UNIVERSIDAD DE PANAMÁ
VICERECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y POST GRADO
FACULTAD DE ADMINISTRACIÓN PÚBLICA
MAESTRÍA EN GERENCIA DE BIENESTAR SOCIAL

SIBIUP
Biblioteca Int. Simón Bolívar
00254740

"PLANEACIÓN ESTRATÉGICA DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN PARA LA ATENCIÓN SOSTENIBLE DE LA INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA EN LA CAJA DE SEGURO SOCIAL"

ITZEL IVONNE DEL BUSTO DE GRIMALDO

Tesis para optar al título
en grado de Maestría

Panamá, 2005

3268 OBSEQUIO DEL AUTOR 15 DIC 2005 57

DEDICATORIA

A los seres que más amo:

Dios, mis hijos, mi madre
mi esposo, mi hermano.

A la Caja de Seguro Social:

La institución más noble y humana,
que todos los días me inspira
para contribuir a que la atención
a los usuarios sea cada vez más justa,
efectiva y de elevada calidad.

AGRADECIMIENTOS

**A la doctora Nivia Campos,
por su asesoría oportuna
y guía en este trabajo.**

**Al equipo de salud del programa
de Nefrología de la Caja de Seguro Social,
en especial a las Trabajadoras Sociales
Lizbeth de Espósito y María Luisa Aguilar,
por su valioso apoyo.**

ÍNDICE GENERAL

Contenido	Página
Resumen	1
Summary	2
Introducción	3
CAPÍTULO I	7
ASPECTOS METODOLÓGICOS DEL PROCESO DE INVESTIGACIÓN	
A. Componentes de la investigación	7
1. Antecedentes del problema	7
2. Planteamiento del problema	13
3. Justificación	21
4. Hipótesis	23
5. Objetivos	24
a. General	24
b. Específicos	24
6. Variables	25
B. Metodología aplicada	28
1. Tipo de diseño	28
2. Universo y muestra	29
3. Población objetivo	30
4. Métodos y técnicas de recolección de datos	30
5. Plan de tabulación	31
6. Análisis e interpretación de la información	31
7. Limitaciones del estudio	31

CAPÍTULO II 34

MARCO TEÓRICO

A. La Seguridad Social en Panamá 34
   1. Evolución histórica en las prestaciones económicas 35
   2. Evolución histórica en los servicios de salud 39
   3. Recursos 40
   4. Cobertura 42

B. Reformas en los modelos de atención 43
   1 Modelos de atención 45
      a. Integración del sector salud 47
      b. Sistema de Adscripción Médica Integral 49
      c. Modernización de la Caja de Seguro Social 49
         .1 Servicios de salud 51
         .2 Seguridad económica 52
         .3 Sistema de mercadeo financiero 52
      d. Lineamientos políticos y estratégicos 1999-2004 53
      e. Nuevo modelo de atención 56

C. Enfermedades crónicas 59
   1. Diabetes Mellitus 60
   2. Hipertensión Arterial 61
   3. Insuficiencia Renal Crónica Terminal 62
      a. Tratamientos sustitutivos 64
         .1 Hemodiálisis 64
         .2 Diálisis Peritoneal 68
         .3 Trasplante Renal 69

D. Situación financiera actual de la Caja de Seguro Social 70

CAPÍTULO III 72

PERFIL SOCIO ECONÓMICO DE LOS PACIENTES QUE ACUDEN AL TRATAMIENTO DE HEMODIÁLISIS

A. Objetivo de la encuesta 72

B. Análisis estadístico de los resultados de la encuesta 73

C. Población de estudio y muestra seleccionada 73

D. Características de los centros de Hemodiálisis 74
1. Complejo Hospitalario Dr. Arnulfo Arias M. 74
2. Hospital Dr. Rafael Estévez 74
3 Complejo Hospitalario Dr. Manuel Amador G. 75
4. Hospital Dra. Susana Jones 75
5. Hospital de Especialidades Pediátricas 75
6. Hospital Regional Dr. Rafael Hernández 76

E. Aspectos estudiados 76
1. Datos generales 76
a. Edad 77
b. Tipo de asegurado 78
c. Pensión por invalidez: diagnóstico 79
d. Pensión por invalidez: monto de la pensión 80
2 Situación de morbilidad 82
a. Tiempo de espera para inclusión en Hemodiálisis 83
b. Tiempo de permanencia en el programa 84
c. Tipo de transporte utilizado 85
d. Costo del tratamiento de Hemodiálisis por sesión 86
e. Tratamientos anteriores a la Hemodiálisis 87
f. Impacto del tratamiento de Hemodiálisis en el paciente. 88
3. Situación socio económica del paciente 88
a. Nivel educativo 89
b. Condición laboral 89
c. Grupo familiar 90
d. Condición salarial y de ingreso familiar 91
4. Alternativas de tratamiento 92
a. Modalidad de trasplante esperado 92
b. Presuntas causales de Insuficiencia Renal Crónica 94
c. Situación de hospitalización de los pacientes 95
d. Principales preocupaciones de los pacientes 96

F. Datos recopilados de otras fuentes 96
1. Incidencia y prevalencia de los tratamientos de Hemodiálisis en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal. 97
2. Costos de la atención 100
3. Causas de morbilidad 101
4. Causas de mortalidad 102

CAPÍTULO IV 104

PROPUESTA DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA

A. Marco conceptual que sustenta la propuesta 104
   1. Promoción y prevención en salud 104
      a. Promoción de la salud 105
      b. Prevención en salud 108

B. Elaboración de una planeación estratégica de promoción y prevención para la atención sostenible de la Insuficiencia Renal Crónica 115
   1. Análisis situacional 115
   2. Definición de intervenciones 119
   3. Misión 120
   4. Objetivos estratégicos 121
   5. Priorización de objetivos estratégicos 123
   6. Intervenciones estratégicas 124
   7. Diseño de la evaluación 126

C. Plan operativo 131
   1. Identificación de metas 131
   2 Actividades a desarrollar para el alcance de las metas 132

D. Plan piloto en la Región de Chiriquí, para el programa de promoción y prevención de la Insuficiencia Renal Crónica y las enfermedades coadyuvantes 146
   1. Región seleccionada 146
   2. Programas que se instrumentarían en el plan piloto 147
   3. Presupuesto requerido 148
   4. Financiación 150

Conclusiones 151

Recomendaciones 156

Bibliografía 159

Anexos 165

ÍNDICE DE CUADROS

Número	Título	Página
1	Pacientes encuestados que asisten al Programa de Hemodiálisis de la Caja de Seguro Social, según grupos de edad: Año 2004.	77
2	Pacientes encuestados que asisten al Programa de Hemodiálisis de la Caja de Seguro Social, según tipo de asegurado: Año 2004.	78
3	Pacientes encuestados pensionados por invalidez, que acuden al Programa de Hemodiálisis de la Caja de Seguro Social, según diagnóstico de la pensión: Año 2004.	79
4	Pacientes encuestados que asisten al Programa de Hemodiálisis de la Caja de Seguro Social, según monto de la pensión: Año 2004.	80
5	Pacientes encuestados que asisten al Programa de Hemodiálisis de la Caja de Seguro Social, según año de ingreso al Programa: Año 2004.	84
6	Transporte que utilizan los pacientes encuestados para asistir al tratamiento e Hemodiálisis de la Caja de Seguro Social, según tipo de transporte: Año 2004.	85
7	Nivel educativo de los pacientes encuestados que asisten al Programa de Hemodiálisis de la Caja de Seguro Social: Año 2004.	89
8	Integrantes que componen el cuadro familiar de los pacientes encuestados que asisten al Programa de Hemodiálisis de la Caja de Seguro Social, según número. Año 2004.	90
9	Modalidad de trasplante que esperan los pacientes encuestados que asisten al Programa de Hemodiálisis de la Caja de Seguro Social: Año 2004.	93

10	Pacientes que acuden al Programa de Hemodiálisis de la Caja de Seguro Social, que contestaron la pregunta "¿Ha estado usted hospitalizado este año?", según respuesta: Año 2004.	95
11	Diagnósticos más comunes reportados en la consulta externa del Complejo Hospitalario Dr. Arnulfo Arias M.: Años 2001-2003.	101
12	Principales causas de mortalidad hospitalaria registradas en el Complejo Hospitalario Dr. Arnulfo Arias M., por años, según enfermedad: Años 1998-2004.	102

INDICE DE GRÁFICAS

Número	Título	Página
1	Tiempo transcurrido entre el diagnóstico de la Insuficiencia Renal Crónica y la inclusión en el Programa de Hemodiálisis de la Caja de Seguro Social, de los pacientes encuestados en meses y años: Año 2004.	83
2	Pacientes de Hemodiálisis y pacientes de Diálisis Peritoneal atendidos en el Complejo Hospitalario Dr. Arnulfo Arias M.: Años 1998-2004.	99
3	Donantes registrados en el Complejo Hospitalario Dr. Arnulfo Arias M. según tipo de donante: Años 1990-2004.	99

ÍNDICE DE CUADROS DE ANEXOS

Número	Título	Página
	Encuesta de opinión aplicada a los pacientes que acuden al Programa de Hemodiálisis de la Caja de Seguro Social.	166
	Instructivo para la encuesta aplicada a los pacientes que acuden al Programa de Hemodiálisis de la Caja de Seguro Social.	169
1	Población y muestra de pacientes que asisten al Programa de Hemodiálisis de la Caja de Seguro Social, según instalación: Año 2004.	172
2	Pacientes encuestados pensionados por invalidez, que asisten al Programa de Hemodiálisis de la Caja de Seguro Social, según tiempo de pensionado: Año 2004.	173
3	Pacientes encuestados beneficiarios inválidos, que asisten al Programa de Hemodiálisis de la Caja de Seguro Social, según tiempo de pensionado: Año 2004.	174
4	Pacientes encuestados que asisten al Programa de Hemodiálisis de la Caja de Seguro Social, por tiempo transcurrido entre el diagnóstico de la Insuficiencia Renal Crónica y la inclusión en el Programa, según instalación: Año 2004.	175
5	Pacientes encuestados que asisten al Programa de Hemodiálisis de la Caja de Seguro Social, según tiempo utilizado para llegar a la instalación: Año 2004.	177
6	Pacientes encuestados que asisten al Programa de Hemodiálisis de la Caja de Seguro Social que contestaron la pregunta "¿tiene idea del costo de cada sesión del tratamiento (sí, cuánto)?", según respuesta: Año 2004.	178

7	Pacientes encuestados que asisten al Programa de Hemodiálisis de la Caja de Seguro Social y que contestaron afirmativamente a la pregunta "¿tiene idea del costo de cada sesión del tratamiento (sí, cuánto)?" según costo: Año 2004.	178
8	Pacientes encuestados que asisten al Programa de Hemodiálisis de la Caja de Seguro Social, según otros tratamientos sustitutivos recibidos: Año 2004.	179
9	Pacientes que asisten al Programa de Hemodiálisis de la Caja de Seguro Social, según impacto que ha tenido el tratamiento de Hemodiálisis en el paciente y su familia: Año 2004.	179
10	Pacientes encuestados que asisten al Programa de Hemodiálisis de la Caja de Seguro Social que trabajan y cómo los afecta el tratamiento de Hemodiálisis en su trabajo: Año 2004.	180
11	Pacientes encuestados que asisten al Programa de Hemodiálisis de la Caja de Seguro Social y que trabajan, según ocupación: Año 2004.	181
12	Pacientes encuestados que asisten al Programa de Hemodiálisis de la Caja de Seguro Social, por ingresos recibidos, según salario: Año 2004.	182
13	Pacientes encuestados que asisten al Programa de Hemodiálisis de la Caja de Seguro Social que no cuentan con un potencial donante, según la causa: Año 2004.	183
14	Pacientes encuestados que asisten al Programa de Hemodiálisis de la Caja de Seguro Social, según su respuesta a la pregunta "¿Por qué cree usted que le dio Insuficiencia Renal Crónica?": Año 2004.	183
15	Pacientes encuestados que asisten al Programa de Hemodiálisis de la Caja de Seguro Social que han sido hospitalizados en el año, según número de hospitalizaciones: Año 2004.	184
16	Pacientes encuestados que asisten al Programa de Hemodiálisis de la Caja de Seguro Social que han sido hospitalizados en el año, según causa de la hospitalización: Año 2004.	184

17 Pacientes encuestados que asisten al Programa de Hemodiálisis de la Caja de Seguro Social que han sido hospitalizados en el año, según otra causa de la hospitalización: Año 2004. 185

18 Pacientes encuestados que asisten al Programa de Hemodiálisis de la Caja de Seguro Social, según su mayor preocupación con respecto al tratamiento de Hemodiálisis: Año 2004. 186

19 Pacientes de Hemodiálisis y pacientes de Diálisis Peritoneal atendidos en el Complejo Hospitalario Dr. Arnulfo Arias M., por tratamiento, según año: Años 1998-2004. 187

20 Donantes vivos relacionados y donantes cadavéricos registrados en el Complejo Hospitalario Dr. Arnulfo Arias M., según tipo de donante: Años 1990-2004 188

RESUMEN

El presente trabajo, titulado "Planeación Estratégica de Promoción y Prevención para la Atención Sostenible de la Insuficiencia Renal Crónica en la Caja de Seguro Social", versa sobre una problemática de salud grave, frecuentemente subsiguiente a enfermedades prevenibles, como Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial. En la Caja de Seguro Social se manejan más de 500 pacientes con esta patología, cuyos tratamientos acarrean costos millonarios. Preocupadas por ello, nos hemos avocado a un estudio retrospectivo y prospectivo; analítico y descriptivo, que permitió investigar la situación desde sus inicios, evolución, para analizarla y encontrarle posibles soluciones, pues la descentralización no ha dado respuesta y los estudios realizados sólo han enfocado los costos para la institución mas no el impacto social y económico para el paciente y el país. Ante un modelo de atención principalmente curativo y una ausencia de actividades de promoción y prevención, que no reconoce la importancia de la detección precoz de estas enfermedades, que merman la capacidad productiva y la calidad de vida de las personas, además de invertir dineros que bien se podrían destinar a resolver prioridades que beneficiarían a más población, presentamos esta propuesta, que requiere del apoyo de las altas autoridades de la institución, la creación de una organización interna multidisciplinaria con compromiso hacia el cambio, un agresivo programa de desarrollo organizacional para la capacitación de los equipos de salud, también de la comunidad, manejando una nueva metodología, a través del mercadeo de la salud, que sin lugar a dudas permitirá en un mediano plazo, con la ayuda de un sistema de información innovado, poder medir los avances en la disminución de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica, para quienes podremos augurar entonces garantía de que recibirán los tratamientos que necesitan y el resto de la población podrá disfrutar de un mejor estado de bienestar.

SUMMARY

The current work, titled "Planeación Estratégica de Promoción y Prevención para la Atención Sostenible de la Insuficiencia Renal Crónica en la Caja de Seguro Social", is about serious health problems, frequently subsequent to preventable illnesses, such as Diabetes Mellitus and Arterial Hypertension. At Caja de Seguro Social, more than 500 patients are managed with this pathology, whose treatments cause millionaire costs. Concerned about this, we have prepared a retrospective and prospective, analytical and descriptive study, which allowed us to investigate the situation from its beginnings and evolution, to analyze it and find possible solutions, because decentralization hasn't solved the problem, and the previously done studies, had only focused on costs for the institution, but never on the social and economic impact for the patient and the country. Before a mainly curative attention model, and an absence of promotion and prevention activities, that do not recognize the importance of the early diagnosis of these illnesses, that decrease the reproductive capabilities and the life style of the persons, and also invest money that can be well allocated to solve priorities that would benefit the population, we present this proposal, which requires the support of the institution's high ranking authorities, the creation of a multidisciplinary internal organization committed to changes, an aggressive program of organizational development for the training of health teams, as well as the community, managing a new methodology, through health marketing, which will undoubtedly let us, in a medium term, with the help of an innovated information system, measure the advances in the reduction of the number of patients with Chronic Renal Insufficiency, for whom we will be able to predict and guarantee that they will receive the treatments they need, and the rest of the population will enjoy a better state of well-being.

INTRODUCCIÓN

Este trabajo ha sido elaborado con la intención de contribuir a la búsqueda de soluciones efectivas, que contribuyan a la sostenibilidad de la atención de los pacientes que padecen Insuficiencia Renal Crónica Terminal en la Caja de Seguro Social.

El interés por la problemática, viene dado por nuestro desempeño laboral de muchos años en la entidad de Seguridad Social, principalmente en el área hospitalaria, donde nos hemos compenetrado con la dificultad, evidenciada en el aumento vertiginoso del número de pacientes, que no logra resolver a través de las alternativas que ofrece la institución la problemática de salud que aquejan, que cada vez se complica más, si observamos los costos sociales y económicos que conlleva para el paciente, su familia, el equipo de salud, la institución y todo el país.

La tarea emprendida constituye un gran esfuerzo para nosotras, al tratarse de un tema con connotaciones principalmente de carácter médico, pero que a través del estudio hemos demostrado que la intervención clínica sólo logra atender una parte del problema sin resolverlo, pues se necesita que toda la población reaccione y se encamine a un cambio de actitudes, de hábitos de vida y de responsabilidad, para lograr prevenir aquellas enfermedades que conducen a la Insuficiencia Renal Crónica Terminal.

El trabajo es muy rico en información, pues nos avocamos a un estudio retrospectivo, que nos permitió conocer detalles del programa de Nefrología desde sus inicios. La Hemodiálisis comenzó a impartirse en 1970 con un solo paciente y al 2004 existían más de 400 recibiendo el tratamiento, que a la fecha es ofrecido en seis centros hospitalarios de la Caja de Seguro Social, ubicados dos de ellos en el interior del país. Existen otras alternativas de tratamiento como la Diálisis Peritoneal y el Trasplante Renal, todos los cuales revisten costos onerosos, al tratarse de tratamientos de alta tecnología.

El estudio está organizado en cuatro capítulos: el primero aborda la Metodología de la Investigación; el segundo es el Marco Teórico, que hace una referencia histórica de la Caja de Seguro Social, en relación a los aportes que en materia de Servicios de Salud y de Prestaciones Económicas ha ofertado al país a través de sus modelos de atención, que han permitido lograr la presencia de la institución en prácticamente todo el país, pero no detener el incremento de costos y de enfermedades, producto de acciones dirigidas a tratar la morbilidad más no a incentivar la puesta en práctica de la promoción y la prevención. También le permite al lector familiarizarse con las enfermedades crónicas consideradas en el estudio.

El tercer capítulo es el perfil socio económico del paciente que asiste al programa de Hemodiálisis en la Caja de Seguro Social, el cual permite apreciar que nuestros pacientes son personas jóvenes, en edades productivas, siendo un porcentaje de ellos beneficiarios y otros están acogidos a pensión por invalidez, debido a la Insuficiencia Renal Crónica, careciendo en su mayoría de

un potencial donante, por lo que están a la espera de un donante cadavérico que les permita encaminarse hacia la rehabilitación y la recuperación de la salud. Son personas que disponen de un ingreso económico relativamente bajo y sus familias están constituidas por cuatro miembros como promedio.

El cuarto capítulo es la propuesta de "Planeación Estratégica de Promoción y Prevención para la atención sostenible de la Insuficiencia Renal Crónica en la Caja de Seguro Social . La misma cumple con los diversos pasos de la planeación estratégica, que inician con el análisis de la situación actual de la problemática y finaliza con un plan operativo que recomendamos sea puesto en práctica como plan piloto en la Región de Chiriquí, para luego implementarlo, con todo el apoyo que se requiera, en el resto del país.

Las conclusiones y recomendaciones que aparecen al final del trabajo, hacen alusión a un modelo de atención agotado, que requiere de la implementación de una nueva cultura de servicio por parte del equipo de salud, la movilización de la comunidad para el logro de la participación social, que conlleva no solamente la disminución de los costos en la atención de la salud, sino la responsabilidad individual y colectiva sobre la misma.

Para la realización de este trabajo, contamos con información suficiente; sin embargo, en muchos casos los datos no estaban sistematizados y existen algunas diferencias en los distintos centros de producción, por lo que también recomendamos el desarrollo urgente de un sistema único de información en la entidad de Seguridad Social.

