.

En 2020, la contracción de la actividad económica de Panamá (crecimiento del PIB: -17.9%) empeoró aún más la situación financiera, con una fuerte merma de los ingresos y un aumento significativo del endeudamiento. Los ingresos corrientes (12.5%) y tributarios (7.5%) en términos del PIB fueron los más bajos desde 2004, afectados por la pandemia de COVID-19 en el consumo y en la economía. (Gráfico 5) Más de un quinto de los ingresos corrientes (21.4%) fue destinado al pago de intereses de la deuda del gobierno central. Además, la recaudación de los ingresos corrientes del gobierno central estuvo por debajo de lo presupuestado durante la mayoría de los meses de 2020.

Hasta el mes de octubre de 2021 se observa un aumento significativo en los ingresos, como consecuencia de la recuperación económica. Sin embargo, los gastos también aumentaron.

A finales de 2019, la deuda pública total representaba el 42% del PIB, cociente que podría ser considerado prudente y en un rango manejable, que permite el acceso al crédito necesario para solventar el déficit. En 2020, ante la compleja situación socioeconómica que presentaba Panamá, el gobierno central llevó a cabo negociaciones con organismos de financiamiento multilateral y los mercados financieros para financiar el déficit del presupuesto y poder mantener el presupuesto original. Asimismo, fueron reformados los límites de la Ley de Responsabilidad Social Fiscal, ampliando el tope del déficit fiscal entre 9% y 10.5% para 2020 y entre 7% y 7.5% en 2021. Como consecuencia, la deuda pública del país alcanzó 69.8% del PIB en 2020 y toda la inversión pública del año fue financiada mediante endeudamiento. Hasta octubre de 2021 (68.8%), el valor de la deuda pública se mantiene muy cercano al del 2020. (Gráfico 6)

Gráfico 6. Deuda Pública en términos del PIB, Panamá 2016-2021.



Fuente: Elaboración propia a partir de INEC y MEF.

En términos generales, la política fiscal es de carácter restrictiva. En 2020 se implementó un plan de contención de gastos de dos mil millones de dólares, que representa el 9% del presupuesto general de ese año. Esta reducción en los gastos de funcionamiento e inversión anticipa la caída significativa de ingresos públicos producto de la desaceleración económica que afectó fuertemente el flujo de caja del gobierno en 2020.

2.1 Diferentes fuentes de ingresos fiscales y financiamiento de la salud

El marco legal y normativo que define el sistema tributario y fiscal en Panamá incluye:

- La Constitución Política de la República de Panamá.
- El Código Fiscal, que incluye las leyes que regulan cada tributo.
- La Ley del Presupuesto General del Estado.
- Los reglamentos que desarrollan las leyes tributarias.

El gobierno central y las entidades públicas descentralizadas conforman el sector público no financiero (SPNF), que tiene como objetivo la ejecución de programas y proyectos utilizando fondos públicos encaminados a satisfacer el bien común. Sin duda alguna, lograr estos objetivos, exige la disponibilidad de ingresos para financiar el gasto público. Estos ingresos se obtienen principalmente a través de los ingresos corrientes: tributarios, no tributarios e ingresos de capital.

De los ingresos corrientes totales, los tributarios (impuestos) representan cerca del 50% de los recursos que se utilizan para el financiamiento del funcionamiento, la inversión y los servicios de la deuda pública.

Los ingresos tributarios a su vez se dividen en: impuestos directos e indirectos. Los impuestos directos a su vez se subdividen en impuestos sobre la renta e impuestos sobre la propiedad y el patrimonio. El impuesto sobre la renta constituye el mayor ingreso tributario y representa cerca del 90% de los impuestos directos. El impuesto sobre la renta de las empresas está fijado en 25% y las personas naturales tributan en función de los tramos de ingresos. El resto de los impuestos directos lo componen el impuesto de inmueble, los avisos de operación y el seguro educativo.

Además del impuesto sobre la renta, existen otros trece impuestos y retenciones tanto directas como indirectas. La recaudación es realizada por la Dirección General de Ingresos del Ministerio de Economía y Finanzas, entidad con jurisdicción coactiva.

Con respecto a los impuestos indirectos, el principal renglón en la recaudación es el ITBMS que se estima representa más de la mitad de la recaudación en impuestos indirectos. El porcentaje restante incluye la recaudación del impuesto de importación, impuesto selectivo al consumo, consumo de combustible y otros.

El ITBMS es el impuesto sobre la transferencia de bienes corporales muebles y la prestación de servicios que se realizan dentro del territorio nacional a través de la compraventa, dación en pago, aporte a sociedades, cesión o cualquier otro acto, contrato o convención que implique o tenga como fin transmitir el dominio de bienes corporales muebles, nuevos o usados, a cualquier título, modo o condición y la prestación de servicios profesionales y corresponde a un 7%, por lo que el monto total de la transacción se incrementa en dicho 7%.

Los servicios de salud, los servicios de agua potable, la totalidad de los alimentos, entre otros, son exenciones habituales al ITBMS. Más de la mitad del consumo que realizan los hogares panameños se encuentran exentos de impuestos; la parte exenta disminuye a medida que aumenta el poder adquisitivo de los hogares. La Dirección General de Ingresos (DGI) del Ministerio de Economía y Finanzas es la entidad responsable de gestionar, vigilar y controlar la recaudación de los ingresos procedentes de la aplicación de la estructura impositiva vigente en el país.

Como parte de la estructura impositiva nacional, se han creado varios regímenes especiales para promover el comercio, la manufactura, las exportaciones, los hidrocarburos y las fuentes de energía alternativas.

Así mismo, y procurando cambiar la imagen nacional de “paraíso fiscal”, Panamá ha firmado acuerdos de intercambio de información tributaria y tratados de doble tributación, cuya finalidad es mantener al país fuera de la Lista Gris de la OCDE.

Con la finalidad de establecer mecanismos y pautas que permitan lograr una eficiencia de la recaudación de ingresos, la DGI cuenta con mecanismos virtuales para facilitar el cumplimiento de los compromisos impositivos de los diferentes sujetos tributarios, así mismo esta entidad, ha establecido pautas de temporalidad en la que deben ser cubiertos estos pagos. También se ha perfeccionado la participación de otras entidades públicas como la Autoridad Nacional de Aduanas y se han establecido compromisos y mecanismos de recaudación fiscal que incluyen a las empresas privadas como corresponsables de facilitar la gestión tributaria mediante mecanismos de pago indirectos.

De igual forma y como parte de las acciones generadas para mejorar la eficiencia tributaria, se ha creado un Tribunal Administrativo dedicado a resolver disputas entre los contribuyentes y la DGI, cuya misión es impartir justicia tributaria en la República de Panamá con una visión de ser reconocidos por la calidad y efectividad de sus actuaciones y de su recurso humano calificado. Este tribunal autoriza las sanciones de cierre temporal de establecimientos que infrinjan las normas tributarias y atiende lo referente a los procesos que afecten la administración tributaria. Sus actuaciones se sustentan en un conjunto de leyes, decretos ejecutivos, resoluciones y acuerdos formalmente establecidos. Además, se basa en el cumplimiento de la Ley 6 de 2002 que dicta normas para la transparencia de la gestión pública.

Como parte de sus actuaciones, este tribunal vela por incremento en el cumplimiento de los contribuyentes como resultado de acciones concretas de la administración tributaria, con base en:

- Estricta aplicación de las normas tributarias vigentes, a todos los segmentos sin excepciones.
- Adopción de equipos fiscales como medio de control de facturación.
- Desarrollo de técnicas especializadas de fiscalización e inteligencia fiscal con el apoyo de agencias tributarias internacionales.
- Implementación de la unidad dedicada al control de cumplimiento de grandes contribuyentes.
- Mayor efectividad en los procesos de cobro de morosidad a través de la vía persuasiva y coactiva.

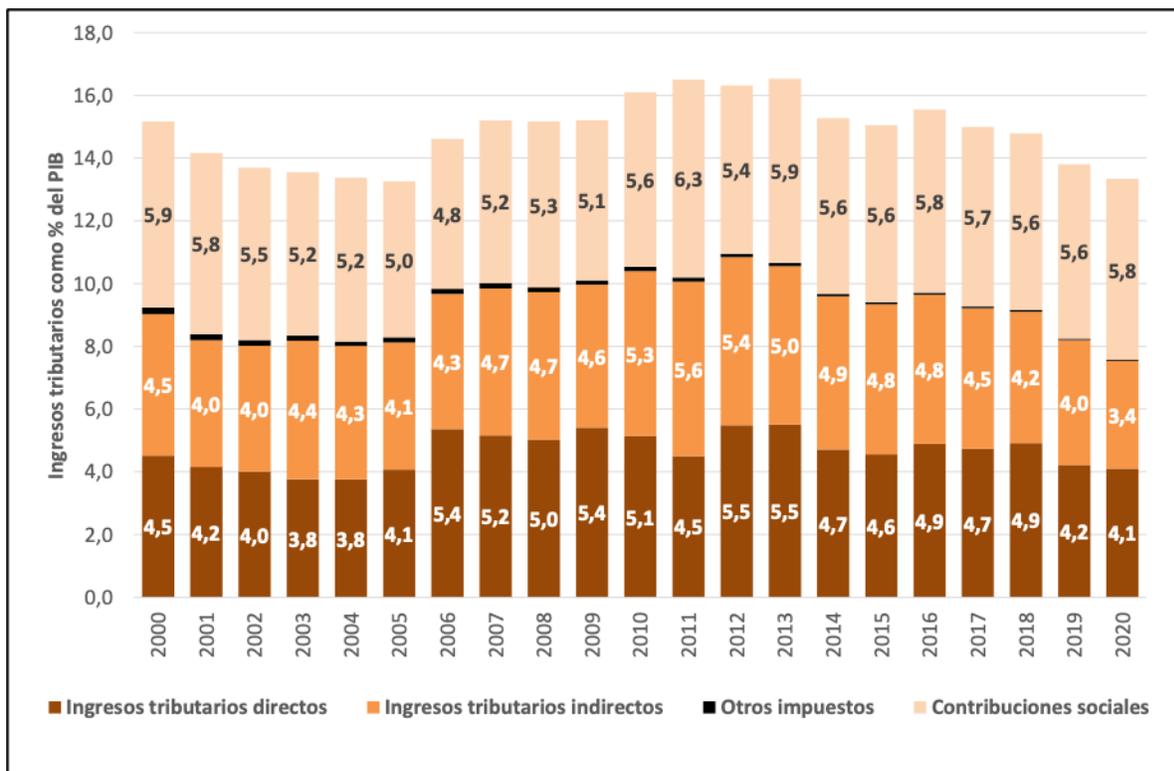
Es claro que la efectividad de la recaudación tributaria será mayor en la medida en que la autoridad encargada se desempeñe en el marco de la aplicación de los mecanismos correctos para llevar a cabo su trabajo. De igual manera, es necesario contar con una completa disposición de los agentes económicos de pagar sus

tributos íntegramente. Es por ello que la transparencia y equidad de la gestión pública en el uso de los recursos tributarios otorgue a los contribuyentes, confianza y procesos de recaudación lo menos complejos posibles. Es decir, que el presupuesto de gastos debe estar orientado a alcanzar una mejor redistribución de los ingresos del sector público y con ello más bienestar para la población.

En las últimas dos décadas, la carga tributaria de Panamá no ha alcanzado el 18% del PIB. En el período 2000 a 2019, los ingresos tributarios totales promediaron 14.8% del PIB, alcanzando el mayor valor de la serie histórica en 2011 (16.5% del PIB) (Gráfico 7). Esto indica que en Panamá aún existe espacio para aumentar la recaudación de impuestos.

Además, en el periodo analizado, en promedio, el 30.8% del ingreso fiscal corresponde a impuestos directos (Impuesto sobre la renta de Personas Jurídicas, planillas, Aviso de Operaciones, Complementarios e Inmuebles, entre otros), muy semejante a la proporción de tributos indirectos (29.9%) tales como: ITBMS, Importación e ISC Automóviles. Las contribuciones sociales tienen el mayor peso sobre los ingresos tributarios totales (36%). Esta estructura tributaria, con una alta participación de impuestos indirectos, en mayor o menor grado, limita desde el financiamiento la capacidad redistributiva del Estado, necesaria para garantizar un sistema universal de salud.

Gráfico 7. Ingresos tributarios (incluyendo contribuciones sociales) como porcentaje del PIB. Panamá, 2000-2020.



Fuente: Elaboración propia a partir de CEPAL: Comisión Económica para América Latina y el Caribe - Sobre la base información oficial. - <http://www.cepal.org>.

Aún existen oportunidades para ampliar el espacio fiscal para la salud, bien sea mediante la reasignación del presupuesto público o a través de aumentos en la recaudación tributaria y mejoras en la eficiencia del gasto.

Según el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), si a los ingresos impositivos le añadimos las contribuciones sociales, es decir, calculamos los ingresos tributarios, Panamá sube cuatro posiciones en la clasificación regional, alcanzando el 15.6% del PIB, pero se sitúa aún muy lejos del promedio de países latinoamericanos (21%).



2.1.1 Tributos vinculados a salud

Mediante la Ley 76 de 13 de febrero de 2019, la República de Panamá aprueba el Código de procedimiento tributario, que conceptualiza y clasifica los tributos en impuestos, tasas y contribuciones especiales y define cada uno de estos. Esta normativa efectúa una ordenación y aplicación de los tributos con base a principios constitucionales en lo concerniente al establecimiento de los tributos y sus cobros. Entre estos principios se destaca el hecho de que se debe gravar al contribuyente hasta donde sea posible, en proporción directa a su capacidad económica, también destaca los principios de renta sustitutiva y renta presupuestada como el de periodicidad de los tributos.

En uno de sus artículos hace referencia a la vigilancia de la normativa tributaria en el tiempo, particularmente, a la existencia o cuantía de la obligación tributaria para un periodo fiscal determinado. Esta norma deja claro que el ámbito espacial de aplicación es el territorio de la República de Panamá con base al principio impositivo de territorialidad como su fuente de tributos nacionales.

Esta norma otorga a la Dirección General de Ingresos (DGI) la facultad de probar la existencia de fraude a la ley tributaria como también establecer que el contribuyente ha optado por distintas alternativas lícitas respecto de este tema.

La norma en comento clasifica a los obligados tributarios, las obligaciones de cada uno de ellos y establece la responsabilidad tributaria incluido el monto de la deuda objeto de la responsabilidad.

La normativa fiscal nacional establece el pago obligatorio de alrededor de 13 diferentes impuestos, que se desagregan más adelante. Estos pagos se realizan de manera mensual y cuando existan cuentas pendientes de pago se establece la compensación de dichas cuentas. La normativa también define el lugar, forma y plazos para efectuar los pagos, así como intereses y recargos por pagos fuera de plazos. También se definen formas de pagos e incluso en arreglos de pagos.

En el país se aplican dos tipos de pagos anticipados para cubrir la atención de salud:

- La **seguridad social**, regulada mediante la Ley 51 de 27 de diciembre de 2005, que es de carácter obligatorio. El programa de riesgo de enfermedad y maternidad de la CSS cuenta con varias fuentes de financiamiento donde uno de los porcentajes más elevados es cubierto por los patronos que deben cotizar con base en los salarios pagados, a fin de que aporten a la Caja de Seguro Social los recursos financieros para cubrir la atención de salud de los beneficiarios.

- Las fuentes de financiamiento del programa de riesgos de enfermedad y maternidad son las siguientes:

Empleados: Cada empleado debe pagar el 0.5% de la cuota total que le corresponde cotizar sobre su sueldo, para el financiamiento de las prestaciones en dinero (subsidio de maternidad, Ley 51).

Empleadores: Los empleadores deben cubrir una cuota del 8% de los sueldos pagados a sus empleados.

Pensionados: Los pensionados de la CSS por invalidez, vejez y muerte o incapacidad parcial o absoluta permanente de riesgos profesionales y los pensionados y jubilados del Estado y de los fondos especiales de retiro, serán sujetos al pago de las cuotas de la CSS, correspondiendo ésta a la totalidad del pago de cuotas que realicen.

Otros ingresos: El 10% de los ingresos netos de las concesiones que otorgue el Estado en materia de fibra óptica. Los aportes de cada categoría de los asegurados incorporados al régimen voluntario, que incluye a los trabajadores independientes, y las herencias, legados y donaciones que sean dirigidos a este riesgo específicamente.

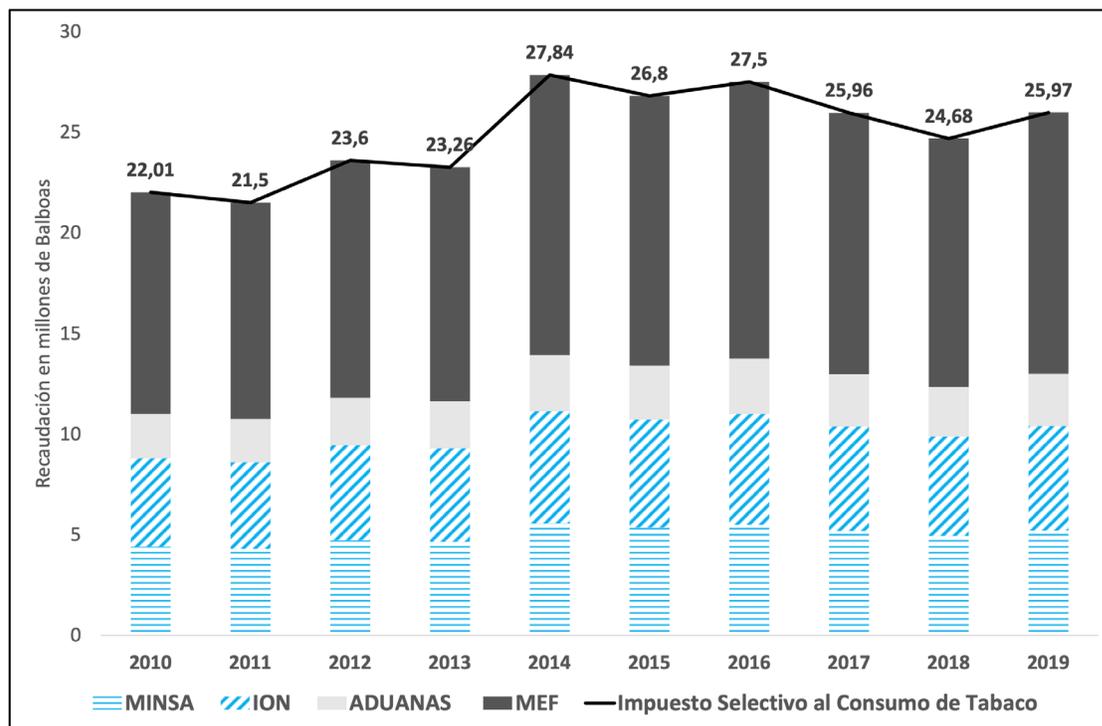
- Los **seguros de salud privados** son de carácter voluntario e incluyen diversas variantes a saber, seguro de salud, componente de beneficios de salud del seguro de vida, componente de beneficios de salud del seguro de autos (el cual es obligatorio para la circulación de los vehículos) y otros seguros privados que incluyen beneficios de salud. Estos seguros son sufragados como parte del gasto de bolsillo que realizan las personas y/o las familias para acceder a servicios de salud de carácter privado.

La República de Panamá como parte de su política impositiva contempla en el Código Fiscal, la asignación de porcentajes específicos del total de la recaudación en concepto de impuestos selectivos de consumo (ISC) y de Impuesto de transferencia de bienes corporales muebles y la prestación de servicios (ITBMS) para que sean destinados a la prestación de bienes y servicios de salud específicos. Tal es el caso de los listados a continuación:

Tabaco: Impuesto selectivo al consumo de productos de tabaco: en noviembre del 2009, se realizó una modificación al Código Fiscal del país, en la cual, se incrementa al 100% el ISC de productos de tabaco, tomando como referencia el precio de venta al consumidor declarado ante el MEF, además, se establece un mínimo de B./1.5 por cajetilla de cigarrillos. La Ley 69 de 2009 establece que el 50% de la recaudación del ISC del tabaco será asignado de la siguiente manera: 20% al MINSAL para actividades de prevención y tratamiento de enfermedades producto del consumo de tabaco a través de clínicas de cesación; 20% al Instituto Oncológico Nacional (ION) y 10% a la Autoridad Nacional de Aduana (ANA) para la prevención y persecución del contrabando de productos del tabaco. Esto permite interpretar que el 50% de la recaudación fiscal atribuible al ISC del consumo de productos del tabaco se utiliza con fines de salud pública, debido a que el 10% que se otorga a la ANA para el combate al comercio ilícito de estos productos tiene el objetivo de disminuir el acceso y asequibilidad a este tipo de productos.

Al analizar la recaudación del ISC de productos del tabaco durante la década precedente a la pandemia (2010-2019) se observa un ligero aumento en los niveles recaudados, que pasó de aproximadamente de B./22.01 mm a B./25.97 mm. Este valor representa en promedio 0.5% del total de los ingresos tributarios del país (Gráfico 8).

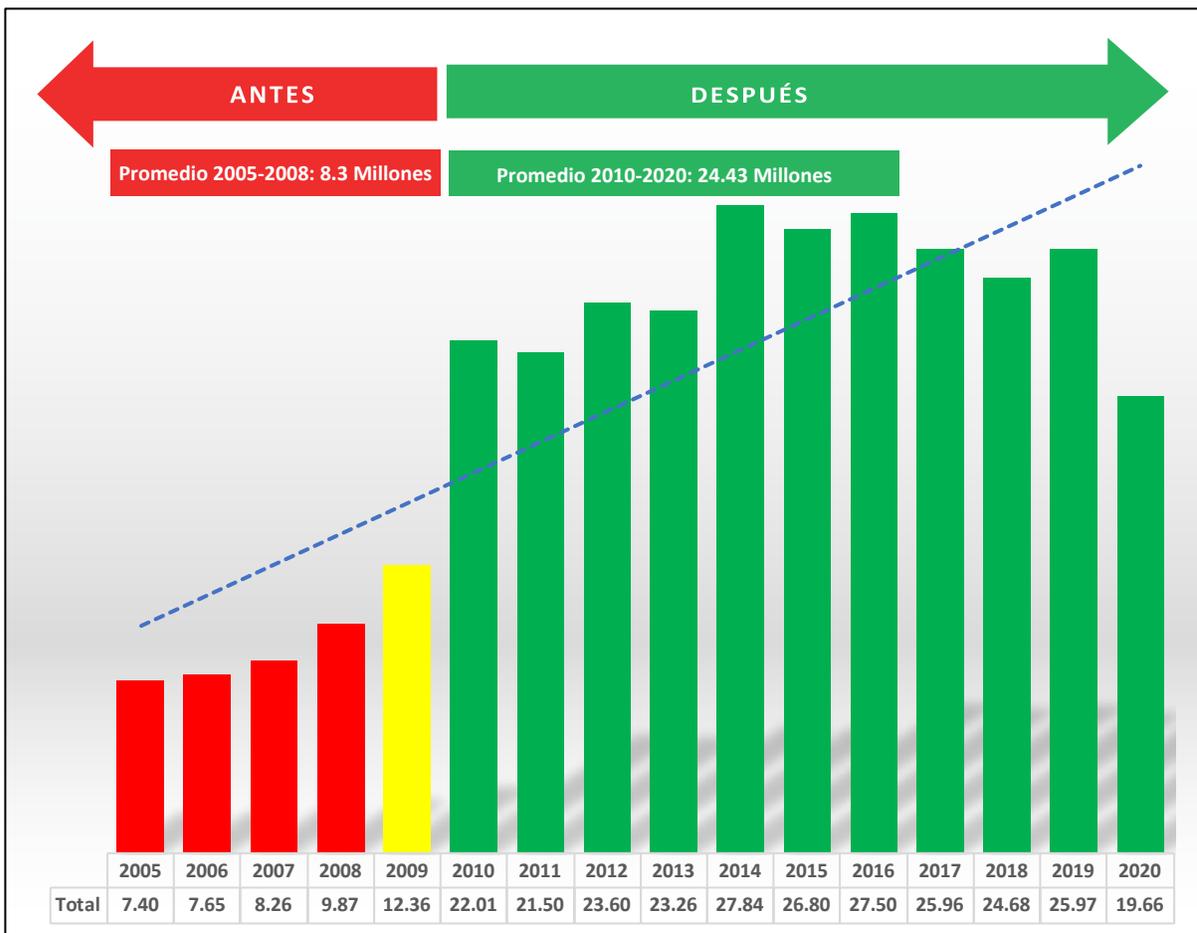
Gráfico 8. Recaudación del Impuesto Selectivo al Consumo de Productos de Tabaco en millones de Balboas. Panamá, 2010-2019.



Fuente: Elaboración propia a partir de Informe Fondos Tabaco. MINSA.

En el año 2005, cuando el ISC del consumo de productos de tabaco era el 33.5% del precio declarado ante el MEF, la recaudación fue de 7.4 millones de dólares y para el año 2009 previo a la modificación de la tasa impositiva, la recaudación se estimó en 12.36 millones de dólares. A partir del incremento de este impuesto, se observa un incremento en cerca de 10 millones en el monto total de la recaudación, dado que en el año 2010 el mismo fue de 22.01 millones. (Gráfico 9).

Gráfico 9. Recaudación Fiscal en Concepto de Impuesto Selectivo al Consumo de Productos de Tabaco, Panamá 2005-2020.



Fuente: Ministerio de Salud.

En el año 2020 debido a la pandemia, la recaudación del ISC al uso de tabaco disminuyó a B/.19.66 millones, lo que representa un descenso porcentual del 24.3% en el monto total de la recaudación. Sin embargo, a pesar de este descenso la recaudación promedio anual para el periodo 2010-2020 se estima en 24.43 millones de dólares, misma que duplica la recaudación del año 2009.

ITBMS: en 2001 se incrementó este impuesto a los productos del tabaco, pasando de un 10% a un 15%, donde los 5pp que se adicionaron, según la Ley 208 de diciembre de 2001, se asignan al ION para la atención de pacientes afectados por este factor de riesgo. Ambos impuestos son efectivamente asignados a las entidades correspondientes en las proporciones establecidas por la ley.

Alcohol: La Ley 6 de 20 de marzo de 2015 establece que el ISC para bebidas alcohólicas será de B./ 0.045 por cada grado de contenido de alcohol por litro de bebida. Así mismo, dicha ley establece que lo que se recaude en concepto del ISC a la cerveza se designará el 5% al Instituto Nacional de Salud Mental (INSAM)

para el Centro de estudios y tratamiento de adicciones (CETA). La recaudación por concepto ISC a la cerveza en 2019 fue B./ 54.5 millones, representando 1.4% del total de los ingresos tributarios de Panamá. En otras palabras, B./ 2.7 mm correspondieron al INSAM.

Bebidas azucaradas: Mediante la Ley 114 de 18 de noviembre de 2019 se crea el plan de acción para mejorar la salud y dicta otras disposiciones para establecer el ISC al consumo de bebidas azucaradas y los criterios para su uso. Esta ley establece que el ISC de bebidas azucaradas será de 7% para las bebidas gaseosas, 5% para el resto de las bebidas azucaradas y de 10% para los jarabes, siropes y concentrados para la producción de dichas bebidas, este impuesto también se aplicará sobre la partida arancelaria 22.02. La ley establece algunas excepciones. El artículo 11 de la ley establece que la totalidad de la recaudación del ISC de bebidas azucaradas se aplicará de la manera siguiente, excepto lo recaudado en concepto de bebidas gaseosas:

- **35% MINSA**
- **25% ION**
- **15% para los programas de clínicas para pacientes diabéticos del sector público de salud.**
- **25% destinado a otros ministerios (MEDUCA, MIDA, MICI).**

La recaudación por concepto de ISC de bebidas azucaradas en 2019 fue B./ 10.6 millones, lo que representó 0.3% del total de los ingresos tributarios del país.

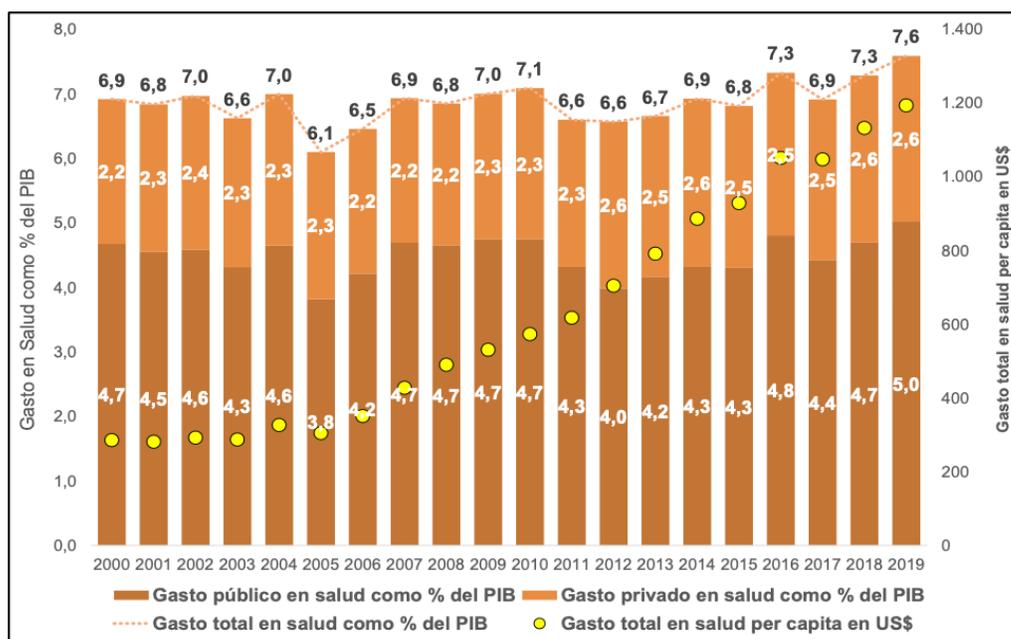




En las dos últimas décadas, la participación del gasto total en salud con relación al PIB ha mostrado un comportamiento relativamente estable alrededor del 7.0%. De hecho, el gasto en salud pasó de 6.9% a 7.6% del PIB, entre 2000 y 2019, siendo este último el mayor nivel de gasto registrado en la serie histórica analizada. (Gráfico 10).

Sin embargo, la serie del gasto en salud per cápita muestra una clara tendencia ascendente desde 2005, cuando se registró un gasto de US\$ 304 per cápita. En 2019, el gasto en salud por habitante alcanzó el mayor nivel registrado en los últimos veinte años (US\$ 1,193.0) (Gráfico 10).

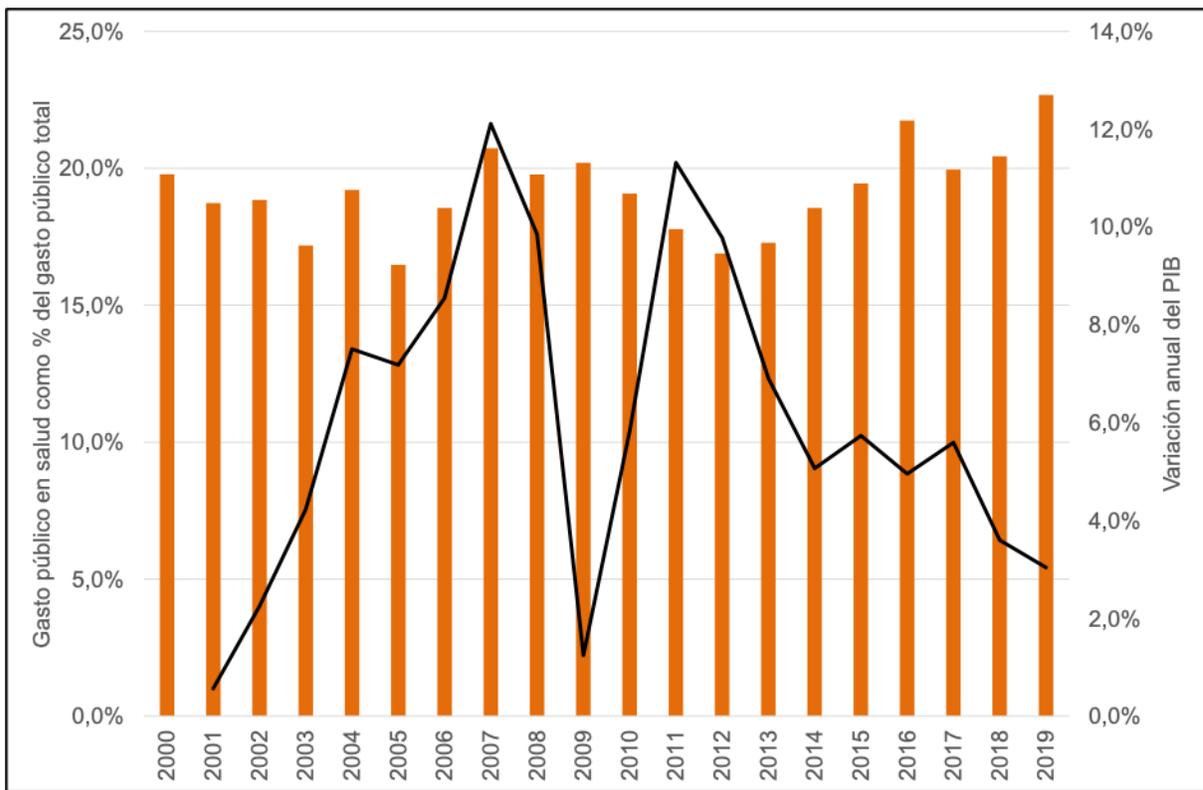
Gráfico 10. Gasto en salud per cápita y en términos del PIB, Panamá 2000-2019.



Fuente: Elaboración propia a partir de WHO, Global Health Expenditure Database.

En el período 2000 – 2019, la serie histórica del gasto público en salud como proporción del gasto público total revela una tendencia relativamente estable alrededor del 19%, esto a pesar de las notables fluctuaciones que ha presentado la actividad económica en las últimas dos décadas. El Gráfico 11 es expresivo y muestra como la relativa estabilidad del gasto en salud, mismo en los últimos cinco años cuando el crecimiento económico de Panamá se ha desacelerado en forma sistemática. De hecho, el nivel de riqueza de un país no es la única variable que explica el comportamiento de la priorización del sector salud. Otros elementos de carácter social y político, vinculados con la garantía de la universalidad en el acceso a los servicios de salud, son también determinantes. Así el crecimiento económico, a pesar de ser una variable importante, no es el único factor que explica en su totalidad la prioridad fiscal del gasto en salud.

Gráfico 11. Prioridad del Gasto en Salud y Crecimiento Económico. Panamá, 2000-2019.



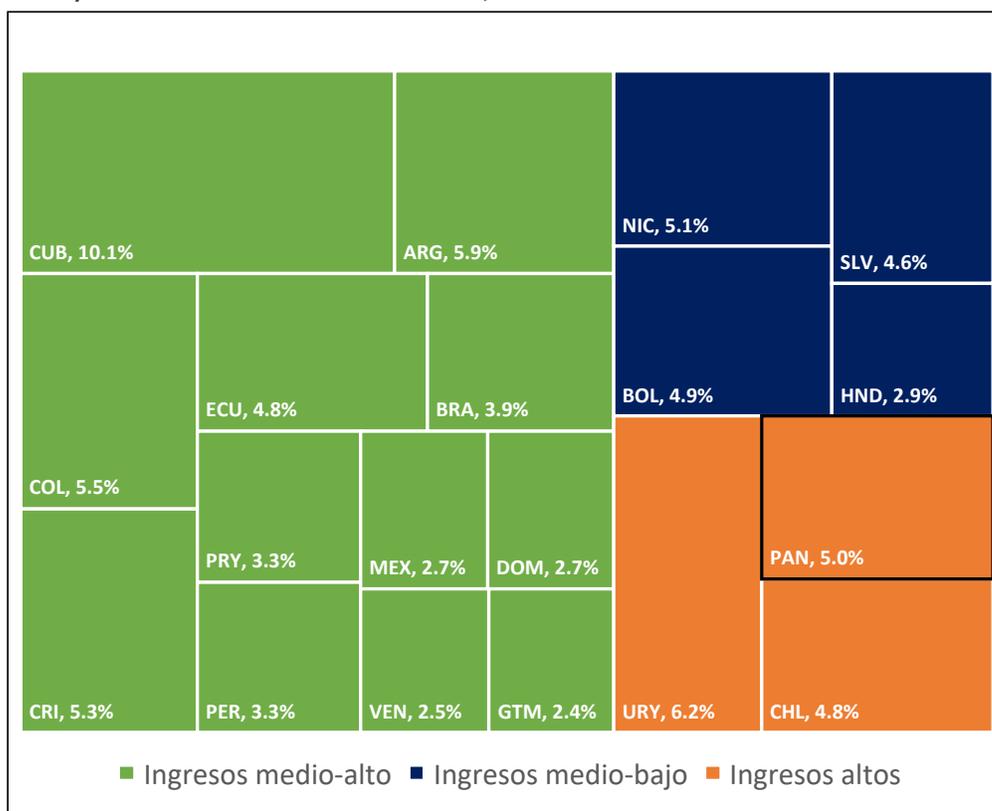
Fuente: Elaboración propia a partir de WHO, Global Health Expenditure Database.

3.1 Composición del gasto público y privado

El gasto en salud en Panamá es mayoritariamente público. La serie histórica de la composición del gasto en salud en términos del PIB evidencia que la parcela pública del gasto aumentó 1 punto porcentual en los últimos siete años, pasando de 4.0% a 5.0% del PIB entre 2012 y 2019. En ese mismo periodo, se observa que la proporción del gasto privado en la composición del gasto total en salud aumentó ligeramente. (Gráfico10).

En 2019, el gasto público en salud de Panamá (5.0% del PIB) superó al promedio de la región (4.6% del PIB) y fue comparable al de varios países de ingreso mediano alto y al de Bolivia y Nicaragua que, a pesar de estar clasificados como países de ingreso medio bajo, presentaron un gasto público equiparable al panameño. (Gráfico 12).

Gráfico 12. Gasto público en salud en términos del PIB, América Latina 2019.



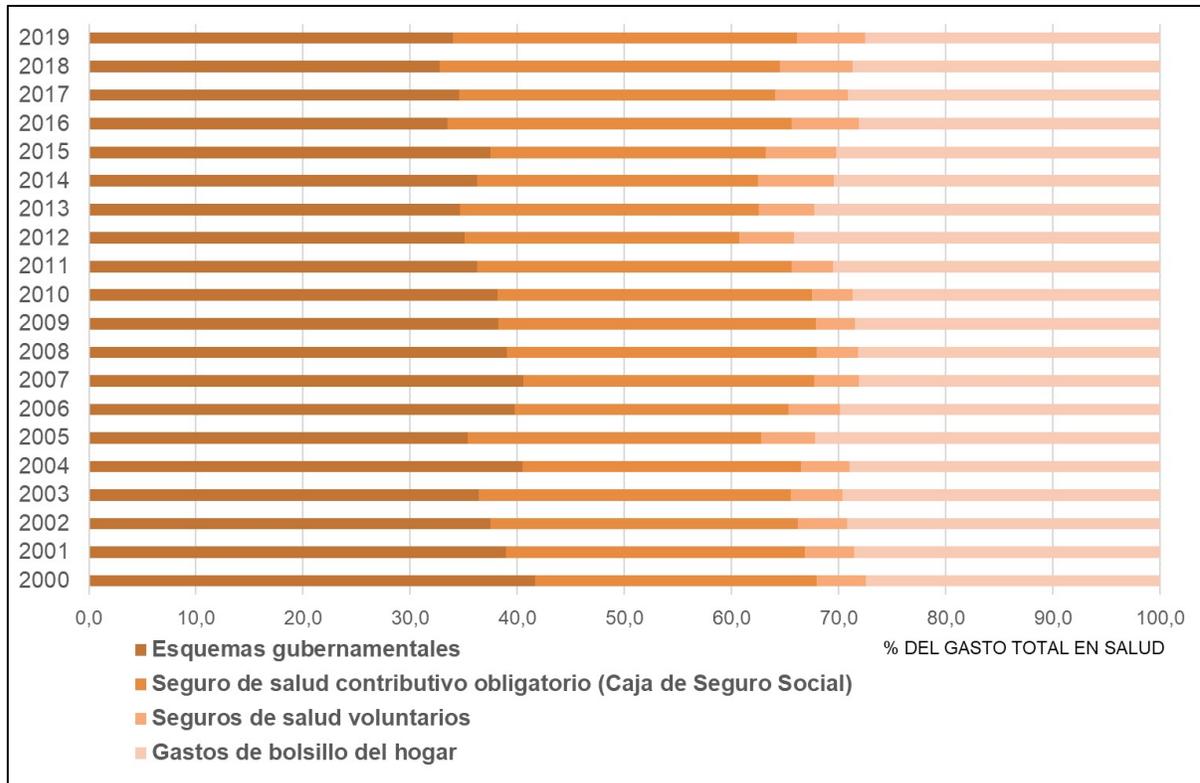
Fuente: Elaboración propia a partir de WHO, Global Health Expenditure Database.

Entre 2000 y 2019 la participación del gasto público en el total de gastos en salud de Panamá ha decrecido. Si comparamos la proporción de gasto promedio entre las dos décadas (66.4% 2000 a 2009) y (64.2% 2010 a 2019), se observa una reducción promedio de 2.2 puntos porcentuales. (Gráfico 10).

El financiamiento público de salud proviene, por un lado, del Ministerio de Salud (MINS) que recibe directamente del Ministerio de Economía y Finanzas (MEF) los recursos recaudados por el fisco nacional mediante impuestos y contribuciones.

Por otro lado, la Caja de Seguro Social (CSS) recauda las contribuciones (de los empleados y empleadores) directamente de las empresas y también recibe recursos del MEF y del MINSA.

Gráfico 13. Composición del gasto total en salud por esquemas de financiamiento. Panamá 2000-2019.



Fuente: Elaboración propia a partir de WHO, Global Health Expenditure Database.

Al analizar la composición del gasto público en salud, se aprecia que el gasto proveniente de los esquemas gubernamentales, han predominado sobre el correspondiente al seguro social obligatorio en todo el periodo analizado. Entre 2000 y 2019, el gasto gubernamental representó en promedio alrededor del 37% del total de gastos en salud, mientras que el gasto vinculado a la CSS representó el 28.3% aproximadamente. Sin embargo, la serie histórica evidencia que la participación del gasto de los esquemas gubernamentales, se han reducido paulatinamente en las últimas dos décadas, pasando de representar del 41.6% al 34.0% del gasto total en salud entre 2000 y 2019.

Por su parte, los gastos del seguro social permanecieron relativamente estables en torno al 27% del total de gastos de salud entre 2000 y 2015, año a partir del cual se registra una ampliación en la participación de los gastos vinculados a la CSS, alcanzando casi un tercio del total de gastos (32.1% en 2019) (Gráfico 13). La reducción del gasto gubernamental compensada por el aumento del gasto de los seguros obligatorios podría estar indicando una recomposición del gasto público en salud en Panamá.

En ese sentido, es oportuno señalar que el sistema de financiamiento de salud en Panamá se caracteriza por la ausencia de la mancomunación de los recursos financieros públicos del sistema de salud y la fragmentación en la financiación con múltiples flujos de recursos para la compra y el pago de los prestadores de servicio.

Esa fragmentación en el financiamiento acaba por segmentar a la población en dos grupos: uno de los trabajadores del sector formal con un “sistema de financiamiento” para los cotizantes y sus dependientes, gestionado por la CSS, y otro para el resto de la población gestionado por el MINSA. Esta separación de fondos impide, por un lado, el subsidio cruzado entre los dos subsistemas de financiamiento, inviabilizando la agrupación de riesgos y limitando con ello la capacidad de proporcionar protección financiera a la población. Por otro lado, al segmentar a la población, este tipo de financiamiento contribuye a las inequidades en el uso de los servicios en relación con las necesidades de atención, que a su vez están vinculadas con la inequidad en la distribución de los recursos de salud. Los trabajadores informales suelen no cotizar a la seguridad social, lo que se traduce en una carga de personas no cubiertas por el régimen obligatorio y en una disminución de la recaudación de las contribuciones al programa de maternidad y enfermedad de la CSS.

Adicionalmente, se observa que esa fragmentación tiene consecuencias negativas en términos de la eficiencia del sistema, pues tanto el MINSA como la CSS cubren poblaciones en el mismo territorio geográfico, lo que lleva a la duplicación de costos administrativos e inviabiliza el uso de mecanismos de compras estratégicas para respaldar cambios de comportamientos en los proveedores de servicios y ser más eficientes. Por otro lado, si bien existen los denominados convenios de compensación entre la CSS y el MINSA, la ausencia y debilidad normativa de estos instrumentos, así como la opacidad de las informaciones sobre los costos de los servicios, dejan espacio para interpretaciones diversas y dificultan el consenso necesario entre las instituciones para la implementación de los mismos.

Por otro lado, los indicadores muestran que el gasto privado tiene una importancia significativa como fuente de financiamiento del sistema de salud del país, representando un tercio del total de gastos en salud (Gráfico 13). Si bien se aprecia un pequeño aumento en la parcela del gasto de esquemas de seguros privados voluntarios (de 4.6% a 6.3% del gasto total en salud, entre 2000 y 2019), éste continúa siendo muy bajo si se compara con el nivel de gastos directos. Es importante señalar que los seguros privados basados en el prepago son mecanismos pertinentes que contribuyen, más no garantizan, la disminución de la carga de los gastos directos y continúan representando un gran desafío en términos del diseño de políticas públicas y regulaciones que velen por la eficacia del funcionamiento de los mercados y actúen sobre las desigualdades de acceso a los servicios de salud. (CEPAL 2008).

La serie histórica muestra como los hogares panameños han absorbido sistemáticamente alrededor de un 30% de los gastos totales en salud (Gráfico 13), lo que se traduce en un aumento del gasto de bolsillo. A este respecto cabe mencionar que los hospitales del III nivel y los institutos especializados de carácter nacional poseen una figura administrativa denominada “Patronatos”, cuyo financiamiento asignado vía presupuesto público es complementado mediante la aplicación de copagos. Estos recursos complementarios son administrados directamente por las regiones de salud o los patronatos, los copagos son una práctica muy aceptada y estimulada en el sistema público de salud panameño que obstaculiza a la población de escasos recursos, en alguna medida, el acceso a los servicios públicos de salud. Sin embargo, el sistema público de salud tomando en consideración esta limitante, realiza evaluaciones socioeconómicas y cuando las personas que demandan servicios de salud no pueden cubrir los copagos, esto no se convierte en una barrera económica para acceder a los servicios de salud requeridos. El MINSA en el ejercicio de su rol de autoridad sanitaria nacional ha establecido lineamientos estratégicos dirigidos al aumento y mejoramiento del financiamiento, con equidad y eficiencia, avanzando hacia la eliminación del pago directo que se convierte en barrera para el acceso en el momento de la prestación de los servicios.



ASIG
BBA Aviation

Cleans • Fights Stains • Freshens
LIQUID LAUNDRY DETERGENT



Cleans • Fights Stains • Freshens
LIQUID LAUNDRY DETERGENT

PROHIBIDA SU VENTA
Empresa Certificada ISO 9001 : 2000
Sociedad de Alimento de Ramera, S.A.
(Bonlac) Propiedad de (Bonlac)

En la actualidad, Panamá no utiliza un sistema de mancomunación de fondos en el manejo de los recursos financieros relacionados con la salud, por tanto, no hay una estructura de mercado que establezca acuerdos de agrupación, ni mecanismos de combinación de fondos comunes de prepago obligatorios y voluntarios. Las personas invierten recursos propios (gasto de bolsillo) para cubrir algunos bienes y servicios de salud. Los planes de seguros médicos privados tienen establecidos los beneficios específicos que obtienen los beneficiarios independientemente de donde trabajen y conforme a las características del seguro contratado, toda vez que algunas empresas establecen programas de seguro específicos para sus trabajadores.

Los fondos destinados a la atención de salud, como ya se ha mencionado antes, proceden de diferentes fuentes, siendo las más importantes las provenientes de la recaudación fiscal que se otorgan al MINSA a través de los presupuestos anuales, de las cuotas obrero-patronales y otras fuentes que permiten la prestación de bienes y servicios de salud a la CSS y del gasto de bolsillo.

Por lo antes indicado, no se tienen definido el tamaño y la composición de grupos que pudieran beneficiarse de una mancomunación de fondos, como tampoco el porcentaje de la población que podría ser cubierta, ni de la composición socioeconómica o demográfica de cada grupo.

El país no cuenta con leyes que establezcan la mancomunación de fondos, más bien existen leyes específicas como la Ley 51 de 2005 que regula la seguridad social y deja claro las posibilidades de uso de los fondos de esta entidad, una de las principales financiadoras de los bienes y servicios públicos de salud.



No existe un fondo único debido a que el presupuesto del Estado asigna recursos del gobierno central al Ministerio de Salud para la gestión de los servicios de salud. Por otro lado, la CSS recibe fondos propios a partir del pago de las cuotas de los obreros patronales y también recibe subsidios del Estado destinados a cubrir parte de los gastos en los que se incurren para cubrir la salud de la población beneficiaria que no es asegurada directamente. Adicionalmente, está el gasto de bolsillo, mediante el cual, la población cubre en parte o en su totalidad los gastos para la atención de su salud.

La Constitución de la República de Panamá consagra el derecho a la salud en su artículo 109 que establece: *“Es función esencial del Estado velar por la salud de la población de la República. El individuo, como parte de la comunidad, tiene derecho a la promoción, protección, conservación, restitución y rehabilitación de la salud y la obligación de conservarla, entendida esta como el completo bienestar físico, mental y social.”*

Existen condiciones de accesibilidad geográfica, cultural, económica, que ocasionan desigualdades en los beneficios que reciben la población al momento de demandar atención en salud. Con la finalidad de minimizar estas diferencias, el Sistema Público de Salud, se ha organizado en niveles de atención y grados de complejidad considerando la estrategia de Atención Primaria en Salud, que se enfoca en el reordenamiento de la red de servicios y en la conformación de Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS), con base en el Modelo de Atención Individual, Familiar, Comunitario y Ambiental (Decreto Ejecutivo 420 de 12 diciembre de 2018).

Según el nivel de atención y el grado de complejidad se cuenta con una cartera de servicios definida para cada instalación de salud y con un sistema de referencia y contrarreferencia (SURCO) que facilita cubrir las necesidades de los usuarios de los servicios de salud de conformidad con la complejidad del problema de salud presentado. Algunas instalaciones de la red de servicios tienen como función principal la promoción de la salud, mientras que otros hacen énfasis en la prevención primaria y secundaria y un pequeño número de instalaciones de ámbito nacional concentran sus actividades en la prevención terciaria.

Dada la existencia de distintas categorías de proveedores, entiéndase proveedores de atención hospitalaria y ambulatoria, el sistema de salud ha organizado sus instalaciones con carteras de servicios por tipo de complejidad de la instalación, por tanto, efectivamente existen diferencias entre los proveedores de servicios tanto a lo interno del MINSA y de la CSS, como entre estas dos instituciones.

A esto se suma la gran diversidad de proveedores de servicios de salud privados que van desde consultorios hasta grandes centros de atención hospitalaria, con carteras también diferenciadas.

De la cuota obrero-patronal, el aporte de los empleadores cubre las prestaciones de salud que reciben los beneficiarios de la seguridad social. En el caso de los no asegurados, se establece un copago como una contribución para cubrir los costos de la atención de salud demandada. Cuando el no asegurado carece de

los recursos para hacer frente al copago, se realiza una evaluación socioeconómica, que puede generar la exoneración completa del pago, la reducción del monto del copago y/o arreglos de pagos. Algunos grupos de población que han sido priorizados están amparados en los llamados decretos de gratuidad, como la población indígena, mujeres embarazadas, menores de 5 años y personas con discapacidad.

Sí existen diferencias entre costos y tarifas, en ninguna instalación del MINSA incluidos los patronatos, las personas atendidas cubren el costo de la atención. Los copagos consideran tarifas mínimas y el Estado subsidia la diferencia entre el monto de la tarifa y el costo del servicio. Como se mencionó anteriormente, el Ejecutivo a través del MINSA y la Asamblea Nacional han emitido leyes, resoluciones y decretos de gratuidad para garantizar la atención de las poblaciones vulnerables antes citadas, entre ellos tenemos:

- **Resolución 322 del 18 de agosto de 2005:** que instruye a las instalaciones comarcales de salud del país, administradas por el Ministerio de Salud, a brindar los servicios de salud a la población indígena, en forma gratuita. Esta disposición aplica a la población indígena en pobreza y pobreza extrema debidamente comprobada.
- **Decreto Ejecutivo 329 de 14 de julio de 2009:** que ordena la gratuidad en la prestación del servicio de consulta de medicina general y de odontología, en los establecimientos de salud de atención primaria del Ministerio de Salud. En adición, advierte que los pacientes asegurados y beneficiarios, atendidos en los establecimientos de salud de atención primaria del Ministerio de Salud se registrarán por los Convenios que para tales efectos existan.
- **Ley 233 de 13 noviembre de 2020:** que establece la gratuidad en los servicios de salud para mujeres embarazadas y para adolescentes en cuanto a control y prevención a nivel nacional. Esta ley establece que los establecimientos del Ministerio de Salud se encargarán de ofrecer una atención integral la cual para efectos específicos de esta ley deberá incluir actividades de promoción, prevención, diagnóstico de la salud del infante, niño, adolescente hasta 19 años y la mujer embarazada, bajo principios éticos y de respeto. En uno de sus artículos se especifican los servicios médicos gratuitos que recibirá esta población.
- **Decreto Ejecutivo 129 de 9 de marzo de 2021:** que establece la gratuidad de los servicios de salud, en todas las instalaciones del sector público de salud administradas por el MINSA, para las personas con discapacidad, previamente identificadas en las consultas ambulatorias. En la que adicionalmente se establece la implementación de un programa de identificación para las personas con discapacidad, mientras se garantice el proceso de certificación de la discapacidad que lo afecte.

Vale indicar que no hay tarifas únicas para el mismo servicio a nivel de todas las instalaciones del país. Cada región establece, conforme criterios epidemiológicos y socioeconómicos de su población, tarifas diferenciadas, pero en todos los casos estas tarifas son mínimas con respecto a los costos.

Según lo que establece la Ley 51 de 2005, sólo la población cubierta por la seguridad social puede tener acceso a los servicios de salud que ésta ofrece. El MINSA y la CSS, con el interés de ampliar la cobertura de atención de personas aseguradas y no aseguradas en las regiones del interior del país, desde 1990 firmaron un convenio para la prestación de servicios, según cartera y costos previamente negociados que permiten

que las personas aseguradas se atiendan en instalaciones del MINSA y que las no aseguradas se atiendan en instalaciones de la CSS. Estos convenios se negocian para un periodo de alrededor de tres años, pero cada año se efectúa el intercambio de facturación, que forma parte del proceso de compensación de costos, garantizando que cada entidad cubra los costos de salud de su población de responsabilidad (MINSA - no asegurados, CSS - asegurados).

Adicionalmente, existen convenios de prestación de servicios firmados entre patronatos de hospitales del MINSA y la CSS, para atender población asegurada en estas instalaciones. Dentro de los patronatos que cuentan con estos convenios están hospitales especializados de alta complejidad como lo son el Instituto Oncológico Nacional y el Hospital del Niño, pero también cuentan con esta herramienta de gestión hospitales de segundo nivel de atención como el Hospital Nicolás A. Solano y el Hospital San Miguel Arcángel.

En los servicios públicos de salud, no existen pagos diferenciados por tipo de patología, las tarifas se establecen para productos concretos de la atención, por ejemplo: consulta de medicina general, consulta de ginecología, laboratorios según tipos de pruebas. A nivel privado, se cuentan con algunos paquetes de beneficios que son cubiertos por las aseguradoras para patologías como cáncer, hipertensión arterial, diabetes, entre otras.

En el caso de los laboratorios clínicos privados, ocasionalmente se da la práctica de contar con paquetes con precios reducidos para exámenes generales, exámenes prematrimoniales, cuando se promueven la realización de estudios vinculadas a alguna patología en particular por conmemoración a una fecha determinada de ese riesgo en particular, por ejemplo: mes de la prevención del cáncer de mama y próstata.

La Ley 6 de 10 de junio de 1987 establece un descuento del 20% del precio, a las mujeres a partir de los 55 años y los hombres a partir de los 57 años en lo que se respecta a bienes y servicios, incluyéndose los servicios de salud.

Los servicios que no están incluidos en los derechos a prestaciones se financian a partir de los gastos de bolsillo y/o mediante cobertura de servicios privados que en muchos casos exigen un copago.

5.1 Pólizas de seguros de salud

A continuación, se presentan detalles proporcionados por la Superintendencia de Seguros y Reaseguros respecto a las pólizas de seguros de salud y otras pólizas que contienen un componente de salud.

En 2020, se registraron 1.8 millones de pólizas de seguros, disminuyendo el crecimiento con respecto a 2019 en 14,041 pólizas, con una tasa de crecimiento de -0.8%. Esta disminución fue reflejada principalmente en el ramo de personas con -4%, aportando un 30% (552,769) de las pólizas totales. Mientras que el ramo general aumentó en 0.5%, aportando un 70% (1,261,971) del total de pólizas.

Tabla 1. Cantidad de Pólizas de seguros. Panamá, 2019-2020.

RAMOS DE SEGUROS	POLIZAS VIGENTES			
	DICIEMBRE		VARIACIÓN	
	2020	2019	ABSOLUTA	PORCENTUAL
Accidentes Personales	137,279	152,583	15,304	-10.0%
Responsabilidad Civil	16,910	18,200	1,290	-7.1%
Ramos Técnicos	8,918	9,755	837	-8.6%
Automóvil	825,626	834,237	8,611	-1.0%
Vida Individual	242,109	251,670	9,561	-3.8%
Otros	7,790	7,885	95	-1.2%
Robo	3,723	3,730	7	-0.2%
Transporte de Carga	32,677	32,500	177	0.5%
Multiriesgo	26,727	25,945	782	3.0%
Fianzas	66,064	69,206	3,142	-4.5%
Colectivos de Vida	69,607	70,217	610	-0.9%
Salud	103,774	98,569	5,205	5.3%
Incendio y Líneas Aliada	272,473	253,233	19,240	7.6%
Casco	1,063	1,051	12	1.1%
TOTAL	1,814,740	1,828,781	14,041	-0.8%

Fuente: Superintendencia de Seguros y Reaseguros de Panamá

De esta manera, la cantidad de unidades aseguradas fue de 3.5 millones, disminuyendo en 241,916 unidades, con una tasa de crecimiento de -6.4%. Así, el ramo de personas tuvo la mayor disminución con -9.7%. Sin embargo, aportó el 56% (2.0 millones) de las unidades aseguradas totales. Asimismo, el ramo general decreció en -1.9%, aportando un 44% (1.6 millones) de las unidades aseguradas totales.

Tabla 2. Cantidad de unidades aseguradas. Panamá, 2019-2020.

RAMOS DE SEGUROS	UNIDADES ASEGURADAS			
	DICIEMBRE		VARIACIÓN	
	2020	2019	ABSOLUTA	PORCENTUAL
Casco	1,594	1,560	34	2.2%
Robo	4,297	4,312	15	-0.3%
Ramos Técnicos	13,274	14,314	1,040	-7.3%
Responsabilidad Civil	17,956	19,373	1,417	-7.3%
Multirisgo	28,454	27,518	936	3.4%
Transporte e Carga	37,174	37,134	40	0.1%
Fianzas	67,817	71,206	3,389	-4.8%
Otros	70,823	75,877	5,054	-6.7%
Vida Individual	251,771	263,287	11,516	-4.4%
Accidentes Personales	378,531	505,374	126,843	-25.1%
Salud	381,741	389,424	7,683	-2.0%
Incendio y Líneas Aliadas	416,357	408,671	7,686	1.9%
Automóvil	911,457	939,231	27,774	-3.0%
Colectivos de Vida	956,964	1,022,845	65,881	-6.4%
TOTAL	3,538,210	3,780,126	241,916	-6.4%

RAMOS	POBLACIÓN			
	DICIEMBRE		VARIACIÓN	
	2020	2019	ABSOLUTA	PORCENTUAL
Personas	1,969,007	2,180,930	211,923	-9.7%
Generales	1,569,203	1,599,196	29,993	-1.9%
TOTAL	3,538,210	3,780,126	241,916	-6.4%

Fuente: Superintendencia de Seguros y Reaseguros de Panamá

En 2020, el mercado asegurador logró ingresos en primas directas por B/. 1,517 millones, disminuyendo el crecimiento con respecto a 2019 en B/. 50.7 millones, con una tasa de crecimiento de -3.2%. Esta disminución fue reflejada principalmente por las primas de ramos generales con -6.3%, aportando un 50% (B/. 758.6 millones) de las primas directas totales. Mientras que el ramo de personas se mantuvo igual al año anterior con B/. 758.7 millones, es decir un 50% de las primas.

Tabla 3. Cantidad de primas directas. Panamá, 2019-2020.

RAMOS DE SEGUROS	ACUMULADO PRIMAS			
	DICIEMBRE		VARIACIÓN	
	2020	2019	ABSOLUTA	PORCENTUAL
Salud	341,647,605.58	321,879,490.48	19,768,115.10	6.1%
Automóvil	262,432,171.64	313,517,792.53	51,085,620.89	-16.3%
Colectivos de Vida	235,599,617.05	230,476,386.05	5,132,231.00	2.2%
Vida Individual	162,761,511.64	175,681,342.71	12,919,831.07	-7.4%
Incendio y Línea Aliadas	157,475,408.23	152,548,367.18	4,927,041.05	3.2%
Fianzas	121,336,500.54	109,918,833.42	11,417,667.12	10.4%
Otros	96,715,251.96	97,277,053.74	561,801.78	-0.6%
Responsabilidad Civil	37,022,515.97	46,560,659.87	9,538,143.90	-20.5%
Casco	33,927,598.36	29,238,507.33	4,689,091.03	16.0%
Transporte de Carga	21,708,647.46	21,538,020.39	170,627.07	0.8%
Ramos Técnicos	18,981,843.95	25,923,350.22	6,941,506.27	-26.8%
Accidentes Personales	18,680,448.84	30,566,227.73	11,885,778.89	-38.9%
Multiriesgo	6,177,353.87	7,927,357.89	1,750,004.02	-22.1%
Robo	2,805,451.00	4,944,466.87	2,139,015.87	-43.3%
TOTAL	1,517,271,926.09	1,567,988,856.41	50,716,930.32	-3.2%

RAMOS	ACUMULADO EN PRIMAS		VARIACIÓN	
	2020	2019	ABSOLUTA	PORCENTUAL
Personas	758,689,183.11	758,594,446.97	94,736.14	0.0%
Generales	758,582,742.98	809,394,409.44	50,811,666.46	-6.3%
TOTAL	1,517,271,926.09	1,567,988,856.41	50,716,930.32	-3.2%

Fuente: Superintendencia de Seguros y Reaseguros de Panamá

5.2 Acceso a los Servicios de Salud

El sistema público de salud de Panamá no tiene establecido un mecanismo que limite el acceso de sus usuarios a los servicios de salud en ningún nivel de atención. Se procura mediante la orientación y educación que los usuarios demanden servicios de atención en las diferentes categorías de establecimiento en conformidad con el problema de salud presentado. Particularmente, se ha tratado de mejorar el uso de los servicios de urgencias, aplicando el método de *triage*. Los pacientes también se canalizan a través del SURCO.

5.2.1 Listas de espera

Aunque al momento de redactar este informe no se cuenta con datos objetivos que permitan cuantificar cuán largas son las listas de espera para la atención ambulatoria especializada o para acceder a procedimientos quirúrgicos, es una queja frecuente de la población, quienes para acceder a citas con algunas especialidades deben esperar meses. Una situación similar ocurre en el caso de los trámites quirúrgicos, lo que ha obligado a las instituciones hospitalarias de segundo y tercer nivel a efectuar programas especiales para reducir la mora quirúrgica y los tiempos de espera para acceder a una consulta especializada.

Durante la presentación de los procesos de salud y los problemas identificados en ellos, en la sub-mesa temática de prestaciones de salud del dialogo nacional por la Caja del Seguro Social, al referirse al proceso quirúrgico, el Dr. Diógenes Cedeño, Planificador de Salud de Servicios de Salud de la CSS manifestó que las listas de espera quirúrgicas son manejadas por los especialistas quirúrgicos en sus consultorios.

Según datos estadísticos, hasta el mes de febrero de este año (2021), hay 17,087 procedimientos quirúrgicos en las instalaciones de salud de la institución. El galeno narró que cuando se trata de ubicar a los pacientes para adelantarles la cirugía, la mitad de los que están en lista de espera no quiere realizarse la cirugía, argumentando que no están listos o están cerca de fechas importantes, por lo que solicitan que se la reprogramen².

Cedeño considera razonable que se mejore el manejo de esta mora quirúrgica y se pueda incorporar en el sistema electrónico de las atenciones médicas, la implementación de la lista de espera electrónica. Las principales cirugías pendientes tienen que ver con las especialidades de oftalmología (48%) y cirugía general (28%). En menor proporción siguen las operaciones de ortopedia (6%), neurocirugía (4%) y cardiología (2%).

Al igual que en la Caja de Seguro Social, las unidades de registros médicos y estadísticas del MINSA no llevan un registro que permita conocer la mora quirúrgica, debido a que son los cirujanos quienes manejan su propia demanda quirúrgica.

5.2.2 Personal de salud

La estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud implica el desarrollo de un enfoque de atención integral a lo largo del curso de vida, del individuo, familia, comunidad y ambiente desde la promoción, prevención, curación y rehabilitación en salud, incluidos los cuidados paliativos. Para lograr con eficiencia, eficacia y calidad la precitada estrategia, Panamá se basa en un modelo de atención primaria, que requiere del desarrollo y competencias del personal de salud, que requiere establecer una planificación de la fuerza de trabajo en salud del país. La integración de equipos de trabajo interdisciplinarios, multidisciplinarios y transdisciplinarios es una necesidad que debe satisfacer durante la formación del personal de salud y la provisión de los servicios de salud, con la finalidad de mejorar la calidad del desempeño profesional laboral.

² Panamá América. *Mora quirúrgica de la Caja de Seguro Social se depuraría con un sistema electrónico. 2021. Disponible en: <https://www.panamaamerica.com.pa/sociedad/mora-quirurgica-de-la-caja-de-seguro-social-se-depuraria-con-un-sistema-electronico-1188854>*

Es por ello, que la articulación entre las necesidades de los servicios y usuarios del sistema y la formación del personal de salud con capacidades para atender las exigencias del mercado laboral es indispensable. Con miras a determinar las necesidades concretas del personal para el funcionamiento del sistema nacional de salud, se estimó por categoría, sus requerimientos; para fortalecer el desempeño del país en funciones esenciales y prioritarias, como: educación en salud; promoción de suministros adecuados de alimentos y una nutrición completa y balanceada; disponibilidad de agua segura y de saneamiento básico; atención materno-infantil; coberturas seguras de vacunación por categoría de vacunas; tratamiento de enfermedades comunes y lesiones basados en las mejores prácticas, prevención de enfermedades endémicas locales; disponibilidad y uso racional de medicamentos, particularmente de los medicamentos esenciales.

Como es conocido, la demanda por servicios de salud siempre supera la oferta, sin embargo, en Panamá se procura ofrecer los servicios a los que las personas tienen derecho y para ello, es necesario que en la práctica se cuente con suficiente personal capacitado y medicamentos esenciales en las instalaciones de salud. Con este marco de referencia, el MINSa ha realizado un análisis del déficit de personal calificado, encontrando que este es más notorio en algunas disciplinas que en otras.

Cuando se trata de la promoción de la salud, el país cuenta con un déficit marcado de promotores y educadores para la salud, lo que se traduce en una sobrecarga laboral para quienes actualmente desempeñan dicha función. Por otro lado, se destacan las carencias de funcionarios que desempeñen tareas relacionadas a la salud ambiental, como lo son: los inspectores de salud ambiental, inspectores de control de vectores y médicos veterinarios, que tienen una función de salud pública, particularmente de vigilancia y control de los factores ambientales determinantes de la salud.

Es conocida la escasez de trabajadores especializados en salud mental en todas las esferas, sean estos psicólogos, psiquiatras, enfermeras y trabajadores sociales. Esta situación contrasta con la situación emergente de los problemas de salud mental en nuestras poblaciones, situación que se agrava por la pandemia de la COVID-19.

Las últimas encuestas arrojan serios problemas en la salud nutricional de la población panameña porque se conjugan la desnutrición crónica en menores de 5 años con la obesidad en esa misma población y la existencia de cerca del 70% de la población de 15 años y más con problemas de sobrepeso y obesidad. La disponibilidad de nutricionistas y personal especializado en atender este tipo de problemas de salud es limitada tanto en la red pública como privada del país.

A estos se suman, la atención clínica general y especializada que encuentra déficit de personal calificado, en algunas áreas más que en otras, tal es el caso de los internistas, pediatras, gineco obstetras, anestesiólogos, nefrólogos, radiólogos, ortopedas, oncólogos, entre otras especialidades, como también médicos generales y familiares.

Así mismo, es necesario, que la fuerza laboral básica integre en cantidad y calidad suficiente a enfermeras generalistas y especialistas, técnicos de enfermería y farmacéuticos generales y especialistas (especialidad reguladora, entre otras) y que, para el fortalecimiento de las acciones de salud pública, se incorporen especialistas en la materia, como epidemiólogos, salubristas, gerentes de servicios de salud, ambientalistas, entre otros.

5.2.3 Cambios en los “beneficios” o servicios de salud

Desde una perspectiva objetiva, la responsabilidad sobre cualquier cambio en los beneficios prometidos debe recaer sobre la entidad que propone dichos cambios. Los proponentes pueden ser entidades del gobierno central como entidades descentralizadas, lo cual dependerá del tipo de cambio propuesto.

Muchas propuestas de cambio surgen directamente de iniciativas legislativas, a veces poco consultadas con el MINSa como autoridad sanitaria, lo que trae consigo dificultades en su aplicación y, por tanto, limitaciones de la población a los beneficios sugeridos. A este punto, es necesario, indicar que las decisiones sobre los cambios en los beneficios prometidos, respecto a los servicios de salud que se ofrecen a la población en la red pública de servicios de salud, rara vez se acompañan de evaluaciones previas sobre el impacto que la implementación de dichos beneficios puede tener en la salud de las personas como en los aspectos financieros de las entidades implementadoras de las decisiones correspondientes. En ese sentido, no existe un proceso específico en el que se establezcan los requisitos para una evaluación de la rentabilidad y el impacto presupuestario del cambio propuesto.

En el caso de los beneficios adquiridos mediante el pago de pólizas de seguros de salud, los cambios en los beneficios prometidos son realizados por las compañías aseguradoras sin que medien consultas ni aprobaciones por el MINSa como autoridad sanitaria. En muchas ocasiones, las compañías aseguradoras presentan propuestas de cambios de tarifas a la Superintendencia de Seguros y Reaseguros de Panamá para su aprobación. Estos cambios tarifarios, en general obedecen a cambios de la edad y en la condición de salud de los asegurados, a la inflación médica, siniestralidad y a los cambios en los contratos de reaseguros, pero no necesariamente se acompañan en mejoras de la cobertura de beneficios de servicios de salud. El MINSa como autoridad sanitaria no participa de estos procesos de toma de decisiones, respecto de los cambios tarifarios, a pesar de que es una de las dimensiones de la Rectoría que debería ser compartida entre la Superintendencia de Seguros y Reaseguros y el MINSa.

Estos cambios tarifarios, hacen menos accesible los servicios de salud privados a la población debido a las altas primas que deben ser pagadas en medida que avanza la edad. Cuando se trata de cambios en los beneficios que otorga la seguridad social, estos se acompañan de análisis actuariales que contribuyen a orientar la toma de decisiones.



Las organizaciones de compras institucionales se constituyen en enlaces entre la Dirección General de Contrataciones Públicas y las entidades públicas contratantes, y serán responsables por el cumplimiento de las políticas, los lineamientos y las directrices que sean establecidos por esta Dirección y por la ejecución de todos los procedimientos de contrataciones públicas establecidos en la Ley 22 de junio de 2006, ordenada por la Ley 153 de 2020, para la adquisición de bienes y servicios necesarios en el desarrollo de las responsabilidades de cada institución pública.

En el Ministerio de Salud existe un Departamento Especializado de compras de medicamentos e insumos para la salud, ubicado en la Dirección de Medicamentos e Insumos Sanitarios, que se encarga de gestionar y tramitar los pedidos, órdenes de compra y contratos, relacionados con insumos sanitarios. Adicionalmente, existe otro departamento, ubicado en la Dirección de Administración, que se dedica a gestionar y tramitar los pedidos, órdenes de compra y contratos, de insumos no sanitarios. Las contrataciones se realizan a través del portal electrónico Panamá Compra.

En el caso de la Caja de Seguro Social, existe la Dirección Nacional de Compras que es el ente supervisor y de control del Sistema de Contratación Pública de la Caja de Seguro Social (CSS) a nivel nacional. Todos los Departamentos de Compras de las unidades ejecutoras a nivel nacional están adscritos a la Dirección Nacional de Compras. La citada dirección tiene entre sus funciones:

- Realizar todos los procedimientos de selección de contratistas.
- Recomendar instructivos sobre procesos de adquisiciones.
- Atender consultas presentadas por los interesados sobre cualquier proceso de contratación pública.

Además de la Ley 22 de junio de 2006, las compras y contrataciones de la CSS se rigen por los procedimientos establecidos según la Ley 51 de 2005, incluyendo: Licitación Pública de Menor Cuantía; Licitación Pública de Mayor Cuantía; Concurso y Contratación en Estado de Emergencia.

El proceso de compras, se basa en las fichas técnicas de medicamentos e insumos sanitarios, elaboradas por el Comité Técnico Nacional Interinstitucional (CTNI), según lo dispuesto en la Resolución 598 de 21 de julio de 2010, que establece que las mismas deben ser usadas por las instituciones de salud para la descripción de los medicamentos y otros insumos sanitarios en la requisición y pliego de cargos de las compras de los productos para la salud humana. El uso de estas fichas es de cumplimiento obligatorio.

Existe una fragmentación del proceso de compra, debido a que tanto el MINSA como la CSS, los Patronatos y otras unidades de la red de servicios públicos de salud pueden gestionar sus propias compras de bienes y servicios. Partiendo de la premisa de que a nivel institucional existen Departamentos de Compras a nivel regional, de instituciones nosocomiales y patronatos adscritos a esta institución que actúan de manera autónoma y solo en ocasiones supervisados por el nivel nacional. Esta situación, puede efectivamente facilitar

la existencia de distorsiones que limitan la estructuración de una estrategia unitaria frente a un determinado proveedor o grupo de ellos. Con respecto a los insumos sanitarios, se suma la Unidad de Gestión de Salud Administrativa y Financiera (UGSAF) que puede realizar compras para las regiones y la red ambulatoria de primer nivel que afectan las estrategias de compras e influyen en el comportamiento de los proveedores.

Ante la crisis de la pandemia fue instalada una mesa institucional de compras COVID-19, integrada por los jefes de compras de la Caja de Seguro Social y del Ministerio de Salud, la Dirección General de Contrataciones Públicas, un representante de la Contraloría General de la República y otro de la unidad de proyectos especiales. Esta mesa se instauró el 16 de junio de 2020³ para agilizar los procesos de compras de medicamentos e insumos y así atender los requerimientos de las instituciones durante la pandemia, buscando unificar esfuerzos y homologar precios. La mesa funciona con una visión de un solo sistema sanitario donde se acuerdan estrategias, se planifican y ejecutan compras de insumos y equipos de manera más eficiente.