Esta investigación es un trabajo diferente a los que anteriormente se han realizado en la Caja de Seguro Social sobre la problemática de la Insuficiencia Renal Crónica, que tan sólo han enfocado los costos de la atención. Por lo tanto, tenemos la certeza de que representará un aporte valioso para instrumentar medidas conducentes a disminuir el índice de pacientes con patología renal y con otras enfermedades crónicas como son la Diabetes Mellitus y la Hipertensión Arterial. También para implementar programas en conjunto con las otras instituciones públicas y privadas, que tengan como interés principal el mejoramiento de la calidad de vida de los panameños.

CAPÍTULO I

ASPECTOS METODOLÓGICOS DEL PROCESO DE INVESTIGACIÓN

A Componentes de la investigación

1. Antecedentes del problema[1]

La dotación de Hemodiálisis para el tratamiento de la Insuficiencia Renal Crónica Terminal se inicia en el Complejo Hospitalario Dr. Arnulfo Arias Madrid en el año 1970, cuando el Servicio de Nefrología era una dependencia del Servicio de Medicina Interna y sólo contaba con un paciente en Hemodiálisis. A principios de 1980 el número de pacientes en el tratamiento de sostén ascendía a 30, para lo que se utilizaban ocho máquinas.

Hasta el año 2001 la Hemodiálisis sólo se daba en el Hospital Regional Dr. Rafael Hernández de la provincia de Chiriquí (1992) y en el Complejo Hospitalario Dr. Arnulfo Arias Madrid en la ciudad de Panamá, siendo este último el principal centro de Hemodiálisis, por su cobertura nacional. Cada paciente recibe dicho tratamiento tres veces a la semana. El aumento de pacientes ha sido tal, que las estadísticas del año 1994 demuestran que para ese entonces se realizaron en el Complejo Hospitalario Dr. Arnulfo Arias Madrid, 6,918

[1] Cifras y montos recabados en el Servicio de Nefrología del Complejo Hospitalario Dr. Arnulfo Arias Madrid, boletines estadísticos, estudios de costos realizados en la Caja de Seguro Social y en la Coordinación Nacional de Trasplantes.

tratamientos de Hemodiálisis, cifra que en 1998 ya alcanzaba 22,768 tratamientos.

Para inicio del nuevo milenio, en el año 2001 se ofrecieron 30,610 Hemodiálisis; en el 2004 se dieron 37,488 tratamientos. Las cifras existentes, permiten plantear que en el período 1999-2003 se han proporcionado, sólo en el Complejo Hospitalario Dr. Arnulfo Arias Madrid, un total de 14,719 atenciones a pacientes. El costo estimado que tiene este tratamiento sustitutivo es de B/.177.82 cada sesión y las máquinas un costo unitario promedio de B/.15,000.00.

Debido al incremento de pacientes, en el año 1990 el servicio inicia el tratamiento de Diálisis Peritoneal con un paciente menor de edad, quien fallece al año siguiente. A partir de 1992 este tipo de tratamiento que puede ser recibido por el paciente en su domicilio, se comienza a dar de manera continua. Los insumos que demanda esta modalidad ascienden aproximadamente a B/.35.00 al día por paciente, lo que representa B/.1,050.00 al mes por cada uno. Una máquina cicladora para dispensar el tratamiento está avalada en B/.8,000.00, pero a la fecha le está siendo facilitada a algunos pacientes en forma gratuita por una casa farmacéutica que vende los insumos médicos. Reciben prioridad para el uso de la máquina los pacientes jóvenes y productivos como los estudiantes y personas que trabajan, pues con su uso se busca qua las personas lleven una vida normal. En el período 1999-2003 en el Complejo Hospitalario Dr. Arnulfo Arias Madrid se han atendido un total de 3,667 Diálisis Peritoneal, de las cuales 2,097 corresponden a hombres, lo que representa el

57.2 por ciento y 1,570 mujeres, o sea un 42.8 por ciento. Este tratamiento aún no cuenta con un estudio definitivo de costo estimado.

En el año 2001, la Caja de Seguro Social dicta el Procedimiento No. 122-01, con la intención de facilitar la accesibilidad de los pacientes a este servicio, mediante la entrega de los insumos en el domicilio de los pacientes que viven más distantes, esto con la colaboración de los proveedores y buscando con ello la mejora de la atención médica y humana, que contribuyan a una mejor calidad de vida del paciente, a través de su integración al medio social y laboral. En la actualidad, 80 pacientes reciben esta modalidad de tratamiento.

Otra de las medidas adoptadas por la Caja de Seguro Social, para encaminar al paciente con Insuficiencia Renal Crónica Terminal hacia la rehabilitación es el Programa de Trasplante Renal de Donante Vivo Relacionado que inicia en 1990, que hasta marzo del 2005 ha beneficiado a 124 personas: 73 del sexo masculino y 51 del femenino. Conlleva un período de hospitalización de aproximadamente dos semanas y su costo total se calcula en B/.41,924.07 si no sufre complicaciones médicas. De darse éstas, el costo se incrementa a B/.66,119.44. Estos costos resultan elevados, pues contienen el protocolo previo tanto para el donante como para el receptor, que incluye exámenes, estudios y consultas previas al procedimiento y durante el mismo. Hay que mencionar que la hospitalización representa un 36.29 por ciento del costo total de este procedimiento, en lo que influye el elevado costo de los medicamentos que le suministran a los pacientes trasplantados. Con este tipo de trasplante sólo se beneficia un receptor.

Aunado a la iniciativa anterior, desde la década del setenta hasta el año 2004, la Caja de Seguro Social ha enviado 185 pacientes a Costa Rica, Cuba, Chile, España, Venezuela, México, Estados Unidos de América y Colombia, con el fin de que reciban Trasplante Renal Cadavérico. Colombia es el país al que han acudido más pacientes y en el que un trasplante sin complicaciones cuesta B/.22,000.00 que incluyen un acompañante para el receptor del órgano y un viático de B/.1,000.00 para coadyuvar a los gastos personales del primero. Este costo no incluye los gastos de protocolo previos al trasplante.

En el período de 1994 a 1999 el Servicio de Nefrología se vio expuesto a diversas problemáticas, debido al aumento en la incidencia y prevalencia de la patología renal, reflejado en el incremento en la demanda de atención en la consulta externa, hospitalización, consulta intrahospitalaria y los tratamientos de Hemodiálisis, Diálisis Peritoneal y Trasplante Renal, llevando a la necesidad de aumentar la oferta de atención para poder satisfacer la demanda, lo que conllevó un notable aumento en los costos.

En 1996 se originó una gran crisis, desencadenada por el fallecimiento de 11 pacientes que recibían Hemodiálisis, aunado a la acumulación de pacientes en lista de espera para Trasplante Renal de Donante Cadavérico y las dificultades que se presentaron para su envío al exterior, así como la demanda no adecuadamente satisfecha para el programa de Hemodiálisis. Todo ello motivó la protesta de los pacientes y sus familiares en las calles, lográndose con ello el apoyo de la Dirección General de la Institución y de la Dirección Médica del

Complejo Hospitalario Dr. Arnulfo Arias Madrid para el estudio de una nueva reestructuración del Servicio, que originó importantes logros como:

- Adquisición de dos plantas de tratamiento para proveer agua purificada a 24 máquinas de Hemodiálisis simultáneamente, una a finales de 1996 y la otra en 1998.
- Compra de 16 modernas máquinas con sistema de ultrafiltración controlada: cuatro en 1996, cuatro en 1997 y ocho en 1998. En proceso de adquisición cuatro máquinas adicionales.
- Adquisición de filtros de superficie, de acetato de celulosa, de triacetato de celulosa y de polisulfona.
- Adquisición de 16 monitores de presión arterial y otros cuatro en proceso de adquisición, para la vigilancia de los signos vitales durante el proceso de Hemodiálisis, uno por cada máquina.
- Para mejorar el sistema de asistencia a pacientes en riesgo de arresto cardíaco, adquisición de dos monitores cardíacos y dos carros de paro cardíaco, entre 1997 y 1998.
- Remodelación de la Sala de Hemodiálisis que finalizó en 1998, con las Salas A y B, quedando con capacidad de 23 máquinas.
- Aumento del personal de enfermería. De seis enfermeras en el año 1994, aumentó a 11 para 1995, 12 para 1997 y 13 para 1999. El número de auxiliares de enfermería aumentó de seis a 10 para el período señalado.
- El número de técnicos en Hemodiálisis ascendió de dos a tres.

En el año 1999 la entidad de Seguridad Social dio inicio al Programa de Trasplante Renal Cadavérico, del que hasta el mes de marzo del año 2005 se han beneficiado 118 personas: 69 hombres y 49 mujeres. Su costo está en B/.27,709.26 con los respectivos gastos médicos de exámenes y medicamentos. Si se presentan complicaciones su costo asciende a B/.48,580.28, al aumentar a 30 los días de hospitalización y las erogaciones que ello significa en concepto de medicamentos. Con este procedimiento se logran trasplantar dos riñones, a diferencia del donante vivo relacionado.

A la fecha, existe una lista de espera para trasplante renal, en cualquiera de sus modalidades, de 125 pacientes con estudios completos. Este tratamiento, económicamente, resulta más oneroso realizarlo en Panamá, con una diferencia de B/.4,630.89, lo que según los estudios que se han hecho se justifica por la experiencia casuística que en el suelo patrio se está ganando, además del significado que para el paciente y su familia tiene el permanecer en su país.

Para la ejecución de este programa, que cubre a todo el país, el Servicio de Nefrología del Complejo Hospitalario Dr. Arnulfo Arias Madrid, impulsó la creación de un equipo peticionario, que se encarga de la intervención directa con la familia del posible donante, a objeto de promover la consecución del riñón. Para ello, la Institución se ve avocada a enfrentar una nueva carga económica, a través del pago de turnos por disponibilidad. Todo esto con la intención de dar respuesta a la lista de espera de pacientes a ser trasplantados y ofrecerles una mejor calidad de vida y su reintegro a la actividad económica del país.

Conviene señalar también que la Insuficiencia Renal Crónica, así como los tratamientos que hemos mencionado, no se presentan sólo en adultos. El Hospital de Especialidades Pediátricas de la Caja de Seguro Social, ubicado en la ciudad de Panamá, reporta 22 casos de niños, cuyas edades oscilan entre uno y 13 años, de los cuales 16, o sea un 72.7% por ciento son varones y seis, que representan un 27.2% por ciento son niñas. De estos,17 han recibido en algún momento tratamiento de Diálisis Peritoneal, que es la modalidad más utilizada en los niños por la calidad de vida que les ofrece.

Actualmente, seis se encuentran en Diálisis Peritoneal, seis en Hemodiálisis; tres han recibido Trasplante Renal, tres pacientes están aguardando por un Trasplante de Donante Vivo Relacionado, mientras que cuatro están en lista de espera para Trasplante cadavérico. De los pacientes mencionados, 13 se dializan en área hospitalaria y tres en su domicilio. Cuatro niños, con edades entre los 2 y 11 años han fallecido, uno de los cuales había recibido Trasplante de Donante Vivo Relacionado.[2]

2. Planteamiento del problema

El aumento acelerado de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica, reconocida como una de las enfermedades crónicas más graves, por los daños físicos, psíquicos y sociales que le produce al enfermo y a su familia, también tiene un significado económico negativo para el país, por el elevado costo del

---

[2] Información obtenida en el Hospital de Especialidades Pediátricas de la Caja de Seguro Social, Departamento de Trabajo Social.

tratamiento y su impacto perjudicial sobre la población económicamente activa, debido al grado de invalidez que puede producir. La misma, una vez es diagnosticada, precisa que se tomen importantes decisiones sobre su tratamiento, ya sea la Hemodiálisis, la Diálisis Peritoneal o el Trasplante Renal.

En el año 2003 en la consulta externa de Endocrinología del Complejo Hospitalario Dr. Arnulfo Aries Madrid, fueron atendidas en ese período un total de 13,917 consultas, de las cuales la Diabetes Mellitus ocupó el primer lugar con 4,569, que representa un 32.8 por ciento. En la de Cardiología se otorgaron 16,221 consultas, de las cuales 3,125 que representó el 19.2 por ciento correspondieron a Hipertensión Arterial.

En el año 2002, el diagnóstico más común atendido en la consulta externa de la Clínica de Salud Laboral de este centro hospitalario, lo constituyó la Hipertensión Arterial, representando un 16.0%. Estas patologías, que ocupan los primeros lugares en la demanda por morbilidad, son enfermedades de tipo crónico, en donde la Diabetes y la Hipertensión Arterial pueden ser prevenibles a través de la educación y de la información, en lo que respecta a la práctica de hábitos saludables de vida y con controles tempranos de salud; de lo contrario, pueden degenerar en Insuficiencia Renal Crónica, enfermedad que en nuestro país cada día va en aumento, afectando a personas de distintas edades y condición social.

El servicio de Nefrología es el encargado de atender las enfermedades renales y en el año 2003 registró la siguiente atención en la consulta externa:

Insuficiencia Renal Crónica	1,284	20.4%
Síndrome Nefrótico	927	15.0%
Trasplante Renal	740	12.0%
Nefropatía Diabética	831	13,1%
Nefritis	639	10.1%
Nefrolitiasis	346	5.4%
Hipertensión Arterial	246	4.0%
Infección de Vías Urinarias	201	3.0%
Otros	1,082	17.0%
Total	6,296	100.0%

La situación presentada, puntualiza que las causas más frecuentes de consulta en los Servicios de Endocrinología y de Cardiología en el Complejo Hospitalario Dr. Arnulfo Arias Madrid, son la Diabetes Mellitus y la Hipertensión Arterial, las que tienden a degenerar en Insuficiencia Renal Crónica, enfermedad que también es la primera causa en la Consulta Externa del servicio de Nefrología y que lleva al paciente a requerir alguno de los tratamientos sustitutivos que hemos mencionado.

Por otra parte, si observamos las diez primeras causas de mortalidad hospitalaria en el Complejo Hospitalario Dr. Arnulfo Arias Madrid reportadas en el año 2004, observamos que las enfermedades del aparato circulatorio ocupan el primer lugar, la Diabetes Mellitus en una cuarta posición y la Insuficiencia Renal Crónica en un sexto lugar. Esta última enfermedad no es reportada a

menudo por sí misma como causa de defunción, debido a las otras enfermedades que la acompañan y a las complicaciones que presenta.

Los hechos expuestos, conducen a formular algunas interrogantes:

¿Han facilitado los distintos modelos de atención de la institución el abordaje de las áreas de promoción y prevención de una manera efectiva? ¿Son conscientes los miembros del equipo de salud del impacto de una Diabetes y una Hipertensión Arterial mal controladas o tratadas, con el consiguiente resultado de una Insuficiencia Renal Crónica?

¿Por qué si la Diabetes Mellitus y la Hipertensión Arterial son enfermedades prevenibles, figuran entre las enfermedades de más frecuentes consultas en el Complejo Hospitalario Dr. Arnulfo Arias Madrid, un hospital de tercer y cuarto nivel de complejidad a nivel nacional?

Si la salud es una obligación social e individual, ¿qué responsabilidades le competen a aquellos pacientes que no la han cuidado y por ello degeneran en enfermedades crónicas y degenerativas como la Insuficiencia Renal Crónica? ¿Qué compromisos asumen estos para su rehabilitación?

Dado el alto costo económico de los tratamientos, ¿bajo qué criterios ingresa un paciente al programa de Hemodiálisis? De existir estos, ¿son los mejores?, ¿están siendo cumplidos?

¿Tiene la institución conocimiento del tiempo que una persona permanece en el programa de Hemodiálisis hasta que logre recibir un trasplante y bajo qué estatus le asiste el derecho a la Seguridad Social? Con esta premisa, ¿cuánto le

cuesta realmente a la Caja de Seguro Social un paciente con Insuficiencia Renal Crónica?

¿Por qué si la Caja de Seguro Social está invirtiendo sumas millonarias en los tratamientos a pacientes con Insuficiencia Renal Crónica, la demanda cada vez tiende a aumentar? ¿Hasta cuándo la institución podrá solventar este presupuesto?

Estos cuestionamientos surgen al observar el crecimiento vertiginoso de la Insuficiencia Renal Crónica, a la cual la entidad de Seguridad Social ha intentado darle solución a través de mecanismos administrativos y de medidas curativas y de rehabilitación que ponen a disposición los adelantos científicos y tecnológicos, que a su vez representan elevadísimos costos en cuanto a las máquinas y a los insumos que se utilizan, con el resultado de que la Caja de Seguro Social no le va a poder seguir dando respuesta a una patología que lejos de disminuir se va acrecentando, por lo que siempre la demanda por los servicios y la atención médica superará a la capacidad de solución de la institución, ejemplo de ello son los desabastecimientos en insumos, en medicamentos, daños en los equipos y en la infraestructura de funcionamiento del hospital, insuficiente recurso humano como médicos, enfermeras, saturación de turnos y con ello el agotamiento físico y mental, tanto del personal como de los pacientes, pues a través de estas problemáticas, también se lesionan sus derechos y los aspectos éticos de la atención.

La descentralización de los tratamientos de Hemodiálisis tampoco ha representado un alivio para la acumulación de pacientes que concurre al

Complejo Hospitalario Dr. Arnulfo Arias Madrid, pues en ocasiones además de los pacientes que regularmente se dializan, ingresan otros en calidad de urgentes, algunos vienen trasladados de otros hospitales del país y los nuevos que ingresan al programa.

Este proyecto de descentralización sí ha ayudado a la entidad en la disminución de los costos que le significaba el pago de viáticos de transporte, de alimentación y algunas veces de hospedaje al paciente que venía del interior del país junto a un acompañante; esto era un notable egreso económico para la entidad, que ascendió en el año 2000 a B/.99,110.40, con el consiguiente atraso con que se pagaban los viáticos, sin evaluar si el paciente tenía o no la capacidad de asumir esa responsabilidad con sus propios medios económicos.

En cuanto al envío de pacientes al exterior para el Trasplante Renal, tampoco ha sido una opción viable, por los costos que representa, sobre todo cuando se presentan complicaciones médicas. En Panamá, el equipo médico y afines se ha capacitado en tales procedimientos, que aunque se realicen en el suelo patrio también resultan sumamente onerosos para la institución.

Aunado a lo anterior, los tratamientos mencionados, incluyendo el Trasplante Renal, no son garantía de que el paciente superará definitivamente la enfermedad, de tal manera que le permita reintegrarse a la población económicamente activa, pues para que esto ocurra no basta con la dotación de tratamientos médicos de alta tecnología, la persona también necesita contar con una calidad de vida favorable a su rehabilitación, que en innumerables veces

dificulta su nivel socio económico en general y el prejuicio sobre la competencia laboral de la persona trasplantada.

La problemática señalada no es exclusiva de la Caja de Seguro Social, pues al Sistema de Salud Pública le corresponde enfrentar a aquellas personas que no son aseguradas. Para ello, existe el Convenio DALC-007-2003 de coordinación funcional y financiera, entre el Ministerio de Salud, la Caja de Seguro Social y el Patronato del Hospital Santo Tomás, para la aplicación del Programa Nacional de Trasplante Renal a la población asegurada y no asegurada, para que a estos últimos se les pueda realizar Trasplante Renal en la entidad de Seguridad Social, llevando a cabo un mecanismo de compensación de costos. Y las personas, en su afán de recuperar la salud, buscan la manera de ingresar al régimen de la Seguridad Social, en donde hasta la fecha se ofrecen todos los tratamientos que los pacientes requieren. El otro grupo lo constituyen los afectados que cuentan con solvencia económica o con seguros médicos y que reciben los tratamientos en los centros médicos privados y, si son asegurados, retiran los insumos o los medicamentos en la Caja de Seguro Social.

Ante los inconvenientes señalados, las autoridades de la Caja de Seguro Social se encuentran preocupadas, pues no han encontrado el mecanismo que evite el acrecentamiento de pacientes con este diagnóstico, muchos de los cuales terminan requiriendo largos períodos de subsidio por incapacidad y hasta pensiones por invalidez.