En el estado de emergencia, la mesa conjunta realiza adquisiciones mediante el “Procedimiento Especial de Adquisición en Emergencia”: Las compras están reguladas en el artículo 85 del texto único de la Ley 22 de 2006, que es la de Contratación Pública. Si bien la ley permite hacer contrataciones directas, el gobierno nacional convoca a las empresas para presentar licitaciones de manera virtual.

La mesa conjunta MINSA-CSS no limita la participación de las empresas. El proveedor tiene que cumplir con un certificado de oferente, con una ficha y un criterio técnico. Todas las cotizaciones son públicas. Todos los bienes y servicios que se requieren para atender la pandemia se publican a través del portal Panamá Compra, en el acceso directo de mesa conjunta MINSA-CSS. Ese acceso es público para cualquier empresa que desee participar.

³ *COMUNICADO #113 MINSA y CSS instalan mesa de trabajo para agilizar compras de medicamentos e insumos en lucha contra COVID-19.*

6.1 Proveedores

Existe una división entre el comprador y el proveedor, ya que el comprador sólo puede contratar o comprar los servicios, y no puede ser proveedor. La estructura de mercado de proveedores permite al Estado contratar cualquier persona natural o jurídica conforme a la ley. En este sentido, puede ser contratista cualquier proponente siempre y cuando acredite su carácter formal, se encuentre debidamente registrado y cumpla con los requisitos que en cada caso la contratación exija. Los proveedores pueden estructurarse también, entre otros, en consorcios y uniones temporales, a efectos de viabilizar su participación en los distintos procesos de selección de contratistas, cuando la complejidad así lo demande.

La mayoría de las veces, hay competitividad y se puede comprar indistintamente del área donde se encuentre el proveedor. La competitividad entre los proveedores se ve facilitada por el portal Panamá Compra. También existen proveedores únicos que crean monopolios y controlan los servicios que ofrecen. Se ha establecido un proceso de acreditación de proveedores, regulado en la Ley 22 de junio de 2006 que regula la contratación pública, ordenada por la Ley 153 de 2020. Al respecto, el artículo 174 de la Ley 22 de 2006, Texto Único, señala:

Artículo 174. Procedimiento para el Registro de Proponentes.

Las personas naturales o jurídicas, nacionales o extranjeras, los consorcios o asociaciones accidentales que aspiren a celebrar un contrato con el Estado, los subcontratistas y las personas con quienes se firme un contrato deberán registrarse por medio de tecnologías de la información y la comunicación (TIC) o de manera manual en el Registro de Proponentes que administrará la Dirección General de Contrataciones Públicas.

Las entidades públicas no podrán requerir a los proponentes la documentación que estos hubieran tenido que presentar para su inscripción en el Registro de Proponentes, para lo cual la Dirección General de Contrataciones Públicas realizará las adecuaciones a fin de que las entidades tengan acceso a dicho registro y puedan verificar la información de los proponentes.

La inscripción en el Registro de Proponentes se acreditará en el acto público con la aportación del certificado de proponentes que expida la Dirección General de Contrataciones Públicas.

Como parte del proceso de selección de proveedores, estos deben presentar un conjunto de documentos que se les exigen por ley, antes de participar en una contratación. Algunos de ellos son los siguientes: paz y salvo del seguro social, registro sanitario, registro de oferente.

Las compras pueden hacerse efectivas a aquellos proveedores que cumplan con los requisitos mínimos establecidos en los pliegos de cargos. La selección del proveedor se realiza a través de una comisión evaluadora conformada por personal idóneo de acuerdo con el tipo de contratación.

El Estado también cuenta con el mecanismo del Convenio Marco que permite hacer excepciones al proceso de licitación, cuando aquellos bienes o servicios de uso cotidiano y consumo masivo, que han sido incluidos en un contrato del Estado por un periodo de tiempo determinado. En dichos casos, se realiza el pedido y se selecciona un proveedor que aparezca en la lista del mencionado convenio para la adquisición de un servicio o bien específico.

Las compras del Estado también pueden realizarse a través de contratación directa, que es un procedimiento que aplica en los casos en que el proveedor sea único, que se hayan realizado tres actos públicos que hayan quedado desiertos, en casos de urgencias y en cualquier otra excepción establecida en la Ley 22 de 2006 ordenada por la Ley 153 de 2020.

En efecto, se trabaja con contratos o acuerdos de bienes y servicios entre los compradores y proveedores. Luego de realizar el procedimiento de selección de contratista, para formalizar el servicio, bien u obra se confecciona una Orden de Compra o un Contrato (dependiendo del monto), que se registrará por las disposiciones de la Ley 22 de 2006 (Texto Único), disposiciones complementarias, y lo que en ella no se disponga expresamente, por las disposiciones del Código Civil o del Código de Comercio, compatibles con las finalidades de la contratación pública.

En el contrato de bienes o servicios o en la orden de compra se estipula lo que debe brindar el proveedor y la información solicitada por el comprador. En las órdenes de compra o contratos se establecen las especificaciones técnicas que deben cumplir.

6.2 Pago a proveedores

Generalmente, el mecanismo de pago es crédito y está estipulado en el pliego de cargos. En el contrato los pagos pueden ser de forma parcial según el servicio o la obra y se deben presentar informes de recepción parciales, totales o por avance para los respectivos pagos. Algunos montos y fondos financieros institucionales permiten la tramitación de pagos a contado bajo parámetros específicos de gestión.

El mecanismo de pago es a través de crédito con plazos variables, pero generalmente son a 90 días, contados a partir de la presentación de la cuenta. No se ofrecen incentivos. Desde hace aproximadamente dos años, el mecanismo de pago se realiza mediante una gestión de cobro gubernamental y el pago se hace efectivo a través de transferencias bancarias por ACH, realizada por el Ministerio de Economía y Finanzas. Anteriormente, el pago se hacía efectivo mediante cheques girados a la cuenta del Ministerio de Salud o del Tesoro Nacional.

Cuando se trata de la construcción de infraestructura de salud, se pueden hacer pagos parciales según porcentaje de avance y presentación de cuenta ante el Ministerio de Salud. El Estado también puede hacer pagos mediante la emisión de bonos, este proceso queda exclusivamente en manos del Ministerio de Economía y Finanzas, pero debe haberse establecido en los términos del contrato.

Efectivamente, los compradores pueden influir en las tasas de pago. Por lo general, la confección de una requisición o pedido para la adquisición de un bien o servicio entraña la necesidad de tener un marco referencial del mercado que permita una escala real de costos, para evitar la realización de procedimientos de adquisiciones que resulten ilusorios y fallidos en su tramitación por desconocimiento del mercado.

En tal sentido, la escala de tasas de pago a proveedores parte de la realidad del mercado, enmarcado en la necesidad institucional y la disponibilidad presupuestaria de la unidad gestora para viabilizar la adquisición y pago del bien o servicio adquirido. También, se toma en cuenta el historial de precios pagados por bienes específicos, que guarda relación con la compra por volumen realizada previamente.

La unidad ejecutora establece su precio de referencia en base a un estudio de mercado exigido por ley y los proveedores fijan los precios con su propuesta. Si pueden darse desplazamientos de costos toda vez que exista la necesidad real de una instalación de tercer nivel de atención al nivel nacional y en este caso, se hace con adenda.

El sistema que se utiliza desde 2017 para respaldar el pago del proveedor es el Sistema Financiero SAP-ISTMO, gerenciado desde el Ministerio de Economía y Finanzas y que fue una herramienta que pretendía integrar diferentes procesos administrativos financieros con el objetivo de generar información financiera precisa, oportuna y confiable en un marco de transparencia en la gestión financiera del Sector Público; estandarizando y automatizando los procesos que involucran la gestión financiera, para facilitar la rendición de cuentas, entre otros.

Sin embargo, el proceso de implementación de este sistema se vió afectado por la implementación tardía del mismo en el Ministerio de Salud y en la Caja de Seguro Social, cuando prácticamente la contratación de las firmas implementadoras estaba en su fase final. Esta situación generó que las consultas a las mesas de ayuda fueran respondidas tardíamente o que situaciones identificadas no pudieran ser resueltas y persistan aún en la actualidad.

Lo antes mencionado ha generado un conjunto de limitaciones en el ejercicio de la gestión financiera que impacta la actividad cotidiana, (a) tal es el caso de la crisis relacionada con el manejo de inventarios generales y particularmente de medicamentos e insumos sanitarios; (b) los registros para el pago de las vacunas y para el pago de cuentas, cuyas fuentes de financiamiento son múltiples, como es el caso del Proyecto Bahía; (c) las dificultades para el pago de las cuotas a organismos internacionales, por la limitación en el proceso de creación de proveedores cuando estos se ubican fuera del país.

Por otro lado, el proceso de capacitación para nuevos usuarios del sistema no se ve acompañado por expertos técnicos por parte del MEF. A esto se adiciona el costo de las licencias que implica el costo de renovar dichas licencias y la falta de financiamiento aprobada en los presupuestos institucionales para este fin. La asignación de códigos de ingreso a nuevos usuarios o a usuarios actuales se inactivan, aunque el funcionario haya dejado de usarlos por un periodo corto de tiempo, debido a situaciones, tales como: vacaciones, licencias, enfermedad, entre otras causas y la reactivación de este código es un proceso complejo, que guarda un grado de dificultad elevado.

En el primer año de implementación, las dificultades se reflejaron en la baja ejecución presupuestaria y en la acumulación de deudas a proveedores, que se tradujeron en afectaciones al presupuesto de la siguiente vigencia fiscal y, por tanto, en la ejecución efectiva de los programas, planes y proyectos financiados a través del presupuesto general de la institución. Actualmente, aunque persisten cuentas por pagar, se han subsanado algunas de las limitaciones antes descritas.

Efectivamente, la supervisión del desempeño de un proveedor de bienes o servicios se realiza en estrecha relación con las unidades ejecutoras del Acto Público, donde el reporte de un desempeño deficiente puede generar por parte del Departamento de Compras y Proveduría el reporte, registro e inicio de un proceso sancionatorio, llegando a ser inhabilitante ante un imperfecto desempeño del proveedor escogido.

En el Capítulo III, artículo 23 de la Ley 22 de 2006 ordenada por la Ley 153 de 2020, de contrataciones públicas, se establece lo siguiente:

Artículo 23. Obligaciones y deberes del contratista. Son obligaciones del contratista las siguientes:

- **1. Cumplir con el objeto del contrato y sus condiciones, dentro del término pactado.**
- **2. Colaborar con la entidad licitante en lo necesario para que el objeto del contrato se cumpla y sea de la mejor calidad.**
- **3. Acatar las instrucciones que durante el desarrollo del contrato le sean impartidas por la entidad contratante, siempre que estén amparadas dentro de la relación contractual.**

- 4. **Actuar con lealtad y buena fe en las distintas etapas contractuales, evitando las dilataciones que puedan presentarse.**
- 5. **Garantizar la calidad de las obras realizadas, así como de los bienes y los servicios contratados, y responder por ello de acuerdo con lo pactado.**
- 6. **Ser legalmente responsable cuando formule propuestas en que se fijen condiciones económicas y de contrataciones artificialmente subvaluadas, con el propósito de obtener la adjudicación del contrato, con la intención de obtener las adendas de precio correspondientes.**
- 7. **Ser legalmente responsable por haber ocultado, al contratar, inhabilidades, incompatibilidades o prohibiciones o por haber suministrado información falsa.**
- 8. **Permitir el libre acceso a las instalaciones objeto de contratación para los fines indicados en este artículo.**
- 9. **Responder exclusivamente por las obligaciones o reclamaciones que surjan de las relaciones contractuales adquiridas dentro del periodo de vigencia contractual, incluyendo las de naturaleza administrativa, civil, comercial, laboral o cualquiera otra que implique algún tipo de responsabilidad en materia de obligaciones.**

En el caso del numeral 8, deberá permitir el ingreso de los funcionarios designados y autorizados por los organismos, las instituciones o las entidades estatales correspondientes, así como de las personas naturales y jurídicas que sean designadas o contratadas por el Estado para evaluar, fiscalizar y auditar, así como para cualquier otro fin pertinente al contrato. Además, deberá facilitar los originales de los documentos que se soliciten, incluyendo los libros contables, siempre que estos inciden directamente en la determinación de los pagos que deba realizar. El incumplimiento de esta disposición dará lugar a la resolución administrativa del contrato de concesión o al rescate administrativo, según corresponda, conforme al procedimiento establecido para tal efecto en esta ley. Cuando sea una persona jurídica, el 100 % de sus acciones deberán ser nominativas.

La Ley 1 de 10 de enero de 2001 crea la Comisión Nacional de Oferentes que tiene el propósito de elaborar el Registro Nacional de Oferentes y homologar los criterios de selección, admisión, suspensión y exclusión de los oferentes.

De acuerdo con esta ley, el proceso de suspensión y cancelación de la inscripción en el registro de oferentes consiste en que las instituciones públicas de salud remitirán, semestralmente, la información sobre la conducta de los contratistas a la Comisión Nacional de Registro Nacional de Oferentes, en la cual detallarán los incumplimientos, multas y sanciones que les fueron impuestos a los proponentes registrados en la Comisión. La Comisión, sobre la base de los méritos y conductas señaladas, podrá cancelar las respectivas inscripciones o suspenderlas, hasta tanto sea subsanada dicha situación.

En 2018, mediante la Resolución 142 del 8 de febrero, se actualiza el procedimiento para el reporte de falla administrativa del oferente, acto administrativo mediante el cual un funcionario envía a la comisión un reporte sobre una presunta violación a la norma establecida en la legislación vigente para los oferentes, en cuanto

al cumplimiento de su contrato de adquisición de productos para la salud humana con las instituciones de salud del Estado.

Entre las causales que han fundamentado los informes de conducta de los oferentes que podrán suspender la acreditación de los oferentes y sus productos son:

- 1** Incumplimiento contractual injustificado del oferente.
- 2** Entrega de cosa diferente a la establecida en el contrato de suministro u orden de compra.
- 3** No honrar la garantía del producto o los productos, equipos o insumos para la salud.
- 4** Cualquier otra que disponga la Dirección General de Salud Pública.

Las sanciones contempladas para las causales mencionadas son las siguientes:

- 1** Suspensión del oferente y de todos sus productos en el registro nacional de oferentes por tres meses.
- 2** En caso de reincidencias suspensión del oferente y de todos sus productos en el registro nacional de oferentes por seis meses.
- 3** Cancelación por un año del oferente y de todos sus productos del registro nacional de oferente, al que incurra en más de 2 ocasiones en causales de suspensión.
- 4** Cancelación de la inscripción en el registro nacional de oferentes al comprobar que incurrió en falsedad para obtener el certificado de oferente. No podrá volver a inscribirse antes de 2 años después de cancelado.
- 5** Exclusión de un producto del catálogo del oferente en el registro nacional de oferentes cuando se compruebe que el producto no se ajusta a las especificaciones de las fichas técnicas establecidas por el Comité Técnico Nacional Interinstitucional.

En 2018 se realizaron cuatro reportes de fallas administrativas del oferente, alegando incumplimiento contractual injustificado del oferente y por entrega de cosa diferente a la establecida en el contrato de suministro u orden de compra. En 2019, se recibieron siete reportes de fallas administrativas del oferente, todos por incumplimiento contractual injustificado del oferente, sólo uno de estos reportes fue sancionado, pero al ejercer su derecho de reconsideración se levantó la sanción. Los cuatro reportes de 2018 y seis de 2019, no se llegaron a término de la tramitación por falta de la documentación requerida para su evaluación. Como es sabido, 2020 fue un año muy particular en vista de la pandemia de COVID-19, por lo que en este año no se presentaron reportes de fallas administrativas.

Para 2018 un total de 44 oferentes no renovaron su inscripción, por lo que estuvieron inhabilitados para participar en un acto público, y para 2019, 37 oferentes no renovaron su inscripción. La renovación se realiza cada año.

La plataforma de adquisiciones del Estado panameño, <http://www.panamacompras.gob.pa>, genera una estrategia unificada de gestión que en definitiva ha minimizado la presentación fraudulenta de proveedores interesados en brindar servicios o bienes al Estado panameño.

En octubre de 2017, se realizó una Autoevaluación del Desempeño de la Función Rectora de la Autoridad Sanitaria Nacional, durante la misma se valoró el marco normativo sanitario que protege y promueve la salud y la garantía de su cumplimiento. Durante esta autoevaluación, la regulación y control de insumos médicos (medicamentos, equipos y dispositivos médicos) y tecnología sanitaria tuvo una ponderación fue de 3 puntos con respecto a un máximo de 5 puntos, lo que representa un cumplimiento de 60% al considerar el conjunto de parámetros establecidos en el instrumento de la OPS para la evaluación de la función rectora de cada país.

En cuanto a la gestión del recurso, el procedimiento de gestión presupuestaria, que enmarca la necesidad de bloquear una partida antes de someter un acto al escrutinio de potenciales proveedores, debería poder garantizar la inexistencia de adquisiciones por encima de las posibilidades financieras de la unidad ejecutora solicitante. En la práctica, los procesos de recorte, contención y reestructuración dinámica del Presupuesto Ley de la institución han conllevado que en ocasiones se gesten adquisiciones que rebasan las capacidades financieras de las unidades ejecutoras, en atención a actos sobrevinientes luego de la realización del acto público.

Con respecto a las adquisiciones de medicamentos e insumos médicos-quirúrgicos, la dirección correspondiente verifica los precios ofertados en otras instalaciones de salud para garantizar que los gastos no excedan los recursos disponibles. No se realizan auditorías de las declaraciones del proveedor.





El Estado panameño cuenta con una Política Nacional de Salud y Lineamientos Estratégicos 2016-2025, cuya visión está centrada en un sistema de salud humano con equidad y calidad, como un derecho de todos que permite alcanzar un nivel óptimo de salud a lo largo del curso de vida con participación social y comunitaria. La política tres se centra en lograr el acceso y la cobertura universal de salud con eficiencia y calidad. Esta política está desarrollada con base en cinco objetivos estratégicos; uno de los cuales está enfocado a la mejora de la calidad de los servicios de salud, estableciendo siete líneas de acción específicas para tal fin.

Con base a las características epidemiológicas de la sociedad panameña, cada año se identifican y priorizan las necesidades de salud y con base a ello, se elaboran los planes operativos de las diferentes unidades ejecutoras de salud, se formulan y sustentan los presupuestos, cuya finalidad es lograr disponer de los recursos financieros necesarios para cubrir las demandas y necesidades de salud de la población.

La dinámica institucional establece mecanismos estandarizados para la estimación de las necesidades que se aplican anualmente durante los procesos de adquisición, tanto de insumos sanitarios, como de otros insumos, bienes y servicios que son requeridos para suplir las necesidades de salud de la población. Como es sabido, las necesidades superan los recursos disponibles y Panamá no es la excepción, lo que implica un crecimiento progresivo en la necesidad de recursos para la prestación de servicios integrales de salud. A esto se suma la dinámica de mercado, particularmente la relacionada con tecnologías sanitarias que presenta permanentemente innovaciones de productos y servicios en atención a nuevas tecnologías, que suponen una dinámica de transformación de las adquisiciones para la prestación de servicios en salud.

En un entorno en donde las necesidades parecen rebasar con creces las asignaciones, el descontento poblacional con los servicios prestados, pareciera ser la tónica permanente y por ende el descontento manifiesto de la población no debería ser el único indicador para evaluar la calidad y pertinencia de los servicios de salud que presta la institución, entendiendo que la calidad se mide no solamente con base a la satisfacción de la población, sino que toma en cuenta la calidad técnica de los servicios prestados.

Como parte de los procesos institucionales, se han establecido mecanismos para el monitoreo anual del desempeño de los servicios de salud mediante indicadores que permiten identificar las brechas de calidad, considerando criterios de satisfacción del usuario y de calidad técnica, ello en miras a asegurar el acceso a los servicios de salud de calidad.

La Dirección de Planificación del MINSA efectuó tres evaluaciones de las Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP). Este desempeño clasifica la valoración de cada una de las FESP considerando las categorías de desempeño mínimo (0-25%), desempeño medio inferior (26-50%), medio superior (51- 75%) y óptimo (76-100%) de acuerdo con el instrumento de medición del desempeño de las FESP propias de la Autoridad Sanitaria (OPS-CDC-CLAISS).

La segunda evaluación se realizó en septiembre de 2014 y tomó como referencia la evaluación previa efectuada en 2001. Al comparar los resultados de estas dos evaluaciones de las FESP se encontró que en términos generales había ocurrido un deterioro en el desempeño de todas las FESP excepto la FESP 1 relativa al Monitoreo y Análisis de la Situación de Salud, la FESP 11 referente a reducción del impacto de emergencias y desastres de salud y FESP 9 que evalúa la Garantía y Mejoramiento de la Calidad de los Servicios de Salud Individuales y Colectivos. Con respecto a la FESP 9 en el 2014 fue ponderada con un desempeño medio inferior que comparado con el obtenido en el 2001 reflejó mejoría, toda vez que en el 2001 esta FESP 9 fue ponderada con un desempeño mínimo.

Tras la evaluación del año 2014 se elaboró un plan de acción orientado a todas que las FESP obtuvieran un desempeño óptimo y en marzo de 2018 se efectuó una evaluación intermedia del desempeño de las FESP, encontrándose que la FESP 9 alcanzó un desempeño medio superior.

El país cuenta con un Observatorio de Calidad para la Atención en Salud (OCAS), basado en un conjunto de indicadores que cuentan con sus fichas técnicas y que permite visibilizar el comportamiento de estos en el sistema de salud, que incluye análisis de referencias entre diferentes actores y que se correlaciona con indicadores de otros países. El conjunto de indicadores abarca los servicios hospitalarios y ambulatorios. Estos indicadores se desagregan de la siguiente manera: servicios de urgencias, consulta externa, servicios intermedios, satisfacción del usuario, salón de operaciones y hospitalización, atenciones. Este observatorio cuenta con un buzón de recomendaciones y sugerencias y se ubica en la siguiente dirección: Observatorio de Calidad – Panamá (minsa.gob.pa)

Como parte del trabajo que se realiza con la asesoría de la Organización Panamericana de la Salud, el Ministerio de Salud y la Caja de Seguro Social conjuntamente implementan la Metodología de Gestión Productiva de los Servicios de Salud (MGPSS) que constituye una metodología gerencial orientada a la productividad y la rendición de cuentas transparente dado que expone la realidad de la institución o red bajo conceptos claros de eficiencia y calidad de la atención. Su objetivo fundamental es apoyar al gerente de servicios de salud a tomar decisiones informadas que permitan optimizar la productividad y el uso racional de los recursos, contribuyendo a mejorar el acceso y la calidad de la atención.

Entre los componentes de la MGPSS se encuentra la Valoración de Condiciones Esenciales de los Servicios de Salud (VCE) para fortalecer la capacidad gerencial de los servicios de salud, facilitando el análisis de la pertinencia, eficiencia y calidad de la producción, negociación y control de los acuerdos de gestión para la creación de una nueva cultura institucional orientada a la racionalización de los costos y la maximización de la productividad. Hasta el momento esta metodología se ha aplicado en instalaciones de las regiones de salud de Herrera, Coclé, Panamá Oeste, Chiriquí, Hospital del Niño y Hospital San Miguel Arcángel.

Por otro lado, otro componente es el análisis de la Producción, Eficiencia, Recursos y Costos (PERC) de los servicios de salud. El análisis del PERC se facilita mediante el uso de indicadores de desempeño que proveen a los gerentes una visión estratégica del manejo de los establecimientos de salud o de las redes de servicios de salud. El principio básico de la metodología es que cada aspecto del proceso productivo se debe y se puede cuantificar para el control y evaluación, así como para proveer la base del mejoramiento continuo en la capacidad de producción de los servicios de salud.

Por parte del MINSA, se cuentan con datos en el sistema de los siguientes establecimientos sanitarios:

- **Hospital José Domingo De Obaldía.**
- **Hospital Aquilino Tejeira.**
- **Hospital Cecilio Castellero.**
- **Hospital del Niño.**
- **Hospital San Miguel Arcángel.**
- **Instituto Nacional de Medicina Física y Rehabilitación.**
- **MINSA CAPSI de Pesé.**
- **Hospital Sergio Núñez.**
- **Instituto Oncológico Nacional.**
- **MINSA CAPSI el Valle.**
- **Materno Infantil de Antón.**

De igual manera, cuentan con datos completos para el año 2020 las siguientes instalaciones: Hospital H. Nicolás Solano y los centros de salud de la Región de Herrera: Chitré, Las Minas, Chepo, Los Pozos, Llano Bonito, La Arena, Monagrillo y Parita.

Ambos grupos de instalaciones generan los reportes utilizando el PERC con base en la configuración estándar definida por el país, para los años 2020 y 2021, según corresponda. Por otra parte, se ha configurado el PERC y cuentan con ingreso de datos parciales el hospital Luis Chicho Fábrega y 38 centros de salud.

Por parte de la Caja de Seguro Social, se cuentan con 73 instalaciones de salud, incluyendo: hospitales, Policlínicas, Unidades Locales de Atención Primaria de Salud (ULAPS) y Centros de Atención, Promoción y Prevención de Salud (CAPPS). De estas unidades ejecutoras 66 establecimientos cuentan con las condiciones de infraestructura para implementar el sistema, donde el personal ha sido capacitado en la herramienta del PERC. De estas instalaciones de salud 9 están completamente configurados, lo que corresponde a un 13.6% de avance hacia el logro de la meta establecida.

Los hospitales Dr. Gustavo Nelson Collado (Chitré - Herrera), Complejo Hospitalario Dr. Manuel Amador Guerrero (Colón), Dr. Rafael Hernández (David-Chiriquí), Regional de Chepo (Panamá Este), Docente Irma de Lourdes Tzanetatos (Panamá Este), Complejo Hospitalario Dr. Arnulfo Arias Madrid (Panamá Metro), Especialidades Pediátricas Omar Torrijos (Panamá Metro), Dra. Susana Jones C. (Panamá Metro) y Dr. Rafael Estévez (Aguadulce - Coclé) ya generan los primeros reportes utilizando el PERC y la configuración estándar definida por el país.

Adicionalmente, se utilizan otros mecanismos de monitoreo de la calidad como son la aplicación de encuestas. La Encuesta Nacional de Salud de Panamá (ENSPA, 2019), incluyó un conjunto de preguntas orientadas a valorar la percepción de la calidad en los servicios de urgencias, hospitalización y atención ambulatoria sin hospitalización, encontrándose que sólo 7.1% de hogares indicó que la calidad de atención en urgencias fue mala o muy mala. Cerca de 9 de cada 10 hogares indicaron que regresaría a recibir atención en la misma instalación. En el nivel ambulatorio la percepción de calidad de la atención como “desacuerdo” y “muy en desacuerdo” fue de 14.6% de los hogares. 9 de cada 10 indicaron que regresaría a la misma instalación.

En hospitales, la percepción de calidad de atención como “regular” y “mal” fue de 16.4% de los hogares. 9 de cada 10 indicaron que regresaría a la misma instalación.

La gerencia institucional es responsable de la gestión eficiente, efectiva y equitativa de los servicios de salud conforme a lo dispuesto en la Política Nacional de Salud y en la Constitución Política de la República de Panamá. La Contraloría General de la República fiscaliza el uso transparente de los fondos públicos y en apego a las normas vigentes.

7.1 Programa de Extensión de Cobertura y Fortalecimiento de Redes Integradas de Servicios de Salud (EEC-FORIS)

El Programa de Extensión de Cobertura y Fortalecimiento de Redes Integradas de Servicios de Salud (EEC-FORIS) se implementa en comunidades focalizadas y agrupadas en grupos poblacionales, los cuales están distribuidos en 11 Regiones de Salud de Panamá, priorizando en poblaciones indígenas y rurales de difícil acceso.

Para el período 2019-2020, se implementa un nuevo modelo de organización de la oferta de servicios, planificación, financiamiento y evaluación de la prestación para este programa. La cartera de prestaciones priorizadas (CPP) se reorganizó en fichas de atención integral, las cuales recogen las intervenciones que el prestador debe ofertar a las personas por curso de vida, durante un año de prestación, en el territorio que está bajo su responsabilidad, para lograr un resultado eficaz en términos de cambios positivos en su estado de salud.

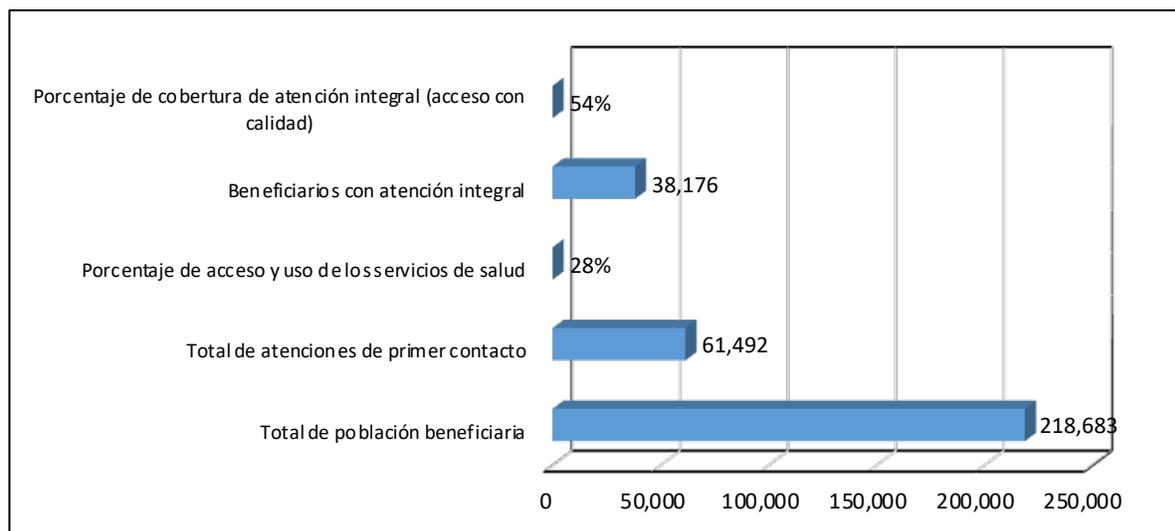
Este nuevo enfoque ofrece:

- Una atención integral y continuada a lo largo del tiempo, enfocada en la persona durante todo su ciclo vital.
- Hacer énfasis en la prevención y en la promoción, fortaleciendo mensajes claves y buenas prácticas de salud.
- Mejorar la articulación de la red de servicios asegurando la continuidad de la atención y acceso de las personas a los servicios de salud.

Los resultados para el convenio del periodo contractual 2019-2020:

El total de la población beneficiaria incluida en la estrategia para el periodo 2019-2020, fue de 218,683 personas. De este total 61,492 personas accedieron a los servicios de salud, lo que representó 28% del padrón de población beneficiaria. De aquellos que accedieron a los servicios de salud sólo el 54% recibió una atención integral, es decir, se cumplió con las actividades descritas en la ficha de atención integral, según curso de vida. (Gráfica 14)

Gráfico 14. Acceso y Cobertura del Programa de Extensión de Coberturas y Fortalecimiento de Redes Integradas de Salud (EEC-FORIS). Ministerio de Salud. 2019-2020.



Fuente: Elaboración por DME/DPSS. Sistema de Información de Registros Estadísticos de Salud. Ministerio de Salud. 2019.

Auditoría Técnica Externa

En el caso de la Auditoría Técnica Externa (ATE), las Fichas de Atención Integral por curso de vida, determinan los criterios y estándares sujetos de evaluación según el Reglamento Operativo (RO) de la Estrategia de Extensión de Cobertura (EEC) y conforme a las Normas de Atención vigentes en el Ministerio de Salud. El objetivo de la ATE es confirmar la consistencia de la información de los procesos de atención prestados a los grupos poblacionales que se registran en el SIREGES, sobre el cumplimiento de las normas, guías y protocolos en concordancia con lo registrado en la fuente primaria (expedientes clínicos).

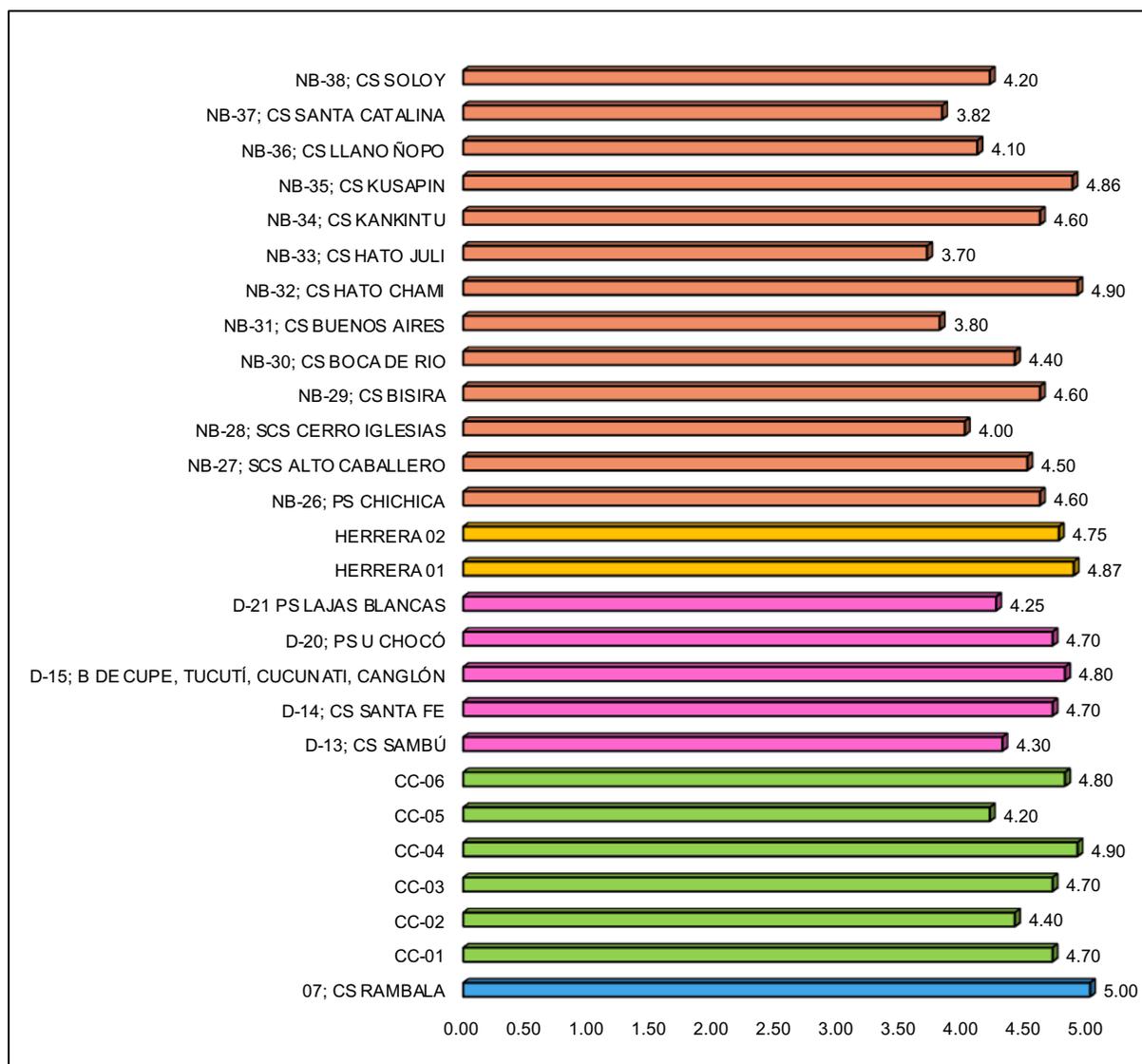
La auditoría social de la cartera de prestaciones priorizadas es un mecanismo de seguimiento y evaluación a través del cual las comunidades valoran el grado de satisfacción en cuanto a los servicios de salud entregados por los equipos básicos de la Red Institucional y Extra - Institucional. Este proceso permite al Ministerio de Salud medir la percepción de los usuarios sobre la calidad de los servicios recibidos en las comunidades incluidas en el Programa FORIS. La valoración máxima de la calidad percibida a través de la auditoría social es de 5%. Para el periodo 2019-2020 la calidad percibida estuvo en el rango de 3.70 a 5%. (Gráfico 15).

Tabla 4: Resultados de auditoría técnica externa, consolidado anual. Periodo 2019-2020.

GRUPO POBLACIONAL	AUDITADAS CONTENIDO	CUMPLEN	% CUMPLIMIENTO
Resultados de auditoría a las altas del padrón	809	356	44.0%
Resultados de auditoría al indicador cuantitativo Ficha 10 y 11: atención integral del adulto, adulto mayor, crónicos y sintomático respiratorio	971	350	36.05%
Resultados de auditoría al indicador cuantitativo Ficha 7: atención integral de niños de 2 a 5 años de vida	815	110	13.50%
Resultados de auditoría al indicador cuantitativo Ficha 6: atención integral de niños de 28 días a 24 meses de vida	829	146	17.61%
Resultados de auditoría al indicador cuantitativo Ficha 2: atención integral a la embarazada	459	115	25.05%
Resultados de auditoría al indicador cuantitativo Ficha 1: atención integral a la mujer en edad fértil	1,289	356	27.62%
Resultados de auditoría de primer contacto, consolidado anual	1,591	494	31.05%
Resultados de auditoría de volumen, consolidado anual.	5,037	1,285	25.51%

Fuente: Ministerio de Salud. (MINSA).

Gráfico 15. Distribución porcentual de la calidad percibida de la provisión de la Cartera de Prestaciones Priorizadas - CPP. Ministerio de Salud. Año 2019.



Fuente: Sistema de información. Ministerio de Salud. 2019.

Auditoría de Expedientes Clínicos

La DPSS a través del DME tiene como uno de sus ejes de acción, la evaluación de la calidad del registro de las historias clínicas de las instalaciones de salud (primer nivel de atención y hospitalarias) en expedientes físicos y electrónicos.

El resultado esperado define las debilidades y fortalezas en el registro correcto de los expedientes clínicos (físico y electrónico). Con base a los resultados se elabora el plan de mejoras en cada instalación de salud evaluada.