En los últimos años, la jefatura del Servicio de Nefrología, ha denunciado ante la Dirección Médica del Complejo Hospitalario Dr. Arnulfo Arias Madrid la incapacidad de continuar con el programa de Hemodiálisis, lo que ha dado lugar a que los nuevos pacientes sean encaminados a la Diálisis Peritoneal, procedimiento que para ser recomendado es conveniente evaluar las condiciones socio ambientales en que habita el paciente, que de no reunir requisitos de higiene y salubridad, como lo requiere este tipo de tratamiento, puede significar recaídas en la salud, hospitalizaciones y poner en peligro la vida misma de los afectados. Recientemente fue inaugurada en la Policlínica Dr. Santiago Barraza del distrito de La Chorrera, una clínica de Diálisis Peritoneal, lo que representa otro egreso económico importante para la institución.

Todo lo expuesto, conduce a determinar que se trata de una problemática compleja, pues involucra el bien más costoso con que cuentan los seres humanos y es la salud, pero también tiene que ver con los recursos finitos de la Caja de Seguro Social y con la responsabilidad que en la preservación de su salud cada ciudadano debe asumir. De ahí, que resulta necesario plantear opciones nuevas, y efectivas para enfrentar la dificultad, para lo que presentaremos una propuesta de "Planeación Estratégica de Promoción y Prevención para la atención sostenible de la Insuficiencia Renal Crónica en la Caja de Seguro Social".

3. Justificación

Ante las secuelas más graves a la salud que ocasionan algunas enfermedades prevenibles como la Diabetes Mellitus y la Hipertensión Arterial, cuya detección tardía puede causar, entre otras complicaciones, ceguera, Accidentes Cerebro Vasculares y para el caso que nos ocupa, Insuficiencia Renal Crónica, hay que agregar la incapacidad económica de los afectados y de las entidades de salud para asumir los tratamientos indicados, así como la falta de una verdadera política de prevención en la Caja de Seguro Social.

Los altos costos de la Hemodiálisis y del Trasplante Renal específicamente, requerirá una revisión exhaustiva de los modelos de promoción y prevención en salud, con la intención de elaborar una propuesta dirigida al equipo de salud y a la población derecho habiente, con la intención de iniciar un proceso de educación permanente sobre las enfermedades prevenibles, que permita de un mediano a largo plazo disminuir la incidencia de la Insuficiencia Renal Crónica y por ende de los tratamientos que su atención conlleva.

Pretendemos también presentar un perfil del paciente que recibe tratamiento de Hemodiálisis, iniciando por su estatus ante la institución, poder determinar cuántos años lleva en el tratamiento y el impacto que la enfermedad ha causado en su vida cotidiana. Esta información será útil para la Caja de Seguro Social, al poder ampliar un conocimiento incompleto hasta la fecha sobre quiénes reciben estas atenciones de alta tecnología, los costos que está generando y las posibilidades reales de los pacientes de derivar una rehabilitación, pues hasta el

momento todos los estudios han estado centrados en determinar sólo costos desde una perspectiva económica.

Aunado a los elementos mencionados, existen fortalezas en la institución de Seguridad Social que hacen viable el programa propuesto, como el interés que existe de parte de la Dirección General por impulsar el área estratégica de prevención, promoción y participación social; el contar con un equipo de salud interdisciplinario altamente calificado por sus destrezas técnicas; la existencia de grupos organizados en la comunidad de pacientes que padecen las enfermedades que pueden desencadenar en una Insuficiencia Renal Crónica, de quienes se puede aprovechar su valiosa experiencia, entre otros.

El valor agregado del programa estará en que, en un mediano a largo plazo, la población debe poseer un conocimiento y actitudes responsables hacia la prevención de las enfermedades mencionadas, en especial de la Insuficiencia Renal Crónica, lo que conllevará su disminución progresiva, una mejor calidad de vida de los ciudadanos, menores costos en la atención de estas enfermedades, fondos que se podrán destinar a otras prioridades en salud. El estudio es viable de ser realizado, pues disponemos de los recursos necesarios para ello.

Es importante recalcar, como señala Virginia Paraíso, que ningún problema puede clasificarse en una categoría exclusiva. El carácter cíclico de estos y su tendencia a perpetuarse exige eliminar sus causas, previo un estudio cuidadoso y profundo de la situación total. Al mismo tiempo, la urgencia e intensidad de las tensiones y sufrimientos del ser humano, que a menudo acompañan a tales

problemas, así como la amenaza que representan para la supervivencia del individuo y para el funcionamiento de la sociedad, reclaman medidas paliativas y curativas, junto con la prevención.[3]

4. Hipótesis

- El nuevo modelo de atención de la Caja de Seguro Social contempla las áreas de promoción y de prevención, mas no la capacitación e inducción de los miembros del equipo de salud para el cambio, lo que impide su incorporación real a estas acciones.
- La actuación de los equipos de salud de los niveles I, II y III de atención se encuentran desarticuladas, por lo que desconocen la crisis que está generando la atención del paciente con Insuficiencia Renal Crónica y por ende su papel en la promoción y la prevención no es de impacto.
- Existen deficiencias en los programas de promoción y prevención de la Diabetes Mellitus y la Hipertensión Arterial, como factores de riesgo para que el paciente se enferme de Insuficiencia Renal Crónica.
- No se contemplan en los criterios para la selección de los pacientes que pueden ingresar al programa de Hemodiálisis la existencia de un potencial donante, lo que disminuiría el tiempo de permanencia del paciente en el tratamiento, los costos e influiría en el nivel de responsabilidad individual por la conservación de la salud de cada paciente.

---

[3] Paraíso, Virginia. "El Trabajo Social en América Latina". Argentina: Editorial Lumen, 1995. Pág. 24.

- Al haber sido infructuosas las diferentes medidas que la Caja de Seguro Social ha tomado para resolver la crisis económica que genera el programa de Hemodiálisis, una propuesta para iniciar un plan piloto que contemple la capacitación del equipo de salud y la educación permanente a los pacientes y a la comunidad en general, es una alternativa viable para resolver la problemática a mediano y a largo plazo, contribuyendo de esta manera también al mejoramiento de la calidad de vida de la población.

5. Objetivos

a. General

- Elaborar una propuesta de promoción y prevención, que promueva una nueva cultura de trabajo del equipo de salud, así como las acciones que deben implementarse en esta área estratégica, que conlleven a disminuir el aumento de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica y por ende la necesidad de costosos tratamientos como la Hemodiálisis, la Diálisis Peritoneal y el Trasplante Renal.

b. Específicos

- Investigar el conocimiento que tienen los equipos de salud de los niveles I y II de atención sobre la incidencia de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica, que reciben tratamientos sustitutivos en la Caja de Seguro Social.

- Identificar las actividades de promoción y prevención sobre esta enfermedad.
- Conocer la frecuencia con que se realizan actividades de promoción y prevención sobre Diabetes e Hipertensión Arterial en el nivel I y II de atención y quiénes las llevan a cabo.
- Describir un perfil del paciente que recibe Hemodiálisis, en cuanto a su calidad de vida, relacionada a su tiempo de permanencia en el programa, actividad laboral y su estatus ante la Caja de Seguro Social.
- Determinar si alguna vez los criterios de selección de pacientes para tratamientos de Hemodiálisis o de Diálisis Peritoneal, han considerado la existencia de un potencial donante para el paciente.
- Identificar los costos de la atención, sobre todo de morbilidad.

6. Variables

VARIABLES	DEFINICIÓN OPERATIVA
Modelo de atención en salud	"Forma de proporcionar las atenciones de salud a los grupos humanos y a su ambiente para satisfacer sus necesidades de servicios de salud. Esta atención se realiza en los espacios de lo individual o de lo colectivo".[4]
Factor de riesgo.	Cuántos pacientes en Hemodiálisis sufren de Diabetes Mellitus o de Hipertensión Arterial.
Frecuencia de actividades de	Cuántas actividades han sido

[4] Escala, Manuel. "Visión de la Caja de Seguro Social de Panamá sobre el modelo de atención". Panamá, 2000. Pág. 2.

VARIABLES	DEFINICIÓN OPERATIVA
prevención y promoción en los niveles I y II de atención.	realizadas en un año y quién las realiza.
Tiempo de un paciente en Hemodiálisis antes de recibir un Trasplante Renal.	Los días, meses o años en que permanece recibiendo Hemodiálisis antes de lograr el injerto.
Criterios de selección para ingreso de pacientes a Hemodiálisis.	Requisitos para que un paciente ingrese al programa de Hemodiálisis o salga del mismo.
Estatus al Seguro Social de los pacientes en Hemodiálisis.	Asegurado activo, beneficiario, beneficiario inválido, pensionado o jubilado, no asegurado.
Cobertura de atención	Se refiere al porcentaje de pacientes afectados por la Insuficiencia Renal Crónica que accesan a los servicios de salud.
Prevalencia de la enfermedad	Se refiere al número de casos de esta enfermedad, con respecto al total de la población en riesgo.
Incidencia de la enfermedad	Son los pacientes nuevos con esta enfermedad en un período dado.
Mortalidad	Son las defunciones que se registran hospitalariamente por esta enfermedad en un año.
Ingreso económico promedio del paciente de Insuficiencia Renal Crónica.	Se refiere a la suma de dinero que perciben estos pacientes al mes.
Concentración de la atención de Hemodiálisis	Se refiere al número de veces que en promedio asisten los pacientes de Insuficiencia Renal Crónica Terminal al tratamiento de Hemodiálisis en un año.

Objetivos específicos	Hipótesis	Variables
Investigar el conocimiento que tienen los equipos de salud de los niveles I y II de atención sobre la incidencia de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica que reciben tratamientos sustitutivos en la Caja de Seguro Social.	El nuevo modelo de atención de la Caja de Seguro Social contempla las áreas de promoción y de prevención, mas no la inducción de los miembros del equipo de salud para el cambio, lo que impide su incorporación real a estas acciones.	Percepción del impacto de la enfermedad. Modelo de atención en la Caja de Seguro Social.
Establecer la frecuencia con que se realizan actividades de promoción y prevención sobre Diabetes e Hipertensión Arterial en el nivel I y II de atención y quiénes las llevan a cabo.	Existen deficiencias en los programas de promoción y prevención de la Diabetes Mellitus y la Hipertensión Arterial, como factores de riesgo para que el paciente no se enferme de Insuficiencia Renal Crónica.	Actividades de promoción y prevención sobre Diabetes Mellitus y la Hipertensión Arterial. Pacientes que padecen de Diabetes Mellitus o Hipertensión Arterial.
Establecer un perfil del paciente que recibe Hemodiálisis, en cuanto a su situación socio económica, su tiempo de permanencia en el programa, actividad laboral y su estatus ante la Caja de Seguro Social.	No se tiene un conocimiento integral de los pacientes que reciben Hemodiálisis.	Pacientes en el programa de Hemodiálisis. Tiempo de permanencia en el programa.
Determinar si alguna vez los criterios para el ingreso de pacientes a tratamientos sustitutivos han sugerido la existencia de un potencial donante.	No se contemplan en los criterios para la selección de los pacientes que pueden ingresar al programa de Hemodiálisis, la existencia de un potencial donante, lo que disminuiría el período de permanencia del paciente en el tratamiento, los costos del mismo e influiría en el nivel de responsabilidad individual para la conservación de la salud de cada paciente.	Pacientes en el programa de Hemodiálisis. Donantes en el período de permanencia del paciente en el programa.

Objetivos específicos	Hipótesis	Variables
Identificar el impacto económico de la atención, sobre todo de morbilidad.	La orientación de los procesos de atención de salud es asistencial y se le da poca valoración al problema económico.	Pacientes atendidos en el programa, ya sea por Hemodiálisis, Diálisis Peritoneal o Trasplante Renal.
Identificar las actividades de promoción y prevención sobre esta enfermedad que guardan relación con el problema de la Insuficiencia Renal Crónica.	No se están realizando las actividades de promoción y prevención en forma integral.	Actividades de promoción que se realizan en la actualidad. Principales causas de morbilidad.

B Metodología aplicada

1. Tipo de diseño

El estudio que se presenta , de acuerdo con el período en que se capta la información, corresponde a la clasificación de retroprospectivo, por cuanto ofrece información desde los inicios del Programa de Hemodiálisis, referente al número de pacientes beneficiados, los recursos con que se contaba, las estrategias asumidas por la institución para llevarlo adelante, hasta la realidad actual, cuando el programa se ha tornado muy complicado por la cantidad creciente de pacientes y la escasez de los recursos disponibles, por el alto costo económico que representa para la entidad de seguridad social. Reúne además la cualidad de prospectivo, pues una vez que se planteó la investigación, continuó la búsqueda de información, acorde a los propósitos del estudio.

Según el análisis y alcance de los resultados, el estudio se puede insertar en la categoría de analítico o explicativo, porque intentó dar respuestas a las preguntas planteadas, relacionadas a los motivos por los cuales el programa de Hemodiálisis se ha convertido en insostenible desde el punto de vista financiero para la Caja de Seguro Social, sin que la cantidad que se está invirtiendo en dinero contribuya a disminuir la Insuficiencia Renal Crónica ni las enfermedades que predisponen su aparición. También puede ser considerado como descriptivo, pues sólo tomó en cuenta a un grupo de población, de la que ofrece información importante sobre sus características en cuanto a sus datos generales, composición familiar, situación de salud, económica, actitudes hacia la enfermedad, entre otros. Además permitió determinar el conocimiento del equipo de salud sobre la problemática de estudio y cómo se encuentran las variables seleccionadas, tendiendo a responder a las preguntas esbozadas en la investigación, así como a las hipótesis formuladas, con el fin de lograr proyectar la propuesta planteada en esta investigación.

2. Universo y muestra

El universo estuvo conformado por los 457 pacientes que al 30 de septiembre del 2004 se encontraban recibiendo tratamiento de Hemodiálisis en los diversos centros hospitalarios de la Caja de Seguro Social que lo ofrecen: En la ciudad de Panamá el Complejo Hospitalario Dr. Arnulfo Arias Madrid (250 pacientes), Hospital de Especialidades Pediátricas (8 pacientes), Hospital Dra. Susana Jones (36 pacientes); en la provincia de Colón el Complejo Hospitalario Dr.

Manuel Amador Guerrero (20 pacientes); en Coclé, Aguadulce, el Hospital Dr. Rafael Estévez (60 pacientes) y en Chiriquí el Hospital Regional Dr. Rafael Hernández (83 pacientes).

La selección de esta muestra de pacientes fue estratificada, con la escogencia de pacientes al azar, de los que asistían a los diferentes turnos de tratamiento, independientemente de su sexo, edad, área geográfica de procedencia o el tiempo de permanencia en el programa. La muestra, con las características señaladas, fue de 95 pacientes, lo que permitió contar con unos hallazgos representativos de toda la población que recibe el mismo tratamiento a nivel nacional y que se abordan con detalle en el Capítulo III.

3. Población objetivo

Representada por los pacientes que reciben el tratamiento de Hemodiálisis en los distintos centros hospitalarios de la Caja de Seguro Social. El trabajo estuvo enfocado en los programas de promoción y prevención de la Insuficiencia Renal Crónica, cuya finalidad es disminuir los riesgos de padecimiento de esta enfermedad a la población asegurada.

4. Métodos y técnicas de recolección de datos

La recolección de los datos se hizo utilizando la encuesta, con preguntas claramente precisadas, a través de la definición previa de las variables que fueron utilizadas y su definición operacional. Fue diseñado un instructivo para el

cuestionario con el contenido de cada pregunta, que permitió realizar una entrevista estructurada, garantizándole a cada encuestado la realización de la misma pregunta en el orden indicado, para la obtención de respuestas objetivas.

Fueron utilizadas también fuentes primarias y secundarias para la captación de la información necesaria, consignada en boletines estadísticos sobre morbilidad, mortalidad; archivos del servicio de Nefrología, entrevistas, consultas en libros, tesis, artículos periodísticos, entre otros.

5. Plan de tabulación

Se realizó una clasificación de los datos y la determinación de los procedimientos adecuados, así como la evaluación y organización de los mismos.

6. Análisis e interpretación de la información

El estudio dispuso de múltiples fuentes primarias de información, como publicaciones estadísticas, informes de gestión, estudio de costos, listado de pacientes que reposan en el Servicio de Nefrología, los cuales fueron estudiados, analizados y debatidos, de manera que permitieron arribar a valiosas conclusiones y a la elaboración de la propuesta.

7. Limitaciones del estudio

- A pesar de contar con suficiente información sobre este problema de salud, existieron dificultades para la obtención de algunos datos, debido a

deficiencias en las hojas de registros y consolidaciones sobre la captación de pacientes hipertensos y diabéticos, así como de las actividades de promoción y de prevención, que se realizan en los niveles I y II de atención.

- Los datos estadísticos existen; no obstante, la información no está captada en el momento oportuno, lo que obliga a incurrir en demoras para su consecución.
- Para la aplicación de la encuesta, hubo que considerar la condición de salud que padecen los pacientes y que incidió en las respuestas que brindaron en algunas preguntas de precisión, como el ingreso económico bruto y el neto.
- No existen registros de estudios de costo efectividad de los programas que la institución ha desarrollado, producto del incremento de esta enfermedad.

Luego de haber planteado y justificado cabalmente la problemática sometida a investigación, nos remitiremos al Capítulo II sobre Marco Teórico, que enfoca a la Caja de Seguro Social desde una perspectiva histórica, en función de las acciones que en materia de salud y en lo económico ha propuesto, expuesta como toda organización a los vaivenes del entorno.

En el mismo título, se analizan los distintos modelos de atención con que se ha manejado la entidad de Seguridad Social, el aumento de las enfermedades crónicas, entre estas la Insuficiencia Renal Crónica, con la intención de coadyuvar a la más rápida comprensión de por qué es

necesario la búsqueda de soluciones que le procuren al sistema de salud en Panamá la atención sostenible de estas enfermedades.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

A. La Seguridad Social en Panamá

El interés por la protección de la fuerza laboral en Panamá surge a partir de los inicios de la República, motivado por las excesivas jornadas de trabajo a que eran sometidos los trabajadores durante y después de la construcción del Canal de Panamá, hasta que con la Ley 6 de 1914 se reglamenta el trabajo de los obreros y los empleados del comercio, estipulándose las jornadas de ocho horas y el descanso en los días domingo.

La Ley 17 de 1916 sobre accidentes de trabajo, regula el derecho a indemnizaciones para los trabajadores en estas circunstancias, con cargo al empleador. En 1920 y con un enfoque de beneficencia, la Ley 21 otorga el derecho a jubilaciones a las enfermeras que laboraban en los hospitales del Estado, las cuales no aportaban cuota alguna. Ello fue posible por la creación de un crédito adicional imputable al Departamento de Fomento.

Antes de la creación de la Caja de Seguro Social en 1941, los beneficios que tenía la población panameña en materia de protección en el trabajo, eran diferentes para los trabajadores del Estado y para quienes laboraban en el sector privado. Estos últimos, incursionaban en el comercio y la industria, obteniendo una jubilación con un mínimo de 20 años continuos de trabajo con un

mismo patrono. Para los empleados públicos, había un régimen uniforme para pensiones de invalidez y de vejez, con una contribución económica de 2.5 por ciento del salario, por parte del patrono y del trabajador. Para disfrutar de este beneficio, el trabajador debía haber completado 20 años de servicio y tener 60 años de edad. Esta medida derogó, temporalmente, las jubilaciones especiales existentes.

Los trabajadores, tanto públicos como privados, con excepción de los que se desempeñaban en faenas agrícolas y las servidoras domésticas, tenían derecho a prestaciones médicas e indemnizaciones en dinero, sólo en casos de accidentes de trabajo o enfermedades profesionales, sufragadas por los patronos.

1. Evolución histórica en las prestaciones económicas

La Ley 23 de 1941 crea la Caja de Seguro Social, lo que significó un avance significativo en América, pues en ese período en el área sólo contaban con regímenes de Seguridad Social Chile, Ecuador y Perú. Esta Ley unificó todos los sistemas de protección laboral existentes, asegurando la afiliación de todos los trabajadores dependientes e independientes, de los empleados públicos de todo el país y de la empresa privada de las provincias de Panamá y Colón en un inicio, hasta que posteriormente se fue incorporando toda la República. En 1946 se fueron concediendo nuevamente beneficios de jubilaciones especiales para algunos sectores de los empleados públicos.

BIBLIOTECA
UNIVERSIDAD DE PANAMA

La Ley 23, sin que mediara un estudio actuarial, introdujo las pensiones por invalidez, vejez y muerte, el seguro de enfermedad y maternidad y fijó la cuota obrero patronal en 2.5 por ciento para cada parte. La misma fue derogada a través de la Ley 134 de 1943, con la cual el aporte obrero patronal fue incrementado en un 4.0 por ciento para cada uno; esta vez con base a un estudio actuarial. Incorporó los subsidios por maternidad en doce semanas y auxilios funerales.