La calificación se hace tomando como elementos de sustento la escala valorativa para calidad de registro de historia clínica aprobada por el DME, que se presenta a continuación:

Porcentaje de Calidad	Valoración cualitativa
100-91	Excelente calidad
90-81	Muy buena calidad
80-71	Buena calidad
70-61	Limitada calidad
60-51	Mínima calidad
50-41	Escasa calidad
40 y menos	Deficiente calidad

En 2019, el proceso de auditoría de egresos hospitalarios incluyó el registro de las historias clínicas hospitalarias de 10 hospitales del país. Se utilizaron dos formularios (expediente físico y electrónico), en ambos se recolectaron datos mediante una serie de preguntas cuyas respuestas se encuentran en el expediente clínico y abarca todos los procesos de atención hospitalaria.

En términos numéricos, hay variación de un hospital a otro, sin embargo, hay criterios que merecen atención especial por dos razones: fallas de vieja data que persisten y aspectos muy sensitivos en la calidad de atención.

1. Ausencia de historias clínicas y en algunas historias clínicas no se consigna el diagnóstico.
2. Expedientes sin cierre, nota de evolución o sin nota diaria y en las mismas hay ausencia de nombre y firma del médico tratante.

Tabla 5. Resultados expediente físico de Hospitales del MINSA. Año 2019.

Criterios evaluados	HDN (%)	HAM (%)	HJPFS (%)	HRLCHF (%)	HROCH (%)	HJDDO (%)	HST (%)
Instalación de salud							
Datos generales	99,30	95,07	88,17	91,02	98,36	99,78	97,85
Datos de hospitalización	98,50	84,39	75,81	74,16	75,60	96,63	95,68
Estudio clínico	93,00	95,07	88,83	80,05	57,76	96,63	93,66
Manejo de los registros clínicos del médico	57,60	87,45	81,17	62,48	71,47	78,33	76,61
Manejo de los registros clínicos de enfermería	95,30	95,36	84,52	83,07	88,74	96,14	91,05
Tratamientos	77,40	76,21	72,28	63,43	79,73	81,75	80,81
Resumen clínico	78,00	86,93	54,70	73,88	16,87	61,00	44,84
Presentación de la historia clínica	64,20	67,73	49,89	57,33	56,31	59,56	72,97
Total	82,91	86,03	74,42	73,17	61,07	83,73	81,68

Fuente: Elaboración por DME/DPSS. Sistema de Información de Auditoría de expedientes. Ministerio de Salud. Ministerio de Salud. 2019.

Los resultados observados en los expedientes físicos demuestran que seis, de los siete hospitales auditados en esta modalidad, se encuentran en el rango de excelente a buena calidad, excepto el Hospital del Oriente Chiricano que alcanza valoración de limitada calidad. (Tabla 5).

Tabla 6. Resultados expediente electrónico de Hospitales del MINSA. Año 2019.

Criterios evaluados (%)	HNAS	HAT	HCAC
Datos generales	92,80	96,25	83,46
Datos de hospitalización	89,57	71,57	89,85
Estudio clínico	80,34	42,22	74,89
Manejo de los registros clínicos del médico	95,58	35,50	47,14
Manejo de los registros clínicos de enfermera	74,40	50,61	52,04
Tratamientos	73,75	67,75	60,18
Resumen clínico	50,50	17,00	9,02
Presentación de la historia clínica	96,40	52,20	49,77
TOTAL	81,66	54,13	58,30

Fuente: Sistema de información. Sistema de auditoría de expedientes. Ministerio de Salud. 2019.



Se observó un uso irregular del expediente electrónico en cada hospital y en cada servicio, lo que dificulta sacar conclusiones. (Tabla 6). Persiste el uso simultáneo del expediente físico y el electrónico, aspecto que constituye un gran nudo crítico. (Tabla 7)

Tabla 7. Auditorías de expedientes clínicos de instalaciones de Primer Nivel de Atención. Año 2018.

PROGRAMA		BOCAS DEL TORO		COCLÉ		CHIRIQUÍ	
		Año 2018*		Año 2018		Año 2018	
		Físico	SEIS	Físico	SEIS	Físico	SEIS
Neonato		N/A	N/A	0.8500	0.5100	N/A	N/A
Menor de 1 año		0.6337	0.4086	0.8500	0.4200	0.6706	0.5025
Niño de 1 a 5 años		0.4557	0.3168	0.8300		0.6646	0.5100
Adolescentes		0.4195		0.6800		0.8137	
Embarazadas		0.7128		0.8000		0.8094	
Parto		N/A		0.8300		N/A	
Adulto		0.5576		0.7100		0	
Adulto con Crónicas	Hipertensión	0.5057		0.5500		0	
	Diabetes	0.3770		0.5200		0	
	Hipertensión con Diabetes	0.5297		0.5200		0	
Trabajadoras del Sexo		0		0		0.8809	

Fuente Ministerio de Salud (MINSU).

PROGRAMA		HERRERA		PANAMÁ ESTE		PANAMÁ METRO	
		Año 2018*		Año 2018		Año 2018	
		Físico	SEIS	Físico	SEIS	Físico	SEIS
Recién Nacido		N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Menor de 1 año		0.4144	0.2455	0.7453	0	0.8207	0.5331
Niño de 1 a 5 años		0.5378	0.2309	0.5592	0	0.5723	0.3838
Adolescentes		0.5773		0.5883	0	0.5691	
Embarazadas		0.571	0.4776	0.6435	0	0.6563	
Parto		N/A	N/A		0		
Adulto		0.4686	0	0.5601	0	0.5241	0.3067
Adulto con Crónicas	Hipertensión	0.3778	0	0.6164	0	0.6655	0.4126
	Diabetes	0.3937	0	0.6207	0	0.8365	0.3304
	Hipertensión con Diabetes	0.4440	0	0.6108	0	0.6745	
Trabajadoras del Sexo		0	0	0	0	Hiperlipidemia	0.356
Tuberculosis Exp.		0	0	0	0	Obesidad mórbida	0.3188
Tuberculosis Tarj.		0	0	0	0		

PROGRAMA		PANAMÁ NORTE		PANAMÁ OESTE		SAN MIGUELITO	
		Año 2018*		Año 2018		Año 2018	
		Físico	SEIS	Físico	SEIS	Físico	SEIS
Recién Nacido		N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Menor de 1 año			0.5966	0.8091	0.3169		0.6000
Niño de 1 a 5 años			0.6027	0.5712	0.2782		0.5600
Adolescentes				0.5386			
Embarazadas					0.5897		0.7300
Parto		N/A	N/A				
Adulto			0.4560	0.6885	0.3633		
Adulto con Crónicas	Hipertensión		0.2820	0.4558	0.2439		
	Diabetes		0.3177	0.5444	0.1107		
	Hipertensión con Diabetes		0	0.4614	0.266		
Trabajadoras del Sexo		Hiperlipidemia	0.1693	Hiperlipidemia	0.3018		
Tuberculosis Exp.		Obesidad mórbida	0.2248	Obesidad mórbida	0		
Tuberculosis Tarj.		Sind. Metab.	0.3282	Sind. Metab.	0.4716		

Encuesta de Satisfacción del Usuario Externo

Encaminados en lograr la mayor calidad y humanización en la prestación de los servicios asistenciales de salud, se llevó a cabo la evaluación de la calidad percibida a través de Encuesta de Satisfacción del Usuario Externo en 2019.

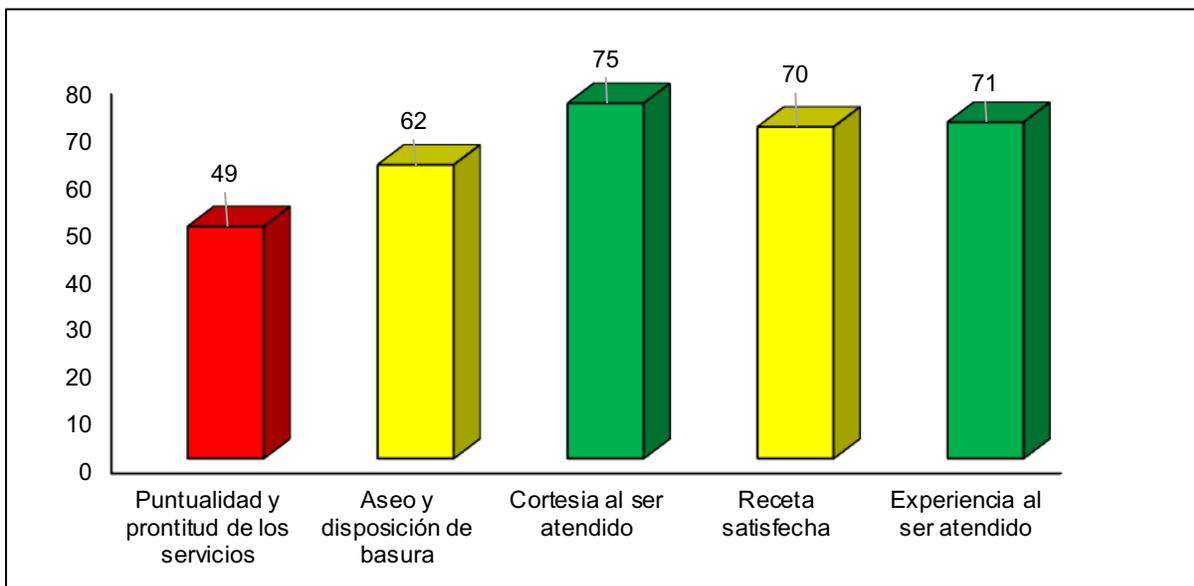
Bajo este enfoque, el instrumento de medición hizo énfasis en los siguientes aspectos:

- Puntualidad y prontitud de los servicios
- Cortesía y sensibilidad al ser atendido por el personal de salud
- Ambiente físico de la instalación de salud
- Receta satisfecha
- Atención personalizada

Durante el mes de septiembre del año 2019, se inició la aplicación de 5,723 encuestas en 76 instalaciones de primer y segundo nivel de atención, repartidas en las 14 Regiones de Salud.

Los resultados globales de los aspectos evaluados se presentan en el siguiente gráfico en el que se destaca que un nudo crítico la puntualidad y prontitud en la prestación de los servicios de salud. (Gráfica 16).

Gráfica 16. Resultados globales de la encuesta de satisfacción del usuario externo de instalaciones del MINSA. Año 2019.



Fuente: Sistema de información. Ministerio de Salud. 2019.

8.1 Medicamentos: infrautilización de medicamentos genéricos y precios superiores a los necesarios

El uso de medicamentos impacta en el equilibrio financiero de los sistemas y servicios de salud. La gestión de los mismos implica el establecimiento y revisión permanente de un conjunto de procesos relacionados con su adquisición, distribución y suministro, a fin de que lleguen oportunamente a los usuarios del sistema. Desde hace años, se debate a nivel global el uso de medicamentos innovadores y genéricos.

Los medicamentos genéricos tienen una composición química que técnicamente es igual al primer medicamento investigado, es decir el medicamento innovador. La comercialización de una molécula innovadora por un laboratorio investigador cuyo uso terapéutico se inicia mediante una marca registrada, genera que esta molécula tenga una reserva o patente de propiedad intelectual durante veinte años. Luego de transcurrido este tiempo, otros laboratorios empiezan a fabricar la misma molécula y a comercializarla con la Denominación Común Internacional (DCI) o con otras marcas secundarias. Este tipo de productos, con la misma composición, son denominados productos genéricos. En algunos países se conocen como productos similares o como genéricos intercambiables y la Organización Mundial de la Salud sugiere que se les denomine medicamentos de origen multifuente.

Mediante Resolución 834 de 16 de agosto de 2017 modificada por la Resolución 485 de 24 de junio de 2019 del Ministerio de Salud se aprobó la Lista Nacional de Medicamentos Esenciales y Especializados (LNMEE), elaborada por la Comisión Nacional de Medicamentos de Panamá (CONAMEP) y que constituye la lista oficial de medicamentos del país, la misma se encuentra en Gaceta Oficial desde 2019.

Las guías de tratamiento se encuentran en los protocolos de atención. Si bien la Caja de Seguro Social participa y cuenta con sus representantes en la CONAMEP, usa la LNMEE de referencia, pero poseen su propio listado oficial de medicamentos.

Además, se han logrado exclusiones y el uso prioritario, aunque parcial de la LNMEE en el MINSA, este uso parcial se debe a que actualmente, la Dirección de Medicamentos e Insumos utiliza como instrumento de referencia para las compras, el Listado Oficial de Medicamentos Esenciales que existe desde antes de contar con la LNMEE. Así la LNMEE se utiliza como referente para la adquisición de medicamentos especializados. Como parte del proceso de implementación de la LNMEE, el Departamento de Gestión Farmacéutica de la Dirección de Provisión de Servicios de Salud genera instrucciones formales sobre el uso de la LNMEE a los Coordinadores Regionales de Farmacia.

La Ley 1 de 10 de enero de 2001 “Sobre Medicamentos y otros Productos para la Salud Humana” establece la obligación, tanto para el médico como para el farmacéutico que labora en establecimientos farmacéuticos públicos y privados, de informar a los pacientes sobre aspectos importantes para el uso racional de los medicamentos. Esta misma excerta legal, en su artículo 146, referente a la obligatoriedad de presentar Equivalentes Terapéuticos, establece que el farmacéutico está facultado y obligado a ofrecer al consumidor alternativas de medicamentos que sean equivalentes terapéuticos del prescrito, de acuerdo con la lista de los medicamentos intercambiables elaborada por la Autoridad de Salud. Al hacerlo, dejará constancia del producto dispensado con su firma y código de registro al reverso de la receta.

En el artículo 147, menciona que el médico tiene las mismas obligaciones que el farmacéutico en cuanto a la información y la obligatoriedad de ofrecer los equivalentes terapéuticos y también incluye que se debe señalar en la receta, el nombre genérico del medicamento, con su Denominación Común Internacional y que, opcionalmente, puede incluir en la prescripción el nombre comercial entre paréntesis. Así mismo, se solicita que el médico prescriba en letra legible para que el farmacéutico pueda comprender claramente el medicamento recetado (artículo 148).

Mediante la Resolución 177 del 27 de febrero de 2019, la Dirección Nacional de Farmacias y Drogas establece los principios activos que requieren demostrar intercambiabilidad y a su vez, lista los medicamentos que sirven de referencia para evidenciar dicha intercambiabilidad. Esta resolución, incluye a su vez los tipos de evidencia terapéutica y la forma farmacéutica que debe presentar dicha evidencia. También incluye las formas farmacéuticas que no requieren la presentar estudios de equivalencia terapéutica. (Anexo 1).

En la práctica, en las farmacias privadas se realiza la sustitución de la prescripción médica basada, primordialmente, en el acceso económico del paciente considerando parcialmente las normativas vigentes.

En relación con la vigilancia de precios y calidad de los medicamentos, la Autoridad de Protección al Consumidor y Defensa de la Competencia (ACODECO) cuenta con el Departamento de Información de Precios y Verificación (DIPREV), encargado de atender temas muy específicos, como lo son:

- **Verificación de precios en scanner; cumplimiento de portar dentro del local a la vista de los consumidores el afiche actualizado de la Canasta Básica de Medicamentos Ampliada (CABAMED), siendo el precio anunciado en el afiche el mismo que cobran por cada producto al consumidor.**
- **Verificación en farmacias privadas de la existencia de productos de dudosa procedencia, productos vencidos y/o sin fecha de vencimiento;**
- **Elaboración de reporte mensual.**
- **Retirar de los establecimientos comerciales los medicamentos vencidos y coordinar su traslado a las oficinas de la Dirección Nacional de Farmacias y Drogas del MINSA, para su posterior destrucción.**

8.2 Medicamentos: uso de medicamentos de calidad inferior o falsificados

En función del amplio debate que genera el problema de los medicamentos de calidad inferior o falsificados, se hace necesario introducir este tema, tomando notas de las definiciones acordadas por la 70va Asamblea Mundial de la Salud, cuya finalidad es garantizar la comprensión de estos términos desde una perspectiva de la salud pública y no desde una perspectiva de la propiedad intelectual, ello en la búsqueda de una interpretación común a nivel mundial. Es así como se establecen las tres definiciones que a continuación se detallan:

“Productos médicos de calidad subestándar, denominados también productos «fuera de especificación», son productos médicos autorizados que no cumplen ya sea las normas de calidad o sus especificaciones, o ambas.

Productos médicos no registrados/sin licencia: productos médicos que no se han sometido a la evaluación y/o aprobación por el Organismo Nacional o Regional de Reglamentación Farmacéutica (ONRF) para el mercado en el que se comercializan/distribuyen o usan, a reserva de las condiciones permitidas por la reglamentación o legislación nacional o regional.

Productos médicos falsificados: productos médicos que no se han sometido a la evaluación y/o aprobación por el ONRF para el mercado en el que se comercializan/distribuyen o usan, a reserva de las condiciones permitidas por la reglamentación o legislación nacional o regional.”

La adquisición de medicamentos y otros suministros en la República de Panamá están regulados por leyes especiales. En este caso la Ley 1 de 2001 y la Ley 51 de 27 de diciembre de 2005 de la Caja de Seguro Social.

Si bien es cierto, que los procedimientos de selección de contratistas deben ser publicados en el Sistema Electrónico de Contrataciones Públicas (Panamá Compra), portal regulado por la Ley General de Contrataciones Públicas, Ley 22 de 27 de junio de 2006, esta solo se aplica de manera supletoria respecto de las leyes especiales, es decir, no tiene competencia en su actuar.

Esta connotación puede ser una posible limitante para los proveedores del Estado, ya que en el caso de la Ley 51 de 2005, esta no cuenta con una vía gubernativa -sí amparada en la Ley 22 de 2006- que permita a los proveedores que participan en un acto público, presentar reclamos o impugnaciones sobre los productos que se pretenden adquirir o sobre las condiciones establecidas en el pliego de cargos (que pudiesen ser contrarias a la libre competencia o concurrencia económica), debiendo acudir directamente a la Sala Tercera de lo Contencioso Administrativo de la Corte Suprema de Justicia.

En este caso en específico, en el diseño de los pliegos de cargos, existen o se incluyen condiciones o requisitos, no contemplados en la Ley 1 de 2001, por ejemplo, las solicitudes de certificaciones internacionales Administración de Alimentos y Drogas de los Estados Unidos (FDA) o Agencia Europea de Medicamentos

(EMA) que pueden fomentar la poca participación de agentes económicos, manteniendo los mismos oferentes de siempre, a precios que pueden distar de los precios del mercado, nacional o internacional. El abrir el compás a la participación de una mayor cantidad de oferentes, que suministren medicamentos de referencia y medicamentos genéricos, permitirá en lo posible un mejor precio, manteniendo los mismos niveles de calidad sobre los medicamentos o equipos por adquirir.

Respecto al tema de la importación paralela, para que el MINSA o la CSS puedan comparar precios (comprar directo al fabricante en Europa o Suramérica vs comprar a los proveedores o distribuidores locales), esto no está contemplado en las compras estatales. Lo que existe en la regulación, es que el Órgano Ejecutivo mediante Resolución de Gabinete puede autorizar las compras de medicamentos directamente del fabricante (por temas de urgencia, desabastecimiento, etc.), de conformidad con lo señalado en el artículo 40-E de la Ley 1 de 2001 y la Ley 97 de 4 de octubre de 2019 que modifica la Ley 1.

Las normas de contratación pública no permiten la importación paralela de medicamentos, lo cual se denota en los procesos de compras de medicamentos dentro de los cuales se imponen requisitos (adendas en fechas cercanas a la recepción de propuestas) que pocas o sólo algunas empresas podrían cumplir, impidiendo con esto, que existan condiciones efectivas de libre competencia y concurrencia. El mercado de distribución y comercialización de medicamentos en Panamá está muy concentrado (existen pocos agentes económicos participando), lo que no es ilegal per se, pero favorece que los precios sean más altos en algunos medicamentos con menor grado de rivalidad inter e intra-marca, tanto en medicamentos de referencia como genéricos.

Existen algunos mecanismos internacionales para la adquisición de medicamentos por el MINSA y que facilitan el acceso a medicamentos de difícil adquisición o de alto costo, entre los cuales se pueden mencionar los siguientes:

1. COMISCA: El Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica y República Dominicana (COMISCA) ha establecido como prioridad alcanzar el acceso a medicamentos de alto costo, dispositivos médicos y otros bienes de interés sanitario, que permite la contención de costos que les ha permitido mejorar el acceso a medicamentos y a otros insumos y dispositivos sanitarios, para los sistemas de salud, el cual se ha convertido en un bien público regional comunitario del sector salud. En atención a lo cual se establece el Acuerdo XXII RESSCAD-GUT-4 Acceso a Medicamentos, que dicta el establecimiento de la Comisión Técnica Subregional de Medicamentos (CTSM), cuyo objetivo general es formalizar la compra regional de medicamentos de difícil adquisición para propiciar el acceso de los mismos a la población de cada uno de los países de la región. El Consejo de Ministros de Salud ratificó el compromiso de negociar de forma conjunta los precios de medicamentos para los Ministerios de Salud e Instituciones de Seguridad Social de los países de Centroamérica y República Dominicana.

Para atender esta prioridad, se definieron los instrumentos jurídicos que viabilizaron el proceso de compra conjunta y se definió una lista de medicamentos que precisamente por sus costos formen parte de la compra regional, lo que mejoraría sus precios y la capacidad de adquisición de los Gobiernos. El proceso lleva implícita la realización de una licitación pública internacional que aplica sesiones de negociación de precios a través de subastas a la inversas o negociaciones directas entre las empresas precalificadas. El proceso de

negociación toma como base la lista y cantidades específica de cada país, las que una vez consolidadas son presentadas a los laboratorios farmacéuticos cuyos productos ofertados, deben estar registrados en la región.

Culminado el proceso de negociación, la Secretaría Ejecutiva de COMISCA emite un acta de adjudicación a favor del laboratorio favorecido donde se indican las generalidades de cada medicamento negociado, de manera que estas empresas puedan luego acercarse a cada país a presentar la documentación que los acredita como favorecidos del concurso internacional de precios. Con esta documentación cada país levanta las órdenes de compra o contratos para que se cumplan los procesos administrativos requeridos.

El mayor éxito de esta negociación conjunta de precios es haber obtenido medicamentos que cumplen con los requisitos sanitarios y con los altos estándares de calidad exigidos a un mejor precio, destinados al tratamiento de enfermedades críticas para la salud como: cáncer, diabetes, hemofilia, trasplantes renales, enfermedades cardiovasculares, hepatitis, síndrome de dificultad respiratoria del recién nacido y VIH, entre otras. Desde el 2018, el proceso de la negociación conjunta COMISCA se volvió autosostenible con la contribución de 2% de los beneficios que el mecanismo genera a los Estados Miembros. Para este mismo año, el monto total reportado del proceso de contratación regional rondó los 54.6 millones de dólares, el cual se tradujo en un beneficio total cercano a los 12.4 millones en la región, por lo cual, el retorno de inversión regional para las instituciones de salud que hicieron uso del mecanismo de la negociación conjunta COMISCA fue de 482.45 dólares, es decir que, por cada dólar de aporte al mecanismo, las instituciones de salud recibieron 482.45 dólares de retorno como beneficio adicional y en el 2019, recibieron 176, debido a que el monto de la contratación regional fue aproximadamente 24.5 millones con un beneficio total de 6 millones.

Negociación conjunta COMISCA durante la pandemia por COVID-19.

Esta negociación está incluida en el Plan de Contingencia Regional del SICA frente al SARS-Cov2, desde su aprobación en marzo de 2020, por instrucción de los jefes de Estado y de Gobierno, activó los mecanismos para la compra de medicamentos y dispositivos médicos para la prevención, contención y tratamiento de la COVID-19.

La negociación conjunta COMISCA permitió la adquisición de 22,436 trajes de protección para el personal que se encuentra en primera línea en la lucha contra la COVID-19, con un ahorro de 185,075.00 dólares, es decir, una reducción del 61.4% en el precio de adjudicación de los trajes. Esta adquisición fue realizada con el apoyo del BID y de la cooperación de la República de Turquía.

El mecanismo regional muestra que los beneficios de la negociación conjunta COMISCA son evidentes para la obtención de precios favorables en los países miembros del SICA. Sin embargo, este proceso tiene algunas limitaciones debido a que a pesar de las gestiones administrativas conjuntas y del país, las empresas deben cumplir con un conjunto de procedimientos solicitados por Panamá Compras y el Ministerio de Economía y Finanzas, adicionales a los que ya las empresas habían cumplido durante el proceso de licitación pública internacional, estos requerimientos hacen inviables, en algunas ocasiones, para las empresas y para el Ministerio de Salud finalizar el trámite de compras.

2. OPS: En cuanto a la adquisición de vacuna relacionado al PAI, la misma se realiza a través del procedimientos operativos para la compra de vacunas, jeringas y otros insumos relacionados por medio del Fondo Rotatorio de la Organización Panamericana de la Salud.

El Fondo Rotatorio para la Compra de Vacunas de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) cuenta con un mecanismo de compra de vacunas esenciales, jeringas y otros insumos relacionados para los programas de vacunación de los Estados Miembros e Instituciones. Sobre la base de las necesidades unificadas informadas por los Estados Miembros y las instituciones participantes, la Organización Panamericana de la Salud, negocia un acuerdo anual con aquellos proveedores que satisfacen los requisitos para la compra de vacunas y jeringas. La finalidad principal del Fondo Rotatorio es adquirir vacunas y jeringas precalificadas por la OPS/OMS.

Las necesidades de vacunas y jeringas de todos los Estados Miembros y las instituciones participantes se unifican y se establecen acuerdos anuales con diversos proveedores, de acuerdo con las necesidades de los países. Al hacer uso de las opciones de compra en grandes cantidades que ofrecen los proveedores se obtienen precios menores para las vacunas, las jeringas y otros insumos relacionados, lo que resulta especialmente conveniente para los países más pequeños y menos desarrollados que, de otro modo, tendrían que pagar precios más altos por cantidades pequeñas.

El Fondo se capitaliza mediante un cargo por servicios de 4.25% que se aplica al costo neto de cada pedido a la cuenta de capital del Fondo.

En el caso de las vacunas para la COVID-19, previo a su importación a Panamá, las mismas deben contar con la autorización de uso de emergencia emitida por la Dirección Nacional de Farmacias y Drogas del MINSA, posterior a la revisión del dossier que presenta la casa farmacéutica.

3. UNFPA: El MINSA y el Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA), con la finalidad de fortalecer el aseguramiento de insumos que implica mantener un abastecimiento continuo y confiable de productos claves de salud requeridos por la población, han establecido acuerdos para la adquisición de suministros, equipos y servicios; particularmente, de anticonceptivos, antirretrovirales y otros medicamentos e insumos para la atención de la salud sexual y reproductiva, de cara a avanzar en el logro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, en especial el ODS 3 y sus metas 3.1, 3.2, 3.3 y 3.7. En este marco el UNFPA, en su Reglamento Financiero, le permite proveer suministros, equipos y servicios mediante contratos de adquisición, a petición y en nombre del MINSA, siempre que dichos suministros, equipos y servicios guarden relación con las actividades de UNFPA y se ajusten a los objetivos y las políticas de esa agencia. Además, establece que el solicitante debe hacer un pago por adelantado que cubra la adquisición y todos los costos, incluidos los seguros relacionados con la adquisición de tales suministros, equipos y servicios.

Para poder acceder a los medicamentos a través de UNFPA, se debe firmar un acuerdo entre el MINSA y dicha agencia que establece la emisión mediante solicitudes formales por escrito, que indique los detalles de los bienes que desea adquirir a través de UNFPA.

Dicha solicitud debe incluir la fórmula, potencia, unidad de embalaje, estándares o especificaciones aplicables, atendiendo a las especificaciones técnicas y los niveles de calidad del UNFPA. Los artículos a adquirir se seleccionarán del catálogo de "Access RH". Tras la aceptación de la solicitud, UNFPA emite una factura proforma indicando los insumos sanitarios a incluir en el pedido y el costo total de los mismos, el costo de las inspecciones previas al envío y, si procede, el costo de los seguros y los gastos de transporte, además de los gastos administrativos, estimados en el cinco por ciento (5%) del valor CIF de los suministros, equipos y servicios.

El proveedor de suministros, equipos y servicios, contratado por UNFPA, enviará directamente la mercancía al MINSA. El proveedor debe cumplir con los requerimientos relativos a licencias de importación o exportación de los bienes o cualquier otro documento oficial. Las garantías serán responsabilidad del proveedor.

Todas las disputas, controversias o reclamos entre las partes se resolverán por arbitraje, a menos que se decida mediante negociación directa, de acuerdo con el Reglamento de Arbitraje de UNCITRAL (Comisión de las Naciones Unidas para el Derecho Mercantil e Internacional) vigente.

En materia de medicamentos, el país cuenta con un amplio número de regulaciones orientadas a asegurar la calidad de los medicamentos, entre ellas están:

- La Ley No. 1 de 10 de enero de 2001 "Sobre Medicamentos y otros Productos para la Salud Humana".
- Decreto Ejecutivo No. 95 de 14 de mayo de 2019 Que reglamenta la Ley No.1 de 2001.
- La Ley No. 97 de 4 de octubre de 2019 Que modifica y adiciona artículos a la Ley 1 de 2001, Sobre Medicamentos y otros Productos para la Salud Humana, y dicta otras disposiciones.
- Decreto Ejecutivo No. 36 de 17 de enero de 2020, Que reglamenta la Ley 1 de 10 de enero de 2001, Sobre Medicamentos y otros Productos para la Salud Humana, y dicta otras disposiciones, conforme fue modificada por la Ley 97 de 4 de octubre de 2019.

La Dirección Nacional de Farmacia y Drogas del Ministerio de Salud viene implementando las siguientes acciones para la verificación de la calidad de los medicamentos y otros productos para la salud humana.

Como parte del proceso de autorización regular para la obtención de un registro sanitario de medicamentos, requiere realizar un control previo para la evaluación de la calidad del producto medicamentoso y a lo largo de los últimos cinco años, se han identificado productos de calidad subestándar, aunque no en grandes cantidades según se observa a continuación:

Tabla 8. Productos subestándar identificados en el proceso de registro sanitario. Panamá, 2016-2020.

AÑO	CANTIDAD DE PRODUCTOS SUBESTÁNDAR
2016	16
2017	33
2018	26
2019	54
2020	9
Total	138

Fuente: Dirección Nacional de Farmacia y Drogas. MINSA, Panamá.

Una vez que se autoriza la comercialización de medicamentos en el país y en atención a la norma, se han realizado controles post registro sanitario. Durante estos controles, también se han detectado productos de calidad subestándar a saber:

Tabla 9. Productos subestándares identificados en los controles post registro sanitario. Panamá, 2016-2020.

AÑO	CANTIDAD DE PRODUCTOS SUBESTÁNDAR
2016	17
2017	15
2018	18
2019	9
2020	10
Total	69

Fuente: Dirección Nacional de Farmacia y Drogas. MINSA, Panamá.

Además de los controles pre y post registro sanitario para la detección de medicamentos de calidad subestándar, la Ley 1 de 10 de enero de 2001 “Sobre Medicamentos y otros Productos para la Salud Humana” en el artículo 95 establece la prohibición de la comercialización de productos no idóneos: contaminados, adulterados, falsificados o expirados.

Adicionalmente, el país cuenta con un Comité Ejecutivo Interinstitucional para la Prevención, Detección y Persecución de Productos Farmacéuticos Subestándar y Presuntamente Falsificados o Ilícitos, conformado por: Ministerio de Salud, Autoridad Nacional de Aduanas, Ministerio Público, Policía Nacional de Panamá, Servicio Nacional de Fronteras, Servicio Nacional Aeronaval y la Universidad de Panamá. El objetivo de este comité es propiciar la colaboración entre las partes en temas de interés, desarrollo de programas y

proyectos conjuntos que promuevan metas institucionales vinculadas al tema de la prevención, detección y persecución de productos farmacéuticos subestándar y presuntamente falsificados o ilícitos.

Para la vigilancia de las sospechas de reacciones adversas a medicamentos de uso humano a nivel de Centroamérica y República Dominicana, a través de la Secretaría Ejecutiva del COMISCA y con la participación de todos los Países Miembros, se crea el Portal Regional de Notificación en Línea de Sospechas de Reacciones adversas a Medicamentos de Uso Humano. Este sitio web, contiene un formulario electrónico para notificar estas posibles sospechas, para ello, el usuario deberá seleccionar el país de residencia y una vez seleccionado, dependiendo del tipo de notificador que puede ser un ciudadano, un profesional de la salud o un miembro de la industria farmacéutica, así mismo completará el formulario correspondiente. Un punto importante para la notificación es registrarse como usuario del sistema con la finalidad de poder realizar la notificación debida.

En referencia a los eventos supuestamente atribuibles a la vacunación o inmunización (ESAVI) de las vacunas contra la COVID-19, estos deben ser monitorizados por los sistemas de vigilancia, para ello mediante la resolución 012 de 27 de enero de 2021 se implementa la Guía de Farmacovigilancia de los ESAVI de las vacunas contra la COVID-19. El décimo Informe de Farmacovigilancia, cuyos datos han sido recabados hasta el 31 de octubre de 2021, conllevó 800 notificaciones para la vacuna de Pfizer BioNTech y 54 para la de Astrazeneca. De estos 854 reportes, el 0.02% corresponde al total de dosis administradas de la vacuna de Pfizer y 0.01% de las dosis administradas de la vacuna de Astrazeneca, siendo la mayor parte de estos eventos adversos clasificados como leves y moderados, cuyos trastornos reportados con mayor frecuencia (682) fueron trastornos generales y alteraciones en el lugar de la administración, que fueron registrados en el 79.9% de los reportes de fallas consignados.



8.3 Medicamentos: inapropiados y uso ineficaz

La comparación del tratamiento habitual con la prescrita después de una consulta médica o ingreso hospitalario, y la revisión de los tratamientos contribuyen en la determinación de la medicación que toman los pacientes, para una condición de salud en particular. Estos procesos son claves para ampliar la información que tiene el paciente, controlar la polimedición y tratar de reducir el uso de medicamentos inadecuados. En el manejo terapéutico del paciente es importante analizar y resolver las discrepancias detectadas, como también revisar y ajustar la prescripción en términos de la dosis, vía de administración, frecuencia apropiada, pertinencia y seguridad del uso de estos medicamentos.

El uso racional de medicamentos se constituye en una terminología aplicable por la OMS desde el año 1985, misma que es definida de la siguiente forma: «que los pacientes reciban la medicación adecuada a sus necesidades clínicas, en las dosis correspondientes a los requerimientos individuales durante un periodo de tiempo adecuado y al menor coste posible para ellos y para la comunidad». El uso racional de medicamentos tiene como objetivo una prescripción de utilidad práctica y para los pacientes, que incluye el aspecto social a la racionalidad científica y a la gestión de recursos.

Es así como la estrategia de promoción del uso racional de medicamentos, incluido el acceso, las prácticas de dispensación y su consumo por los pacientes, es fundamental para maximizar el éxito del tratamiento y minimizar el riesgo de desarrollo de resistencia a los antimicrobianos.

El manejo de los medicamentos con respecto a su adquisición, uso racional y vigilancia, entre otros, se encuentra regulado por un conjunto de disposiciones antes enunciadas. Por su parte, el Ministerio de Salud aprueba la Lista Nacional de Medicamentos Esenciales (LME) y Especializados que es elaborada por la Comisión Nacional de Medicamentos de Panamá (CONAMEP), lista de referencia para la prescripción de medicamentos. Sin embargo, la prescripción de medicamentos en Panamá es responsabilidad del acto médico que debe estar orientado a través de la implementación de protocolos y guías de tratamientos. El país se ha enfocado en la educación y orientación del personal de salud y de la población en general para lograr un uso racional de medicamentos.

Se implementa la Política Nacional de Medicamentos, enunciada en la Ley 109 de 12 noviembre de 2019 que en su artículo 4 numeral 6 desarrolla la estrategia de uso racional de medicamentos. En Panamá se han identificado dificultades en torno al uso racional de medicamentos, entre los que se pueden mencionar: la venta de medicamentos sin prescripción médica; el consumo por transferencia; la automedicación; los usos fuera de indicación aprobada; falta de adherencia al tratamiento y el incumplimiento de la posología; entre otros.

Las funciones de prescripción y dispensación de medicamentos se encuentran separadas debido a que, en la práctica clínica, quien prescribe los medicamentos es el médico y quien los dispensa es el farmacéutico. Esto puede ocurrir, aunque ambas funciones sean atendidas por un solo proveedor. Por ejemplo, si es Ministerio de Salud se atiende mediante los servicios de medicina general y especializada y la dispensación es atendida por el servicio de farmacia.

Este hecho se recalca mediante la Ley 66 de 10 de noviembre de 1947 (Código Sanitario de la República de Panamá), en donde textualmente el artículo 200 de esta excerta legal menciona: ***“Prohibase ejercer conjuntamente las profesiones de médico-cirujano y farmacéutico. A partir de la aprobación de este código, ningún médico que ejerza la profesión podrá ser dueño por sí mismo o por interpuesta persona, accionista o tener participación comercial cualquiera en establecimientos en que se fabriquen, preparen o vendan medicinas y artículos de cualquier clase que se usen para la prevención o curación de enfermedades, corrección de defectos o para el diagnóstico.”***

8.4 Productos y servicios sanitarios: uso excesivo o suministro de equipos, investigaciones y procedimientos

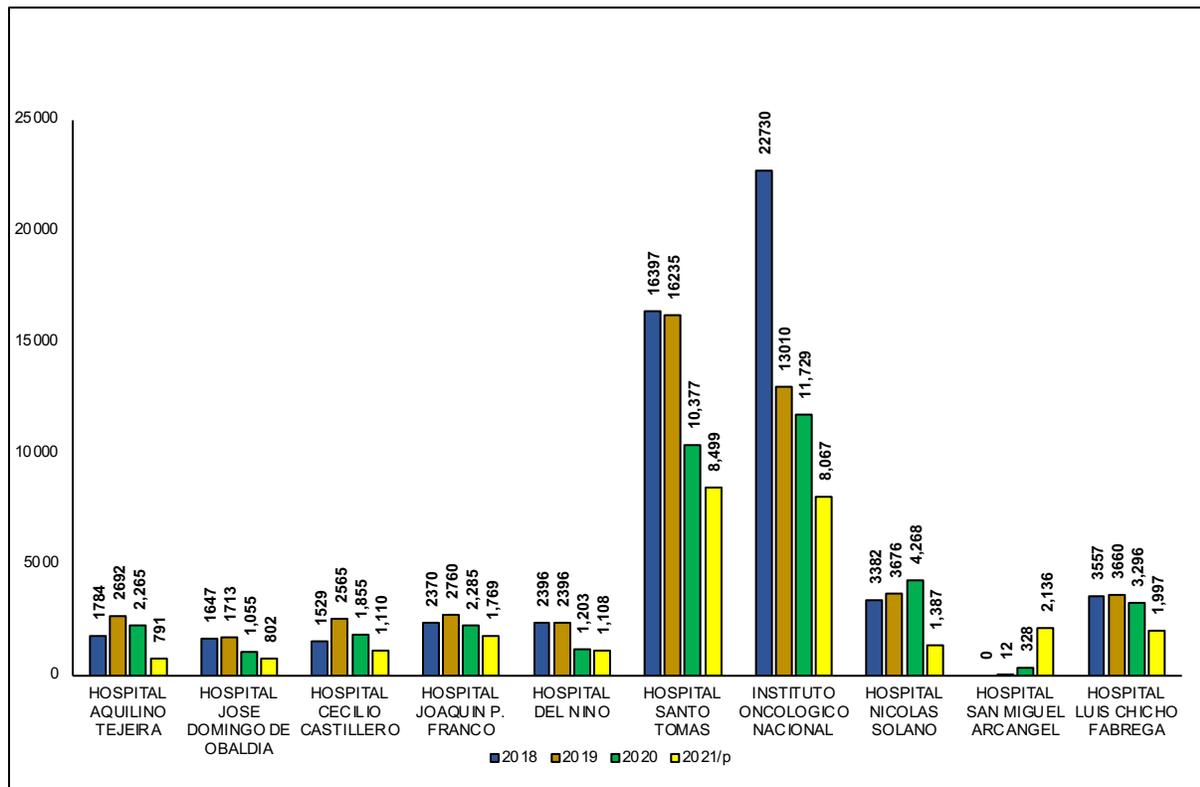
En referencia a los procedimientos realizados con tecnología de imágenes de alta complejidad, se puede indicar que en el MINSa se cuenta con 7 equipos de tomografía computarizada (CAT) ubicados en diferentes regiones de salud, tal es el caso de Herrera, Los Santos, Veraguas, Coclé, Panamá Oeste, San Miguelito y Panamá Metro. De igual manera, en el Hospital del Niño, el Hospital Santo Tomás y en el Instituto Oncológico Nacional, hospitales especializados que tienen un CAT cada uno.

Los equipos de resonancia magnética (MRI) del MINSa, se ubican en el Hospital Luis Chicho Fábrega y en el Hospital del Niño, Hospital Santo Tomás, Instituto Oncológico Nacional, que cuentan con un MRI cada uno.

Por su parte, el Instituto Oncológico Nacional es el único hospital público que dispone del servicio de Tomografía de Emisión de Positrones (PET).

Durante el periodo 2018 a julio de 2021 (p) el Hospital Virtual y la Red Nacional de Teleradiología, reportó que el total de CAT realizados en el 2018 fue de 55,791, mientras que en el 2019 alcanzo 48,719 estudios. Estas cifras en el año 2020 disminuyeron a 38,661 estudios y en el 2021 suman 27,666. Cuando se observa el comportamiento de la producción de estudios de CAT por hospital, se observó que al comparar la producción de los años 2020 y 2021 con la de los años 2018 y 2019, se registra un descenso, excepto en el hospital San Miguel Arcángel. (Gráfico 17).

Gráfico 17. Frecuencia de Tomografías Computarizadas en el Servicio de Radiología del Hospital Virtual y Red Nacional de Teleradiología (RIS/PACS). Ministerios de Salud. Panamá. 2018 – julio 2021/p.



Fuente: Ministerio de Salud

La Caja de Seguro Social cuenta con equipos de tomografía axial computarizada en 9 hospitales ubicados en las regiones de Bocas Del Toro, Chiriquí, Coclé, Colón, Herrera, Panamá Metro, Panamá Este y Veraguas. Además, en las regiones de Panamá Oeste y Veraguas estos equipos están disponibles en las policlínicas de La Chorrera y Santiago, respectivamente.

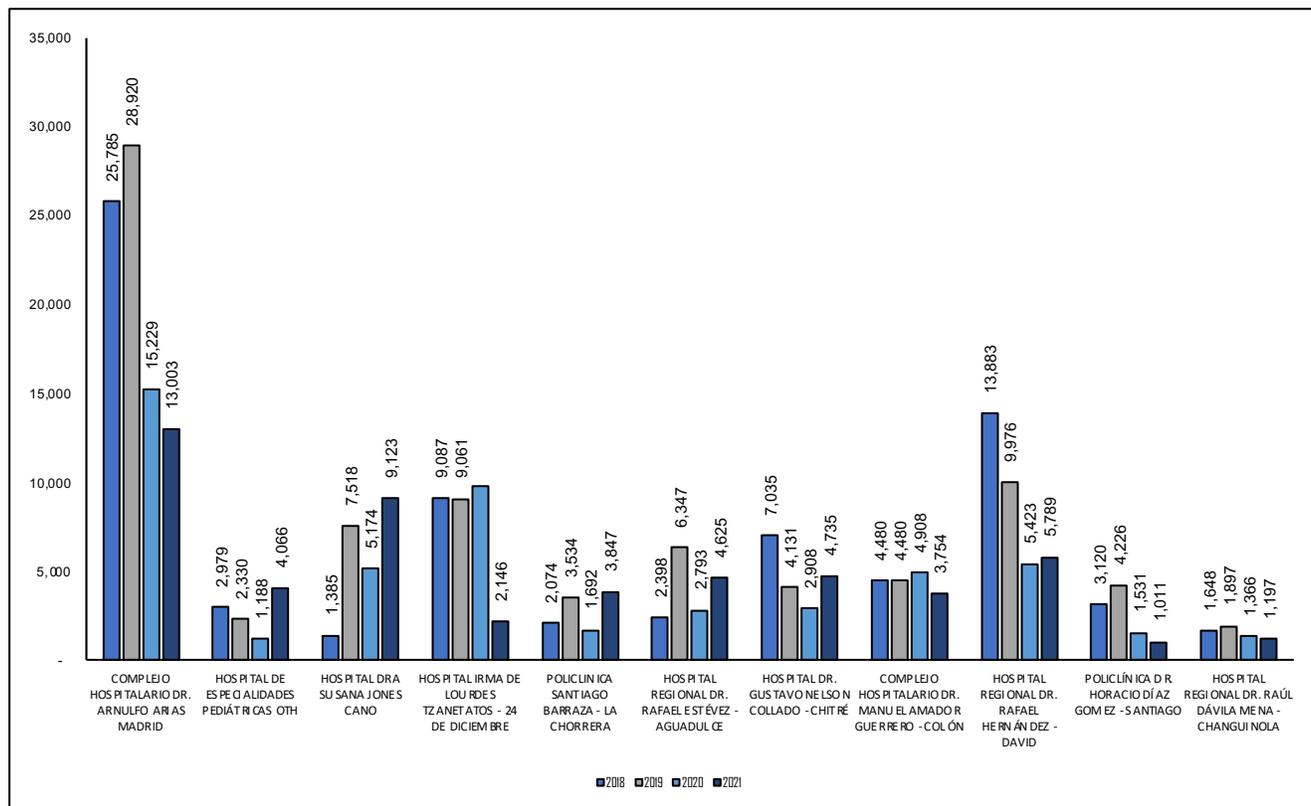
Durante el periodo 2018 a noviembre de 2021 (p), el Sistema de Información y Archivo de Imágenes Radiológicas RIS/PACS de la Caja de Seguro Social, reportó que el total de CATs realizados en el 2018 fue de 73,874, mientras que en el 2019 alcanzó 82,420 estudios, lo que representó una variación porcentual de 11.6%, con respecto al año anterior.

En el año 2020, debido a las medidas de disminución del aforo en las instalaciones de salud y otras medidas de prevención ocasionadas por la pandemia SARS-CoV-2, los estudios de CAT disminuyeron a 52,984, lo que representó una variación porcentual de -36.9%. Para el mes de noviembre 2021, a pesar de que en ciertos periodos del año la institución ha tenido percances con algunos de los equipos, se han realizado 53,296 estudios, con una variación porcentual de 2.5% con respecto al año 2020.

El Complejo Hospitalario Metropolitano Dr. Arnulfo Arias Madrid (CHMDr.AAM) y el Hospital Regional Dr. Rafael Hernández, concentraron la mayor cantidad de CATs para los años 2018 y 2019, mientras tanto, en el año 2020 fueron el CHMDr.AAM y el Hospital Irma Lourdes Tzanetatos los que realizaron la mayor cantidad

de estudios. Con respecto al 2021, el CHMDr.AAM continúa concentrando la mayor cantidad de CATs realizados, en segundo lugar, se destaca el Hospital Dra. Susana Jones Cano. (Gráfico 18).

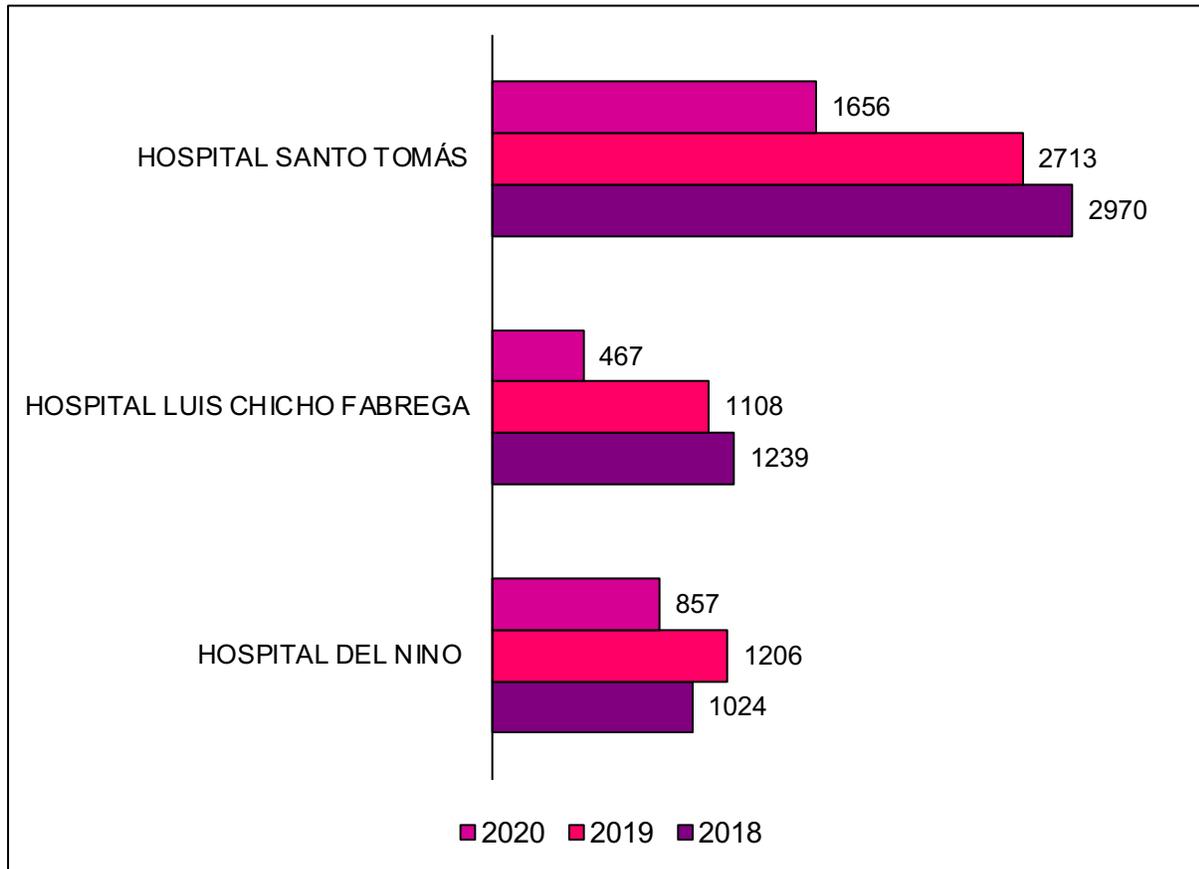
Gráfico 18. Frecuencia de Tomografías Computarizadas realizadas en Hospitales de la Caja de Seguro Social. Panamá 2018 - noviembre 2021/p.



Fuente: Caja del Seguro Social

Con relación a la producción de estudios de resonancia magnética nuclear (RM) se encontró que para el periodo 2018 a 2020, se efectuaron un total de 13,240 distribuidos de la siguiente manera: 2018 (5,233), 2019 (5,027) y 2020 (2980). Los datos registrados evidencian una caída porcentual en la producción de RM de 43% al comparar los datos 2018 con 2020. Este descenso se observó en las 3 instalaciones de salud del MINSA que cuentan con este tipo de servicio de diagnóstico por imagen. (Gráfico 19).

Gráfico 19. Frecuencia de Estudios de Resonancia Magnética. Hospitales del Ministerio de Salud. Panamá. 2018 - 2020.

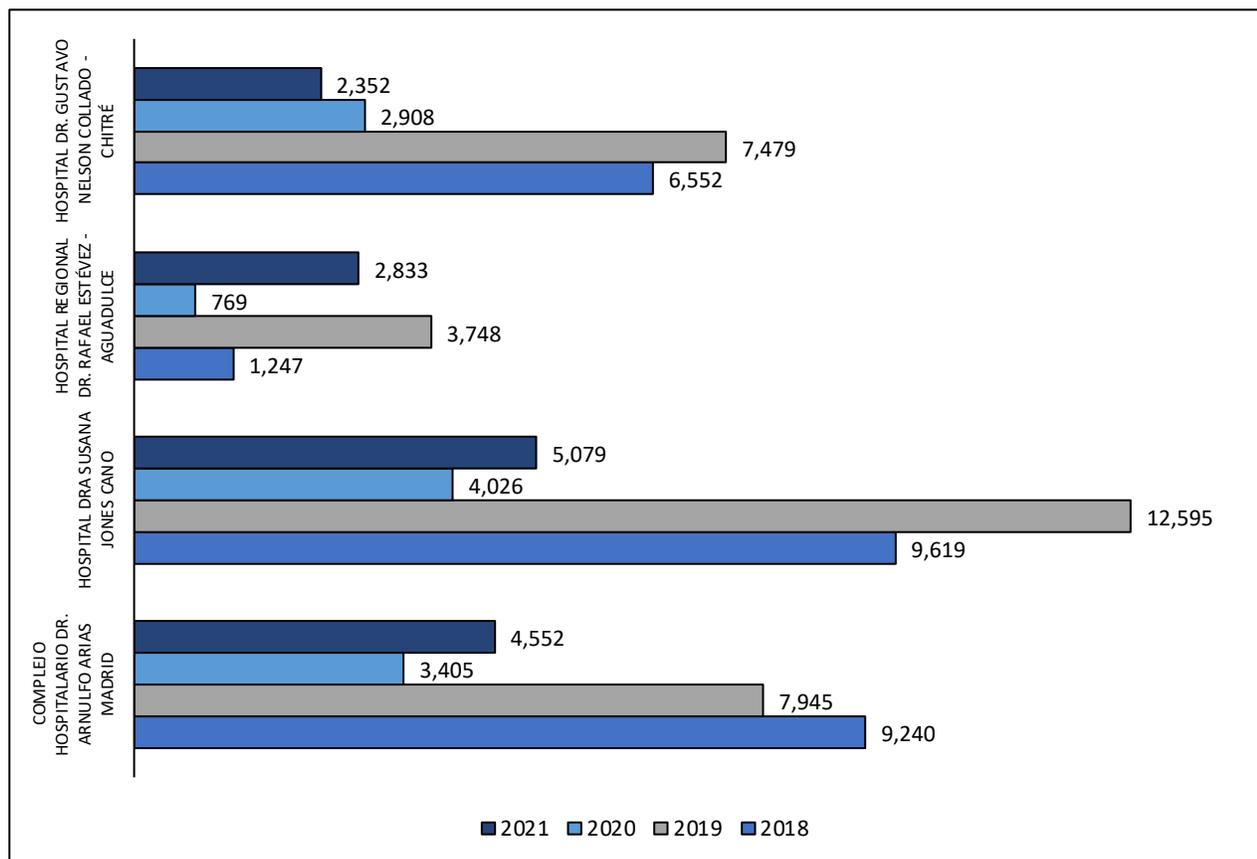


Fuente: Ministerio de Salud

La Caja de Seguro Social cuenta con equipos de resonancia magnética en 4 hospitales dispuestos en las regiones de Coclé, Herrera y Panamá Metro, que durante el mismo periodo (2018 a 2020) realizaron 69,533 resonancias magnéticas, que sumadas a los de enero a noviembre de 2021 totalizan 84,349 estudios. La estadística muestra que entre 2018 y 2019 hubo una variación porcentual de 19.2%, que cae a -44.4% al comparar la producción de estudios de resonancia magnética de enero a noviembre 2021 contra el 2018.

Durante el año 2019 se realizó la mayor cantidad de RM en las 4 instalaciones hospitalarias que cuentan con este recurso, concentrándose la mayor cantidad de los mismos en los hospitales CHMDr.AAM y Susana Jones Cano, aunque el hospital Gustavo Nelson Collado, presenta cifras muy cercanas al Susana Jones Cano, este comportamiento, fue similar en el año 2018 con respecto a la distribución de las RMs realizadas por hospital. Como se ha mencionado, en los años 2020 y 2021, la cantidad de estudios realizadas cae en cantidades importantes y el hospital Susana Jones pasa a ser la institución que concentra el mayor número de reportes durante el año 2021. Para todos los años, la producción más baja se registró en el hospital Rafael Estévez de Aguadulce. (Gráfico 20).

Gráfico 20. Frecuencia de Estudios de Resonancia Magnética en Hospitales de la Caja de Seguro Social. Panamá 2018 - Noviembre 2021/p.



Fuente: Ministerio de Salud

Al no contar con los datos de producción de estos estudios por imágenes que se realizan en instalaciones de salud del sector privado, no se puede estimar una tasa de utilización y por tanto no se puede concluir si el uso de estas tecnologías de diagnóstico es alto o no.

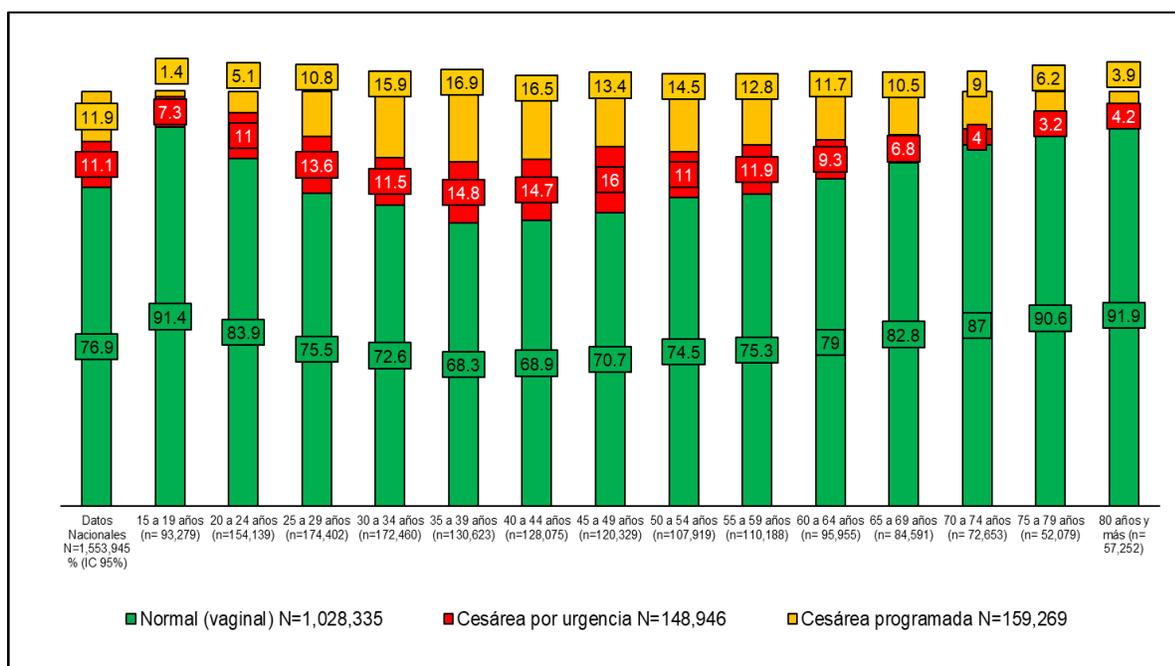
Como parte de los otros servicios de interés en materia de salud pública, se encuentran las tasas de cesáreas. De acuerdo con el documento denominado “Declaración de la OMS sobre las cesáreas” del año 2015, desde 1985 la comunidad internacional ha considerado que la “tasa ideal” para las cesáreas debe oscilar entre 10% y 15%. Estudios recientes revelan que cuándo la tasa de cesárea se acerca al 10% a nivel de la población, disminuye el número de defunciones maternas y de los recién nacidos. Pero cuando la frecuencia va por encima del 10%, no hay indicios de que mejoren las tasas de mortalidad.

Se estima que, a nivel mundial, la tasa de cesárea supera el ideal. En las Américas, es del 38.9% en promedio, según los últimos datos disponibles de 25 países. Esta cifra, sin embargo, podría ser mayor ya que en muchos casos no se tiene en cuenta las cesáreas que se realizan en el sector privado.

En Panamá, de acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud de Panamá (ENSPA, 2019), al investigar por el tipo de parto durante el último embarazo, se presentaron a las entrevistadas 3 opciones: el parto vaginal o normal, la cesárea de urgencia y la cesárea programada. Sobre este particular puede mencionarse que, de las 1,336,550 mujeres de 15 años y más, que respondieron esta pregunta, en cerca de 3 de cada 4 (76.9%) los nacimientos ocurrieron por parto vaginal y cifras cercanas al 11% fueron registradas tanto para la cesárea por urgencias como para la cesárea programada, registrándose diferencias significativas entre el parto vaginal y las cesáreas, que en su conjunto abarcan el 23% de los nacimientos.

Al indagar a todas las mujeres que participaron del estudio, sobre el antecedente de tipo de parto que tuvieron durante el nacimiento de su último hijo, independientemente de los años transcurridos luego de su ocurrencia, se encontró que, al agruparlas por grupo de edad, se reportaron cifras entre 70.7% (45 a 49 años) y 91.9% (80 años y más). La opción de la cesárea por urgencia alcanzó valores entre 3.2% (75 a 79 años) y 14.8% (35 a 39 años). Mientras que la cesárea programada registró valores entre 1.4% (15 a 19 años) y 16.9% (35 a 39 años) (Gráfico 21).

Gráfico 21. Distribución porcentual de embarazos de mujeres de 15 años y más según tipo de parto durante el nacimiento de su último hijo por grupo de edad. Panamá, 2019.



Fuente: Encuesta Nacional de Salud de Panamá 2019.

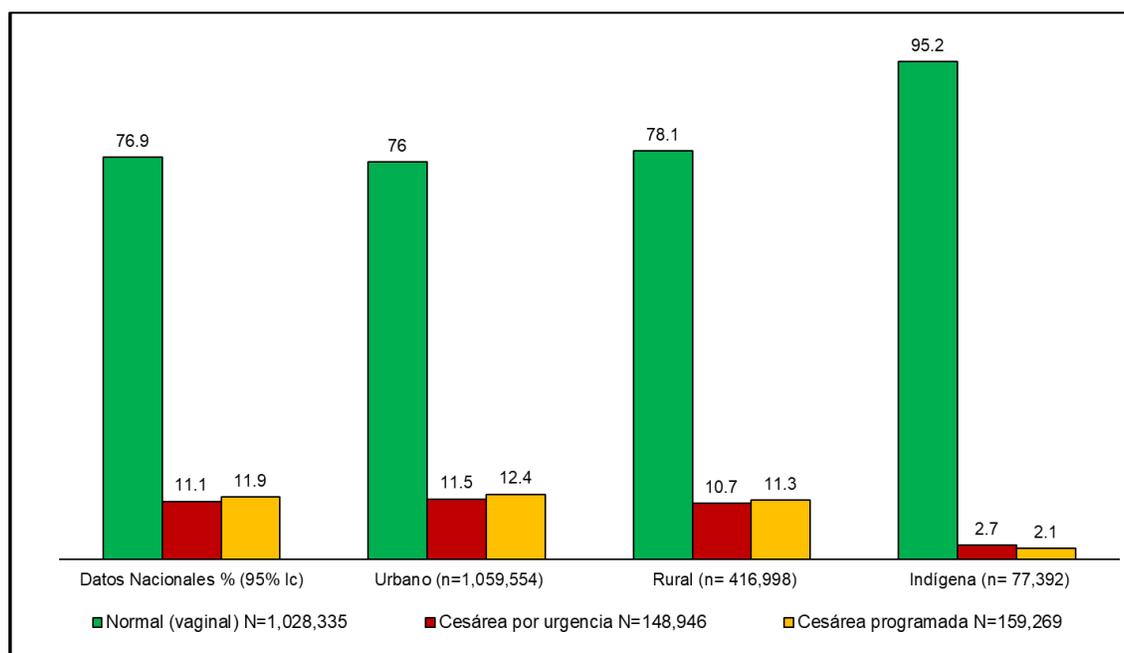
En relación con el área de residencia de las entrevistadas con respecto al tipo de parto durante el último embarazo, se registró lo siguiente:

- **Parto vaginal.** En el área urbana cerca de 3 de cada 4 mujeres de 15 años y más tuvo su último hijo por vía vaginal. El área rural superó en 2% la estimación para el área urbana, mientras que el área indígena superó en 17.1% la cifra reportada por el área rural y en 19.2% al área urbana.

Se identificaron diferencias significativas entre las áreas como también entre las áreas urbana e indígena con la cifra del país.

- **Cesárea por urgencia.** El área urbana reportó una cifra cercana a la nacional (11.1%), mientras que en el área indígena la proporción de cesáreas por urgencia fue 4.1 veces menor que el promedio del país. En el área rural el 10.7% manifestó haber tenido su último hijo mediante una cesárea por urgencia. Se identificaron diferencias significativas indígena-urbana, indígena-rural e indígena-país.
- **Cesárea programada.** El 12.4% de las mujeres del área urbana parieron mediante cesárea programada, cifra que fue 6 veces mayor que la del área indígena, pero en el área rural la proporción de cesáreas programadas (11.3%) se acercó a la cifra nacional. Se estimaron diferencias significativas indígena-urbana, indígena-rural e indígena-país. (Gráfico 22).

Gráfico 22. Distribución porcentual de embarazos de mujeres de 15 años y más según tipo de parto durante el nacimiento de su último hijo por grupo de edad. Panamá, 2019.



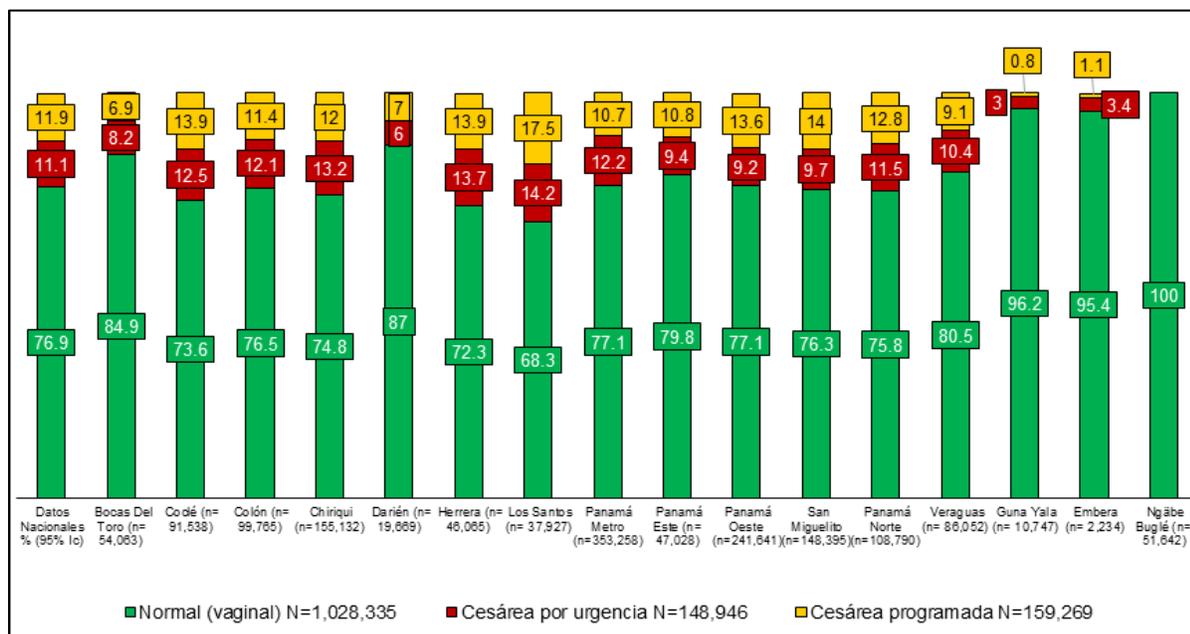
Fuente: Encuesta Nacional de Salud de Panamá 2019.

En referencia a las diferentes formas de partos entre las regiones de salud y comarcas indígenas:

- El parto vaginal fue la opción más seleccionada por las mujeres de 15 años y más entrevistadas, para indicar el tipo de parto de su último hijo, encontrando cifras entre 68.3% en Los Santos y 100% en Ngäbe Buglé.
- En cuanto a las cesáreas por urgencia se registraron cifras entre 0% (Ngäbe Buglé) y 14.2% (Los Santos) en las distintas regiones de salud y comarcas. Se colocaron por encima de la cifra del país con diferencias significativas 4 de las 16 regiones de salud y comarcas, con puntajes entre 12.5% (Coclé) y 14.2% (Los Santos), a estas dos regiones se suman Chiriquí y Panamá Metro.

- Por su parte, la cesárea programada fue seleccionada por las entrevistadas dentro del conjunto de regiones de salud y comarcas, con un valor del 11.9%, estas cifras se desagregan entre 0% (Ngäbe Buglé) y 17.5% (Los Santos). En tanto que, se colocaron por encima de la cifra del país con diferencias significativas 5 de las 16 regiones de salud, con puntajes entre 13.6% (Panamá Oeste) y 17.5% (Los Santos), a estas dos regiones se suman Coclé, Herrera y San Miguelito. (Gráfico 23).

Gráfico 23. Distribución porcentual de mujeres de 15 años y más según tipo de parto durante el nacimiento de su último hijo por región de salud y Comarca. Panamá, 2019.



Fuente: Encuesta Nacional de Salud de Panamá 2019.

La tasa de cesárea en los hospitales nacionales, regionales, MINSAs-CAPSI y Centros Materno Infantil del MINSAs para el año 2019 fue de 23.3%, al relacionar el total de partos reportados como ocurridos (41,173) con el total de cesáreas (9,613) reportadas en las instalaciones señaladas.

La tasa ideal es del 10 al 15% de partos por cesáreas. Al comparar los resultados de la ENSPA con la tasa de cesáreas reportada mediante registros administrativos del MINSAs, que fue estimada en un 23.3%, no se observaron diferencias. De igual forma, al comparar los datos de la ENSPA-2019 con la tasa ideal de partos por cesárea, se puede colegir que Panamá se aleja de los valores de la tasa ideal, ya que la misma se estimó en 23%.

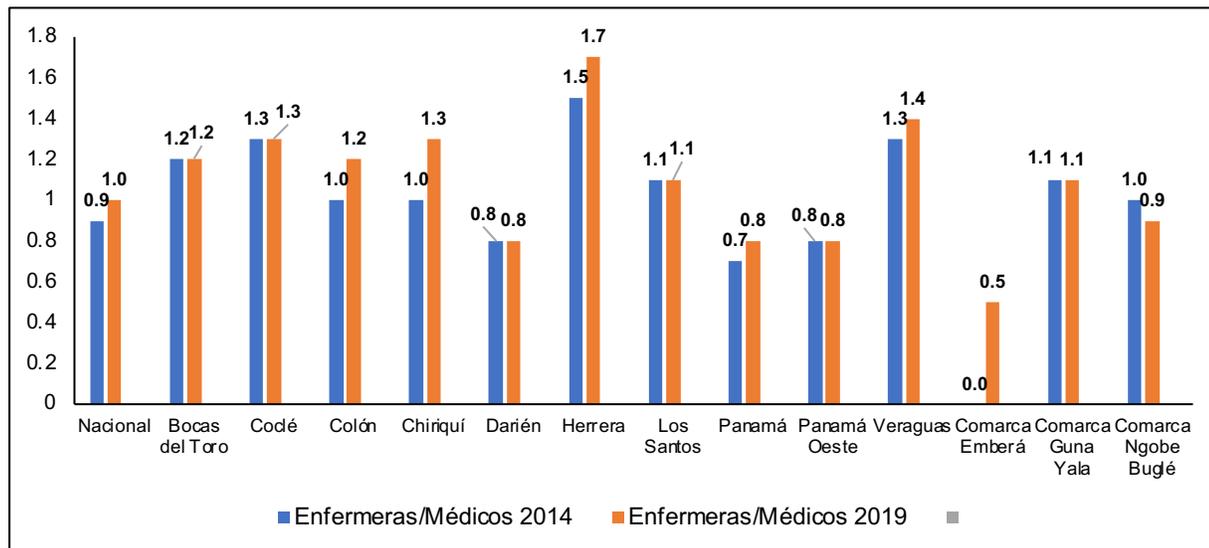
8.5 Trabajadores de la salud: combinación de personal inapropiado o costoso y trabajadores desmotivados

Según datos estadísticos del Instituto Nacional de Estadística y Censo de la Contraloría General de la República de Panamá para 2019 se cuenta con información que relaciona la disponibilidad de médicos y/o enfermeras por habitantes, cuyas cifras son muy similares como se describe a continuación:

Año 2019	Médicos	6,932	609 Habitantes/médico
Año 2019	Enfermeras	6,913	610 Habitantes/enfermera

La proporción de enfermeras-médicos para 2019 fue de 1:1, aunque este indicador idealmente debería mantener una proporción de dos enfermeras por cada médico. Al comparar este coeficiente enfermera-médico para los años 2014 y 2019, deja ver que, en términos generales, no se reflejan cambios significativos ni a nivel nacional ni por provincia y comarcas. Sin embargo, en Chiriquí y Herrera puede apreciarse un ligero incremento de este coeficiente para 2019. Vale observar que para la comarca Emberá no se reportaron datos en 2014, y que probablemente, estos registros están sumados en la provincia de Darién (Gráfico 24).

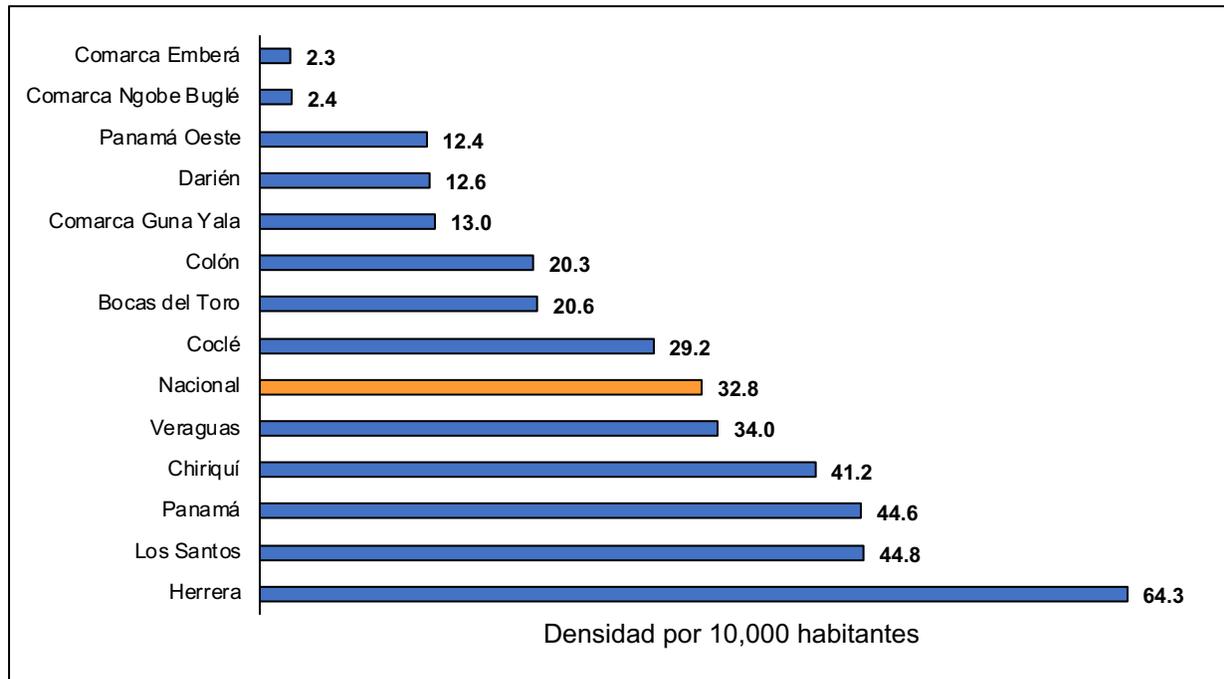
Gráfico 24. Cambio en el coeficiente de enfermeras/médico por provincia. Panamá, 2014-2019.



Fuente: Elaboración propia a partir de Instituto de Estadística y Censo (INEC) Panamá.