El Decreto Ley 14 de 1954 modifica la Ley 134 Orgánica de la Caja de Seguro Social y establece el régimen de Seguro Voluntario. Se incluyen seis distritos al régimen obligatorio, el requisito de 20 años de cotizaciones para obtener el derecho a la jubilación con una edad de 55 años la mujer y 60 el varón; establece la pensión máxima en doscientos balboas, monto que en un año se eleva a B/.300.0. Fija la pensión mínima en B/.30.00, e incorpora el beneficio de indemnización por muerte.

En 1962, tomando como referencia nuevos estudios actuariales, se emite el Decreto Ley 9, que incorpora las pensiones a sobreviviantes y las asignaciones familiares. Eleva la pensión máxima a B/.500.00 y la mínima a B/.50.00. Fija al Estado contribuir con los gastos de administración con el 0.8% de los salarios básicos, más un porcentaje del gravamen sobre bebidas alcohólicas. Disminuye las cotizaciones a 15 años, crea el subsidio por enfermedad común y por primera vez se ofrecen prestaciones médicas ambulatorias a la cónyuge del asegurado y a los hijos de éste hasta los seis años de edad. En 1963 inicia la

atención médica para al esposo inválido de la asegurada y en 1966 se amplió al beneficio a los hijos menores de 10 años.

En 1970, el Decreto 68 incorpora la cobertura obligatoria de riesgos profesionales para todos los trabajadores del Estado y de las empresas particulares. Ingresan al régimen los trabajadores de las zonas bananeras de Bocas del Toro y Chiriquí. Las pensiones vigentes aumentan en B/.10.00.

En 1972 la Caja de Seguro Social coordina sus acciones de salud con el Ministerio de Salud, lo qua permite ampliar la cobertura de salud a más del 90.0 por ciento de los panameños.

La Ley 15 de 1975, mediante la cual se modifica la Ley Orgánica de la Caja de Seguro Social, amplía las prestaciones an atención médica, quirúrgica, farmacéutica, dental y de hospitalización a las esposas o compañeras de los asegurados; a los hijos menores de 18 años o de 25 si son estudiantes y a los inválidos de cualquier edad. Duplica las asignaciones familiares a B/.20.00 por esposa y B/.10.00 por hijos menores de 18 años o inválidos. Incorpora también a la madre de cualquier edad, al padre sexagenario y al inválido de menor edad. Aumenta la pensión mínima a B/.90.00 y la máxima a B/.1,000.00 y dacreta un aumento de B/.30.00 para las pensiones vigentes. Implanta el régimen de vejez anticipada para mujeres y hombres a 50 y 55 años de edad, respectivamente. La fórmula para el cálculo de las pensiones recibe modificación que la mejora, al tomarse como base el salario de los mejores cinco años dentro de los últimos 15 años de servicio.

En 1976 la pensión mínima es elevada a B/.100.00 y se otorga un aumento de B/.10.00 a las pensiones vigentes. Ingresan al régimen del Seguro Social seis distritos más y la Comarca de San Blas (Kuna Yala), con la que se incorpora a toda la República a la Seguridad Social. Ingresan algunos trabajadores de la antigua Zona del Canal, como resultado de los Tratados Torrijos Carter. Para 1981 la pensión mínima es elevada a B/.120.00 y la máxima es fijada en B/.1,500.00 para aquellos cotizantes con 30 años de servicios, cuyo salario en los últimos 15 años hubiera sido de ese monto o más. La fórmula del cálculo también fue mejorada, al tomarse como referencia los tres, cuatro o cinco mejores años entre los últimos 15 años laborados. Aumentaron en B/.20.00 las pensiones vigentes. Un año después el personal no estadounidense de la Comisión del Canal y del Departamento de Defensa, fueron incorporados al régimen de enfermedad y maternidad.

La pensión mínima recibió otro aumento en 1983, ascendiendo a B/.145.00, derivando también las pensiones vigentes aumento de B/.25.00 y de B/.20.00 adicionales en 1986.

Dadas las dificultades financieras del Programa de Vejez, Invalidez y Muerte, en 1991 la Ley 30 del 26 de diciembre reforma el Decreto Ley 14 sobre la Ley Orgánica de la Caja de Seguro Social, siendo las principales modificaciones: la aliminación de la Pensión por Vejez Anticipada a partir de enero de 1992; incremento de la edad de jubilación en dos años, quedando en 57 años para las mujeres y 62 para los hombres a partir de enero de 1995; varía la fórmula para el cálculo de las pensiones disminuyendo las mismas, pues se toma como base

el salario promedio de los siete mejores años, que otorgan una base del 60.0% más un 1.25% por cada 12 cuotas adicionales a 180 y se reduce a 25 años de servicios el requisito para obtener la pensión máxima de B/.1,500.00.

En el año 1999, se incorporan al régimen del Seguro Social, las amas de casa. Posteriormente, se eliminan los beneficios económicos para el esposo inválido. En diciembre del 2001 se aprueba la Ley 67, que modifica la Ley 15 de 1975 sobre la Ley Orgánica de la Caja de Seguro Social. La nueva ley le concede a la viuda que goza de una pensión de la institución, el disfrute simultáneo de la pensión que le corresponde por el esposo fallecido por el término de cinco años. En junio del 2002 la Asamblea Legislativa aprueba la Ley 29 que garantiza la salud y la educación de la adolescente embarazada, de tal manera que las mismas podrán recibir atención durante su embarazo, parto y puerperio en la Caja de Seguro Social.

2. Evolución histórica en los servicios de salud

Una de las principales metas de la Seguridad Social fue contar con servicios médicos propios y establecimientos de salud para la protección y recuperación de la salud de sus afiliados, en lo que en sus inicios generó oposición por parte de poderosos intereses creados. Sin embargo, con el apoyo de la opinión pública, imperó la razón, la justicia y la conciencia social. La Caja de Seguro Social inauguró en el año 1955 su primera policlínica, la Presidente Remón, en la ciudad de Panamá y paulatinamente fue extendiendo su acción a las provincias de Colón y David hasta organizar en forma amplia y eficiente casi

todas las regiones del país, con servicios médicos especializados, de apoyo y de diagnóstico. En 1957 inaugura el primer pabellón de hospitalización para la población asegurada en el Hospital Santo Tomás.

El 21 de mayo de 1962, luego de rigurosos estudios, investigaciones, análisis y planeamiento de los beneficios que representaría tan cuantiosa inversión, se inaugura el Hospital General de la Caja de Seguro Social, siendo éste, para la época, la mejor institución de su género en el país, en Centroamérica y en gran parte de Sudamérica.

En la década de los 70, comienza a funcionar la Policlínica Especializada, al lado del Hospital General, para dispensar consulta externa especializada de tercer y cuarto nivel de atención con especialistas y subespecialistas para la atención de la población. La misma también absorbió algunos departamentos que ocupaban espacio en el Hospital General para ampliar la capacidad de éste. En al año 1974, se inaugura el Hospital Regional Dr. Rafael Hernández, en David, provincia de Chiriquí.

3. Recursos

Para el año 2005 la Caja de Seguro Social destina un presupuesto de alrededor de B/.400,000.000 para la atención de los problemas de salud de la población asegurada.

En el año 1999, la institución contaba con una oferta de 44 instalaciones de salud en la República, que en cinco años fue duplicada, de modo que actualmente los servicios de salud a la población asegurada se brindan en 81

establecimientos sanitarios, 15 de los cuales son hospitales, 27 policlínicas, 13 Unidades Locales de Atención Primaria de Salud (U.L.A.P.S.) y 26 Centros de Atención Primaria de Salud (C.A.P.S.).

Entre las policlínicas, están las denominadas básicas, compuestas por médicos generales, psiquiatra, gineco obstetras, pediatras, madicina interna, cirugía; y las de especialidades, en donde se agregan al recurso anterior los médicos sub especialistas. En el área metropolitana las Policlínicas Dr. Carlos N. Brin, Don Alejandro De La Guardia, Dr. Manuel Ferrer Valdés y Dr. José J. Vallarino Z., cuentan con unidades de cirugía ambulatoria, al igual que la Dr. Santiago Barraza en La Chorrera y la Dr. Horacio Díaz Gómez, en Santiago.

En cuanto a los hospitales que posee, el Complejo Hospitalario Dr. Arnulfo Arias Madrid, es considerado como de alta tecnología en el tratamiento de las enfermedades, por lo que corresponde a un cuarto nivel de atención y provee atención especializada en Hematología, Trasplantes de Riñón, de Médula Ósea, cirugías de Corazón Abierto, Cateterismos, Angioplastías, Medicina Nuclear, laboratorio de Inmunología especializada, entre otros, a la población asegurada de toda la república.

Entre los hospitales de tercer nivel de complejidad, se encuentran el Regional Dr. Rafael Hernández en la provincia de Chiriquí, Complejo Hospitalario Dr. Manuel Amador Guerrero, en la provincia de Colón; Hospital Dr. Rafael Estévez en Aguadulce, Hospital El Vigía en la provincia de Herrera; el Hospital de Especialidades Pediátricas y el Hospital Dra. Susana Jones, en la ciudad de Panamá.

Hospitales de segundo nivel de complejidad son el de Changuinola, el Hospital de Chepo, el Hospital Dionisio Arrocha, el Hospital Dr. Ezequiel Abadía, el Hospital de Almirante y el de Chiriquí Grande. Existen además dos hospitales de atención especializada, como son el Hospital Geriátrico 31 de Marzo y el Hospital Hogar de la Esperanza, ambos en la provincia de Panamá.

Respecto al capital humano, la Caja de Seguro Social le facilita el sistema de salud del país el 55.0% de médicos generales, 67.0% de médicos especialistas y el 56.0% de enfermeras.

4. Cobertura

Para el año 1993 la población total de la República era de 2,564,153 habitantes y la población protegida por la Caja de Seguro Social era de 1,422,138 personas, o sea el 55.46 por ciento. Para el año 2004, las cifras preliminares señalan a una población total de 3,172,360 habitantes, y la población protegida por la entidad de Seguridad Social asciende a 2,003,108 personas, que representa el 63.14 por ciento de la población total. De estos últimos 677,029 (33.79%) son asegurados activos, 151,282 (7.55%) pensionados y jubilados y 1,174,797 (58.64%) son dependientes.

Para el año 2004, en lo que respecta a la población asegurada por región, se observa que la mayor concentración se da en la provincia de Panamá, con 1,055,825 asegurados, de los cuales un 54.81% son beneficiarios; en tanto que la provincia de Chiriquí se mantiene en un segundo lugar con 246,977 asegurados, de los que el 61.56% son beneficiarios.

La Caja de Seguro Social, en procura de brindar servicios de salud a esta población asegurada a nivel nacional, mantiene una serie de programas, entre los que se pueden señalar los de Promoción y Prevención, de Recuperación y Rehabilitación de la Salud, del Trabajo y del Ambiente, de Salud Comunitaria y de Gestión. Por otro lado, también cubre los programas de Prestaciones Económicas y el de Riesgos Profesionales, entre los que se pueden señalar las Pensiones por Vejez, Invalidez y Muerte; Subsidios por Enfermedad Común, de Maternidad, entre otras prestaciones.

B. Reformas en los modelos de atención

Posterior al inicio de la República, el Gobierno atendía las necesidades de salud e higiene pública de la población, a través de diversas instituciones, que fueron perfeccionándose en el período de 1930 a 1943, cuando se crea el Ministerio de Salud y Obras Públicas en 1941, año en que se funda la Caja de Seguro Social, con programas de corte curativo, dirigidos a proteger la salud de la población cubierta.

A partir de este momento, el gobierno asume cada vez más participación en los problemas de salud pública, estableciendo en 1945 el Ministerio de Trabajo, Previsión Social y Salud Pública. En el período que va de 1962 a 1970 se da el Plan de Salud Ministerial, que lleva a cabo la integración de los servicios preventivos y curativos como estrategia nacional, a fin de evitar su duplicidad en la oferta y poder establecer orden en el desarrollo institucional en todo el sector salud, pues eran evidentes situaciones que no permitirían el desarrollo de un

sistema de salud que garantizara a todos una salud de calidad y con equidad como pretendía el Estado.

Entre estas deficiencias se enuncian la concentración de recursos en algunas provincias y limitados en otras, énfasis en actividades preventivas en algunas áreas y de acciones curativas en otras, poca accesibilidad de los servicios de salud para algunos sectores de población, entre otros.

En 1969 el gobierno crea el Ministerio de Salud, entidad con la que se busca la agilización de los núcleos poblados, concediéndoles potestades descentralizadas, a fin de que los establecimientos de menor jerarquía marchen alrededor de los más complejos o centros médicos urbanos que son las sedes de las áreas médico administrativas, así como de los hospitales generales.

Al existir el Ministerio de Salud y la Caja de Seguro Social como organismos proveedores de salud, Panamá no escapa a la preocupación de los gobiernos latinoamericanos y de los entes internacionales asesores en materia de salud y de seguridad social, como la Organización de Estados Americanos y la Organización Panamericana de la Salud, por buscar un mecanismo que impida incurrir en la duplicidad de los servicios de salud, la dispersión de recursos y procurar así mismo un acrecentamiento en la eficiencia de los servicios de salud, que no afecte los intereses de la estructura administrativa y jurídica que reglamentan el funcionamiento de las diferentes instituciones que forman el sector salud.

Adicional a esto, desde la década de los 80 los gobiernos latinoamericanos se vieron precisados a enfrentar temas como el fortalecimiento de la

democracia, la modernización del Estado y la recuperación de la actividad económica, como consecuencia de los procesos de globalización y de integración subregional, que produjeron su impacto en la reducción del gasto público, entre estos el de salud. De ahí el requerimiento de una mayor participación de la comunidad y del sector privado, que permitiera cumplir con el objetivo principal de mejorar el nivel de salud para toda la población.

La Caja de Seguro Social no escapó a esta corriente, y a través de los años ha ido proponiendo diversos modelos de atención que aseguren la provisión de servicios de salud de calidad a la mayor cantidad de población dentro de la República.

1. Modelos de atención

Al hablar de modelos de atención en salud, nos referimos a la manera de dispensar las atenciones de salud a la población y a su ambiente para satisfacer las necesidades de estos servicios, garantizando a su vez el desarrollo del potencial físico y psicosocial, para que las personas logren alcanzar su mayor nivel de desarrollo humano. Esto se da desde el momento de la concepción hasta la muerte, por lo que implica un proceso de intervención permanente, tanto individual como colectivo, en distintos entornos, etapas y circunstancias del proceso salud enfermedad. La atención en el espacio individual se caracteriza por la forma como se atienden las necesidades específicas de las personas en su dimensión biológica, sicológica y social. Se incluyen las intervenciones

materiales y espirituales sobre los individuos en su medio ambiente inmediato: la pareja, el hogar y la familia.

En cuanto al modo de realizar las intervenciones, referente al abordaje parcial o integral, también se encuentra la accesibilidad a los servicios en relación al aspecto socio económico, las relaciones entre prestadores de servicios y usuarios y el grado de participación social. En el primero, el acceso a la salud puede estar limitado por el poder adquisitivo de las personas y de ello un ejemplo es la atención pública y la privada. Las segundas se caracterizan por la manera como se comparte el conocimiento y las habilidades de intervención sobre la salud y la enfermedad en la relación paciente-médico u otro trabajador de la salud, en donde estos últimos pueden utilizar su poder sobre el usuario, para que confíe en lo que le dice y siga las recomendaciones tal cual se le indican; o por el contrario, puede compartir el conocimiento con el paciente, educándolo, escuchando los aportes del enfermo y derivando con ello su compromiso hacia el auto cuidado de la salud. Todo esto se puede alcanzar en el plano colectivo, a través de la participación social.

De esta manera, los modelos de atención en salud, pueden estar encaminados a la atención parcial o profunda de los problemas sanitarios, en donde su enfoque puede ser de carácter curativo o bien de abordajes integrales de la situación de salud. Existe otra denominación de modelo promocionel

preventivo, que busca fortalecer "los componentes rezagados en la atención de predominio curativo".[5]

a. Integración del sector salud

En 1973, se inicia gradualmente la integración de la Caja de Seguro Social y del Ministerio de Salud, en una estructura administrativa única, que comienza con las provincias de Colón, Bocas del Toro y Veraguas y que en el término de cinco años llegó a abarcar todo el territorio nacional, a excepción del área metropolitana de la provincia de Panamá.

Este proceso surge inspirado por un principio doctrinal de justicia, equidad y solidaridad humana que reconoce a la salud como un derecho y un deber de todos los hombres por igual, consignado por la Organización Mundial de la Salud, en la Duodécima Sexta Conferencia Internacional del Trabajo de 1944, en la Declaración Universal de Derechos Humanos de 1948 y en la Declaración de Alma Ata, cuando señala la necesidad de impartir la atención preventiva en el contexto de los sistemas nacionales de salud.

Dado que la integración en salud se llevó a cabo en momentos en que la Caja de Seguro Social se avocaba a la ampliación de cobertura poblacional y la extensión de los beneficios de la seguridad social a grupos organizados como sindicatos, billeteros, asentamientos campesinos, le significó a la institución un aumento en su presupuesto destinado a atención médica y cuidados de salud. Lo anterior se observa con claridad en el informe preliminar emitido en 1984 por

---

5 Escala, op. Cit. Pág. 3.

la Comisión para el Estudio de los Sistemas Integrados de Salud, que destaca como datos de importancia los siguientes:

"a) La población protegida por la Caja en la república, aumentó en 102.7% de 1972 a 1982. La cobertura poblacional de la seguridad social se triplicó pasando de 430,000 personas a 1,132,000.

b) En ese mismo período el presupuesto de la Caja se incrementó en un 319% y el del Ministerio de Salud en 263%.

c) Para el financiamiento del sector, la Caja de Seguro Social aportaba en 1982 el 62.19% de su presupuesto y en 1982 el 66.63%, en tanto que el Ministerio de Salud en 1972 aportaba el 37.81% y en 1982 el 33.37%".[6]

En 1983 el presupuesto global de ambas instituciones para la atención médica y cuidados de salud ascendió a 22 millones de balboas, de los cuales la Caja de Seguro Social aportó el 70.0% y el Ministerio de Salud el 30.0%. Estos porcentajes se mantenían aún en 1995 y persisten en la actualidad, por la falta de instrumentos adecuados que permitan fijar los costos para cada una de las instituciones involucradas.

El sistema de integración de salud se considera como de impacto, pues con el mismo se elevaron los indicadores de salud como la disminución de la mortalidad infantil y la elevación de la esperanza de vida. En 1990, ante la ausencia de una ley, se introdujo la figura de un subsidio interinstitucional, basado en un análisis de la producción, rendimiento y costos reales de las

---

[6] Mérida, Melva. "La Seguridad Social en Panamá": conferencia interamericana de seguridad social. Editorial Piensa, S.A. de C.V., 1995. Pág. 52.

prestaciones de salud, a fin de permitir la atención igualitaria de toda la población que demande servicios públicos de atención médica, garantizando la accesibilidad de los mismos.

b. Sistema de Adscripción Médica Integral (S.A.M.I.)

En la década de los ochenta, la Caja de Seguro Social pone en marcha el sistema de atención médica integral, que buscaba racionalizar el uso de los servicios médicos y obtener la satisfacción de los usuarios a través de la asignación de médicos de cabecera. El sistema feneció en corto tiempo, por fallas en su promoción y organización.

c. Modernización de la Caja de Seguro Social

En 1995 los directivos plantean una serie de estrategias para impulsar un modelo de atención que enfoca las actividades dirigidas a la protección y a la conservación de la salud de las personas, puntualizando que éstas son responsabilidad de varias instituciones públicas, lo que sugiere la necesidad de una coordinación intergerencial, para lo que debe existir una clara definición de las responsabilidades y de los recursos con que cuentan. Se refiere también al cambio de paradigma en cuanto a que la función del Estado en salud debía ser aumentar la cobertura geográfica, la cantidad o el tipo de servicios de salud; ahora urge prestarle mayor importancia al mejoramiento de la eficiencia y productividad en la utilización óptima de los recursos disponibles, canalizándolos

a las áreas y necesidades prioritarias, con lo que se mejora la calidad de vida de la población y se cumple con la intención de aumentar la cobertura.

Para que se definan las opciones más ventajosas, a fin de que la población pueda disponer de una atención apropiada, oportuna y eficiente, se requiere de una ley que regule el proceso e integración de los servicios públicos de salud y el ámbito de acción de las instituciones prestadoras de los servicios de salud, así como el control de resultados en los aspectos técnicos, administrativos y financieros.

Mientras que lo anterior ocurre, la administración de la Caja de Seguro Social es consciente de los cambios en las estructuras económicas y sociales que vive el país, por lo cual la entidad no puede sustraerse a esta realidad y propone la modernización de su sistema de seguridad social, utilizando para su nueva organización parámetros financieros y operativos de las organizaciones privadas, pero con una función social, con el objeto de hacerle frente con eficiencia a la misión social y a la responsabilidad que le confiere la Ley Orgánica dentro de condiciones de estabilidad financiera.

De esta manera, la filosofía y principios de la reforma del sector salud y de la Caja de Seguro Social, se fundamentan en cinco principios: "Integralidad de la salud humana, responsabilidad y participación social, equidad, solidaridad y seguridad social, eficiencia en el desarrollo de las acciones de salud y eficacia en las acciones de salud".[7]

---

[7] Caja de Seguro Social. "Modernización de la Caja de Seguro Social: una respuesta hacia el 2000. Panamá, 1995. Pág. 42.

Estas nuevas estrategias organizativas conllevan que la estructura, los métodos organizativos y la cultura de la Caja de Seguro Social, reciban cambios. La estructura de la organización estará basada en la especialización por procesos técnico administrativos de cada una de sus unidades constitutivas, para lo cual existirán tres grandes sistemas que buscan fortalecer la capacidad competitiva y la calidad de la respuesta en salud y en beneficios económicos, para lo que tendrá lugar el desarrollo de nuevas tecnologías en las áreas médicas y administrativas. A su vez, no excluye al sector privado, el cual integra cuando la respuesta a nivel interno no es de la mejor calidad.

c.1. Servicios de salud

Sustentados sobre los principios de equidad, solidaridad e integralidad, compuesto por seis procesos o áreas estratégicas: prevención y atención ambulatoria, urgencia, cirugía, hospitalización, rehabilitación y apoyo técnico.

Con estos procesos, la institución concluye la atención por programas, para dar paso a la atención integral, que busca prioritariamente la prevención de la enfermedad. Incluye la visita domiciliar y la creación de nuevas estructuras, como las Unidades Locales de Atención Primaria en Salud, que pueden integrar a unidades del Ministerio de Salud. Considera también la puesta en marcha de Hospitales de Corta Estancia y de Día. En las policlínicas, además de la atención de urgencia, proveerán cirugías ambulatorias y unidades de rehabilitación. En esta área estratégica, el asegurado tiene la potestad de atenderse donde lo desee.

c.2. Seguridad económica

Busca garantizar esta condición, con solidaridad, realizando actualizaciones periódicas que encuentren el equilibrio entre la jubilación y pensionamiento, con relación a los elementos de costo de vida que afectan negativamente la calidad de vida, mediante la búsqueda de fuentes de financiamiento no habituales, con el desarrollo y promoción de productos, así como el manejo eficiente de los fondos, que permita el acrecentamiento de los beneficios. Pretende igualmente fortalecer el rendimiento y la misión de seguridad social, con el ingreso a otros mercados, como son el de la economía informal, planes especiales, recuperación de cartera e introducción de nuevos servicios. Asegura además los cobros y registros de empresas y salarios.

c.3. Sistema de mercadeo financiero

Asegura que las inversiones financieras de la entidad tengan un nivel de rentabilidad competitiva y productiva, segura, eficiente y con liquidez para ofrecer a los clientes servicios de excelencia. Debe promocionar la consecución de nuevos financiamientos a la institución, utilizando los fondos generados por las otras áreas, generando ahorros para su autofinanciamiento. Para ello, hay que diversificar las inversiones, la inversión financiera en el sector privado, asegurando transparencia y seguridad. Lo anterior implica una serie de reformas en la Ley Orgánica de la Caja de Seguro Social. Considera algunas áreas estratégicas como los préstamos hipotecarios, inversión en cooperativas,

financiamiento a través de terceros para el beneficio de los jubilados y pensionados, entre otros.

Este modelo requería del desarrollo de áreas como participación social, descentralización, indicadores de éxito, docencia, que serían elaborados sobre la marcha, así como la preparación de los funcionarios para que asimilaran lo que significaba un cambio radical para alcanzar la visión planeada, de ser líder en los sistemas de salud, de seguridad económica y de mercadeo financiero.

El modelo expuesto prosperó por muy poco tiempo, debido a que se planteó con un enfoque de reingeniería de procesos y un cambio traumático y no por fases, considerando la incorporación de la reingeniería humana y tecnológica.

d Lineamientos políticos y estratégicos 1999-2004

En el año 2000, la Dirección General de la Caja de Seguro Social, centra su estrategia de intervención en la necesidad de un nuevo estilo de desarrollo, entendiendo este último concepto "como el proceso de mejorar la calidad de la vida mediante cambios que deriven en una mayor productividad, mejores niveles de vida, una mayor participación política y el acceso a bienes y servicios básicos,"[8] lo que va aparejado con la iniciativa adoptada por la Organización Mundial de la Salud en el año 1991 de 'Salud, condición del desarrollo económico'.

---

[8] Caja de Seguro Social. "Lineamientos Políticos y Estratégicos 1999-2004". Panamá, 2000. Pág. 4.

Lineamientos similares a los expuestos, fueron señalados en 1952 en la V Asamblea Mundial de la Salud, respecto a que el impacto de un programa de salud será totalmente diferente si está inmerso en un proceso social de desarrollo económico o si por el contrario se da en un momento de estancamiento económico, significando con ello que la conservación de la salud de una población no depende únicamente de las medidas específicas que adopte el sector salud, sino de las reformas de todos los factores estructurales que causan enfermedad.

Obviamente que una población sana por ende es productiva, contrario a una enferma que conllevará, de acuerdo al ciclo económico de la enfermedad, energía humana de baja calidad, que ha de requerir inversiones cuantiosas en recuperación y rehabilitación de la salud, que tenderán a reducir las inversiones en prevención, con lo que se generará inevitablemente más enfermedad, junto a un salario de subsistencia que impedirá la satisfacción de necesidades básicas, ocasionando nutrición deficiente, educación insuficiente, vivienda inadecuada, para finalmente reproducir más enfermedad.

Sobre estos fundamentos, la Caja de Seguro Social elaboró los Lineamientos Políticos y Estratégicos del Sistema de Servicios de Salud de la Seguridad Social panameña para el período 1999-2004, con el propósito de que guíen la acción en los procesos de planificación, organización y provisión de la atención en salud en todo el sistema, de manera articulada a través de la elaboración de planes estratégicos por las direcciones institucionales que respondan a las estrategias contenidas en el Plan Estratégico Nacional y los Lineamientos

Políticos y Estratégicos. Esa conexión debe conducir al logro de objetivos del sistema de salud y en la solución de los principales problemas del sistema, garantizando servicios eficientes, eficaces y de calidad para la satisfacción de los proveedores y derechohabientes.

El documento en cuestión plantea la visión y la misión de la Caja de Seguro Social, en donde la primera consigna que esta institución es de carácter social y está regida por los principios de Solidaridad, Universalidad, Integralidad y Subsidiaridad, que permitirán que cada asegurado y sus beneficiarios puedan disfrutar de una vida prolongada, saludable, creativa, que contribuya a su desarrollo armónico. Todo esto, contando con un estilo de desarrollo que asegure adecuados niveles de empleo y de salario al trabajador, que a su vez le permita garantizar a la entidad de Seguridad Social atención de salud de elevada calidad y calidez, al igual que protección permanente e inmediata en la atención de los Riesgos Profesionales.

En cuanto a la misión, consigna que lo prioriterio es preservar, consolidar y desarrollar la Caja de Seguro Social para las presentes y futuras generaciones y desplegar un extenso proceso de concerteción social pera el logro de la visión. Plantea además un cometido social de garantizar a tiempo servicios de salud integral y de seguridad económica, con sus recursos, para hacer frente a riesgos y daños bio-psico-sociales, ambientales y laborales de los derecho habientes, con base a los principios de universalidad, solidaridad, integralidad; con calidad humana y eficiencia.

La visión y misión de la Caja de Seguro Social orientan las cinco áreas programáticas de intervención en salud propuestas: Promoción, Prevención y Participación Social en Salud; Recuperación y Rehabilitación de la Salud; Salud Comunitaria y Familiar; Seguridad, Salud de los Trabajadores y del Ambiente; Gestión, Capacitación e Investigación en Salud.

e. Nuevo modelo de atención

Para el año 2003, la Asociación de Médicos, Odontólogos y Afines de la Caja de Seguro Social, presentó un proyecto a la Facultad de Medicina de la Universidad de Panamá, para incursionar en un modelo de atención , en aras de trasformar los servicios de salud en el contexto de un sistema nacional de salud que obviara la duplicidad de recursos en el sector. Dicho proyecto fue sometido a la consideración de la Dirección General de la Caja de Seguro Social. No obstante, ésta emite un documento sobre el nuevo modelo de atención que divulga internamente y se establece un acuerdo con el Ministerio de Salud para la planificación conjunta de los servicios de salud, que incluye el desarrollo del modelo de atención y que en la práctica no se consolida, pues se continúan construyendo establecimientos de atención primaria de salud, que representan duplicación de oferta.

Durante la administración del doctor Villalaz, sí se acogió la propuesta presentada por la Universidad de Panamá, la cual impulsa la institución a partir del mes de enero del año 2004, iniciándose un proceso de implantación en el área metropolitana (distritos de Panamá y de San Miguelito), con la adscripción

voluntaria de los asegurados, de forma sectorizada con respecto a los Centros de Atención y Promoción de la Salud, las Unidades Locales de Atención Primaria y las policlínicas del área.

El nuevo modelo de atención se desarrolla con las siguientes características:

"1. Sectorización a nivel del espacio geográfico poblacional del establecimiento.

2. Adscripción voluntaria al conjunto de médicos generales que voluntariamente aceptan participar en el proyecto.

3. Participación democrática de la comunidad (asegurada)

4. Actualización de los médicos generales.

5. Promoción activa por los medios de comunicación social y con organizacionas de asegurados."[9]

El nuevo modelo de atención, según sus promotores, generó un movimiento de adscripción de los asegurados y el beneplácito de la comunidad por el cambio. Sin embargo, ocurrieron diferencias entre los niveles intermedios del Ministerio de Salud y de la Caja de Seguro Social con relación a la implantación del modelo en el interior del país, pero la intención continúa siendo la puesta en marcha del modelo de atención integral en la red de atanción de los servicios de salud, a fin de configurar un sistema nacional de salud para todos los panameños, que reúna características de universalidad, equidad, solidaridad e integralidad.

---

[9] Escala, Manuel. op. Cit. Pág. 7.

El desarrollo del área de promoción, prevención y participación social en salud, en donde se sustenta el modelo de atención, a pesar de todos los planes, programas y proyectos, sigue presentando el siguiente escenario:

1. Participación limitada a los asegurados en la planeación, ejecución y evaluación de los servicios de salud de la institución.
2. Escaso desarrollo de las actividades promocionales y preventivas de salud a nivel institucional.
3. Marco legal institucional orientado fundamentalmente a los procesos de recuperación y rehabilitación de la salud.
4. ámbito profesional técnico para las áreas de promoción y prevención en salud.
5. Ausencia de estructura para el fomento y desarrollo de los procesos de promoción y prevención en salud.
6. Desconocimiento de los deberes y derechos en salud por los proveedores y demandantes de servicios.
7. Capacidad institucional de actuación reducida ante situaciones de desastres naturales y artificiales.
8. Énfasis en la medicina curativa en los programas de salud de la institución.
9. Falta de internalización de la salud como medio para el desarrollo socio económico.

10. Aumento en la incidencia de los accidentes en el hogar, deporte, tránsito y de las enfermedades sociales como la violencia doméstica y las adicciones.

C. Enfermedades crónicas

La cronicidad representa un proceso permanente, incurable e irreversible, con períodos de remisión y recaídas, con causas múltiples y con una evolución poco predecible, pues está condicionada a aspectos biológicos, del estilo de vida y aspectos socio económicos y ambientales que rodean al paciente. Por lo tanto, dejadas a su avance natural, o con una atención no adecuada, constituyen una pesada carga social por la dependencia e incapacidad para quien la padece; los sentimientos de pérdida de su estado anterior que experimentan los afectados, las repercusiones para la familia, desde el punto de vista socio económico; las tasas de morbilidad y de mortelidad, además de los costos económicos que suelen producir, debido a las incapacidades de la población activa y gastos sanitarios que generan.

No obstante, las enfermedades crónicas pueden ser prevenibles a nivel primario, mediante la modificación de los factores que las originan y que frecuentemente están relacionados al estilo de vida de las personas; su evitación también puede darse a nivel secundario, a través de la detección precoz.

1. Diabetes Mellitus

Trastorno en el funcionamiento del páncreas que causa una elevación del nivel de glucosa en sangre. El crecimiento de la Diabetes a nivel mundial es alarmante. La Organización Mundial de la Salud anticipa que la cantidad de casos nuevos estimados en 135 millones aumentará en los próximos 25 años a 360 millones, en donde mucho de este crecimiento ocurrirá en países en desarrollo, en los cuales la edad, dieta poco saludable, obesidad y estilos de vida sedentarios favorecerán su aparición. A nivel de la República de Panamá, es la quinta causa de defunción en las estadísticas vitales. Existen dos tipos principales de Diabetes Mellitus, la tipo I y la tipo II. La tipo I afecta a 4.9 millones de personas en todo el mundo, caracterizada por una deficiencia absoluta de Insulina, por lo que se conoce también con el nombre de Diabetes Mellitus Insulinodependiente, porque el paciente amerita inyecciones periódicas de insulina para evitar la muerte. Antiguamente era conocida como diabetes juvenil, porque se desarrolla más frecuentemente en niños y adolescentes, aunque persiste toda la vida. Requiere un estricto control médico por las alteraciones propias del metabolismo.

La Diabetes tipo II es mucho más frecuente que la tipo 1, representa más del 90% de todos los casos de esta enfermedad. Ocurre con más frecuencia en adultos mayores de 40 años con sobrepeso. En estos pacientes, la Diabetes no se debe a la carencia de Insulina, sino a que las células son menos sensibles a esta. Los síntomas clínicos son leves y los niveles elevados de glucosa en la

sangre pueden controlarse a través de la dieta, el ejercicio, la disminución de peso, la aplicación de un fármaco antidiabético o la Insulina.

El aumento en la prevalencia de la Diabetes Mellitus, especialmente la tipo II, está íntimamente relacionado con los estilos de vida de la población. De tal forma, que el envejecimiento, los hábitos poco sanos en la alimentación y la falta de ejercicio favorecen que este fenómeno ocurra. Esto ha sido claramente demostrado en los países del primer mundo, por la conexión que existe entre los cambios socio económicos y la prevalencia de la enfermedad, que en su caso afecta mayormente a los adultos mayores, mientras que en nuestros países en desarrollo la prevalencia se ubica cada vez más en la población joven.

Una Diabetes mal vigilada, puede producir severas complicaciones como amputaciones, Ateroesclerosis y una variedad de problamas cardiovasculares; la pérdida de la visión, lesión de los vasos renales y causar incluso la muerte del paciente.

2. Hipertensión Arterial

Es la elevación de la presión arterial y constituye la más común de las condiciones que afectan la salud de las personas y las poblaciones de todas las regiones del mundo, atendiendo a una variedad de elementos de carácter económico, social, ambiental, culturales y étnicos. Habitualmente no causa ningún síntoma que haga sospechar a la persona que la padece, por lo que su diagnóstico y tratamiento precoz es imperativo; si no se controla resulta

peligrosa para el corazón, el encéfalo y los riñones. Afecta a dos de cada cinco estadounidenses adultos.

Su prevalencia ha estado en aumento, a nivel mundial se estima que 691 millones de individuos la padecen. La Organización Panamericana de la Salud prevé que para los próximos diez años ocurrirán 20.7 millones de muertes por enfermedades cardiovasculares, de las que 2.4 millones serán consecuencia de la Hipertensión Arterial en el continente americano. Su frecuencia aumenta con la edad, después de los 50 años el 50% de las personas la sufren. En Panamá, las enfermedades del aparato circulatorio y los accidentes cerebro vasculares ocupan el primer y tercer lugar en las estadísticas vitales.

Existen factores de riesgo asociados a la Hipertensión Arterial, como la falta de ejercicio físico, niveles inadecuados de lípidos sanguíneos, elevada ingesta de sal, tabaquismo y alcoholismo, ante los que los individuos, las instituciones de salud y los gobiernos deben prestar atención para aplicar medidas de promoción y de prevención como las providencias más importantes, universales y menos costosas para contrarrestar esta problemática de salud.

3. Insuficiencia Renal Crónica Terminal

Es la consecuencia final de todo un acopio de enfermedades que se gestan por un período prolongado de tiempo, que aquejan a un segmento importante de la población en edad productiva y que dañan en forma progresiva la función renal. Según estadísticas mundiales, entre 100 y 120 personas por cada millón de habitantes son diagnosticadas con esta enfermedad. Dados los

conocimientos existentes, estas patologías como la Diabetes Mellitus y la Hipertensión Arterial son susceptibles de prevención a distintos niveles.

En sus comienzos la Insuficiencia Renal Crónica se caracteriza por los síntomas predominantes de las enfermedades causales, que paulatinamente se va complicando hasta presentarse como una insuficiencia multisistémica. Si no se detiene su curso, alcanza características propias y se perpetúa por sí misma de una manera progresiva e irremediable. El avance hacia la etapa terminal ocurre de una manera ordenada en la mayoría de los pacientes y está condicionado por la interrelación entre la enfermedad básica y los factores de riesgo que actúan como aceleradores de la progresión. Por esto, la importancia de la captación temprana de la Insuficiencia Renal Crónica, sobre todo de las enfermedades causales y de su prevención.

Su tratamiento está orientado inicialmente a controlar los síntomas, minimizar las complicaciones y retrasar el progreso de la enfermedad, de ahí la importancia de controlar las enfermedades asociadas.

Las complicaciones más serias de la enfermedad conducen al estado terminal de enfermedad renal, caracterizado por:

- Insuficiencia Cardiaca o Congestiva, Hipertensión, Pericarditis, disfunción de las plaquetas, pérdida de sangre en el tracto gastrointestinal, Anemia, Hepatitis B, C, Neuropatía Periférica, debilitamiento de los huesos, cambios en el metabolismo de la glucosa, disminución del interés sexual, impotencia, aborto, irregularidades menstruales, esterilidad, hiperpigmentación permanente, piel reseca, picazón, entre otros.

En esta fase de Insuficiencia Renal Crónica Terminal, hay tres tratamientos médicos indicados: la Hemodiálisis, la Diálisis Peritoneal y el Trasplante Renal, todos responden a la alta tecnología, por lo que sus costos resultan sumamente elevados, pero han permitido la sobrevida de los pacientes, que de otra forma hubieran muerto.

La selección de pacientes para estos programas, suele estar condicionada por los costos económicos que representan, la disponibilidad de recursos, y de órganos para trasplantar. No obstante, los criterios para la inclusión de pacientes deben considerar la edad e inteligencia del paciente, sus condiciones culturales y ambientales, la estabilidad emocional, la solidez del apoyo familiar y su motivación hacia el programa.

a. Tratamientos sustitutivos para la Insuficiencia Renal Crónica Terminal

La función de unos riñones sanos es la de limpiar la sangre y eliminar el líquido en exceso en forma de orina, también fabricar sustancias que mantienen saludable el organismo. Cuando los riñones no son capaces de eliminar desechos, la sal y el agua excesiva para evitar su acumulación en la sangre, se requiere de tratamientos de soporte.

a.1. Hemodiálisis

Esta modalidad de tratamiento se efectúa utilizando una máquina de diálisis y un filtro especial llamado riñón artificial o dializador, para limpiar la sangre. Este

fluido pasa al dializador mediante un acceso o entrada a los vasos sanguíneos, llevado a cabo a través de una cirugía, donde se le realiza al paciente una fístula, injerto o se le coloca un catéter.