La distribución del recurso humano en salud a nivel nacional no es equitativa entre las regiones de salud, provincias y comarcas indígenas. La densidad más baja se estimó para las regiones de Bocas del Toro, comarca Guna Yala, Darién, Panamá Oeste, comarca Ngäbe Buglé, Colón y Panamá Norte, justamente con mayores niveles de pobreza (Gráfico 25). Este indicador refleja que la misma inequidad en la distribución de los recursos humanos se encuentra en las diferentes categorías de profesionales de salud en la República de Panamá.

Gráfico 25. Densidad del recurso humano en salud por cada 10 mil habitantes provincias y comarcas indígenas. Panamá, 2019.



Fuente: Elaboración propia a partir de Instituto de Estadística y Censo (INEC) Panamá.

Según el Manual Único de Clasificación de Puestos del Estado, cada cargo que se ejerce en la República de Panamá y en el cual se nombra o contrata personal de salud, cuenta con funciones específicas y delimitadas por ese manual. Por consiguiente, el personal de salud contratado o nombrado en un cargo profesional no puede realizar funciones que son atribuibles a otro cargo.

Además, la mayoría de los cargos profesionales de la salud están agremiados o asociados y, mediante estos se establecen las normativas y funciones de cada cargo profesional de salud. Salvo en los casos de áreas de difícil o muy difícil acceso, donde no se cuenta con personal de salud idóneo para la prescripción de medicamentos, existe el cargo de Asistente de Salud, que provee servicios de salud y ofrece recomendaciones farmacológicas dentro del puesto de salud y, según la patología y disponibilidad de medicamentos con que cuenta dicha instalación. No obstante, los asistentes de salud están mermando en estas regiones pues buena parte se ha jubilado o está por jubilarse.

Las tasas de absentismo en el MINSA no son tan altas. En el MINSA y en la CSS, el reglamento interno de trabajo le ofrece al personal 18 días al año (144 horas laborables) dentro de los cuales el servidor público podrá ausentarse por enfermedad, duelo, matrimonio, nacimiento de hijo y por motivos personales, siempre con la debida autorización de su superior. El servidor público que no justifique una ausencia ante su superior inmediato, será objeto de una sanción tal como lo establece dicho Reglamento. En el caso de las licencias, todo servidor del Ministerio de Salud o de la CSS tiene derecho a solicitar una licencia para ausentarse transitoriamente del cargo. Se otorgan Licencias con Sueldo por estudios o capacitaciones y Licencias Sin Sueldo en su mayoría por asuntos personales. Toda licencia es autorizada por la autoridad competente.

Aunque en el MINSA no se cuenta con encuestas regulares que midan la satisfacción de los trabajadores de salud, no se tienen indicios de que exista de forma generalizada desmotivación y baja productividad en el personal. Sin embargo, el no pago a tiempo de las retribuciones económicas relacionadas a los cambios de categorías y sobresueldos se convierten en un factor que incide directamente en la motivación y productividad generando en algunas ocasiones movimientos gremiales orientados a reclamar el pago de los derechos adquiridos. La CSS efectúa encuestas periódicas de satisfacción del personal, sin embargo, al momento de la redacción de este documento no se cuenta con los datos respectivos.

Aunque no se trata de un informe que recoge datos de los años 2020 y 2021, es propicia la ocasión para resaltar que, con la pandemia por COVID-19, el personal de salud ha trabajado arduamente, incluso cambiando los roles que tradicionalmente y por norma desempeñan. Por ejemplo, los odontólogos han asumido la responsabilidad de efectuar los hisopados, personal administrativo ha dejado de hacer tareas a lo interno de la institución y se han abocado a participar en los equipos de trazabilidad. Los médicos no han dejado de atender a pesar de la sobrecarga laboral que ha impuesto esta enfermedad, tanto como en la red hospitalaria como en la red ambulatoria de servicios públicos de salud, a nivel de las estructuras regionales y de la sede, se han diversificado los roles para dar seguimiento y apoyo a las diferentes actividades que ha implicado el manejo integral de la pandemia.

8.6 Servicios de salud: ingresos hospitalarios inadecuados y duración de la estancia

Para evaluar el uso de los servicios de hospitalización, en este informe se emplea el indicador egresos por mil habitantes. En términos generales, se considera que una tasa de hasta 100 egresos por mil habitantes refleja un uso razonable de los servicios de hospitalización, ello bajo la presunción de que el sistema de salud hace esfuerzos por “ambulatorizar” la atención, término que hace referencia a cambiar el proceso tradicional de atención de internamiento, por una alternativa ambulatoria sin desmedro de la calidad y seguridad del usuario, evitando así su internamiento. Existen diferentes estrategias que se aplican, tal es el caso de: cirugía ambulatoria, servicios de hospitalización de día, seguimiento domiciliario a pacientes encamados, visita domiciliaria, alta programada.

A la luz de los datos valorados, no existe en Panamá una tasa alta de ingresos/egresos hospitalarios. Para fundamentar esta respuesta, se ha tomado nota de la información de egresos hospitalarios y de la población de Panamá, registrados por el Instituto Nacional de Estadística y Censo de Panamá (INEC), para el periodo 2010-2018, a fin de determinar la tasa de egresos por cada mil habitantes.

Durante el periodo de tiempo valorado (2010 a 2018), se ha mantenido una tasa de utilización de servicios de hospitalización por debajo de 100 egresos por mil habitantes. Indicador que permite afirmar que no existe una alta tasa de ingresos / egresos hospitalarios.

Tabla 10. Egresos por cada 1000 Habitantes. Panamá, 2010-2018.

AÑO	POBLACIÓN	EGRESO HOSPITALES PÚBLICOS	EGRESOS X 1000 HAB
2010	3,661,835	332,346	90,8
2011	3,723,821	340,112	91,3
2012	3,787,511	334,188	88,2
2013	3,850,735	318,825	82,8
2014	3,913,275	318,455	81,4
2015	3,975,404	326,913	82,2
2016	4,037,043	325,197	80,6
2017	4,098,135	327,928	80,0
2018	4,158,783	328,886	79,1

Fuente: Elaboración propia a partir de INEC. Nota: incluye egresos de hospitales públicos y privados

Para comparar la situación de Panamá con otros países de América y la OCDE, se utilizó una clasificación de países, que consta de cuatro categorías que van desde el Grupo A hasta el D, donde la tasa de egresos por mil habitantes para el primer grupo es menor de 50, mientras en el Grupo D se clasifican los países con tasas de 100 o más egresos por mil habitantes. La comparación resultó en que Panamá con una tasa de 79.1 egresos por 1000 habitantes, se ubica en el Grupo C que corresponde a una tasa entre 70 a 100 egresos por cada 1000 habitantes, compartiendo este grupo con Costa Rica y Chile. (Tabla 11)

Tabla 11. Egresos hospitalarios por cada mil habitantes. Comparativo con diversos países de la OCDE y América. -Último año disponible-

GRUPO	PAÍS	EGRESOS POR CADA 1 000 HABITANTES	FUENTE DEL DATO
A < 50	Perú (2018)	27,1	(1)
	Colombia (2017)	33,3	(1)
	México (2017)	46,8	(1)
B >= 50 < 70	Argentina (2015)	50,7	(1)
	LAC11	54,4	(1)
	Brasil (2012)	55,5	(1)
	El Salvador (2018)	57,1	(1)
	Jamaica (2017)	64,7	(1)
	Bolivia (2018)	66,0	(1)
C >= 70 < 100	Costa Rica (2019)	73,0	(2)
	Panamá (2018)	79,1	(3)
	Chile (2017)	89,1	(1)
D >= 100	OCDE36	154,0	(1)

Fuentes: Elaboración propia tomando información de:

(1) Estadísticas de Salud de la OCDE. Panorama de la Salud: Latinoamérica y el Caribe 2020 - © OECD 2020.

Recursos y actividades de la atención en salud - Figura 5.12. Egresos hospitalarios por cada 1.000 habitantes, último año disponible.

Disclaimer: <http://oe.cd/disclaimer>

(2) Anuario estadístico 2019 CCSS. Costa Rica. <https://www.ccss.sa.cr/estadisticas-salud>

(3) Informes INEC Panamá con datos de población y egresos hospitalarios.

8.7 Servicios de salud: tamaño inadecuado del hospital (bajo uso de infraestructura)

La capacidad ociosa fue medida en términos del porcentaje de camas sin utilizar y en términos de número absoluto de camas sin utilizar. El indicador de porcentaje de ocupación es crucial para dicha valoración, dato disponible en el MINSA para los años 2018 y 2019. Frente a la disponibilidad de esta información, se indaga si existe “alta capacidad ociosa que se corresponde con exceso de capacidad en algunas áreas.”, con la finalidad de poder hacerse un replanteamiento de la dotación de camas disponibles (instaladas) por servicio, por cuanto es reflejo de que no existe demanda para utilizar dichas camas, o bien que dicha población está resolviendo sus necesidades de internamiento en otros establecimientos de salud de la red.

Luego del análisis realizado, fue evidente que, en efecto, existe un exceso de capacidad en algunas áreas, específicamente en aquellos servicios con niveles de ocupación por debajo del 80%.

Estos resultados llaman a la reflexión, sí en efecto los bajos índices de porcentaje de ocupación de manera generalizada para diferentes territorios y realidades pueden ser considerados como un exceso de capacidad instalada o en algunos casos podría reflejar barreras de acceso de la población a los servicios de hospitalización. Entre las posibles barreras en el país pueden considerarse las barreras de acceso geográficas, culturales y burocráticas, o una mezcla de ellas, que se traducen en un efecto sinérgico en detrimento del acceso de la población, limitándose las oportunidades de atención de sus necesidades.

En el caso de las regiones de Darién y Guna Yala, áreas de difícil acceso, los hospitales operaron con porcentajes de ocupación menores al 20%, lo cual es posible que haya ocurrido debido a la pobre capacidad resolutoria de los establecimientos hospitalarios de dichas regiones (personal, equipos, insumos) que inducen a la población a que acudan a otros establecimientos más alejados, pero con mayor capacidad para resolver sus necesidades de salud.

Las características de este indicador, que puede reflejar exceso de capacidad, barreras en el acceso a los servicios o limitada capacidad resolutoria en algunas de las instalaciones hospitalarias, siempre ha sido motivo de preocupación entre las autoridades y han generado consecuentemente diferentes estrategias para la mejora de la gestión de la red de servicios de salud.

El porcentaje de ocupación, días cama disponibles y días cama utilizadas durante los años 2018 y 2019, fue considerado para nueve hospitales ubicados en diferentes regiones de salud del país a saber:

- | | |
|---------------------------------------|-----------------------------------------|
| 1. José Domingo De Obaldía (Chiriquí) | 6. Anita Moreno (Los Santos) |
| 2. Aquilino Tejeira (Coclé) | 7. Nicolás A. Solano (Panamá Oeste) |
| 3. La Palma (Darién) | 8. San Miguel Arcángel (San Miguelito) |
| 4. Cecilio Castellero (Herrera) | 9. Dr. Luis “Chicho” Fábrega (Veraguas) |
| 5. Ailigandí (Guna Yala) | |

En 2018, el porcentaje de ocupación de camas se estimó en 60.8%, mientras que en 2019 fue de 59.8%. Entre 2018 y 2019, hubo un incremento de 99 camas, a pesar de que, en 2018, el porcentaje de ocupación solamente alcanzó el 60.8% (Tabla 12).

En 2019, 174 camas de un total de 1,580 camas disponibles alcanzaron un porcentaje de ocupación mayor de 80%, lo que representa que únicamente el 11% de las camas alcanzaron este porcentaje de ocupación (174 camas). En otras palabras, 1,276 camas se utilizaron con un porcentaje de ocupación menor al 80%. La mayoría de los servicios se mantuvieron en un rango de 30% a menos de 65% de ocupación.

En 2018 y 2019, ocho de los nueve hospitales reportaron un porcentaje de ocupación menor al 80%, y específicamente en el año 2019, el porcentaje de ocupación de éstos se estimó por debajo del 60%. En consecuencia, el nivel de ociosidad alcanzó al menos el 40%. En el caso del Hospital Nicolás A. Solano, se estimó un porcentaje de ocupación cercano al 80% (2018= 76.5% y 2019= 80.5%).

Tabla 12. Porcentaje de ocupación de hospitales regionales del Ministerio de Salud. Panamá, 2018-2019.

PROVINCIA	HOSPITAL	PORCENTAJE DE OCUPACIÓN	
		2018	2019
Coclé	Aquilino Tejeira	48,2	50,5
Chiriquí	Jose D. De Obaldia	60,0	57,6
Darién	La Palma	11,9	12,6
Herrera	Cecilio Castellero	52,1	54,2
Los Santos	Anita Moreno	68,7	79,6
Panamá Oeste	Nicolás A. Solano	76,5	80,5
San Miguelito	San Miguel Arcángel	0	47,6
Veraguas	Dr. Luis “Chicho” Fabrega	63,3	57,3
Kuna Yala	Ailigandi	16,9	15,3
	TOTAL GENERAL	60,8	59,8

Fuente: Dirección de Planificación. Departamento de Registros y Estadísticas de Salud. Ministerio de Salud, Panamá.

Durante 2019, en términos generales de un total de 91 servicios (centros de producción) que constituyen la sumatoria de servicios de los hospitales regionales objeto de este análisis, únicamente diez operaron con un porcentaje de ocupación igual o mayor del 80%. En contraposición, 81 de los 91 servicios (91%) operaron con porcentajes de ocupación inferiores al 80%. Con una ociosidad medida en término de número de camas subutilizadas o no utilizadas de 636 de las 1,580 camas que representa el 40.2% de las camas que estuvieron disponibles durante ese año. Similar situación se presentó en 2018. (Tabla 13).

Tabla 13. Porcentaje de ocupación, número de camas y capacidad ociosa de servicios en hospitales regionales del Ministerio de Salud. Panamá, 2018-2019.

HOSPITAL	2018		2019					CAPACIDAD OCIOSA EN # DE CAMAS
	CANTIDAD DE CAMAS		CANTIDAD DE SERVICIOS					
	CAMAS	% OCUP.	CAMAS	% OCUP.	TOTAL	CON % OCUP. IGUAL O MAYOR A 80%	CON % OCUP. MENOR DE 80%	
TOTAL	1.48	60,8%	1.58	59,8%	91	10	81	635
Aquilino Tejeira	179	48,2%	175	50,5%	16	2	14	87
Jose D. De Obaldia	468	60,0%	466	57,6%	31	1	30	198
La Palma	28	11,9%	28	12,6%	4	0	4	24
Cecilio Castellero	135	52,1%	135	54,2%	9	1	8	62
Anita Moreno	154	68,7%	129	79,6%	13	4	9	26
Nicolás A. Solano	240	76,5%	241	80,5%	14	4	10	47
San Miguel Arcángel	0	0,0%	128	47,6%	7	1	6	67
Dr. Luis “Chicho” Fabrega	264	63,3%	265	57,3%	9	1	8	113
Ailigandi	12	16,9%	12	15,3%	1	0	1	10

Nota: como la tabla No. 1 solo incorpora el dato de Dias Cama Disponible (DCD), se procede a aplicar la fórmula que corresponde para convertir para convertir DCD anuales en camas: $DCD / 365 = \text{número de camas}$

Fuente: Elaboración propia basado en información suministrada por Dirección de Planificación. Departamento de Registros y Estadísticas de Salud. Ministerio de Salud, Panamá.

Al comparar el porcentaje de ocupación general en diversos países de la OCDE, se agrupan los países en tres categorías a saber: porcentaje ocupación igual o mayor al 80% (Grupo A), porcentaje de ocupación menor al 80% y mayor o igual al 70% (Grupo B) y porcentaje de ocupación menor al 70% (Grupo C), puede observarse que Panamá, se encuentra en el Grupo C, al reportar porcentajes de ocupación de aproximadamente 60%.

Tabla 14. Porcentaje de ocupación general comparativo entre países de la OCDE y Panamá, 2017-2019.

PORCENTAJE	PAÍS	AÑO			FUENTE DEL DATO
		2017	2018	2019	
A ≥ 80%	Irlanda	89,80	90,70		(1)
	Costa Rica	82,88	82,40	83,7	(2)
	Portugal	82,62	82,06		(1)
	Bélgica	81,84	81,99		(1)
	Suiza	82,12	81,65		(1)
	Noruega	80,70	80,50		(1)
B < 80% ≥ 70%	Alemania	79,80			(1)
	Francia	78,69	78,96		(1)
	Italia	78,90	78,70		(1)
	España	75,55	75,99		(1)
	Australia	73,82	73,86		(1)
	Letonia	71,13	73,08		(1)
	Lituania	72,04	72,99		(1)
	Estonia	70,40	72,80		(1)
	Luxemburgo	70,72	71,36		(1)
C > 70%	Eslovenia	69,53	70,39		(1)
	Turquía	67,36	66,08		(1)
	Hungría	65,52	64,96		(1)
	Países Bajos	65,40	64,30		(1)
	Panamá		60,75	59,81	(3)

Fuentes: Elaboración propia tomando información de:

(1) EUROSTAT. Curative care bed occupancy rate [hlth_co_bedoc]

DATAEXPLORER_PRDW11. v3.7.1-20210419-5867-ESTAT_LINUX_PROD

http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?query=BOOKMARK_DS-372311_QID_-1967800C_UID_-3F171EB0&layout=TIME,C,X,0;GEO,L,Y,0;ICHA_HC,L,Z,0;UNIT,L,Z,1;INDICATORS,C,Z,2;&zSelection=DS-372311ICHA_HC,HC1;DS-372311INDICATORS,OBS_FLAG;DS-372311UNIT,PC;&rankName1=ICHA-HC_1_2_-1_2&rankName2=UNIT_1_2_-1_2&rankName3=INDICATORS_1_2_-1_2&rankName4=TIME_1_0_0_0&rankName5=GEO_1_2_0_1&sortC=ASC_-1_2&FIRST&rStp=&cStp=&rDCh=&cDCh=&rDM=true&cDM=true&footnes=false&empty=false&wai=false&time_mode=ROLLING&time_most_recent=false&lang=EN&cfo=%23%23%23%2C%23%23%23.%23%23%23

(2) Anuarios estadísticos 2017, 2018 y 2019 CCSS. Costa Rica. <https://www.ccss.sa.cr/estadisticas-salud>

(3) Departamento de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. Dir. Planificación. MINSA, Panamá.

Con la finalidad de analizar el porcentaje de ocupación desagregada a nivel de servicios de hospitalización, se procedió a agrupar los servicios según características del servicio que ofrecen, estableciéndose los siguientes: medicina, psiquiatría y salud mental, quirúrgicos, gineco obstetricia, pediátricos y cuidados especiales. En el análisis subsiguiente, se utilizó como criterio de comparación para estimar un desempeño aceptable un porcentaje de ocupación de 80%.

Servicios de hospitalización de medicina

Los servicios de medicina interna que operaron con porcentajes de ocupación igual o mayor al 80% fueron: Medicina Interna y Dermatología del Hospital Anita Moreno y Neumología del Hospital Aquilino Tejeira. En el otro extremo, con porcentajes de ocupación iguales o inferiores al 20%, se ubicaron el servicio de Medicina General del Hospital de La Palma y los servicios de Hematología y Reumatología del Hospital Anita Moreno. La mayoría de los servicios de medicina interna operaron con un porcentaje de ocupación que osciló entre 20% y 60%. (Anexo 2).

Servicio de hospitalización de psiquiatría y salud mental

En 2019, se estimó un porcentaje de ocupación igual o mayor al 80%, únicamente en tres servicios a saber: Psiquiatría y Psiquiatría de Corta Estancia del Hospital Anita Moreno y Psiquiatría del Hospital Aquilino Tejeira, con similar comportamiento en 2018. El servicio de Psiquiatría del Hospital Nicolás Solano se desempeñó con porcentaje de ocupación cercanos al 80%. En el otro extremo, se encontraba el servicio de Psiquiatría del Hospital Luis 'Chicho' Fábrega, con porcentajes de ocupación de alrededor de 50%. La mayoría de los servicios operaron con un porcentaje de ocupación que osciló entre 75-50%. (Anexo 2).

Servicios de hospitalización de quirúrgicos

En 2019, los servicios de Cirugía y Ortopedia del Hospital Nicolas Solano y Urología del Hospital Cecilio Castellero operaron con porcentajes de ocupación igual o mayor al 80%. Con similar comportamiento en 2018. En el otro extremo se encuentra el servicio de Cirugía Plástica del Hospital J.D. Obaldía y los servicios de Cirugía Reconstructiva y de Urología del Hospital Aquilino. La mayoría de los servicios se desempeñaron con un porcentaje de ocupación que osciló entre 60%-30%. (Anexo 2).

Servicios de hospitalización de gineco-obstetricia

En 2019, únicamente los servicios de Gineco-Obstetricia, Parto y Puerperio del Hospital Nicolás Solano y el de Gineco-Obstetricia del Hospital San Miguel Arcángel se desempeñó con porcentajes de ocupación igual o mayor al 80%. En el otro extremo, se encuentra el servicio de Gineco Obstetricia del Hospital de La Palma y el servicio de Ginecología del Hospital San Miguel Arcángel, con porcentajes de ocupación menores del 20%. La mayoría de los servicios operaron con un porcentaje de ocupación que osciló entre 60% -30%. (Anexo 2).

Servicios de hospitalización de pediatría

En 2019, únicamente el servicio de Neonatología del Hospital 'Chicho' Fábrega operó con un porcentaje de ocupación de 87.2%. En el otro extremo se encuentran los servicios de Neonatología del Hospital Aquilino Tejeira y del Hospital de La Palma con porcentajes de ocupación menores al 30%. La mayoría de los servicios operaron con un porcentaje de ocupación que osciló entre 60%-40%. (Anexo 2).

Servicios cuidados especiales

En 2018, únicamente el servicio de Alto Riesgo Obstétrico del Hospital José Domingo De Obaldía operó con porcentajes de ocupación iguales o superiores al 80%. Para 2019, no se reporta ocupación para varios de los servicios que operaron en el año anterior. En el otro extremo, se encuentran los servicios de Cuidado Intermedio de Pediatría (CIP) y el servicio de aislamiento del Hospital José Domingo De Obaldía menor al 30%. La mayoría de los servicios se desempeñaron con un porcentaje de ocupación que osciló entre 60% - 30%. (Anexo 2).



8.8 Servicios sanitarios: errores médicos y calidad asistencial subóptima

La Dirección General de Salud (DIGESA) en su calidad de ente regulador del MINSA y en su rol de coordinador del Consejo Técnico de Salud ha manifestado que no se cuenta con reportes donde conste sobre la existencia de errores médicos.

El MINSA mediante Resolución 499 de 2001 crea los comités técnicos nacional, regional y local para la prevención, vigilancia y control de las infecciones nosocomiales. Dichos comités están integrados por diferentes unidades ejecutoras de DIGESA como por representantes de las direcciones de promoción de la salud, provisión de servicios de salud y asesoría legal. También se integran en este comité el jefe nacional de capacitación y el jefe nacional de bioseguridad, de igual forma, pertenecen al mismo unidades administrativas de la CSS, como lo son la dirección nacional de prestaciones médicas, epidemiología, docencia y servicios de laboratorio. El precitado comité integra representantes de la Universidad de Panamá y de las universidades privadas, así como de colegios y asociaciones de profesionales de la salud y representantes de asociaciones de clínicas y hospitales privados. Esta resolución establece los objetivos y funciones de los antes enunciados comités.

El país también cuenta con las normas básicas para la prevención y control de las infecciones asociadas a la atención de salud que deben ser aplicadas en todas las instalaciones de salud del país. Estas normas han sido aprobadas mediante la Resolución 510 de 2019.

Por otra parte, la Resolución 511 de 2019, publicada en Gaceta oficial 28859 de 12 de septiembre de 2019, establece las normas para la prevención y control de infecciones del sitio quirúrgico y mandata su aplicación en todas las instalaciones del país e indica que cada instalación de salud podrá elaborar manuales o guías que faciliten la implementación adecuada de la norma conforme a los procesos institucionales.

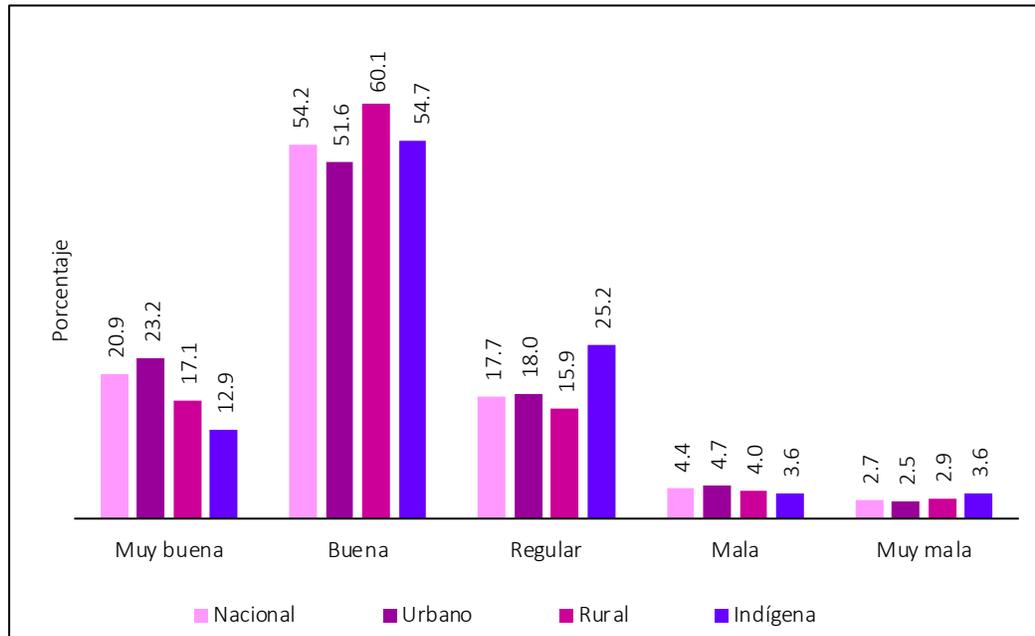
Como parte de los indicadores hospitalarios se reportan de manera obligatoria el comportamiento de las infecciones nosocomiales en distintos establecimientos del MINSA, CSS y en el sector privado.}

En cuanto a la calidad asistencial, según los resultados de la Encuesta Nacional de Salud de Panamá (ENSPA, 2019), se evidencia lo siguiente:

1. Percepción de la calidad de atención recibida en urgencias:

- A nivel nacional, 3 de cada 4 hogares dijo que la calidad de la atención recibida en urgencias fue muy buena (20.9%) o buena (54.2%). El 7.1% indicaron que había sido mala o muy mala.
- El 7.2% de los hogares en el área indígena indicó que la atención de urgencias había sido mala o muy mala, uno de cada 4 regular y 67.6% muy buena o buena. Solo el 87.8% regresaría a recibir atención en la misma instalación.
- 2.3 veces más residentes en hogares indígenas no regresarían a atenderse en la misma instalación en comparación con el resto del país. (Gráfico 26).

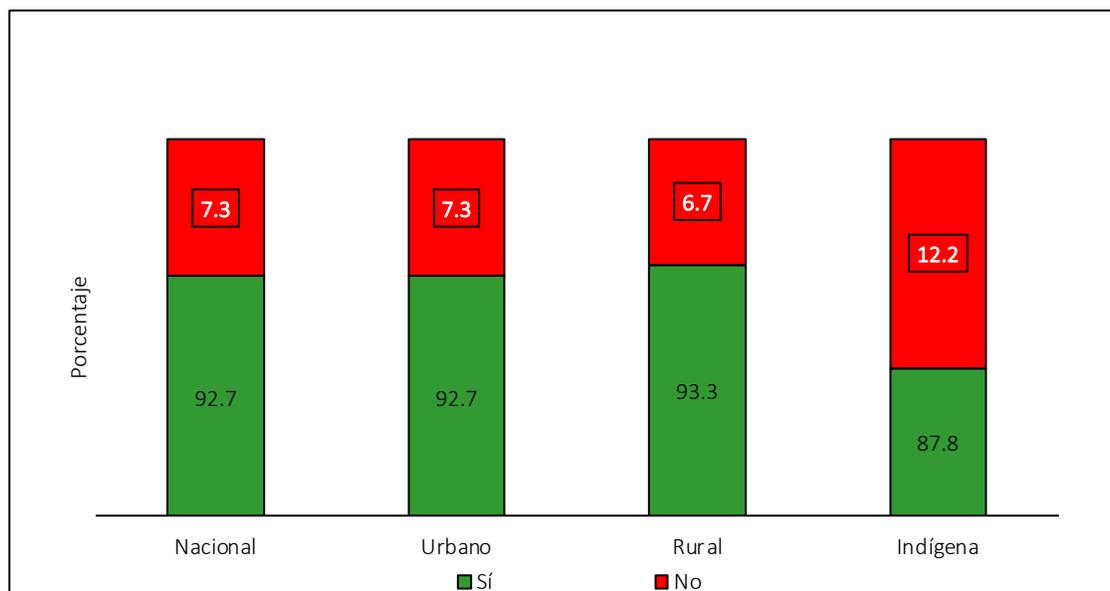
Gráfico 26. Distribución porcentual de hogares según percepción de la calidad de atención recibida en urgencias por área. Panamá, 2019.



Fuente: Encuesta Nacional de Salud Pública. ENSPA, 2019.

- En el país, el 7.3% de los hogares expresaron que no regresarían a la misma instalación a la que habían acudido para recibir atención de urgencias.
- Los cinco principales motivos para no regresar a la misma instalación a nivel de país fueron:
 1. **Mal trato (54.4%)**
 2. **Largo tiempo de espera (4.7%)**
 3. **Lejanía de la instalación de su casa (22.0%)**
 4. **No hubo mejoras en su condición de salud (18.6%)**
 5. **No había los medicamentos recetados (16.5%).**
- Área urbana: se expresaron los mismos motivos que los del promedio del país.
- Área rural: se adiciona el no haber estado de acuerdo con el diagnóstico.
- Área indígena: se suman el no estar de acuerdo con el tratamiento y el hecho que no dejaron entrar a sus familiares. (Gráfico 27).

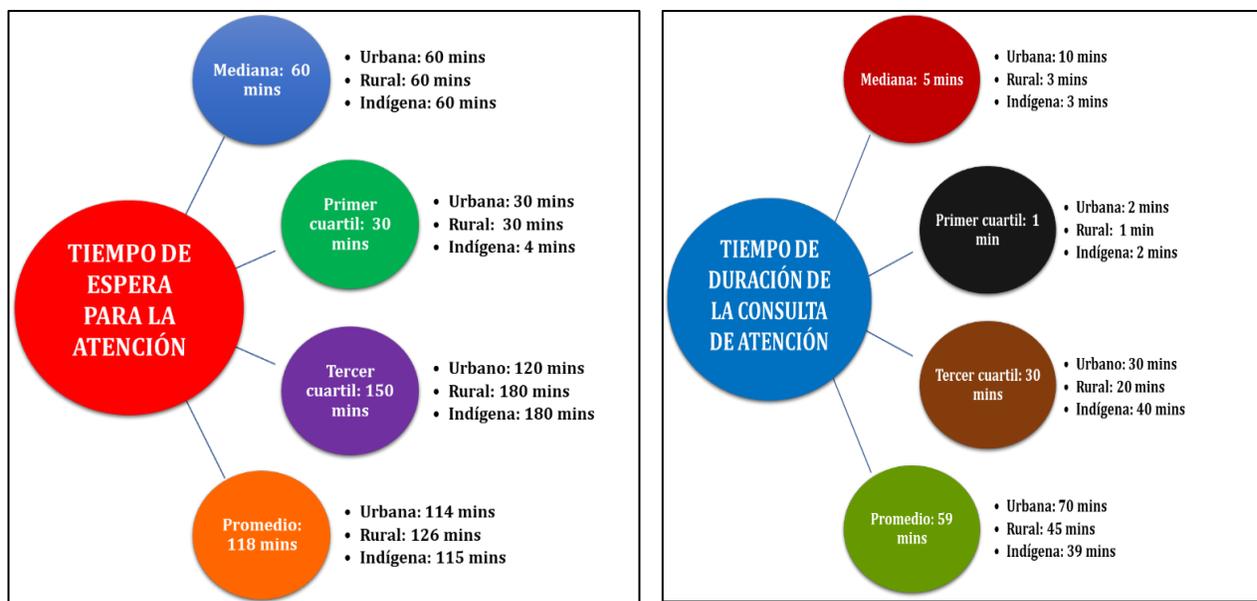
Gráfico 27. Distribución porcentual de hogares según su disposición de regresar a la misma institución para su atención de urgencias por área. Panamá, 2019.



Fuente: Encuesta Nacional de Salud Pública. ENSPA, 2019.

2. Percepción de la calidad de atención ambulatoria sin hospitalización.

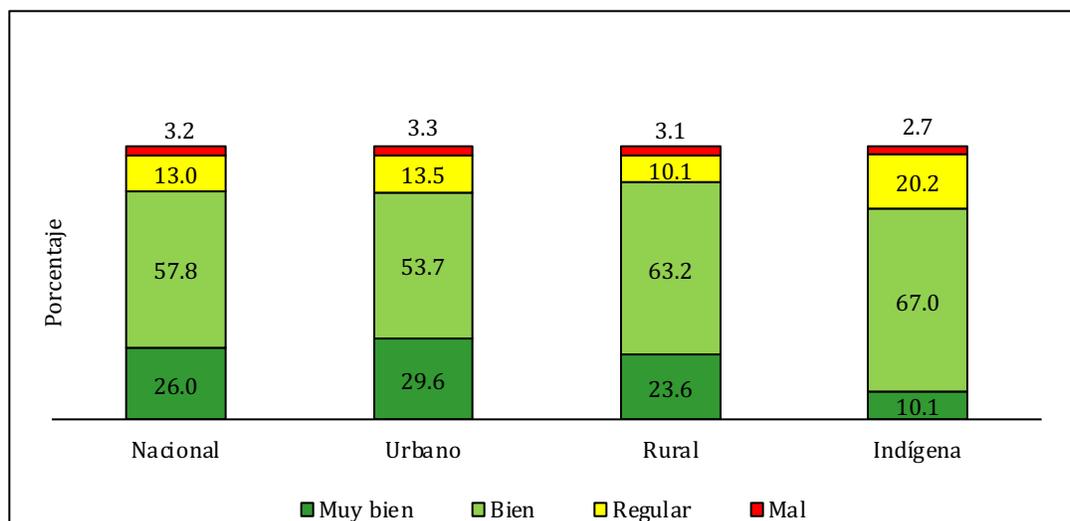
- A nivel nacional 85.3% de las familias estuvo muy de acuerdo (18.3%) y de acuerdo (67.0%) con la atención ambulatoria sin hospitalización recibida. Las opciones en desacuerdo y muy en desacuerdo alcanzaron entre ambas al 14.6% de los hogares.
- La mediana de tiempo de espera es un indicador que contribuye a valorar la satisfacción de las personas con la atención recibida.
- Un total de 394,383 familias demandan este tipo de atención con una mediana de 60 minutos. Los valores mínimos y máximos oscilaron entre 0 y 960 minutos.
- En las 3 áreas (urbana, rural e indígena) se reportó una mediana de 60 minutos.
- La mediana por regiones de salud y comarcas fue diferente a la nacional. En Coclé el tiempo de espera se duplicó, en Veraguas fue 1.5 veces mayor, mientras que en el otro extremo la Comarca Guna Yala el tiempo de espera fue de 4.7 minutos, es decir 12.8 veces menor que la mediana nacional.
- La mediana nacional es de 5 minutos, los valores mínimos/ máximos: 0 – 900 minutos (15 horas).
- Área urbana: 10 minutos, dos veces mayor al nacional. Áreas rural e indígena: 3 minutos (1.67 veces menor que la mediana nacional).



3. Percepción de la calidad de atención recibida en el hospital.

- A nivel nacional los hogares reportaron según su percepción, que la calidad de la atención recibida en el hospital estuvo muy bien y bien (83.9%), con un diferencial de muy bien (26.1%) y bien (57.8%). Regular y mal, el 16.4% de los hogares lo percibió así.
- Área indígena. Muy bien (10.9%), cerca de 2 de cada 3 (66.7%) manifestaron sentirse bien, para un total de 77.6%. 1 de cada 4 (24.9%) hogares percibieron la calidad como regular o mala. La opción mal superó en 0.9% la cifra nacional. (Gráfico 28)

Gráfico 28. Distribución porcentual de hogares de acuerdo con la percepción de la calidad de atención en el hospital por área. Panamá, 2019.



Fuente: Encuesta Nacional de Salud Pública. ENSPA, 2019.

8.9 Fugas del sistema de salud: desperdicio, corrupción y fraude

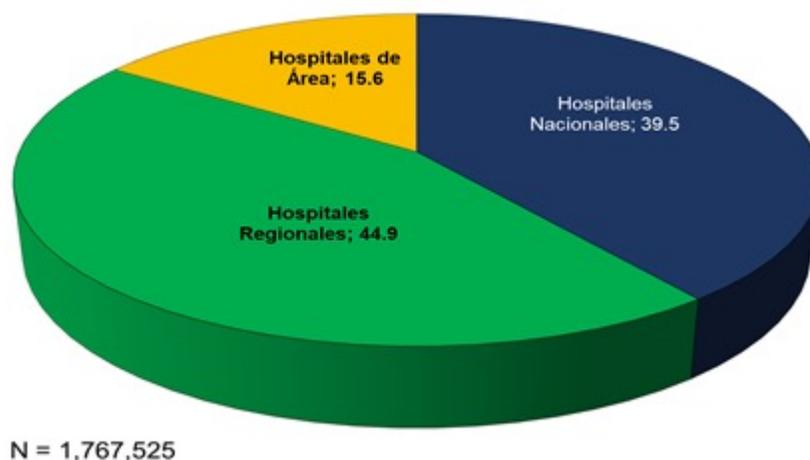
En algunas ocasiones, incluso a través de los medios de comunicación, se ha dado a conocer la fuga de algunos suministros sanitarios, particularmente de medicamentos desde los depósitos o almacenes, como también desde las salas de hospitalización de instalaciones públicas de salud, puede indicarse que, esta no es una práctica generalizada. Cuando estos hallazgos surgen se realizan los procedimientos administrativos y judiciales, según corresponda.

No se cuenta con evidencias que sugieran que en el Sistema de Salud de Panamá exista un problema generalizado de “trabajadores fantasmas”, es decir, que reciban un salario y no se presenten a sus puestos de trabajo. Tanto el Ministerio de Salud como la Caja de Seguro Social, mediante sus unidades administrativas, tienen la obligación de hacer cumplir lo establecido en el reglamento interno en sus respectivas instituciones, lo que otorga coherencia y eficiencia en la administración y gestión del recurso humano.

8.10 Intervenciones sanitarias: combinación ineficaz / nivel inadecuado de estrategias

A nivel hospitalario se realizaron 1.77 millones de consultas de las cuales cerca del 45% fueron efectuadas en hospitales regionales y aproximadamente 4 de cada 10 se dieron en hospitales nacionales, el 15.6% restante fueron efectuadas en los hospitales de área. (Gráfico 29).

Gráfico 29. Porcentaje de consultas ambulatorias por tipo de hospital del MINSA. Panamá, 2019.

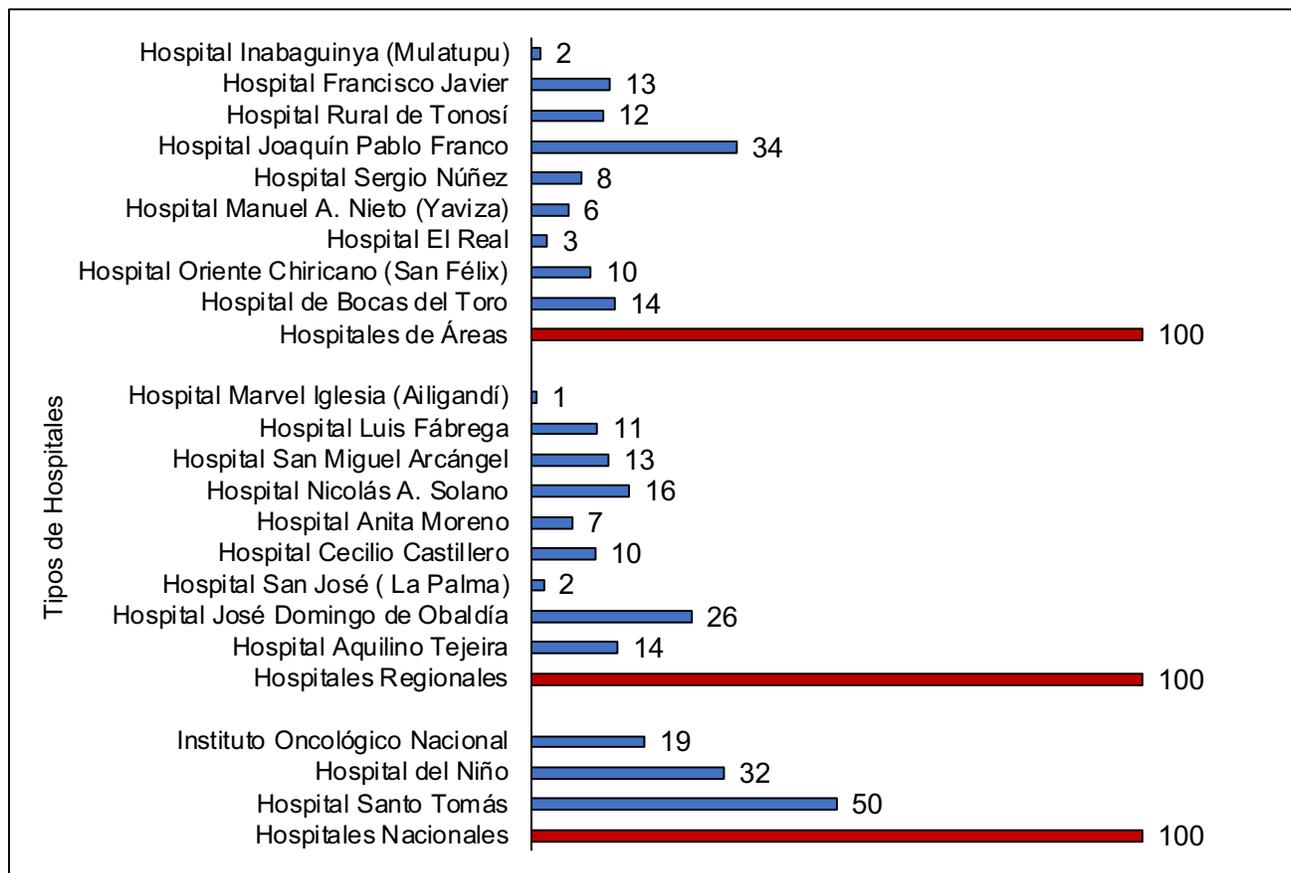


Fuente: MINSA, Panamá.

Con relación a los hospitales regionales, el José Domingo De Obaldía, el Nicolás Solano, el Aquilino Tejeira y el San Miguel Arcángel, concentraron el mayor nivel de consultas con un 26%, 16%, 14% y 13%, respectivamente. El resto de los hospitales regionales registraron entre 1 y 11% de las consultas efectuadas, siendo el valor mínimo atribuible al Hospital Marvel Iglesias y el más elevado al Luis Chicho Fábrega.

Al considerar los hospitales de área, de las 276,036 consultas ambulatorias realizadas, el 34% fueron efectuadas por el Hospital Joaquín Pablo Franco, mientras que los hospitales de Bocas del Toro, Francisco Javier, Rural de Tonosí y del Oriente Chiricano concentraron el 49% de las consultas realizadas. (Gráfico 30).

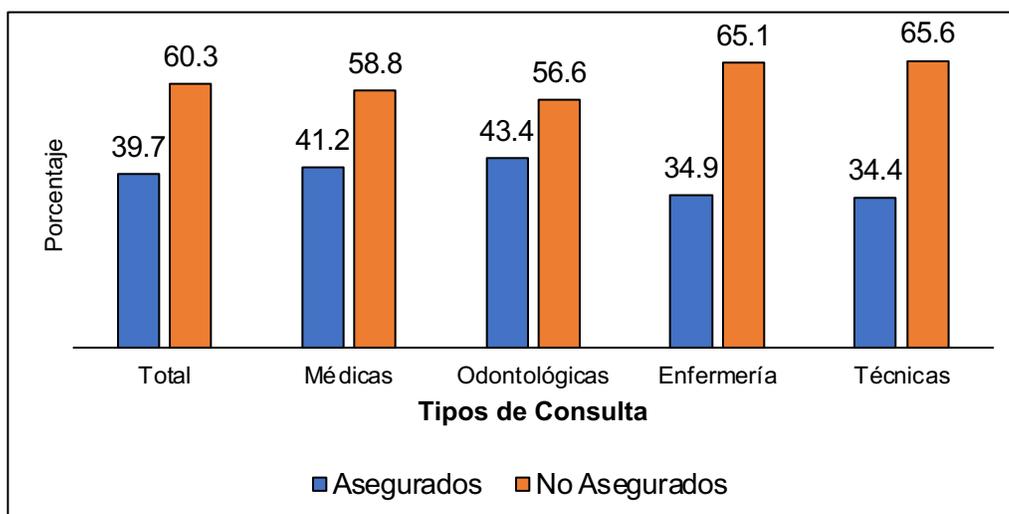
Gráfico 30. Porcentaje de consultas según instalaciones de salud del segundo nivel de atención del MINSA. Panamá, 2019.



Fuente: MINSA, Panamá.

Cuando se consideraron las consultas según tipo de beneficiario, asegurado y no asegurado, se encuentra que seis de cada diez consultas realizadas se efectuaron a pacientes no asegurados y esto puede estar relacionado a que los hospitales incluidos en este análisis pertenecen al MINSA. Ahora bien, cuando se trata de consultas médicas, esta relación varía muy poco, siendo que 58.8% de estas consultas fueron realizadas en pacientes no asegurados. Un comportamiento similar se nota con relación a consultas odontológicas donde 56.6% fueron no asegurados. En el caso de las consultas de enfermería cerca de siete de cada diez (65.1%) se efectuaron a pacientes no asegurados, cifras semejantes se registraron en relación con las consultas técnicas. (Gráfico 31).

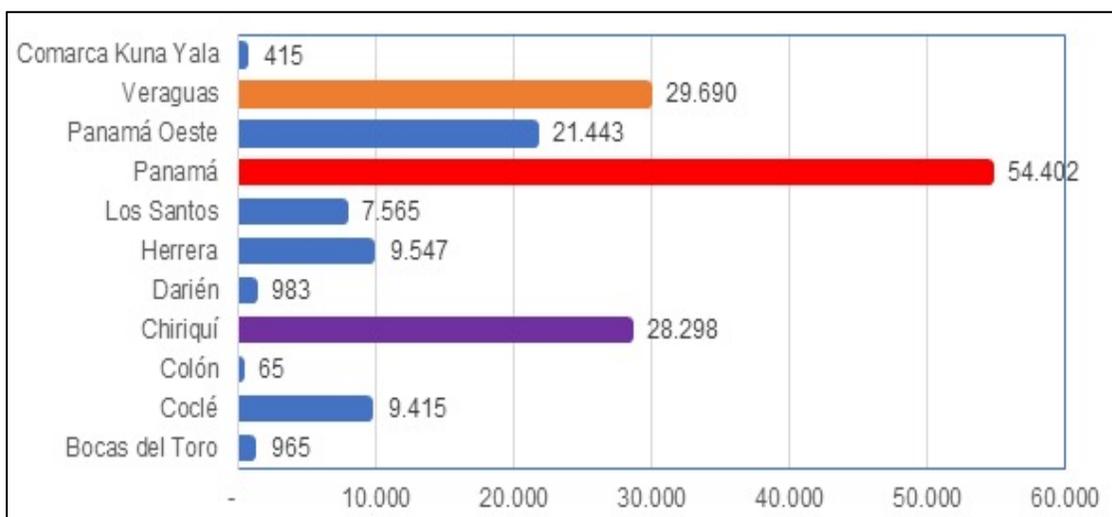
Gráfico 31. Porcentaje de consultas por tipo de paciente en hospitales del MINSA. Panamá, 2019.



Fuente: MINSA, Panamá.

El Ministerio de Salud registró para 2019, un total de 162,788 admisiones en instalaciones de salud con camas de todos los niveles de atención. La provincia de Panamá registró 54,402 admisiones que representan el 33.4% de todas las admisiones reportadas. Simultáneamente, las provincias de Veraguas y Chiriquí concentraron 57,988 admisiones que constituyeron el 35.6%, es decir que cerca de siete de cada diez (69%) admisiones ocurrieron entre estas tres provincias. (Gráfico 32)

Gráfico 32. Admisiones en instalaciones de salud con cama por provincia y comarca, MINSA. Panamá, 2019.

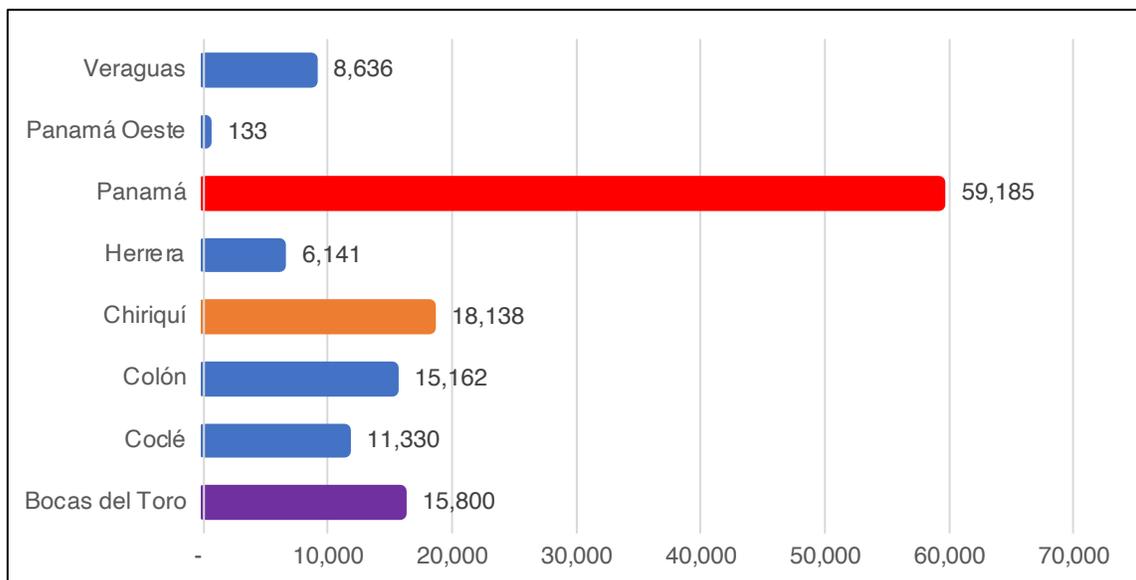


Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Instituto Nacional de Estadística y Censo.

En el caso de la Caja de Seguro Social, se reportaron 134,525 admisiones en todas sus instalaciones con cama, donde el 44% se registraron en la provincia de Panamá, mientras tanto las provincias de Chiriquí y Bocas del Toro consignaron el 25.2% de las admisiones ocurridas en 2019. En estas tres provincias se admitieron siete de cada diez personas hospitalizadas. (Gráfico 33).

Se puede observar que en 2019 se registraron en total 297,313 admisiones, de las cuales el 45.2% ocurrieron en la Caja de Seguro Social y el 54.8% en instalaciones del Ministerio de Salud. Además, se observó que la CSS no reportó admisiones en las provincias de Darién y Los Santos y en ninguna de las comarcas indígenas, toda vez que, en estas áreas la CSS no cuenta con instalaciones de salud, excepto en Los Santos, donde dispone de dos policlínicas y tres CAPS. En las provincias de Panamá Oeste y Veraguas la atención con internamiento se concentra en instalaciones del MINSA, reportando 51,133 admisiones que representan el 17.2% de las admisiones del país.

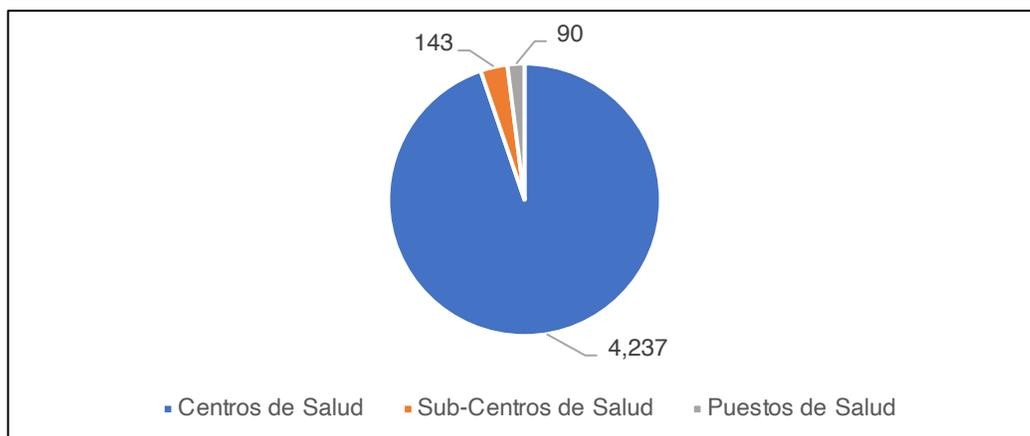
Gráfico 33. Admisiones en instalaciones de salud con cama por provincia, CSS. Panamá, 2019.



Fuente: MINSA, 2019.

El total de admisiones en instalaciones del primer nivel de atención del MINSA sumó 4,470 de las cuales el 94.8% se dio en centros de salud, mientras que el 2% ocurrió en puestos de salud. (Gráfico 34). Por otro lado, la CSS no dispone de instalaciones que cuenten con el recurso cama en este nivel de atención.

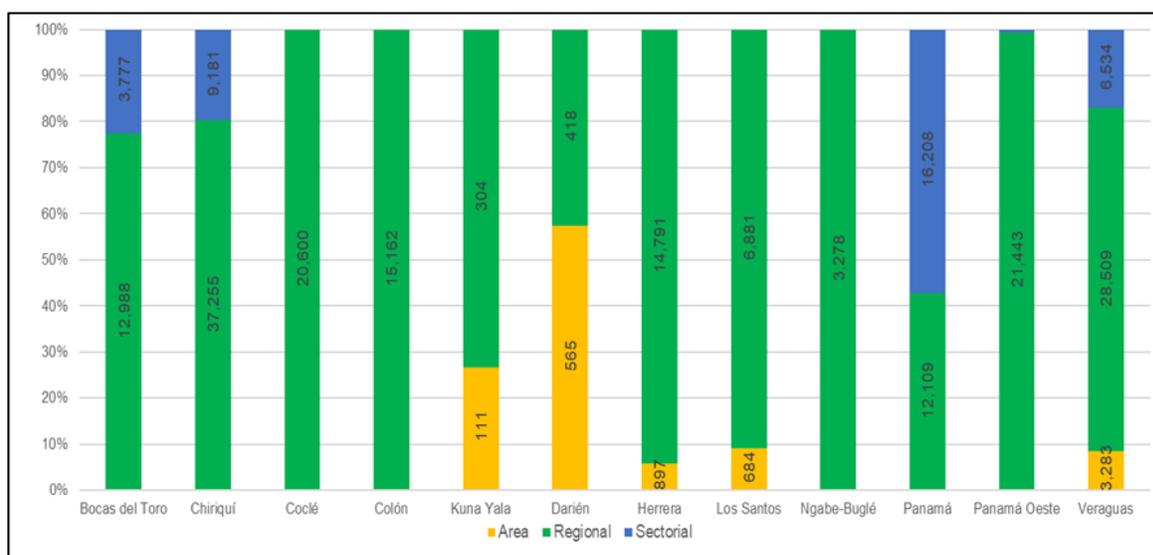
Gráfico 34. Admisiones en instalaciones de salud con cama en el primer nivel de atención, MINSA, Panamá, 2019.



Fuente: MINSA, 2019.

El total de admisiones en hospitales de segundo nivel del MINSA y de la CSS fue de 215,111. Los hospitales de Chiriquí, Veraguas, Panamá Oeste y Coclé concentraron, en ese orden, el mayor número de admisiones, mismas que representaron el 51.6% del total de admisiones en este nivel de atención (111,090). Los hospitales de segundo nivel de Guna Yala y Darién registraron entre ambas 1,398 admisiones. Por otro lado, en Bocas del Toro, Colón, Darién, Herrera y Panamá la cantidad de admisiones fluctuó entre 12,109 y 15,162. (Gráfico 35, Tabla 15).

Gráfico 35. Admisiones en Instalaciones de Salud con cama en el segundo nivel de atención. MINSA y CSS 2019.



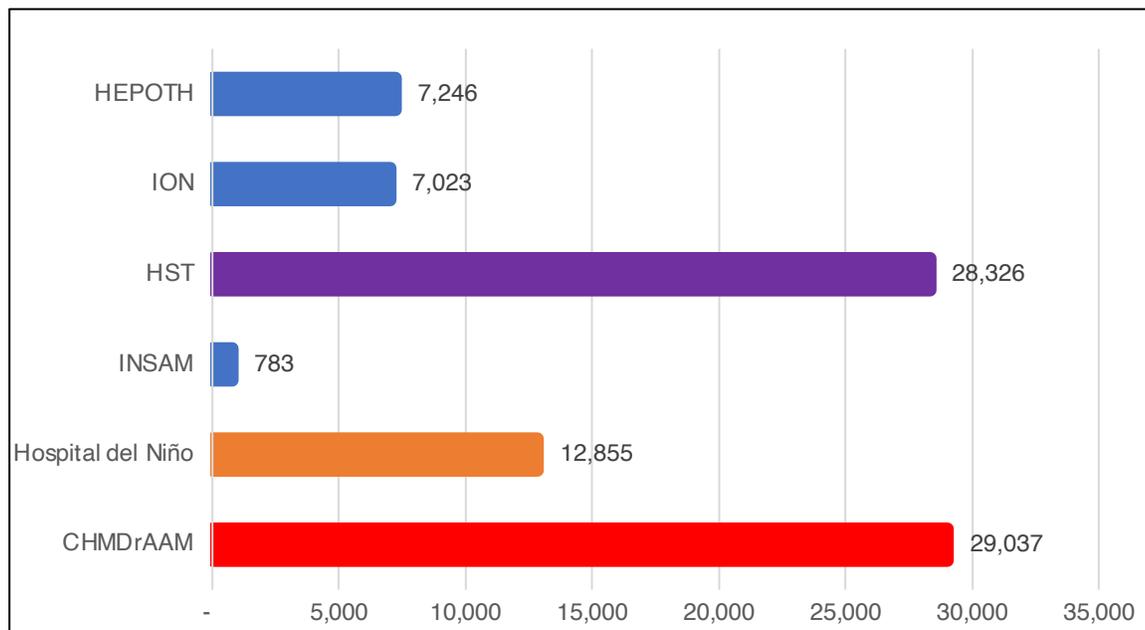
Fuente: Elaboración propia a partir de datos del INEC.

Tabla 15. Admisiones en instalaciones de salud con camas de segundo nivel de atención. Ministerio de Salud y Caja de Seguro Social. Panamá. 2019.

PROVINCIA	ÁREA	REGIONAL	SECTORIAL	TOTAL
Bocas del Toro		12,988	3,777	16,765
Chiriquí		37,255	9,181	46,436
Coclé		20,600		20,600
Colón		15,162		15,162
Guna Yala	111	304		415
Darién	565	418		983
Herrera	897	14,791		15,688
Los Santos	684	6,881		7,565
Ngäbe-Buglé		3,278		3,278
Panamá		12,109	16,208	28,317
Panamá Oeste		21,443	133	21,576
Veraguas	3,283	28,509	6,534	38,326
Total	5,540	173,738	35,833	215,111

Se reportaron un total de 85,270 admisiones en instalaciones de salud con camas de tercer nivel del MINSA y de la CSS. El Complejo Hospitalario Metropolitano de la CSS y el Hospital Santo Tomás registraron el mayor número de admisiones con 29,037 y 28,326 (57,363), respectivamente, las cuales representan el 67.3%. Por otra parte, el Hospital de Especialidades Pediátricas Omar Torrijos Herrera y el Instituto Oncológico Nacional reportaron 7,246 y 7,023 admisiones, respectivamente, para un 16.7% del total de admisiones en hospitales de tercer nivel. (Gráfico 36).

Gráfico 36. Admisiones en Instalaciones de Salud con Cama en el Tercer Nivel de Atención. Ministerio de Salud y Caja de Seguro Social. Panamá, 2019.



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del INEC.

Conclusiones

Desde la óptica de la universalidad y de la equidad, la composición del gasto en salud y la estructura del financiamiento son determinantes. La fragmentación de los recursos financieros limita el alcance de la redistribución de los fondos prepagos y constituye un obstáculo para avanzar hacia los objetivos de la salud universal.

En Panamá, el sistema de financiamiento de salud se caracteriza por la ausencia de la mancomunación de los recursos financieros públicos del sistema de salud y la fragmentación en la financiación con múltiples flujos de recursos para la compra y el pago de los prestadores de servicios. Esa fragmentación en el financiamiento acaba por segmentar a la población en dos grupos: uno de los trabajadores del sector formal con un “sistema de financiamiento” para los cotizantes y sus dependientes, gestionado por la CSS, y otro para el resto de la población gestionado por el MINSA.

Esta separación de fondos impide, por un lado, el subsidio cruzado entre los dos subsistemas de financiamiento, inviabilizando la agrupación de riesgos y limitando con ello la capacidad de proporcionar protección financiera a la población. Por otro lado, al segmentar la población, este tipo de financiamiento contribuye a las inequidades en el uso de los servicios en relación con las necesidades de atención, las cuales a su vez están vinculadas con la inequidad en la distribución de los recursos de salud.

Adicionalmente, se observa que esa fragmentación tiene consecuencias negativas en términos de la eficiencia del sistema, pues tanto el MINSA como la CSS cubren poblaciones en el mismo territorio geográfico, lo que lleva a la duplicación de costos administrativos e inviabiliza el uso de mecanismos de compras estratégicas para respaldar cambios de comportamientos en los proveedores de servicios y ser eficientes. Por otro lado, si bien existen los denominados convenios de compensación entre la CSS y el MINSA, la ausencia y debilidad normativa de estos instrumentos, así como la opacidad de las informaciones sobre los costos de los servicios, dejan espacio para interpretaciones diversas y dificultan el consenso necesario entre las instituciones para la implementación de los convenios.

La estrategia de salud universal, aprobada por el Consejo Directivo de la OPS en 2014, propone como objetivo aumentar y mejorar el financiamiento, con equidad y eficiencia y avanzar hacia la eliminación del pago directo mediante su substitución por mecanismos mancomunados solidarios. Considerando esta estrategia, cada uno de los elementos que componen los modelos o esquemas de financiamiento - recaudación de recursos, mancomunación de los fondos y sistemas o mecanismos de pago a los proveedores de bienes y servicios de salud - influyen directa o indirectamente en los objetivos de la salud universal.

En lo que se refiere a la recaudación de recursos, Panamá aún precisa aumentar la proporción que representa el financiamiento público en salud, que puede provenir de la recaudación tributaria o de las contribuciones obligatorias al seguro social. En este sentido, el financiamiento público de la salud está condicionado por el espacio fiscal de la economía y también por la estructura del mercado de trabajo que, en Panamá, como en la mayoría de los países de nuestra región, se caracteriza por tener un elevado sector informal.

Además, los tributos que financian a la salud pueden ser directos o indirectos, entonces, si Panamá adopta un modelo que persiga la salud universal desde el financiamiento debe promover un cambio en la estructura tributaria. Al mismo tiempo, Panamá podría adoptar medidas que busquen formalizar, en forma gradual y progresiva, el sector informal de la economía, reduciendo los niveles de precarización de los empleos y la segmentación de la población en el financiamiento y acceso al sistema de salud.

Los gastos directos dependen del poder de compra de cada individuo y, en consecuencia, huyen a la lógica de la solidaridad y de diversificación de riesgos. Por esa razón, el gasto de bolsillo es una fuente de financiamiento de la salud ineficiente e injusta. Con la finalidad de disminuir la carga de los gastos directos que recaen sobre los hogares, es necesario que Panamá avance en la implementación de la política de salud No.8 relativa a la modulación y vigilancia de los recursos financieros sectoriales en salud hacia la equidad, que establece entre sus líneas de acción la eliminación del pago directo (copago) en los servicios públicos de salud o también creando un fondo especial para el financiamiento de servicios de salud de alto costo.

Otro elemento relevante para considerar en Panamá es la mancomunación de los fondos para reducir o eliminar la fragmentación de las fuentes de financiamiento, - sean estas provenientes del fisco nacional o de las contribuciones obligatorias - viabilizando la agrupación de riesgos y el subsidio cruzado entre los diferentes subsistemas de financiamiento y con ello aumentar la capacidad redistributiva del financiamiento, la equidad y la protección financiera de los usuarios del sistema.

Los sistemas de pagos representan otro desafío para el modelo de financiamiento de Panamá. En este sentido, es necesario poner en práctica nuevos arreglos de organización y gestión de los servicios que permitan, por un lado, la implementación de procesos de contratación de proveedores - incluso siendo del MINSA y de la CSS - para la obtención de resultados de salud consensuados y que atiendan a los objetivos del sistema de salud (acceso, calidad, equidad, eficiencia). Por otro lado, que otorgue libertad para utilizar mecanismos de pagos más sofisticados y eficientes al tradicional presupuesto histórico que actualmente predomina en el país.

Bibliografía

1. McIntyre D., Kutzin J. Diagnóstico del país sobre financiamiento de la salud: una base para el desarrollo de estrategias nacionales. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2016 (Guía de financiamiento de la salud No. 1).
2. Instituto Nacional de Estadística y Censo. Datos estadísticos.
3. Comisión Económica para América Latina y el Caribe.
4. Encuesta Nacional de Salud de Panamá. 2019
5. Ministerio de Economía y Finanzas. Dirección de Financiamiento Público.
<https://fpublico.mef.gob.pa/es/Paginas/base-datos.aspx>
6. ADEN. International Business School. (Septiembre, 2020). Panamá economía y pandemia. Efectos económicos de la pandemia, políticas económicas, resultados y perspectivas.
7. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. 2020. Análisis socioeconómico del impacto del COVID-19 en Panamá. Estudio complementario: escenarios económicos prospectivos y alcance de las opciones de política en Panamá.
https://www.pa.undp.org/content/panama/es/home/library/crisis_prevention_and_recovery/analisis-socioeconomico-del-impacto-del-covid-19-en-panama-estud.html
8. Organización Mundial de la Salud. Global Health Expenditure Database.
9. Ministerio de Salud. Decreto Ejecutivo 420 del 12 de diciembre de 2018.
10. Ministerio de Salud. Resolución 322 del 18 de agosto de 2005.
11. Ministerio de Salud. Decreto Ejecutivo 329 del 14 de julio de 2009.
12. Ministerio de Salud. Decreto Ejecutivo 129 del 9 de marzo de 2021.
13. Ministerio de Salud. Ley 233 del 13 de noviembre de 2020.
14. Caja del Seguro Social. Ley 51 del 2005.
15. Superintendencia de Seguros y Reaseguros. Mercado asegurador de Panamá, datos a diciembre de 2020.
16. Ministerio de Economía y Finanzas. Ley 22 de junio de 2006.
17. Ministerio de Salud. Ley 1 del 10 de enero de 2001.
18. Ministerio de Salud. Resolución 177 del 23 de febrero de 2019.
19. Ministerio de Salud. Dirección de Planificación. Departamento de Registro y Estadísticas Generales del Sistema de Salud.
20. Organización Mundial de la Salud. Declaración de la OMS sobre la tasa de cesáreas. 2015.

-
21. Estadísticas de Salud de la OCDE. Panorama de la Salud: Latinoamérica y el Caribe 2020 - © OECD 2020.
 22. Anuario estadístico 2019, 2018 y 2017 CCSS. Costa Rica.
 23. EUROSTAT. Curative care bed occupancy rate.
 24. Centro Nacional de Competitividad de Panamá. Competitividad al día. Impuestos en Panamá. <https://cncpanama.org/cnc/index.php/cad>
 25. De Castro & Robles. Derecho tributario. <https://www.decastro-robles.com/es/derecho-tributario/>
 26. Carrillo Roa, A. 2018. Financiamiento en Salud de Panamá. Hacia la Salud Universal: Panamá. OMS/OPS.
 27. Panamá América. Mora quirúrgica de la Caja de Seguro Social se depuraría con un sistema electrónico. 2021. Disponible en: <https://www.panamaamerica.com.pa/sociedad/mora-quirurgica-de-la-caja-de-seguro-social-se-depuraria-con-un-sistema-electronico-1188854>
 28. Banco Interamericano de Desarrollo. La eficiencia del gasto público en educación y salud en Panamá, 2003-2013. 2016
 29. Banco Interamericano de Desarrollo. Gasto tributario y análisis distributivo del ITBMS de Panamá 2020.
 30. Asamblea Nacional. Ley 76 del 13 de febrero del 2019.
 31. Asamblea Nacional. Ley 28 de junio de 2001.

REPÚBLICA DE PANAMA
MINISTERIO DE SALUD
RESOLUCIÓN N.º 177
(de 27 de febrero de 2019)

"Por la cual se establecen los principios activos que requieren demostrar intercambiabilidad y los medicamentos de referencia"

LA DIRECCIÓN NACIONAL DE FARMACIA Y DROGAS
en uso de sus facultades legales;

CONSIDERANDO:

Que el artículo 9 de la Ley 1 del 10 de enero de 2001, sobre Medicamentos y otros Productos para la Salud Humana señala que la Autoridad de Salud es rectora en todo lo concerniente a la salud de la población y es la encargada de la expedición, suspensión, modificación, renovación y cancelación del Registro Sanitario, así como de efectuar las acciones de Farmacovigilancia, de control previo y de control posterior, para velar por el cumplimiento de las disposiciones de la presente Ley y sus reglamentos complementarios.

Que el artículo 46 de la Ley 1 del 10 de enero de 2001, sobre Medicamentos y otros Productos para la Salud Humana faculta a la Autoridad de Salud para reglamentar y certificar lo relacionado con los medicamentos intercambiables.

Que el artículo 48 de la Ley 1 del 10 de enero de 2001, sobre Medicamentos y otros Productos para la Salud Humana señala que la Autoridad de Salud reglamentará con la colaboración de la Comisión Técnica consultiva los requerimientos de calidad, seguridad y eficacia terapéutica de los medicamentos que presentan problemas especiales de bioequivalencia o seguridad dando prioridad a los que son utilizados en situaciones especiales, como las condiciones graves o críticas entre otras.

Que el artículo 50 de la Ley 1 del 10 de enero de 2001, sobre Medicamentos y otros Productos para la Salud Humana establece que la Autoridad de Salud elaborará, actualizará y publicará una lista con la clasificación de productos intercambiables, sobre la base de las evidencias terapéuticas presentadas a la Comisión Técnica Consultiva, que será puesta a disposición de médicos y farmacéuticos para su ejercicio profesional.

Que el Decreto Ejecutivo 40 de 13 de febrero de 2019, por el cual se reglamenta el Capítulo IV, del Título II de la Ley 1 de 10 de enero de 2001, relativo a Equivalencia Terapéutica, en su Artículo 62 señala que el Ministerio de Salud, establecerá mediante Resolución los medicamentos que requieran intercambiabilidad.

Que la Sección de Bioequivalencia de la Dirección Nacional de Farmacia y Drogas presentó a la Comisión Técnica Consultiva información técnica-científica de los principios activos que han solicitado su inclusión en las listas de Riesgo Sanitario y las alternativas de productos comercializados en Panamá para la selección de Medicamentos de Referencia.