Con la Hemodiálisis, la salud general del paciente mejora, se previenen las hospitalizaciones y su vida se prolonga. Debe ingerir medicamentos para la anemia y fortalecer los huesos y tener cuidados básicos como no levantar objetos pesados ni realizar trabajos que involucren grandes esfuerzos físicos.

En Argentina, el Centro de Enfermedades Renales, que opera con Sistemas de Calidad en Salud recertificado con las normas ISO versión 9000-2000 realizó una investigación con los pacientes que asistían a Hemodiálisis entre los años 1990 y 2001 para establecer un método para estimar el índice de expectativa de vida de los pacientes en ese tratamiento. Los resultados demostraron que la causa de muerte predominante fue la enfermedad cardiovascular, que los pacientes de Hemodiálisis tienen los mismos factores de riesgo que la población general y los propios; la mayoría ingresa al tratamiento de manera no programada, a través de unidades de terapia intensiva, factor importante que condiciona negativamente le sobrevida. Esta tasa es de mínimo un año y máximo de 11.3 años, ubicándose el promedio en 4.9 años.

Criterios para valoración de los pacientes al programa de Hemodiálisis

Al iniciar en 1970 este programa en la Caja de Seguro Social y con la intención de controlar el ingreso de pacientes y facilitar la selección de los candidatos para trasplante de riñón, se elaboraron algunos criterios que

limitaban el ingreso de pacientes al programa, de tal manera que quienes lo hicieran fueran aptos para recibir un riñón compatible de origen cadavérico o de donante vivo relacionado.

Estos criterios fueron redactados conforme a las prácticas utilizadas en ese entonces en 18 centros de diálisis europeos.

"1. Ser menor de 20 y mayor de 40 años de edad.

2. Poseer una condición siquiátrica, social y familiar incompatible con el programa (inestabilidad emocional, bajo nivel cultural y social).

3. Padecer enfermedad sistémica, como cáncer, lupus eritematoso, diabetes mellitus, y otros.

4. La presencia de estados de hipertensión maligna, y cardiomegalia o insuficiencia cardíaca congestiva".[10]

Las estadísticas ascendentes de pacientes nuevos en Hemodiálisis demuestran el abandono progresivo de estos criterios, que analizados hoy día a la luz de los conocimientos actuales sobre la bioética y sus principios, pueden ser considerados como violatorios de los derechos humanos y a la vida de los pacientes.

A fines de la década de los 90 el equipo interdisciplinario de Nefrología elaboró unos nuevos criterios de inclusión y de exclusión, llevados también por la necesidad de controlar el ingreso inmoderado de pacientes al programa.

---

[10] Cleghorn, Diamantina. "Importancia de la Atención de Enfermería en la Hemodiálisis como Tratamiento del Paciente Urémico". Tesis. Universidad de Panamá. Panamá, 1975. Pág. 66.

Criterios de Ingreso

1. Paciente diagnosticado con Insuficiencia Renal Crónica Terminal.
2. Status de derecho habiente.
3. Consentimiento informado firmado por el paciente.
4. Paciente autosuficiente para cumplir con el tratamiento.
5. Paciente con razonable expectativa y calidad de vida con el recibo del tratamiento.
6. Posibilidad real de recibir trasplante renal en cualquiera de sus modalidades.
7. Apoyo familiar comprobado.
8. Presentado y calificado por la Comisión de Hemodiálisis.

Criterios de no ingreso

1. Mayor de 65 años de edad.
2. Situación socio económica precaria para el cumplimiento satisfactorio del tratamiento.
3. Enfermedad psiquiátrica refractaria al tratamiento.
4. No cumplimiento del tratamiento con sus componentes psico educativos.
5. Retardo Mental leve, si no cuenta con red de apoyo familiar que favorezca la supervisión y cumplimiento del tratamiento.

Criterios de exclusión para pacientes que ya están en algún programa de Diálisis (deben ser avalados por el Comité de Ética del Hospital y el Departamento de Asesoría Legal).

1. Paciente con incapacidad para comunicar su voluntad o con poca o ninguna posibilidad de recuperación en la toma de decisiones.
2. Pacientes que por voluntad propia deciden abandonar el tratamiento, sin que medien presiones o factores reversibles de orden físico, mental o social.
3. Pacientes con marcado deterioro físico o psicológico, altamente dependiente y/o con una pobre calidad de vida.
4. Paciente diagnosticado con V.I.H. positivo dentro del programa y que se encuentre en fase irreversible del SIDA.
5. Pacientes que por la Hemodiálisis presenten complicaciones potencialmente letales, caso en que queda la opción de la Diálisis Peritoneal.

a.2. Diálisis Peritoneal

Este tratamiento le ofrece al paciente una mejor calidad de vida respecto a la Hemodiálisis que se da en un centro hospitalario. Cómo esta técnica se efectúa extra hospitalariamente, el paciente requiere de condiciones de salubridad y la práctica de hábitos de higiene cuando se efectúa el procedimiento. Cuando estas condiciones no se cumplen, la causa más frecuente de morbilidad en los pacientes es la Peritonitis, que en algunas ocasiones provoca la pérdida del

acceso para la Diálisis y el paciente debe retornar entonces a la Hemodiálisis si aún no tiene la posibilidad de lograr un Trasplante Renel.

a.3. Trasplante Renal

Es el tratamiento que mejor oportunidad de rehabilitación le ofrece al paciente. Los receptores disfrutan de una mejor calidad de vida, tanto objetiva como subjetiva, que los pacientes bajo cualquier otra forma de tratamiento. En América Latina el primer trasplante fue realizado en 1957 en el Instituto de Investigaciones Médicas de Buenos Aires, Argentina, con poca supervivencia. Se llevó a cabo con éxito por primera vez en 1965 en Sao Paulo, Brasil.

Los riñones pueden obtenerse de dos fuentes: personas vivas, principalmente familiares consanguíneos y cadáveres. Ambos tipos de trasplante tienen buenas oportunidades de éxito, debido a los nuevos métodos de inmunomodulación y la experiencia de los grupos de trasplante. Esta modalidad de tratamiento tiene grandes connotaciones morales particulares y específicas en el entorno social y los órganos donados deben considerarse un recurso público resultante del altruismo de un donante en beneficio de otros para él ignorados, nunca debe estar de por medio el interés económico. Cuando se trata de donantes vivos el acto de dar debe estar desprovisto de otra motivación que no sea el desprendimiento y el sentimiento de amor por la persona beneficiada. De ahí que tanto el donante como el receptor sean tratados por un equipo interdisciplinario en el que se encuentran Trabajadores Sociales y Psicólogos,

quienes deben garantizar la preparación emocional y la disposición desinteresada de donar.

La Ley 52 del 12 de diciembre de 1995 reglamenta la obtención, preservación, almacenamiento, transporte, destino y disposición final de órganos o componentes anatómicos y los procedimientos para trasplantarlos en seres humanos.

Por otra parte, existe el Convenio DALC-007-2003 de coordinación funcional y financiera, entre el Ministerio de Salud, la Caja de Seguro Social y el Patronato del Hospital Santo Tomás, para la aplicación del programa nacional de Trasplante Renal a la población asegurada y no asegurada.

Después de haber analizado la rica historia de la primera entidad de Saguridad Social con que cuenta nuestro país y señalar los múltiples servicios que presta a nivel de las Prestaciones Económicas y de los Servicios de Salud, entre estos últimos la costosa atención que representan las enfermedades crónicas y los tratamientos para las mismas, como en el caso de la Insuficiencia Renal Crónica, resulta pertinente referirnos a la condición financiera en que se encuentra actualmente la Caja de Seguro Social, expuesta ectualmente a la necesidad urgente de reformas, para garantizar su existencia.

D. Situación financiera actual de la Caja de Seguro Social

La entidad cuenta con cuatro grandes programas: Enfermedad y Maternidad, Invalidez, Vejez y Muerte; Riesgos Profesionales y el de Administración. Al 31 de diciembre del 2004 los tres primeros mostraron resultados negativos en cuanto

al estado de fondos, contando con reservas de pronóstico reservado para el pago de beneficios al final del año. En el caso del programa de Enfermedad y Maternidad el déficit para el 2004 se situó en 22.42 millones. Lo anterior puede tener diversas causas, entre ellas la situaciones políticas y socio económicas por las que ha ido atravesando el país y el mundo en las últimas décadas.

Así, entre 1999 y 2004 el total de salarios sobre los que la institución recibió cuotas creció en promedio de un 2.93% por año y la población de asegurados activos en 1.89%. De tal manera que los ingresos crecieron al 1.7% y los gastos al 7.0%.

Las cifras permiten evidenciar que en 1960 eran 24 asegurados por un pensionado, en 1970, once asegurados por un pensionado, en 1980 ocho asegurados por un pensionado y del año 1990 al 1999 se mantuvo en cinco asegurados por un pensionado. Al 2004 son 4.5 asegurados por cada pensionado. Al respecto, la esperanza de vida en 1960 estaba en 54.4 años para los hombres y 56.2 para las mujeres, cuando la edad de jubilación era de 55 y 60 años de edad; para el año 2004 los hombres tienen una expectativa de vida al nacer de 72.25 años y las mujeres de 77.36, con la actual edad de jubilación de 57 y 62 años de edad.

La situación financiera de la Caja de Seguro Social es tan grave que es considerada como un asunto de Estado, puesto que se estima que de no tomarse las medidas correctivas en este momento para reformar la Ley Orgánica que ectualmente la rige, entre los años 2013 y 2014 el déficit de la misma ascenderá a 581 millones de balboas, cifra que se acrecentará año tras año.

CAPÍTULO III

PERFIL SOCIO ECONÓMICO DE LOS PACIENTES QUE ACUDEN AL TRATAMIENTO DE HEMODIÁLISIS

El crecimiento vertiginoso de la Insuficiencia Renal Crónica, para la cual no existe cura, así mismo el incremento de pacientes en el programa de Hemodiálisis, tratamiento dirigido a controlar los síntomas, a disminuir las complicaciones y posponer lo más posible el avance de la enfermedad, provocó la aplicación de una encuesta para la obtención de una serie de datos sobre el afectado que es atendido en el programa de Hemodiálisis de la Caja de Seguro Social y su relación entre el paciente y el entorno.

Este instrumento nos permitió obtener elementos de juicio que sustentan la identificación de estrategias tendientes a mejorar la condición de esta enfermedad, desde el punto de vista de la incidencia y prevalencia, de manera tal que haya una mejor programación de las actividades que en esta materia se desarrollan, con una garantía de mayor eficiencia, eficacia y efectividad.

A. Objetivo de la encuesta

La encuesta aplicada a los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica que se someten al tratamiento de Hemodiálisis en la Caja de Seguro Social, tuvo como

propósito medir una serie de variables que guardan relación con el paciente y el tratamiento que recibe.

Examinamos el área personal de los pacientes en cuanto a la pérdida del estado de salud anterior, las repercusiones físicas y emocionales causadas por la enfermedad; el área familiar en cuanto al impacto de la enfermedad para la familia y el área social, al considerar los cambios en el ámbito laboral y la situación económica del paciente, entre otros.

B. Análisis estadístico de los resultados de la encuesta

Para la elaboración de las diferentes estrategias que requieren ser desarrolladas, en procura de disminuir el impacto que en la salud de la población asegurada representa la Insuficiencia Renal Crónica, se analiza una serie de informaciones dentro del componente psicosocial, con relación a esta grave enfermedad y a los pacientes que la padecen. El área de la promoción y de la prevención es un recurso valioso y probablemente el más idóneo para abordar con acciones integrales la problemática de la sostenibilidad de este programa, en cuanto a los recursos, instrumentos y capacidades que se requieren para afrontarla y para controlarla.

C. Población de estudio y muestra seleccionada

El programa de Hemodiálisis de la Caja de Seguro Social le brinda atención a 457 pacientes, en seis instalaciones que cuentan con las facilidades y el equipo necesario para dar este servicio. De esta población, se seleccionó

aleatoriamente una muestra estratificada de 95 pacientes, que representa aproximadamente el 20.0 % de la población. (Véase anexo, cuadro 1).

D. Características de los centros de Hemodiálisis

1. Complejo Hospitalario Dr. Arnulfo Arias Madrid

Al mes de febrero del 2005 contaba con 246 pacientes en este tratamiento y 91 en Diálisis Peritoneal. Dispone de tres salas de Hemodiálisis, con una capacidad de tres salas y 31 máquinas, de las cuales sólo hay 26 funcionando en cinco turnos. El recurso humano está constituido por seis médicos Nefrólogos, cuatro residentes en Nefrología, un médico general en la tarde de lunes a viernes y 12 enfermeras.

2. Hospital Dr. Rafael Estévez

Ubicado en la ciudad de Aguadulce, provincia de Coclé. Su fecha de inicio de Hemodiálisis es diciembre del 2002. Dispone de una sala, con 16 máquinas de Hemodiálisis, de éstas 14 en uso, una en reserva y la otra en mantenimiento. Al 4 de enero del 2005 tenían 68 pacientes recibiendo Hemodiálisis en cinco turnos: tres los lunes, miércoles y viernes y dos los martes y jueves. Hay un médico nefrólogo de planta, un médico general y cuatro enfermeras de lunes a viernes. Sus pacientes provienen de las provincias centrales: Veraguas, Herrera, Los Santos y Coclé. Los de Chitré se transportan en un autobús de ruta que paga la Caja de Seguro Social y los de Las Tablas en un busito de la Caja de Seguro Social. Actualmente se preparan para atender a 20 pacientes en el

tratamiento de Diálisis Peritoneal que le enviará el Complejo Hospitalario Dr. Arnulfo Arias Madrid y ya le están dispensando el entrenamiento a cuatro pacientes captados en su área.

3. Comptejo Hospitalario Dr. Manuel Amador Guerrero

Localizado en la ciudad de Colón. Es una unidad pequeña, que cuenta con nueve máquinas. Prestan servicio una Nefróloga dos veces por semana, un médico general de turno en la noche y cinco enfermeras. Tienen habilitados dos turnos semanales. A inicio de enero de 2005 contaban con 36 pacientes de Hemodiálisis y nueve en Diálisis Peritoneal.

4. Hospital Dra. Susana Jones

Situado en la provincia de Panamá, atiende pacientes mayormente del área de Panamá Este. Inició Hemodiálisis el 27 de mayo del 2003, cuenta con una sala y seis máquinas de Hemodiálisis. Es una unidad pequeña en expansión. Asiste una Nefróloga tres veces por semana, un médico general de turno en la noche, tres médicos generales, seis enfermeras y tres auxiliares de enfermería. Tienen organizados tres turnos semanales, al mes de febrero del 2005 contaban con 36 pacientes en Hemodiálisis y no tienen Diálisis Peritoneal.

5. Hospital de Especialidades Pediátricas

Ubicado en la ciudad de Panamá, acuden niños de cualquier punto del país. Tienen tres máquinas de Hemodiálisis, una de hemodiafiltración (lenta) y tres

turnos diurnos; cuentan con cuatro Nefrólogos. Atienden a siete pacientes en Hemodiálisis y a seis en Diálisis Peritoneal.

6. Hospital Regional Dr. Rafael Hernández

Ubicado en la provincia de Chiriquí. A febrero del 2005 cuenta con 83 pacientes en Hemodiálisis y 27 pacientes en Diálisis Peritoneal. Disponen de una sala y 15 máquinas, dispensan tres turnos. Son asistidos por un Nefrólogo, médicos internos y residentes rotan por el área; no hay médico general, cuatro enfermeras.

E. Aspectos estudiados

El formulario diseñado para obtener la información, constaba de cuatro partes claramente discernibles y detalladas a continuación:

Parte A Datos Generales

Parte B Situación de Morbilidad

Parte C Situación Socio-Económica del Paciente

Parte D Alternativas de Tratamiento

1. Datos generales

En esta sección, se examinaron variables tales como la edad, tipo de asegurado, residencia, estatus de la pensión, diagnóstico que la originó, monto

de la pensión entre otras, todas las cuales permitieron realizar una caracterización del paciente que participa en los tratamientos de Hemodiálisis.

a. Edad

Cuadro 1. PACIENTES ENCUESTADOS QUE ASISTEN AL PROGRAMA DE HEMODIÁLISIS DE LA CAJA DE SEGURO SOCIAL, SEGÚN GRUPOS DE EDAD: AÑO 2004

Grupos de Edad	Pacientes	
	Nº	%
Total	**95**	**100.00**
05 - 14	7	7.37
15 - 24	1	1.05
25 - 34	12	12.63
35 - 44	15	15.79
45 - 54	22	23.16
55 - 64	27	28.42
65 - 74	9	9.47
75 y más	2	2.11

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes que asisten al Programa de Hemodiálisis de la Caja de Seguro Social, diciembre de 2004.

Llama la atención en la distribución por edad de los pacientes, las edades tempranas en que se presenta la Insuficiencia Renal Crónica Terminal. El 51.58% de la población encuestada se concentró en edades desde 25 hasta los 54 años de edad, en donde se ubica mayormente la población económicamente activa, sujetos que necesita el país para la producción del trabajo y la Caja de Seguro Social para el aporte e incremento de las cotizaciones.

También resulta significativo el 40.50% por ciento constituido por los entrevistados de 55 hasta más de 75 años de edad, pues algunos son personas

próximas a las edades de jubilación, etapa de la vida en la que probablemente las personas tienen mayores complicaciones en su salud, lo que disminuye sus posibilidades de elegibilidad a los tratamientos sustitutivos para la Insuficiencia Renal Crónica Terminal. Esto es importante, puesto que puede estar afectada la calidad de vida de la población de adultos mayores, quienes demandarán mayores recursos de la institución y de la familia, más si su desgaste es progresivo y llega hasta el encamamiento.

No menos impactante es el 7.37% de niños y adolescentes de cinco a 14 años de edad con la enfermedad, si tomamos en cuenta las secuelas que ésta presenta en los niños, afectando su crecimiento, retrasando el ciclo escolar y los consabidos deterioros en la autoestima para esta población.

b. Tipo de Asegurado

Cuadro 2. PACIENTES ENCUESTADOS QUE ASISTEN AL PROGRAMA DE HEMODIÁLISIS DE LA CAJA DE SEGURO SOCIAL, SEGÚN TIPO DE ASEGURADO: AÑO 2004

Tipo de Asegurado	Pacientes	
	Nº	%
Total	95	100.00
Asegurado (a) Activo(a)	20	21.05
Jubilado(a) o Pensionado(a)	15	15.79
Beneficiario(a)	26	27.37
Pensionado(a) Invalidez	25	26.32
Benefiario(a) Invalidez	7	7.37
No Asegurado(a)	2	2.11

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes que asisten al Programa de Hemodiálisis de la Caja de Seguro Social, diciembre de 2004.

Sólo el 21.05% de los pacientes seleccionados en la muestra y que reciben Hemodiálisis son asegurados activos. El 33.69% está acogido a pensión por invalidez o a inscripción de beneficiario inválido, cantidad que bien puede ser mayor, si tomamos en consideración al 27.37% de los beneficiarios, an los que pueden figurar la madre, la asposa e hijos, algunos de los cuales habrán sido inscritos al Seguro Social por causa de la enfermedad.

Un 15.79% son jubilados o pensionados por la edad y un pequeño porcentaje de 2.11% son no asegurados, pues son beneficiados con cortesías autorizadas por la institución para el recibo del tratamiento. La información anterior, lleva a incidir qua la Insuficiencia Renal Crónica es una anfermedad con una elevada probabilidad de causar invalidez en quien la sufre, si no es diagnosticada y tratada a tiempo y en debida forma.

c. Pensión por invalidez: diagnóstico

Cuadro 3. NÚMERO Y PORCENTAJE DE PACIENTES ENCUESTADOS PENSIONADOS POR INVALIDEZ QUE ACUDEN AL PROGRAMA DE HEMODIÁLISIS DE LA CAJA DE SEGURO SOCIAL, SEGÚN DIAGNÓSTICO: AÑO 2004

Diagnóstico	Pacientes	
	Nº	%
Total	**25**	**100.00**
Insuficiencia Renal Crónica	13	52.00
Diabetes Mellitus	3	12.00
Hipertensión Arterial e Insuficiencia Renal Crónica	3	12.00
Accidente Cerebro Vascular	1	4.00
Complicación de operación de Aneurisma	1	4.00
Diabetes Mellitus e Insuficiencia Renal Crónica	1	4.00
Glomerulonefritis	1	4.00
Insuficiencia Renal Crónica, Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial	1	4.00
Salud Mental	1	4.00

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes que asisten al Programa de Hemodiálisis de la Caja de Seguro Social, diciembre de 2004.