Por consiguiente,

RESUELVE:

Artículo 1. Establecer los principios activos que requieren demostrar intercambiabilidad y cuyos medicamentos de referencia son los siguientes:



RESOLUCIÓN N°. 177 (de 27 de febrero de 2019)

Principio Activo	Medicamento de Referencia	
	Nombre Comercial	Titular
Abacavir sulfato	Ziagen	ViiV Healthcare UK Limited
Abacavir sulfato + Lamivudina	Kivexa	ViiV Healthcare UK Limited
Abiraterona acetato	Zytiga	Patheon, Inc.
Aciclovir	Zovirax	Glaxo Smithkline
Alfacalcidol	Etalpa	Leo Pharmaceuticals
Alopurinol	Zyloprim	Aspen Port Elizabeth (PTY) LTD
Amantadina sulfato	PK-Merz	Merz Pharma GmbH & Co. KgaA
Amiodarona clorhidrato	Cordarone	Sanofi Aventis, S.A.U.
Amlodipina besilato	Norvasc	Pfizer
Anastrozol	Arimidex	AstraZeneca
Aprepitant	Emend	Merck Sharp & Dohme
Atenolol	Tenormin	AstraZeneca
Atorvastatina cálcica	Lipitor	Pfizer
Axitinib	Inlyta	Pfizer
Azacitidina	Vidaza	Celgene Europe LTD
Azitromicina dihidrato	Zithromax	Pfizer
Bicalutamida	Casodex	AstraZeneca
Budesonida	Pulmicort	AstraZeneca
Budesonida + Formoterol fumarato	Symbicort Rapihaler	AstraZeneca
Bumetanida	Burinex	Leo Pharmaceuticals
Calcipotriol monohidrato + Betametasona dipropionato	Daivobet	Leo Pharmaceuticals
Candesartan cilexetilo	Atacand	AstraZeneca
Capecitabina	Xeloda	F. Hoffmann-La Roche
Captopril	Captopril Cinfa	Laboratorios Cinfa, S.A.
Cefalexina monohidrato	Cefalepan	Laboratorios Medipan, S.A.
Cinacalcet clorhidrato	Mimpara	Patheon Inc
Ciprofloxacina clorhidrato	Ciproxina	Bayer
Claritromicina	Klaricid	Abbott Laboratories
Clindamicina clorhidrato	Dalacin C	Pfizer
Clindamicina palmitato	Dalacin C	Pfizer
Clorambucilo	Leukeran	Aspen Global Incorporated
Clonazepan	Rivotril	F. Hoffman-La Roche
Clopromazina clorhidrato	Largactil	HLB Pharma Group S.A.
Clozapina	Leponex	Novartis
Crizotinib	Xalkori	Pfizer
Danazol	Ladogal	Aventis Pharma Limited
Desvenlafaxina succinato monohidrato	Pristiq	Pfizer
Dexketoprofeno trometamol	Enantyun	Laboratorios Menarini, S.A.
Dexketoprofeno trometamol + Tramadol clorhidrato	Enantyum Plus	Menarini-Von Heyden GmbH
Didanosina	Videx	Bristol Myers Squibb
Diltiazem clorhidrato	Tilazem	Pfizer
Dolutegravir sódico	Tivicay	Glaxo Operations UK LTD
Donepecilo clorhidrato	Eranz	Pfizer

RESOLUCIÓN N°. 177 (de 27 de febrero de 2019)

Principio Activo	Medicamento de Referencia	
	Nombre Comercial	Titular
Doxazocina maleato	Cardura	Pfizer
Duloxetina clorhidrato	Cymbalta	Eli Lilly
Efavirenz + Emtricitabina + Tenofovir sulfato	Atripla	Merck Sharp & Dohme B.V.
Emtricitabina + Tenofovir sulfato	Truvada	Gilead Science INC
Enalapril maleato	Renitec	Merck Sharp & Dohme
Erlotinib clorhidrato	Tarceva	F. Hoffmann La Roche
Espiramicina	Provamicina	Sanofi-Aventis
Espironolactona	Aldactone	Pfizer
Estavudina	Zerit	Bristol Myers Squibb
Etoricoxib	Arcoxia	Merck Sharp & Dohme
Exemestano	Aromasin	Pfizer
Fenobarbital	Fenobit	Laboratorios Prieto S.A.
Fenofibrato	Controlip	Abbott Laboratories
Finasteride	Proscar	Merck Sharp and Dohme
Fingolimod	Gilenya	Novartis
Fluconazol	Diffucan	Pfizer
Flufenazina decanoato	Fludecan	Sigma Laboratories Ltd
Fluoxetina clorhidrato	Prozac	Eli Lilly
Fluvastatina	Lescol	Novartis
Formoterol fumarato	Oxis Turbuhaler	Astrazeneca
Frosamprenavir cálcico	Telzir	ViiV Healthcare Uk Limited
Furosemida	Lasix	Sanofi Aventis S.A
Fusidato sódico	Fucidin	Leo Pharmaceuticals
Gabapentina	Neurontin	Pfizer
Gefitinib	Iressa	AstraZeneca
Glibenclamida	Daonil	Aventis Pharma, S.A.
Goserelina acetato	Zoladex	AstraZeneca
Haloperidol	Haldol	Janssen Pharmaceutica N.V.
Haloperidol decanoato	Haldol Decanoas	Janssen Pharmaceutica N.V.
Hidralazina clorhidrato	Hydrapres	Laboratorios Rubio S.A.
Hidroxycarbamida (Hidroxiurea)	Hydrea	Bristol Myers Squibb
Hidroxicloroquina sulfato	Plaquinol	Sanofi-Aventis
Hierro sacarosa	Venofer	Vifor (International) INC
Irbersartan	Aprovel	Sanofi Winthrop Industrie
Ibandrónico ácido	Bonviva	F.Hoffmann La Roche
Imipramina clorhidrato	Tofranil	Novartis
Indapamida	Natrilix SR	Les Laboratoires Servier Industrie
Indinavir sulfato	Crixivan	Merck Sharp & Dohme
Ipatropio bromuro	Atrovent	Boehringer Ingelheim
Isotretinoína	Roaccutan	F. Hoffmann la Roche
Isradipino	Dynacirc SRO	Novartis
Itraconazol	Sporanox	Janssen Cilag, S.A. De C.V.
Ivabradina clorhidrato	Procoloran	Les Laboratoires Servier Industrie
Ketoprofeno	Fastum	Laboratorios Menarini

RESOLUCIÓN N°. 177 (de 27 de febrero de 2019)

Principio Activo	Medicamento de Referencia	
	Nombre Comercial	Titular
Ketorolaco trometamina	Supradol	Laboratorios Liomont, S.A. DE C.V.
Lamivudina	3 TC	Glaxo Wellcome Operation UK Ltd.
Lamivudina + Zidovudina	Combivir	Glaxo Wellcome Operation UK Ltd
Leflunomida	Arava	Sanofi Winthrop Industrie
Lenalidomida	Revlimid	Celgene Europe Limited
Letrozol	Femara	Novartis
Leuprolida Acetato	Lucrin Depot	Abbott Laboratorio S.A.
Levetiracetam	Keppra	GlaxoSmithKline Trading Services
Levodopa + Benserazida clorhidrato	Prolopa	Productos Roche Químicos e Farmacéuticos S.A.
Levomepromazina maleato	Levomepromazina Maleato	Laboratorios Stein S.A.
Levofloxacino hemihidrato	Elequine	Janssen Cilag, S.A.
	Tavanic	Sanofi Aventis
Levosulpiride	Dislep	Ferrer Internacional
Linezolid	Zyvox	Pfizer
Lisinopril dihidrato	Zestril	AstraZeneca
Loprazolam	Dormonoc	Sanofi-Aventis
Lovastatina	Mevinacor	Merck Sharp & Dohme Corporation
Maprotilina clorhidrato	Ludiomil	Novartis
Maraviroc	Celsenti	Pfizer Manufacturing Deutschland GMBH
Medroxioprogeterona acetato	Provera	Pfizer Italia, S.R.L.
Mefalano	Alkeran	Aspen Labs. S.A.
Mercaptopurina	Puri-Nethol	Aspen Labs. S.A.
Metformina clorhidrato	Glisulin	Merck
Metilfenidato	Concerta	Alza Corporation
Metilprednisolona acetato	Depo-Medrol	Pfizer
Metoclopramida clorhidrato	Primperam	Sanofi Winthrop Industrie
Metotrexato	Methotrexate	Ebewe Pharma Ges. M.B.H. NFG.KG
	Ebewe	Aventis Pharma
Metronidazol	Flagyl	Aventis Pharma
Metronidazol benzoilo	Flagyl	Sanofi Aventis de México S.A. de C.V.
Midazolam maleato	Dormicum	F.Hoffmann-La Roche, S.A.
Montelukast sódico	Singulair	Merck Sharp & Dohme
Morfina sulfato	Morfinex	Laboratorios Prieto S.A.
Nelfinavir mesilato	Viracept	F. Hoffman-La Roche
Nilotinib clorhidrato	Tasigna	Novartis
Nifedipina	Adalat	Bayer Pharma AG
Nomegestrol acetato	Lutenyl	Theramex
Octreotide acetato	Sandostatin LAR	Novartis
Ofloxacino	Floxstat	Janssen Cilag
Olanzapina	Zyprexa	Eli Lilly
Omeprazol	Losec	AstraZeneca
Oxcarbazepina	Trileptal	Novartis
Oxicodona clorhidrato	Oxycontin	Mundipharma Laboratories GMBH
Paliperidona palmitato	Invega Sustenna	Janssen Pharmaceutica N.V.

RESOLUCIÓN N°. 177 (de 27 de febrero de 2019)

Principio Activo	Medicamento de Referencia	
	Nombre Comercial	Titular
Paricalcitol	Zemplar	Abbvie Inc
Pimecrolimus	Elidel	Novartis
Piridostigmina bromuro	Mestinon	Laboratorios Grossman S.A. de C.V.
Perindopril salificado por Terbutilamina	Coversyl	Les Laboratoires Servier Industrie
Perindopril arginina	Coversyl	Les Laboratoires Servier Industrie
Prazocina clorhidrato	Apo-Prazo	Apotex INC
Pregabalina	Lyrica	Pfizer
Propofol	Diprivan	AstraZeneca
Propranolol clorhidrato	Inderal	AstraZeneca
Raltegravir potásico	Isentress	Merck Sharp & Dohme Corp
Ramipril	Renitec	Merck Sharp & Dohme
Ranitidina clorhidrato	Zantac	Glaxo smithkline México S.A. De C.V.
Ritonavir	Norvir	Abbott Laboratories
Rivastigmina	Exelon Patch	Novartis
Rivastigmina hidrógeno tartrato	Exelon	Novartis
Rosuvastaina cálcica	Crestor	AstraZeneca
Salbutamol sulfato	Ventolin	Glaxo Wellcome Operations
Saquinavir mesilato	Invirase	F.Hoffman-La Roche
Sertralina clorhidrato	Altruline	Pfizer
Sevelamer carbonato	Renvela	Genzyme Ireland Ltd.
Sitagliptina fosfato	Januvia	Merck Sharp & Dohme
Simvastatina	Zocor	Merck Sharp and Dohme Limited
Sofosbuvir + Ledipasvir	Harvoni	Patheon Inc
Sofosbuvir + Velpasvir	Epclusa	Patheon Inc
Sorafenib tosilato	Nexavar	Bayer
Sulfadiazina de plata	Sulfadiazina de Plata	Laboratorios Stein S.A.
Sulfasalazina	Azulfidine	Pfizer
Sulpirida	Dogmatil	Sanofi Aventis
Sulfamicilina tosilato	Unasyn	Pfizer
Sunitinib malato	Sutent	Pfizer
Tamoxifeno citrato	Novaldex D	AstraZeneca
Telaprevir	Incivo	Janssen Cilag
Temozolamida	Temodal	Orion Corporation de Finlandia
Tenofovir alafenamida fumarato	Vemlidy	Patheon INC
Tenofovir disopropil fumarato	Viread	Gilead Science INC
Terazocina clorhidrato dihidrato	Hitrin	Pfizer
Tiamazol	Tapazol	Eli Lilly
Ticagrelor	Brilinta	AstraZeneca
Tizanidina clorhidrato	Sirdalud	Novartis
Tramadol clorhidrato	Tramal	Grunenthal Ecuatoriana C. LTDA
Trimetazidina clorhidrato	Vastarel	Les Laboratoires Servier Industrie
Valganciclovir clorhidrato	Valixa	F. Hoffmann La Roche

RESOLUCIÓN N°. 177 (de 27 de febrero de 2019)

Principio Activo	Medicamento de Referencia	
	Nombre Comercial	Titular
Voriconazol	Vfend	Pfizer Manufacturing Deutschland GMBH
Zidovudina	Retrovir	Glaxo Smithkline INC
Zolpidem tartrato	Stilnox	Sanofi Wintrop Industrie

Artículo 2. Medicamentos que deben cumplir con criterios de intercambiabilidad. Las entidades públicas de salud, están obligadas a exigir la intercambiabilidad tanto para los medicamentos de referencia como para los medicamentos intercambiables como un requisito previo para su adquisición.

Artículo 3. Tipo de evidencia terapéutica. Se requiere evidencia de equivalencia terapéutica para las formas farmacéuticas a las que se refiere el artículo 73 y 82 del Decreto Ejecutivo N° 40 de 13 de febrero de 2019. No se requiere la presentación de estudios de equivalencia terapéutica para los siguientes productos farmacéuticos:

1. Las soluciones acuosas para ser administrados parenteralmente (intravenosa, intramuscular, subcutánea o intratecal).
2. Soluciones para uso oral, exentos de excipientes que se conoce o se sospeche que afecten el tránsito gastrointestinal o la absorción de la sustancia activa como: manitol, sorbitol, ácido pirofosfato sódico y lauril sulfato de sodio.
3. Gases.
4. Polvos para reconstitución como una solución acuosa parenteral u oral.
5. Productos oftálmicos u óticos preparados como solución acuosa.
6. Los productos tópicos preparados como soluciones acuosas.
7. Productos de inhalación o aerosoles nasales que son administrados con o sin un dispositivo, preparados como soluciones acuosas. Se requiere de la presentación de pruebas del desempeño del dispositivo del producto de inhalación durante el proceso de obtención del registro sanitario.

Artículo 4. De la inclusión. La solicitud de inclusión en la lista de principios activos que requieren presentar evidencia de equivalencia terapéutica debe contemplar los siguientes requisitos:

1. Sustentación escrita de la entidad pública de salud sobre la necesidad de inclusión del principio activo.
2. Índice terapéutico del medicamento.
3. Propiedades fisicoquímicas del principio activo.
4. Propiedades farmacocinéticas, farmacodinámicas y farmacológica del medicamento.
5. Justificación de la solicitud de inclusión, si obedece a razones de farmacovigilancia (reportes de sospechas de fallas terapéuticas y de reacciones adversas al medicamento).
6. Nota donde se indique que el medicamento se encuentra incluido en las listas oficiales de medicamentos o en la ficha técnica del Ministerio de Salud.

Artículo 5. Del Período de Recepción. Las solicitudes de inclusión de principios activos que requieren presentar evidencia de equivalencia terapéutica, tendrán un período de recepción que comprenderá el segundo cuatrimestre de cada año.



RESOLUCIÓN N° 177 (de 27 de febrero de 2019)

Artículo 6. De las Exclusiones. Los principios activos serán excluidos de los listados de principios activos que requieren presentar evidencia de equivalencia terapéutica debido a:

1. Superioridad en eficacia y seguridad por otro principio activo.
2. Existan alertas de seguridad y eficacia que conlleve a la prohibición de comercialización de los principios activos.
3. Otras razones que la Autoridad de Salud determine.

Artículo 7. Del Medicamento de Referencia. Es el producto aprobado como tal por la Dirección Nacional de Farmacia y Drogas, el cual se emplea como patrón en estudios de equivalencia terapéutica, sobre la base de que cuenta con la documentación de eficacia, seguridad y calidad; con registro sanitario vigente, se encuentra disponible en el país y es seleccionado conforme a los siguientes criterios por orden de prioridad:

1. El producto innovador fabricado en el país de origen.
2. El producto innovador fabricado en un origen alterno.
3. Producto cuya calidad, seguridad y eficacia sean reconocida y esté bien documentada (especialmente las características farmacéuticas y de biodisponibilidad).

Artículo 8. Advertir que está lista será revisada y actualizada por la Dirección Nacional de Farmacia y Drogas, de acuerdo a la información científica vigente.

Artículo 9. Para mitigar los riesgos asociados a reacciones adversas, todos los profesionales de la salud deben realizar acciones continuas de farmacovigilancia intensiva, según lo estipulado en el Decreto Ejecutivo N° 40 de 13 de febrero de 2019.

Artículo 10. Para aquellos productos que no requieren la presentación de estudios de equivalencia terapéutica y que la Dirección Nacional de Farmacia y Drogas les había aprobado el etiquetado con el logotipo MI (medicamento intercambiable) o MR (medicamento de referencia); se les autoriza a los proveedores a realizar el agotamiento de inventario.

Artículo 11. Esta Resolución comenzará a regir un (1) día después de su promulgación. Se exceptúa de esta disposición los siguientes principios activos, los cuales entraran a regir seis (6) meses después de la promulgación de la presente Resolución:

Principios activos
Budesonida
Budesonida + Formoterol fumarato
Calcipotriol monohidrato + Betametasona dipropionato
Dexketoprofeno trometamol+Tramadol clorhidrato
Dolutegravir sódico
Levodopa + Benserazida clorhidrato
Nilotinib clorhidrato
Sorafenib tosilato
Sofosbuvir + Ledipasvir
Sofosbuvir + Veltapasvir
Tenofovir alafenamida fumarato



RESOLUCIÓN N° 177 (de 27 de febrero de 2019)

Artículo 12. Se derogan las Resoluciones N° 081 de 29 de abril de 2005, N° 262 de 31 de agosto de 2005, N° 421 y 422 de 13 de diciembre de 2005, N° 186 y 187 de 27 de junio de 2006, Resolución N° 275 de 29 de junio de 2007, Resolución N° 302 de 10 de julio de 2008, Resolución N° 329 de 6 de agosto de 2008, Resolución N° 041 de 05 de febrero de 2013, Resolución N° 418 de 16 de octubre de 2013, Resolución N° 106 de 6 de marzo de 2015, Resolución N° 118 de 13 de marzo de 2015, Resolución N° 389 de 21 de agosto de 2015, Resolución N° 333 de 29 de febrero de 2016, Resolución N° 128 de 21 de febrero de 2017, y Resolución N° 662 de 19 de octubre de 2017.

FUNDAMENTO DE DERECHO: Ley N° 1 de 10 de enero de 2001, Decreto Ejecutivo N° 40 de 13 de febrero de 2019.

PUBLÍQUESE Y CUMPLASE

Lisbeth Tristán de Brea
Magistra Lisbeth Tristán de Brea
Directora Nacional de Farmacia y Drogas



LTdeB/nc/



Anexo 2 Porcentaje de ocupación de camas por servicio

Servicios de medicina interna

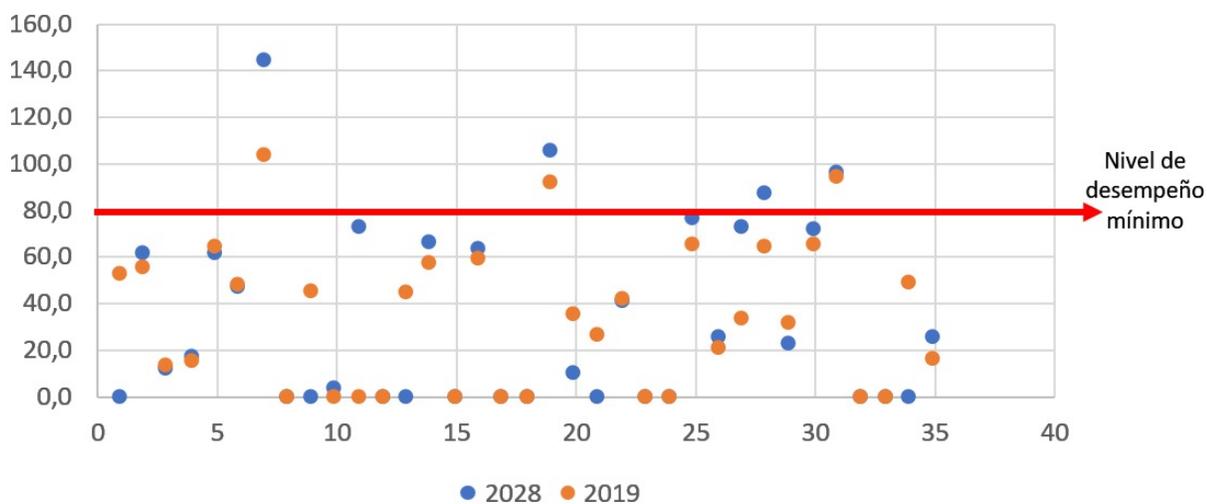
Tabla 1: PORCENTAJE DE OCUPACIÓN DE SERVICIOS EN HOSPITALES REGIONALES DEL MINISTERIO DE SALUD, SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN MEDICINA AÑO: 2018-2019

HOSPITAL	SERVICIO	% DE OCUPACIÓN 2018	% DE OCUPACIÓN 2019
H.L.Fabrega	Observación	0,0	52,6
H.L.Fabrega	Medicina	62,0	55,4
H.La Palma	Medicina general	11,8	13,5
H.Ailigand.	Medicina general	16,9	15,3
H.Aquilino	Medicina interna	61,3	64,0
H.Cecilio C.	Medicina interna	46,9	48,2
H.Anita M.	Medicina interna	144,0	103,8
H.Nicolas S.	Medicina interna	0,0	0,0
HSMA	Medicina interna	0,0	45,0
H.Nicolas S.	Medicina neum,m.int, card.	3,3	0,0
H.Nicolas S.	Especialidades (Neumol., Cardiol. Y Gastroent.)	72,7	0,0
H.Aquilino	Cardiología	0,0	0,0
H.J.D.Obaldia	Cardiología	0,0	44,1
H.Anita M.	Cardiología	66,3	57,4
H.Nicolas S.	Cardiología	0,0	0,0
H.J.D.Obaldia	Cego	63,2	59,1
H.Aquilino	Cuidados paliativos	0,0	0,0
H.Aquilino	Dermatología	0,0	0,0
H.Anita M.	Dermatología	105,5	92,1
H.Anita M.	Endocrinología	10,2	35,6
H.J.D.Obaldia	Endocrinología	0,0	26,1
H.J.D.Obaldia	Gastroenterología	40,8	41,5
H.Anita M.	Gastroenterología	0,0	0,0
H.Nicolas S.	Gastroenterología	0,0	0,0
H.J.D.Obaldia	Hematología	76,0	65,0

HOSPITAL	SERVICIO	% DE OCUPACIÓN 2018	% DE OCUPACIÓN 2019
H.Anita M.	Hematología	25,5	20,7
H.Anita M.	Infectología	72,5	33,3
H.Aquilino	Infectología	87,3	64,2
H.Anita M.	Medicina neurológica	22,7	31,8
H.J.D.Obaldia	Nefrología	71,2	64,9
H.Aquilino	Neumología	96,3	94,7
H.Anita M.	Neumología	0,0	0,0
H.Nicolas S.	Neumología	0,0	0,0
H.J.D.Obaldia	Neumología	0,0	49,0
H.Anita M.	Reumatología	25,2	16,2

FUENTE: Elaboración propia basada en información suministrada por DEPARTAMENTO DE REGISTROS Y ESTADÍSTICAS DE SALUD -Ministerio de Salud - Dirección de Planificación.

Gráfico 1: % Ocupación año 2018 y 2019. Servicios de Hospitalización Medicina



Fuente: Tabla 1

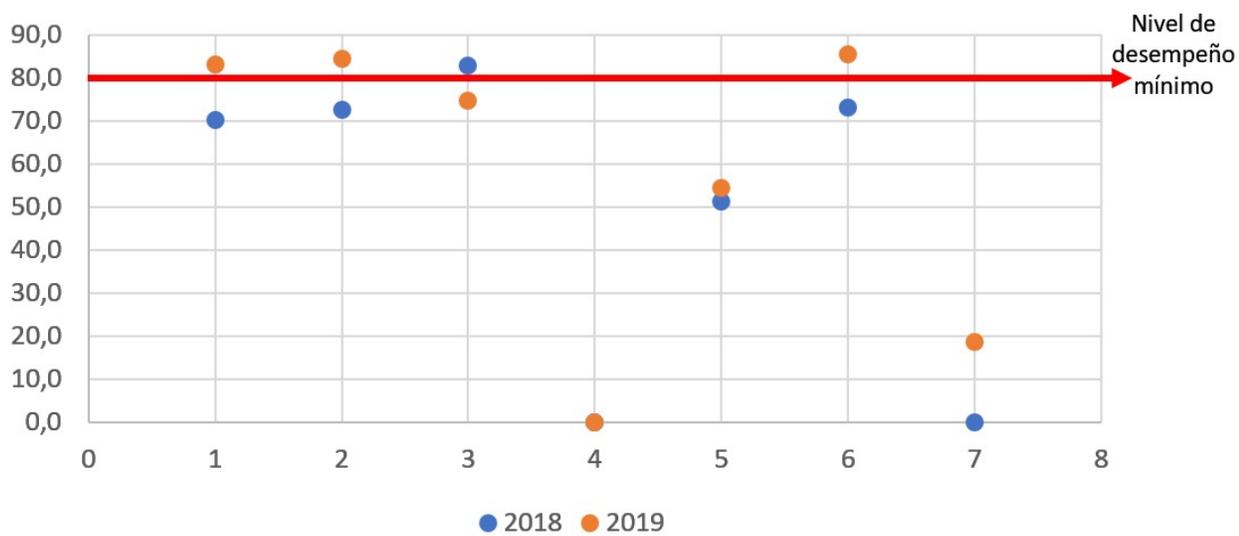
Servicios de psiquiatría y salud mental

Tabla No. 2: PORCENTAJE DE OCUPACIÓN DE SERVICIOS EN HOSPITALES REGIONALES DEL MINISTERIO DE SALUD. SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL AÑO: 2018-2019

HOSPITAL	SERVICIO	% DE OCUPACIÓN 2018	% DE OCUPACIÓN 2019
H.Aquilino	Psiquiatría	70,1	83,0
H.Anita M.	Psiquiatría	72,6	84,5
H.Nicolas S.	Psiquiatría	82,8	74,7
HSMA	Psiquiatría	0,0	0,0
H.L.Fabrega	Psiquiatría	51,1	54,5
H.Anita M.	Psiquiatría corta estancia	73,0	85,5
H.J.D.Obaldia	Salud mental	0,0	18,7

FUENTE: Elaboración propia basada en información suministrada por DEPARTAMENTO DE REGISTROS Y ESTADÍSTICAS DE SALUD -Ministerio de Salud - Dirección de Planificación.

Gráfico 2: % Ocupación año 2018 y 2019. Servicios de Hospitalización Salud Mental y Psiquiatría.



Fuente: Tabla 2

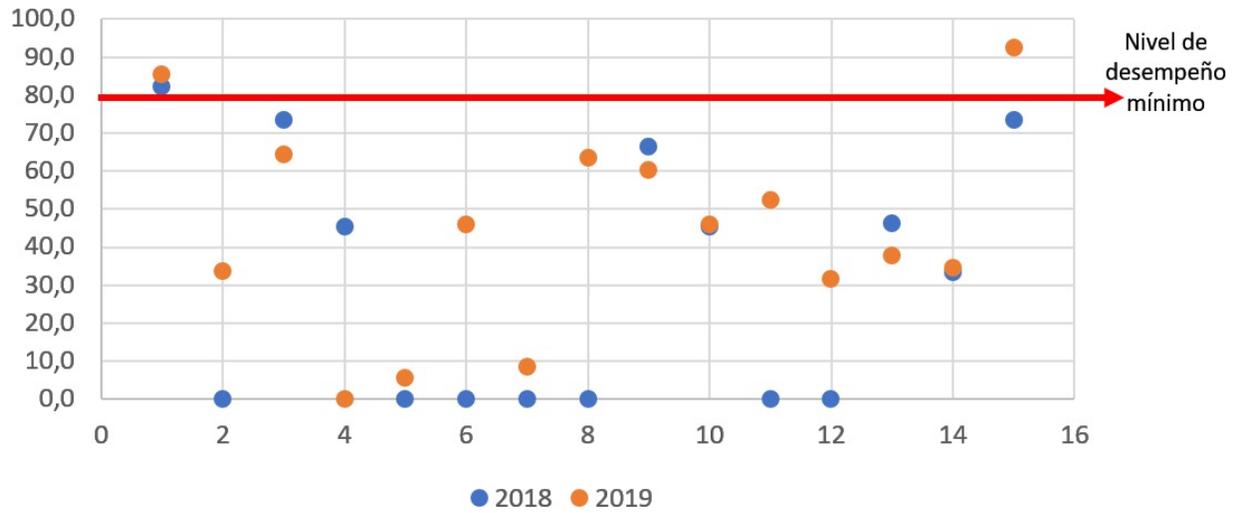
Servicios quirúrgicos

Tabla 3: PORCENTAJE DE OCUPACIÓN DE SERVICIOS EN HOSPITALES REGIONALES DEL MINISTERIO DEL SALUD. SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN QUIRURGICOS AÑO: 2018-2019

HOSPITAL	SERVICIO	% DE OCUPACIÓN 2018	% DE OCUPACIÓN 2019
Nicolás S.	Cirugía	82,2	85,4
HSMA	Cirugía	0,0	33,8
H.L.Fabrega	Cirugía	73,4	64,4
H.Aquilino	Cirugía general	66,5	60,4
H.Cecilio C.	Cirugía general	45,5	46,1
H.J.D.Obaldia	Cirugía de oftalmología	0,0	5,5
H.J.D.Obaldia	Cirugía de ortopedia	0,0	46,0
H.J.D.Obaldia	Cirugía de otorrinolaringología	0,0	8,6
H.J.D.Obaldia	Cirugía de quemados	0,0	63,4
H.Cecilio C.	Cirugía pediátrica	45,3	0,0
H.J.D.Obaldia	Cirugía pediátrica	0,0	52,4
H.J.D.Obaldia	Cirugía plástica	0,0	31,6
H.Aquilino	Cirugía reconstructiva	46,2	37,8
H.Aquilino	Urología	33,5	34,5
H.Cecilio C.	Urología	73,4	92,4
H.Aquilino	Oftalmología	1,9	0,0
H.Cecilio C.	Oftalmología	0,0	0,0
H.Aquilino	Ortopedia	44,0	58,7
Nicolás S.	Ortopedia	62,5	94,2

FUENTE: Elaboración propia basada en información suministrada por DEPARTAMENTO DE REGISTROS Y ESTADÍSTICAS DE SALUD -Ministerio de Salud - Dirección de Planificación.

Gráfico 3: % Ocupación año 2018 y 2019. Servicios de Hospitalización, Quirúrgicos (cirugías).



Fuente: Tabla 3

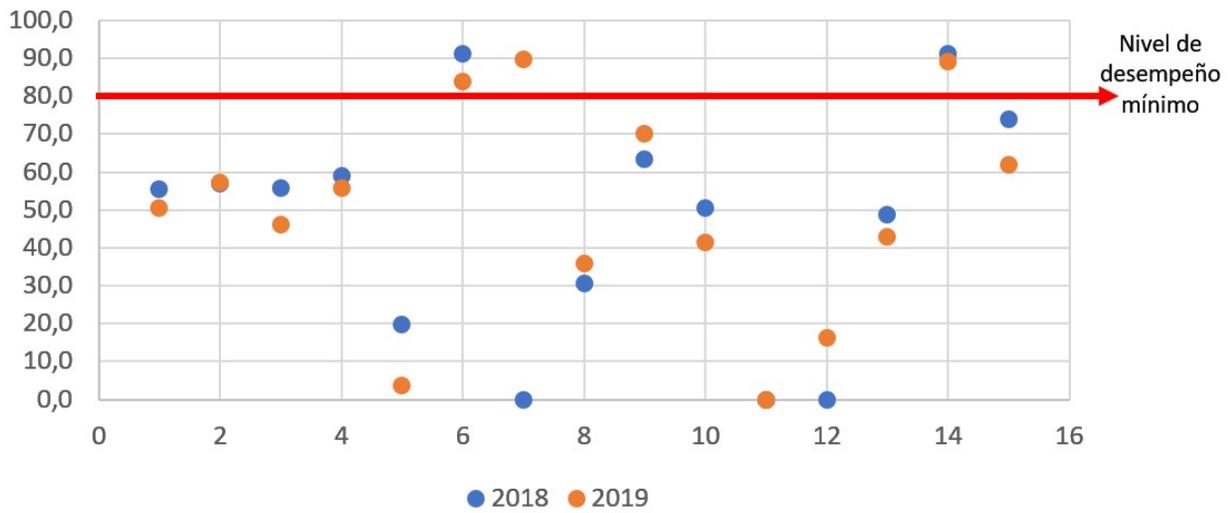
Servicios gineco-obstétricos

Tabla 4: PORCENTAJE DE OCUPACIÓN DE SERVICIOS EN HOSPITALES REGIONALES DEL MINISTERIO DE SALUD. SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN GINECO-OBSTETRICIA AÑO: 2018-2019

HOSPITAL	SERVICIO	% DE OCUPACIÓN 2018	% DE OCUPACIÓN 2019
H.Aquilino	Obstetricia	55,4	50,4
H.Cecilio C.	Obstetricia	56,9	57,1
H.L.Fabrega	Obstetricia	55,6	46,0
H.J.D.Obaldia	Cirugía obstetrica	59,0	55,6
H.La Palma	Gineco obstetricia	19,7	3,8
Nicolás S.	Gineco obstetricia	91,2	84,0
HSMA	Gineco obstetricia	0,0	89,8
H.Aquilino	Ginecología	30,6	35,9
H.J.D.Obaldia	Ginecología	63,4	70,1
H.Cecilio C.	Ginecología	50,5	41,5
Nicolás S.	Ginecología	0,0	0,0
HSMA	Ginecología	0,0	16,2
H.L.Fabrega	Ginecología	48,7	42,8
Nicolás S.	Parto y puerperio	91,3	89,0
H.J.D.Obaldia	Puerperio	73,9	62,0

FUENTE: Elaboración propia basada en información suministrada por DEPARTAMENTO DE REGISTROS Y ESTADÍSTICAS DE SALUD -Ministerio de Salud - Dirección de Planificación.

Gráfico 4: % Ocupación año 2018 y 2019. Servicios de Hospitalización Gineco-Obstétricos.



Fuente: Tabla 4

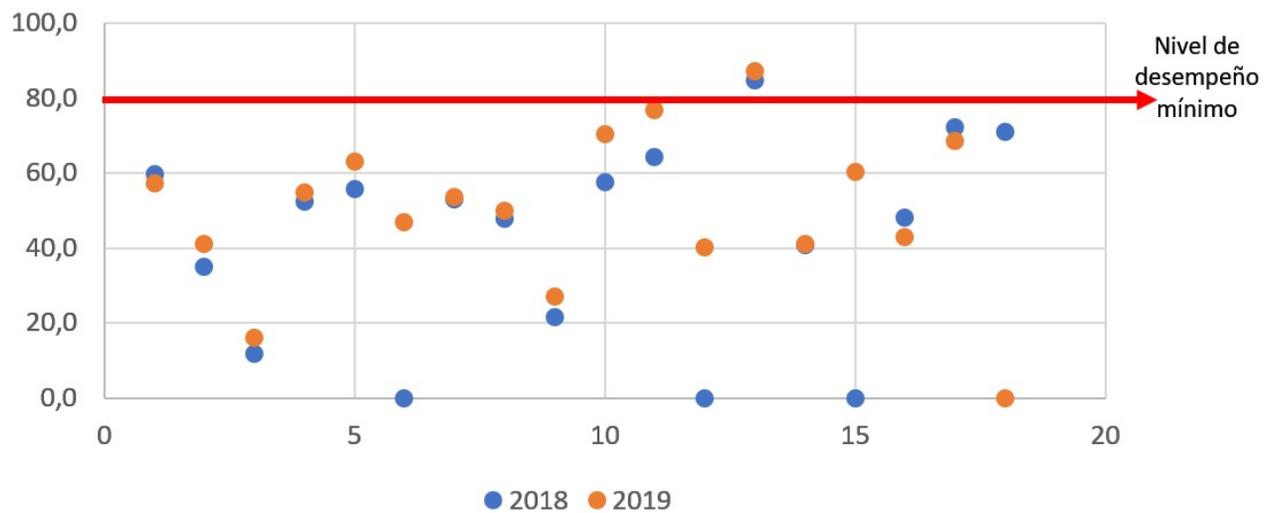
Servicios pediátricos

Tabla 5: PORCENTAJE DE OCUPACIÓN DE SERVICIOS EN HOSPITALES REGIONALES DEL MINISTERIO DE SALUD. SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN SERVICIOS PEDIÁTRICOS AÑO: 2018-2019

HOSPITAL	SERVICIO	% DE OCUPACIÓN 2018	% DE OCUPACIÓN 2019
H.J.D.Obaldia	Lactante	59,8	57,2
H.Aquilino	Pediatría	35,1	41,1
H.La Palma	Pediatría	12,0	16,3
H.Cecilio C.	Pediatría	52,3	54,7
Nicolás S.	Pediatría	55,9	63,2
HSMA	Pediatría	0,0	46,8
H.L.Fabrega	Pediatría	53,0	53,6
H.J.D.Obaldia	Escolares	47,8	50,1
H.Aquilino	Neonatología	21,7	27,1
H.Cecilio C.	Neonatología	57,7	70,5
Nicolás S.	Neonatología	64,2	76,9
HSMA	Neonatología	0,0	40,2
H.L.Fabrega	Neonatología	84,7	87,2
H.J.D.Obaldia	Neonatología aislamiento	40,9	41,0
H.J.D.Obaldia	Neonatología crecimiento y fototerapia	0,0	60,4
H.J.D.Obaldia	Neonatología intensiva	48,1	42,9
H.J.D.Obaldia	Neonatología intermedia	72,2	68,7
H.J.D.Obaldia	Neonatología mínima	71,0	0,0

FUENTE: Elaboración propia basada en información suministrada por DEPARTAMENTO DE REGISTROS Y ESTADÍSTICAS DE SALUD -Ministerio de Salud - Dirección de Planificación.

Gráfico 5: % Ocupación años 2018 y 2019. Servicios de Hospitalización Pediátricos.



Fuente: Tabla 5

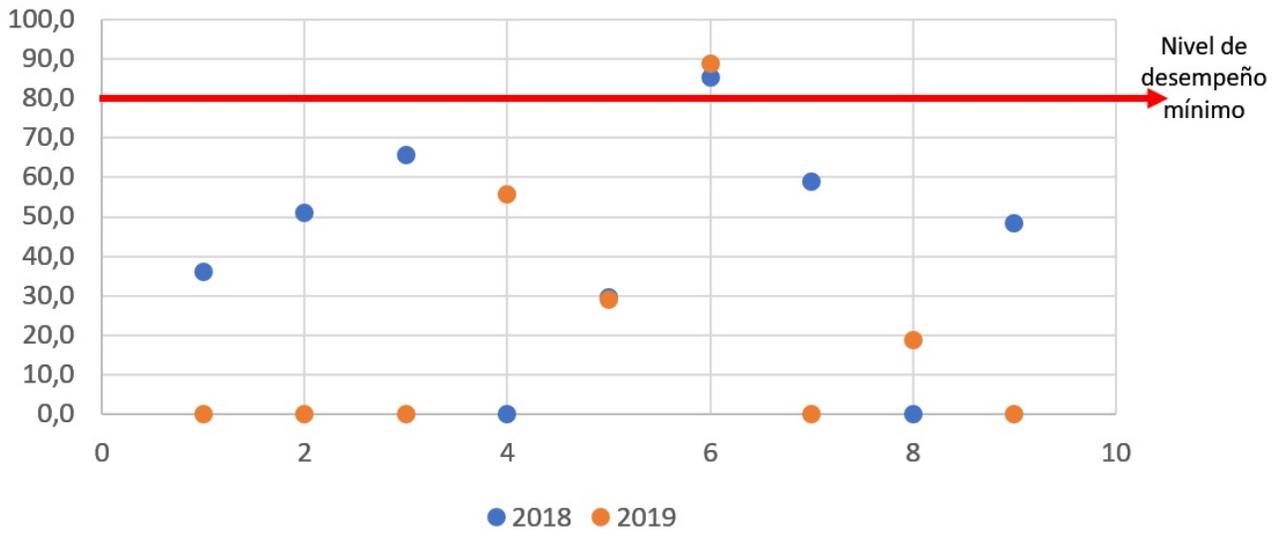
Servicios especiales

Tabla 6: PORCENTAJE DE OCUPACIÓN DE SERVICIOS EN HOSPITALES REGIONALES DEL MINISTERIO DE SALUD. HOSPITALIZACIÓN SERVICIOS CUIDADOS ESPECIALES: AÑO: 2018-2019

HOSPITAL	SERVICIO	% DE OCUPACIÓN 2018	% DE OCUPACIÓN 2019
H.L.Fabrega	Uci	65,8	0,0
H.Anita M.	U.c.i. medicina	50,9	0,0
H.J.D.Obaldia	Sub esp. De med.	36,1	0,0
H.J.D.Obaldia	C. Críticos (uci)	58,8	0,0
H.J.D.Obaldia	Unidad de cuidados intensivos de pediatría	0,0	55,6
H.J.D.Obaldia	Cuidado intermedio de pediatría (cip)	0,0	18,9
H.J.D.Obaldia	Aislamiento	29,6	29,2
H.J.D.Obaldia	Alto riesgo obstétrico	85,3	88,8
H.J.D.Obaldia	Esp. Quemado	48,5	0,0

FUENTE: Elaboración propia basado en información suministrada por DEPARTAMENTO DE REGISTROS Y ESTADÍSTICAS DE SALUD -Ministerio de Salud - Dirección de Planificación- (Tabla No. 1).

Gráfico 6: % Ocupación años 2018 y 2019. Servicios de Hospitalización Cuidados Especiales.



Fuente: Tabla 6



OPS



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud
OFICINA REGIONAL PARA LAS AMÉRICAS