El cuadro en referencia, hace una relación completa acerca de los 25 pacientes que en la encuesta declararon ser pensionados por invalidez. Se observa que 13 de ellos, el 52.00%, manifestaron que su diagnóstico de invalidez fue Insuficiencia Renal Crónica, en lo que no se descarta que existan segundos diagnósticos representados por las enfermedades que facilitan la aparición de esta patología; un 12.00% tuvo como diagnóstico la Diabetes Mellitus y un 36.0 por ciento reportó enfermedades entre las que se mencionan la Insuficiencia Renal Crónica combinada con Diabetes o Hipertensión Arterial, o bien otras enfermedades colaterales.

d. Pensión por invalidez: monto de la pensión

Cuadro 4. PACIENTES ENCUESTADOS PENSIONADOS POR INVALIDEZ, QUE ASISTEN AL PROGRAMA DE HEMODIÁLISIS DE LA CAJA DE SEGURO SOCIAL, SEGÚN MONTO DE LA PENSIÓN: AÑO 2004

Monto de la pensión	Pacientes	
	Nº	%
Total	**25**	**100.00**
B/. 95.00 - B/. 199.00	10	40.00
B/. 200.00 - B/. 299.00	5	20.00
B/. 300.00 - B/. 399.00	3	12.00
B/. 400.00 - B/. 499.00	2	8.00
B/. 500.00 - B/. 599.00	0	0.00
B/. 600.00 - B/. 699.00	1	4.00
B/. 700.00 - B/. 799.00	0	0.00
B/. 800.00 - B/. 899.00	0	0.00
Más de B/. 900.00	1	4.00
No contestó	3	12.00

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes que asisten al Programa de Hemodiálisis de la Caja de Seguro Social, diciembre de 2004.

Las sumas percibidas por concepto de pensión de invalidez en 25 pacientes de la muestra del Programa de Hemodiálisis no son altas. En el cuadro anterior podemos examinar tal situación: así el 60.00% de ellos declararon pensiones inferiores a los B/.300.00; un 20.00% tienen pensiones comprendidas entre B/.300.00 y B/. 499.00 y un restante 8.00% admitieron recibir pensiones de B/.600.00 y más. Un 12.00% no contestaron, pues desconocen con precisión el monto de su pensión.

Si relacionamos los hallazgos con el promedio de miembros por familia (4), el costo de la canesta básica y las salidas de dinero que genera la enfermedad, tal como la asistencia a los tratamientos médicos tres veces por semana, podemos inferir que la situación económica de la mayoría de los pacientes es difícil y probablemente tampoco cuentan con condiciones de accesibilidad, de higiene en sus domicilios, que les permitan tener una mejor calidad de vida.

Es importante destacar que de los 25 pacientes pensionados por invalidez que conforman la muestra, un 28.00% tiene menos de un año de estar pensionados; un 12.00%, en cada uno de los casos, tiene uno, dos y tres años en goce de la pensión; un 16.00% tiene cuatro años y el resto entre cinco y hasta 18 años de estar pensionados. La mayoría, entonces, de acuerdo a lo que establece la Ley Orgánica de la Caja de Seguro Social, cuentan ya con pensiones indefinidas, atendiendo al número de años en que han permanecido en disfrute de pensión por invalidez. (Véase anexo, cuadro 2).

Respecto a los siete pacientes beneficiarios inválidos seleccionados en la muestra, 28.57% tienen tres años de estar inscritos y el 14.29%, en cada caso,

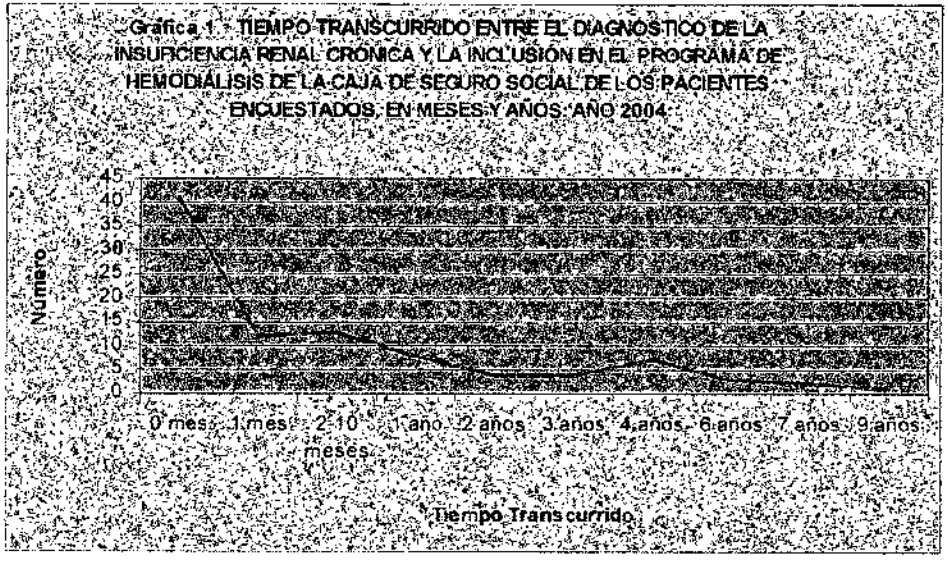
registran uno, dos, siete hasta diez años recibiendo el beneficio por invalidez de parte de un cotizante de la institución.

Los pensionados por invalidez reciben prestaciones médicas y económicas, y los beneficiarios inválidos sólo las primeras, independientemente de su costo o nivel de complejidad. (Véase anexo, cuadro 3).

2. Situación de morbilidad

Examina lo concerniente a la enfermedad y al tratamiento que están recibiendo, en donde se busca establecer una relación entre la fecha en que los pacientes fueron diagnosticados con la enfermedad, el momento en que iniciaron el tratamiento sustitutivo y cuántos años tienen de estar tomándolo. Interesa conocer el tipo de facilidades de transporte de que dispone el paciente para su asistencia al tratamiento, determinar su nivel de conocimiento sobre los costos de tal procedimiento, el impacto que causa la enfermedad, entre otros elementos.

a. Tiempo de espera para inclusión en el programa de Hemodiálisis



Véase anexo, cuadro 4.

El tiempo transcurrido desde el momento del diagnóstico por Insuficiencia Renal y la inclusión en el Programa de Hemodiálisis de la Caja de Seguro Social, se detalla en la gráfica anterior. Se observa que en el 55.79% de los pacientes, la incorporación al programa tardó menos de dos meses. Por otra parte, entre 2 y 10 meses, demoraron el 13.68% de los pacientes; entre 1 y 4 años el 24.21 % y de 6 a 9 años se registró un 6.32% de los casos. O sea, que el 69.5% de los pacientes encuestados inició el tratamiento de Hemodiálisis en el primar año del diagnóstico. Esto preocupa, pues impresiona que los pacientes, muchos con enfermedades de riesgo, se sintieron sorprendidos por la aparición repentina de la Insuficiencia Renal Crónica Terminal, como si

desconocieran las secuelas de los problemas de salud que presentaban, cuando la literatura señele que esta última patología puede ser prevenida o postergada lo más posible en sus manifestaciones clínicas.

b. Tiempo de permanencia en el programa de Hemodiálisis

Cuadro 6. PACIENTES ENCUESTADOS QUE ASISTEN AL PROGRAMA DE HEMODIÁLISIS DE LA CAJA DE SEGURO SOCIAL, SEGÚN AÑO DE INGRESO AL PROGRAMA: AÑO 2004

Año de ingreso al Programa	Pacientes	
	Nº	%
Total	**95**	**100.00**
1991	1	1.05
1992	0	0.00
1993	1	1.05
1994	1	1.05
1995	1	1.05
1996	1	1.05
1997	3	3.16
1998	3	3.16
1999	4	4.21
2000	8	8.42
2001	17	17.89
2002	12	12.63
2003	14	14.74
2004	29	30.53

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes que asisten al Programa de Hemodiálisis de la Caja da Seguro Social, diciembre de 2004.

Resulta impresionante observar que el 5.25% de los pacientes encuestados tienen entre 8 y 13 años de estar recibiendo tratamiento de Hemodiálisis; un 10.53% entre 5 y 7 años; el 8.42%, 4 años, 30.52% entre 2 y 3 años y el 45.27% tiene menos de un año hasta dos años de permanecer en el programa.

Los datos anteriores son muy significativos, pues permiten inferir el desgaste

físico y emocional que experimenta un paciente expuesto al tratamiento de Hemodiálisis por periodos prolongados, también el costo que le representa a la institución la dotación de estos tratamientos tres veces a la semana a cada paciente, así como la concesión de subsidios por enfermedad y pensiones por invalidez. Refleja además, la cantidad de afectados que están esperando por un Trasplante Renal en cualquiera de sus modalidades.

c. Tipo de transporte utilizado

Cuadro 6. TRANSPORTE QUE UTILIZAN LOS PACIENTES ENCUESTADOS PARA ASISTIR AL TRATAMIENTO DE HEMODIÁLISIS, SEGÚN TIPO DE TRANSPORTE: AÑO 2004

Tipo de Transporte	Pacientes	
	Nº	%
Total	**95**	**100.00**
Automóvil propio o de la familia	13	13.68
Taxi (transporte selectivo)	19	20.00
Público (transporte colectivo)	47	49.47
Caja de Seguro Social	9	9.47
Otro	7	7.37

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes que asisten al Programa de Hemodiálisis de la la Caja de Seguro Social, diciembre de 2004.

La comodidad o dificultad, con la que el paciente que se somete a un tratamiento de Hemodiálisis se transporta para llegar a la instalación de salud, es un aspecto que también se incluyó en la encuesta. Se observa que casi el 49.47% de los pacientes encuestados utilizan transporte colectivo público (autobuses) para asistir a sus tratamientos, lo que guarda relación con su bajo nivel de ingreso; el transporte selectivo (taxi) es usado por un 20.00%; sólo un

13.68% cuenta con automóvil propio o de la familia y un 9.4 señaló que se transporta en vehículo facilitado por la Caja de Seguro Social.

Respecto al tiempo que le significa a un paciente llegar de su domicilio al centro de diálisis, un 63.16% contestó que de cinco a 89 minutos, mientras que 28.42% manifestaron que de 90 minutos hasta 2 ½ horas y el 6.32% toma más de 2 ½ horas. Los que ocupan menos tiempo son los pacientes residentes en los centros urbanos donde están localizados los tratamientos de Hemodiálisis. Los que invierten más tiempo en el trayecto corresponden principalmente a los pacientes de las provincias centrales que se desplazan hasta Aguadulce. (Véase anexo, cuadro 5).

No obstante, la Caja de Seguro Social, con la descentralización, ha contribuido a que el paciente se dialice en sitios más próximos a su residencia, con lo que también han disminuido los pagos por viáticos de acompañantes que representaban miles de balboas, además del desgaste físico que sufría el paciente y la lejanía de su familia.

d. Costo del tratamiento de Hemodiálisis por sesión

Al preguntarle a los pacientes de Hemodiálisis si tenían idea del costo de cada sesión de tratamiento, el 56.84% contestó afirmativamente, mientras que el 43.16% restante señaló que lo desconocían. Las respuestas de aquellos que dijeron conocerlo, fueron las siguientes: el 68.52% considera que el costo de cada sesión de Hemodiálisis oscila entre B/.200.00 y B/.349.00; el 14.81% dijo que este costo está comprendido entre B/.350.00 y B/.499.00; un 7.41% opinó

que era menor de B/.200.00. La respuesta de todos superó el costo del tratamiento, lo que indica una clara conciencia por parte de los pacientes de que el tratamiento que reciben es muy oneroso. Lo anterior se relaciona con la preocupación de muchos pacientes de que privaticen la Caja de Seguro Social, pues los medios económicos de que ellos disponen les imposibilitaría el recibo de tan sólo un tratamiento a la semana. (Véase anexo, cuadros 6 y 7).

e. Tratamientos anteriores a la Hemodiálisis

Antes de ingresar al tratamiento de Hemodiálisis, un 12.63% de los pacientes seleccionados en la muestra habían recibido otras modalidades de tratamiento. De estos, el 4.21% recibió en algún momento un trasplante renal, en donde el injerto fue perdido y el 8.42% estuvo recibiendo Diálisis Peritoneal. Estas cifras son significativas, pues hay situaciones que influyen en el éxito o fracaso de un tratamiento, sobre todo en la Diálisis Peritoneal, para la cual el paciente debe contar con medidas de higiene y salubridad aptas en su domicilio, para garantizar la continuidad de la alternativa terapéutica. (Véase anexo, cuadro 8).

Panamá es uno de los pocos países en Latinoamérica, donde el paciente ingresa a Hemodiálisis como tratamiento de primera elección, pues lo indicado al inicio es la Diálisis Peritoneal, que le permite al paciente tener una responsabilidad y control sobre su tratamiento, que puede realizarse en casa y hasta en el puesto de trabajo, de acuerdo al procedimiento que utilice para recibirlo y porque los costos son menores.

f. Impacto del tratamiento de Hemodiálisis en el paciente

La Insuficiencia Renal produce innumerables complicaciones fisiológicas en el ser humano y el tratamiento de Hemodiálisis, que representa una esperanza de vida para el paciente, también causa un efecto múltiple en quienes reciben el tratamiento. Sobre el particular, un 22.11% reconoció el aspecto económico, por la disminución en sus ingresos ante el recibo de incapacidades médicas o de pensión y el hecho mismo de perder el empleo o verse obligados a disminuir la prestación de horas de trabajo para acudir al tratamiento; el 9.47% señaló el renglón familiar, pues la Insuficiencia Renal Crónica es una enfermedad compleja que afecta de una u otra forma al entorno familiar, iniciendo por la necesidad de compañía al tratamiento que tienen los que la padecen. Otras respuestas se ubicaron en la parte emocional, laboral y personal y hubo un 55.79% de respuestas múltiples, que encerraban los impactos mencionados y lo relacionado al aspecto educativo y a los estilos de vida, entre otros. (Véase anexo, cuadro 9).

3. Situación socio económica del paciente

En esta parte, se toman en consideración algunas variables sociales y económicas que rodean e influyen al paciente; por ejemplo, su nivel académico, oficio o profesión; impacto de la enfermedad para la ejecución del trabajo, salarios dev[illegible]dos, convivencia y epoyo familiar, entre otras.

a. Nivel educativo

Cuadro 7. NIVEL EDUCATIVO DE LOS PACIENTES ENCUESTADOS QUE ASISTEN AL PROGRAMA DE HEMODIÁLISIS DE LA CAJA DE SEGURO SOCIAL: AÑO 2004

Nivel Educativo	Pacientes	
	Nº	%
Total	**95**	**100.00**
Analfabeta	1	1.05
Primaria	27	28.42
Primaria Incompleta	12	12.63
Secundaria	17	17.89
Secundaria Incompleta	23	24.21
Universitaria	9	9.47
Universitaria Incompleta	5	5.26
Retardo Mental	1	1.05

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes que asistan al Programa de Hemodiálisis de la Caja de Seguro Social, diciembre da 2004.

Podemos apreciar en primera instancia un elevado grado de alfabetismo (98.93%). La educación primaria completa e incompleta comprende el 42.10%; en igual forma la educación secundaria completa e incompleta se cifra en un 42.10%, predominando la segunda. Existe un apreciable 14.73% de pacientes con educación universitaria completa e incompleta.

b. Condición laboral

De los 95 pacientes que asisten al tratamiento de Hemodiálisis de la Caja de Seguro Social sólo 17 de ellos trabajan; es decir, el 17.89% del total de la muestra. De estos, un 17.65% contestó que la enfermedad dificulta la realización de su trabajo al tener que solicitar permisos para la asistencia al tratamiento o a

las citas médicas, un 23.53% señalaron que se sienten cansados, fatigados para trabajar; un 23.53% indicaron otros motivos y el resto no precisó su respuesta. En muchos de éstos, advertimos que cuentan con algunas concesiones de tiempo en sus empleos para la asistencia a sus tratamientos. (Véase anexo, cuadro 10). Observamos que los oficios o profesiones desempeñadas son bastante heterogéneos: empleada doméstica, policía, celador, empacadora, odontólogo, marino, entre otras. (Véase anexo, cuadro 11).

c. Grupo Familiar

Cuadro 8. INTEGRANTES QUE COMPONEN EL CUADRO FAMILIAR DE LOS PACIENTES ENTREVISTADOS QUE ASISTEN AL PROGRAMA DE HEMODIÁLISIS DE LA CAJA DE SEGURD SOCIAL, SEGÚN NÚMERO: AÑO 2004

Número de Integrantes	Pacientes	
	Nº	%
Total	**95**	**100.00**
Uno	1	1.05
Das	15	15.79
Tres	24	25.26
Cuatro	19	20.00
Cinco	18	18.95
Seis	8	8.42
Siete	5	5.26
Ocho	4	4.21
Doce	1	1.05

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes que asisten al Programa de Hamodiálisis de la Caja de Seguro Social, diciembre de 2004.

El número de miembros en la familia del paciente aparece registrado en el cuadro anterior. Se obsarva que en el mayor número de casos la familia está compuesta por dos a cinco miembros. Existen situaciones en que el número de

miembros en la familia puede extenderse de seis a ocho, pero es menos frecuente, a la vez importante, si tomamos en cuenta que la población es relativamente joven y los ingresos económicos más bien bajos, como muestra la siguiente información.

d. Condición salarial y de ingreso familiar

La situación económica es también una variable tomada en consideración para el análisis integral del entorno que rodea al paciente de Hemodiálisis. En este sentido, observamos los datos recabados sobre salarios, en donde la mayoría de los pacientes (67.37%) no contestó, pues desconocían o en ese momento no recordaban las cifras. Del 27.37% de pacientes que precisaron su ingreso individual , el 9.48% devengan salario bruto entre B/.95.00 y B/.299.00; otro 9.48% tiene salarios de B/.300.00 a B/.499.00; el 3.16% salarios que oscilan entre B/.500.00 y B/.699.00 y el 4.11% recibe bruto entre B/.800.00 y más de B/.900.00. Es evidente que la mayoría de los pacientes tienen ingreso bruto inferior a los B/.400.00.

Con relación al ingreso familiar mensual de los 95 entrevistados, un 77.89% contestó la pregunta, observándose que el 40.00% percibe entre B/.95.00 y B/.299.00; el 13.68% sumas que oscilan entre B/.300.00 y B/.499.00; 9.47% de B/.500.00 a B/.699.00 y el 8.43% ingreso familiar de B/.800.00 y más de B/.900.00. (Véase anexo, cuadro 12).

Las cifras anteriores son significativas, pues el ingreso familiar de la mayoría de los pacientes no sobrepasa los B/.300.00 mensuales, lo que de acuerdo al

número de miembros de la familia y a los gastos básicos que deben satisfacer, no es suficiente, lo que debe estar afectando negativamente la calidad de vida de los pacientes, entre esto el bien más preciado que es la salud.

4. Alternativas de tratamiento

En esta parte se analiza el tratamiento en sí y las consideraciones que al paciente le representa, en cuanto a su facilidad y disposición de colaborar en su recuperación y rehabilitación. Aborda también el nivel de realidad que los pacientes tienen sobre las causas que originaron su problema de salud y las complicaciones que han tenido, en cuanto a hospitalizaciones y frecuencia de las mismas.

a. Modalidad de trasplante esperado

La esperanza en poder recibir un trasplante renal es para los pacientes de Hemodiálisis una luz que no se extingue, el 78.94% de los entrevistados manifestó su interés en poder realizárselo, mientras que el 21.05% restante respondió que no tenían interés, ye fuera porque no calificaban a causa de la edad o por el nivel de complicación de su enfermedad.

Cuadro 9. MODALIDAD DE TRASPLANTE QUE ESPERAN LOS PACIENTES ENTREVISTADOS QUE ASISTEN AL PROGRAMA DE HEMODIÁLISIS DE LA CAJA DE SEGURO SOCIAL: AÑO 2004

Modalidad de Transplante	Pacientes	
	Nº	%
Total	**95**	**100.00**
Donante vivo relacionado	5	5.26
Donante Cadavérico	50	52.63
Cualquiera	3	3.16
No soy apto para el Transplante Renal	13	13.68
Otro	0	0.00
No sabe	4	4.21
No contestó	20	21.05

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes que asisten al Programa de Hemodiálisis de la Caja de Seguro Social, diciembre de 2004.

La modalidad de Trasplante Renal que la mayoría de los pacientes espera, 52.63%, es a través del donante cadavérico. Sólo un 5.26% señaló el donante vivo relacionado. Esta última es la vía más inmediata de resolver el problema de salud, siempre que exista compatibilidad y deseo sincero de donar por parte de los familiares que nuestro sistema permite, como son los padres y hermanos principalmente.

Con relación al Trasplante Cadavérico, el mismo todavía es considerado un programa relativamente nuevo en nuestro país, del cual aún le falta información a la comunidad, para que se superen conceptos culturales y religiosos hacia la donación de órganos después de la muerte neurológica de un ser humano. No obstante, en los últimos años se observa un aumento considerable an el uso de esta modalidad.

De los pacientes encuestados, 74 refirieron no contar con un potencial donante, de ahí su inclinación por el trasplante cadavérico, coincidiendo el 27.03% en que no desean arriesgar a sus familiares, sustentado en el temor de que al quedar estos con un solo riñón puedan enfermar también de Insuficiencia Renal en un futuro; en otros casos, el 18.92% de los familiares no tienen deseos de donar, lo que puede significar un temor a enfermarse más adelante, una indiferencia hacia el problema de salud del paciente o falta de información sobre los riesgos y beneficios de la donación, entre otros motivos. (Ver anexo, cuadro 13).

b. Presuntas causales de Insuficiencia Renal Crónica

Según el parecer de los pacientes de Hemodiálisis, la Insuficiencia Renal Crónica, en sus casos puede tener alguna causa en particular. En el anexo, cuadro 14, aparecen citadas las causas mencionadas: el 36.84% considera que se debió a la Hipertensión Arterial; un 15.79% que se originó por la Diabetes Mellitus y al mal cuido de ambas. Queda evidenciado que estes dos enfermedades crónicas representan factores de riesgo que inducen a la aparición de Insuficiencia Renal Crónica, si no son tratadas oportunamente. Llama la atención el 23.1% que manifestó desconocer las causas por las que se originó su enfermedad, pudiendo tratarse de personas asintomáticas o con una pobre aceptación del problema de salud, que puede motivar una falta de control de la misma.

c. Situación de hospitalización de los pacientes

Cuadro 10. PACIENTES QUE ASISTEN AL PROGRAMA DE HEMODIÁLISIS DE LA CAJA DE SEGURO SOCIAL QUE CONTESTARON LA PREGUNTA "¿Ha estado usted hoapitalizado este año?", SEGÚN RESPUESTA: AÑO 2004

Tipo de Respuesta	Número	Porcentaje
Total	**95**	**100.00**
Si	58	61.05
No	37	38.95

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes que asisten al Programa de Hemodiálisis de la Caja de Seguro Social, diciembre de 2004.

El 61.05% de los pacientes que formaron la muestra de la encuesta, afirmaron que en el año de referencia (2004), estuvieron hospitalizados.

Con respecto al número de veces que permanecieron en el hospital dicho grupo, el 51.72% (poco más de la mitad), estuvieron hospitalizados una vez; entre dos a cuatro veces estuvo el 39.66% y más de cuatro veces, el 5.17%. (Véase anexo, cuadro 15). Indagados también sobre la causa de la hospitalización, contestaron lo siguiente: por Insuficiencia Renal Crónica, el 32.76%; complicaciones con la fístula, el 18.97%, complicaciones con el catéter, 10.34%. (Véase anexo, cuadro 16). Una relación más detallada de otras causas, que corresponden al 31.03%, están señaladas en anexo, cuadro 17. Todo lo anterior demuestra que son evidentes las complicaciones en la salud a la que están expuestos los pacientes, lo que a su vez tiene importantes implicaciones

económicas por los costos que representa una hospitalización y las consecuencias para el paciente y su familia.

d. Principales preocupaciones de los pacientes en Hemodiálisis

Una de las mayores inquietudes de los pacientes de Hemodiálisis es lograr un trasplante de riñón 22.11% de los casos; también existe la aprensión con relación al futuro de la Caja de Seguro Social (9.47%) y otros señalaron su preocupación por la situación económica. Un 37.89% marcó respuestas múltiples, entre las que se incluyen los motivos mencionados anteriormente. Se pueden apreciar otras consideraciones en el anexo, cuadro 18.

F. Datos recopilados de otras fuentes

Para completar el escenario sobre el comportamiento de la enfermedad, desde el punto de vista de indicadores de salud, así como de los programas que se han ejecutado en el sector, tendientes a disminuir los efectos de la Insuficiencia Renal Crónica, se requiere del análisis de información que, además de la encuesta sobre los pacientes que están en el programa de Hemodiálisis de la Caja de Seguro Social, también aportan otras fuentes que han sido recopiladas para este trabajo.

1. Incidencia y prevalencia de los tratamientos sustitutivos en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal

De acuerdo a datos estadísticos, para el año 1970 se registraba el primer caso con Insuficiencia Renal Crónica Terminal, que recibía tratamiento de Hemodiálisis en el Complejo Hospitalario Dr. Arnulfo Arias Madrid. Para 1980 la cifra se elevó a 30 pacientes, o sea un 77.78%. En 1992 el tratamiento se comenzó a impartir también en el Hospital Regional Dr. Rafael Hernández y aún así la población de pacientes se fue incrementando a través de los años, al punto que en 1998 habían 135 afectados sólo en el primer centro de Hemodiálisis del país y ya pare el año 2002 la suma estaba en 244 pacientes, cerrando el 2004 con 242 personas en el tratamiento. Este aumento llama la atención, pues en el año 1997 dio apertura un nuevo centro de Hemodiálisis integrado en la provincia de Colón y en el 2003 habían dos nuevos centros de tratamiento, uno para las provincias centrales en Aguadulce y el otro para la Región Este de Panamá, sin que la población mostrara algún descenso.

Los 242 pacientes registrados en el Complejo Hospitalario Dr. Arnulfo Arias Madrid en el 2004 requirieron 2,887 atenciones en el año y un total de 37,488 tratamientos de Hemodiálisis. Los otros centros de Diálisis, de más reciente formación, también mostraron alzas progresivas en el número de pacientes que padecen la enfermedad.

La estadística de pacientes registrada en el Servicio de Nefrología del Complejo Hospitalario Dr. Arnulfo Arias Madrid no aparece de manera continua antes de 1997. Por lo tento, si tomamos como referencia este último año hasta el

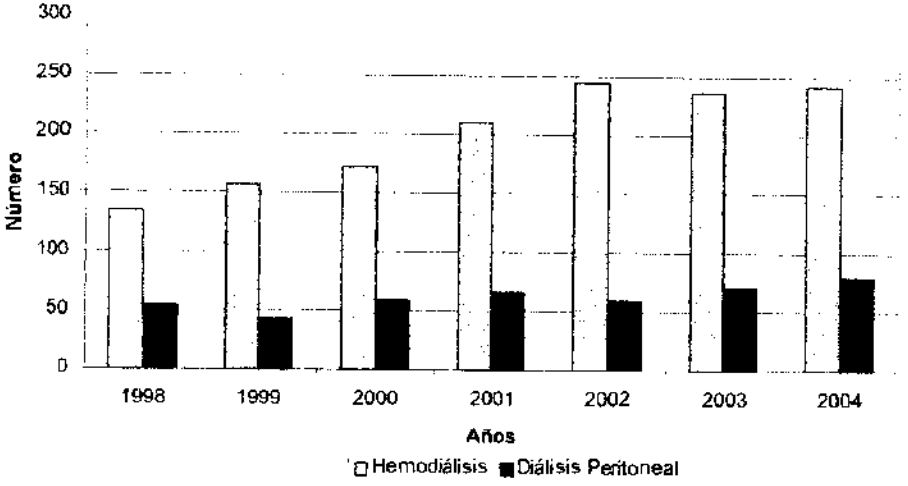
2004, un pronóstico del crecimiento de la población de paciantes refleja que la cantidad de pacientes se podría incrementar en el 2010 a 370 y para el 2020 podría llegar hasta 558, si no se toman medidas que contribuyan de manera efectiva a la disminución de esta enfermedad y de los costos que conlleva.

Respecto a la Diálisis Peritoneal, en al centro hospitalario que se analiza, en 1998 habían 54 pacientes, cifra que ha ido aumentando conservadoramente, al ser la Hemodiálisis el tratamiento de primera elección en Panamá. En el 2004 sumaban 80 pacientes en esta modalidad, que se espera vaya aumentando, al haber llegado a su máxima capacidad el espacio físico y los recursos humanos y materiales para ofrecer la Hemodiálisis. (Véase anexo, cuadro 19).

En tanto, en el año 1990 se dio el primer trasplante de riñón de donante vivo relacionado, para el 2000 sumaban 19, de los cuales 12 eran de donante vivo relacionado y para el 2004 se dieron 38, de los cualas sólo tres fueron de donente vivo relacionado y el resto de donante cadavérico, cerrando el citado año con 230 Trasplantes Renales realizados en la Caja de Seguro Social.[11] (Véase anexo, cuadro 20).

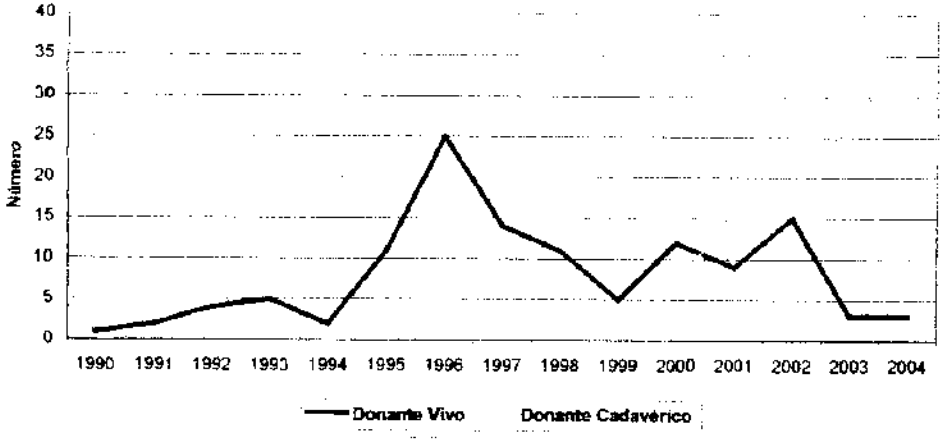
[11] Entrevista al Lcdo. Amado Molina, Coordinación Nacional de Trasplante, Caja de Seguro Social.

Gráfica 2. PACIENTES DE HEMODIÁLISIS VS PACIENTES DE DIÁLISIS PERITONEAL ATENDIDOS EN EL COMPLEJO HOSPITALARIO Dr. ARNULFO ARIAS M.: AÑOS 1998-04



Véase anexo, cuadro 19.

Gráfica 3. DONANTES REGISTRADOS EN EL COMPLEJO HOSPITALARIO Dr. ARNULFO ARIAS M., SEGÚN TIPO DE DONANTE: AÑOS 1990-04



Véase anexo, cuadro 20.

2. Costos de la atención

En lo que respecta al impacto económico, se puede señalar que para el año 2004 los costos en que incurrió la Caja de Seguro Social en el tratamiento de Hemodiálisis, sólo en el Complejo Hospitalario Dr. Arnulfo Arias Madrid, ascendieron a B/.6,666,116.16 y la inversión que realizó en Trasplante de Riñón fue de 1,092,000. Cabe señalar que no se han cuantificado los costos producto de las consultas y de los tratamientos hospitalarios.

De acuerdo a datos recopilados, solamente en el Complejo Hospitalario Dr. Arnulfo Arias Madrid, se han invertido en el período de 1998 al 2004 en Hemodiálisis B/.37,894,153.28 . Si atendemos al costo de la Diálisis Peritoneal, calculado para el 2004 en aproximadamente B/.12,600.00 al año por paciente y lo trasladáramos a la cantidad de 213,104 tratamientos de Hemodiálisis recibidos por los 1,396 pacientes qua acudieron al Complejo Hospitalario Dr. Arnulfo Arias Madrid en los siete años mencionados, el costo hubiese estado en aproximadamente B/.17,589,600.00. Si la mitad de los pacientes hubiese ingresado al tratamiento de Diálisis Peritoneal, se hubiera registrado un ahorro de B/.10,152,276.64, tomando como referencia el valor del dinero actualmente.

En cuanto a los costos para el Trasplante Renal en sus dos modalidades, para el periodo que se analiza, la institución incurrió en una inversión de B/.9,951,995.70. Sobre la Diálisis Peritoneal, su costo estuvo representado en B/.5,455,800.00, lo que nos indica que solamente en estas tres modalidades de

tratamientos le ha significado un costo de aproximadamente B/.53,301.948.98 a la Caja de Seguro Social en el tratamiento de esta enfermedad.

3. Causas de morbilidad

Cuadro 11. DIAGNÓSTICOS MÁS COMUNES REPORTADOS EN LA CDNSULTA EXTERNA DEL COMPLEJO HOSPITALARIO Dr. ARNULFO ARIAS M. AÑOS: 2001-03

Diagnóstico	Años		
	2001	2002	2003
Diabetes Mellitus	4,862	4,872	4,569
Hipertensión Arterial Crónica	3,592	3,085	3,125
Insuficiencia Renal Crónica	1,599	1,455	1,638

Fuente: Departamento de Registros Médicos, Sección de Estadística del Complejo Hospitalario Dr. Arnulfo Arias M.

Entre los diagnósticos más frecuentemente atendidos figuran la Diabetes Mellitus, la Hipertensión Arterial Crónica y la Insuficiencia Renal Crónica en un tercer lugar en la Consulta Especializada.

4. Causas de mortalidad

Cuadro 12. PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD HOSPITALARIA REGISTRADAS EN EL COMPLEJO HOSPITALARIO Dr. ARNULFO ARIAS M., POR AÑOS, SEGÚN ENFERMEDAD: AÑOS 1998-04

Enfermedades	Años						
	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Enfermedad del Aparato Circulatorio	306	329	278	264	348	318	302
Tumores Malignos	273	294	221	212	221	209	232
Accidentes Cerebro Vasculares	201	215	167	191	176	162	190
Diabetes Mellitus	83	91	117	129	111	102	151
Sindrome de Inmunodeficiencia Adquirida	97	90	79	63	54	46	55
Enfermedades del Aparato Respiratorio	126	150	147	163	110	122	106
Insuficiencia Renal Crónica	(1)	(1)	82	91	96	82	77

Fuente: Departamento de Registros Médicos, Sección de Estadística del Complejo Hospitalario Dr. Arnulfo Arias M.
(1) Anteriormente era registrada dentro de las enfermedades del aparato genito urinario.

Respecto a la mortalidad hospitalaria, la Insuficiencia Renal Crónica, para el 1998 ocupaba la décima posición y para el año 2004 el sexto lugar, de acuerdo a datos suministrados por el Departamento de Estadística del Complejo Hospitalario Dr. Arnulfo Arias M., mientras que las Enfermedades del Aparato Circulatorio, los Accidentes Cerebro Vasculares y la Diabetes Mellitus se mantienen dentro de les primeras cuatro causas de mortalidad hospitalaria, a través de los años.

Los datos recopilados, ponen de manifiesto que la Insuficiencia Renal Crónica cada día tiene una mayor prevalencia, lo que suma más pacientes a la

prestación de los servicios de salud, ante un tratamiento costoso, que se traduce a su vez en mayores desembolsos institucionales cada año, sin que los ingresos de la institución crezcan en la misma proporción.

CAPÍTULO IV

PROPUESTA DE PLAN ESTRATÉGICO

A. Marco conceptual que sustenta la propuesta

1. Promoción y prevención en salud

Hasta fines del siglo XVII la salud fue concebida como el resultado de la influencia de elementos de naturaleza biológica, que si eran controlados, le permitirían a los seres humanos y a la comunidad disfrutar de una buena salud.

Los avances científicos y tecnológicos han dado lugar a importantes descubrimientos en la medicina y por ende al control de una gran cantidad de enfermedades infecciosas, que han coadyuvado a la reducción de las tasas de mortalidad y han mejorado la expectativa de vida. Esta última, conduce a la ocurrencia de enfermedades propias del envejecimiento, capaces además de originar otras complicaciones de salud. También, en el siglo XX, durante las décadas de los 50 y 60, en los países desarrollados surgió una fuerte preocupación por la aparición de enfermedades de tipo crónico degenerativo, que ocupan un lugar significativo en las estadísticas de morbilidad, de mortalidad, incapacidad y elevación de costos al sistema de salud.

Estos indicadores han llevado a la consideración del concepto de salud por numerosos investigadores, cuyos aportes permiten que hoy día se reconozca

que la salud es el producto de factores no sólo biológicos sino del medio ambiente y socio económicos, entre otros

El concepto de salud se ha tornado complejo como tal y su manejo resulta cada vez más difícil, pese a los modelos de intervención que en su momento han ideado un gran número de países, entre ellos el nuestro.

a. Promoción de la salud

En 1941, el historiador Sigerist emite un pronunciamiento revolucionario sobre el concepto de salud, que expresa que ésta se promueve fomentando un apropiado nivel de vida, adecuadas condiciones de trabajo, ejercicio físico, educación, facilidades para el descanso y la recreación, meta que no compete sólo al sector salud sino a los políticos, a los trabajadores, a los empresarios, los educadores y los médicos, a quienes en su papel de expertos les corresponde precisar las normas y establecer modelos. El planteamiento de Sigerist sobre promoción hace hincapié en que la salud no es sólo la ausencia de enfermedades, sino más bien un factor positivo, en cuanto a actitudes favorables hacia la vida y a la aceptación de las responsabilidades que su conservación le impone a las personas.

Los aportes de Sigerist fueron aprovechados en 1974 por Marc Lalonde, representante del Ministerio de Salud de Canadá, cuando puntualizó que el campo de la salud está constituido por cuatro componentes: biología humana, medio ambiente, estilos de vida y organización de la prestación de servicios de

salud. Este pronunciamiento le sirvió como base a la Organización Mundial de la Salud para incorporar la promoción de la salud y la atención primaria en salud como parte de la estrategia de la política de Salud para Todos en el año 2000, adoptada en1977 en su Asamblea Mundial de la Salud.

En 1978 tuvo lugar la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria en Salud, llevada a cabo en Alma Ata, donde se elaboró la Declaración de Alma Ata, que sitúa a la promoción de la salud como imprescindible para que, en materia de salud en general, la población alcance un desarrollo económico y social sostenido que le permita mejorar la calidad de la vida. Sugiere para ello, que los gobiernos adopten medidas sanitarias y sociales apropiadas, tomando en consideración su obligación de velar por el buen estado de salud de los ciudadanos, sin perder de vista que a los mismos también les asiste el derecho y el deber de participar de modo individual y colectivo en la planificación y aplicación de su cuidado en salud.

El enfoque de la promoción en salud es holístico positivo, toma en cuenta todas las características del ser humano y concilia aspectos básicos como la satisfacción de las necesidades básicas y el derecho a otras necesidades y aspiraciones como el disfrute de paz, de seguridad, sentir placer, tener acceso al arte, entre otros. Su objetivo es entonces, intervenir en el diseño y ejecución de políticas públicas saludables, utilizando herramientas válidas en democracia y apropiadas a la sociedad de la información, como son la protección de la salud y el trabajo, por un mayor grado de autonomía de grupos e individuos.

En 1986 la Organización Mundial de la Salud vuelve a enfatizar la promoción de la salud y producto de la Primera Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud realizada en Ottawa, Canadá, presenta una propuesta conocida como La Carta de Ottawa, señalando la promoción como el proceso de suministrar a las poblaciones los medios requeridos para que mejoren su salud y para que los individuos y le colectividad ejerzan un mayor control sobre dicho estado. Con la promoción, no se trata sólo de evitar que los individuos sanos enfermen; también toma en cuenta a quienes padecen enfermedades crónicas o alguna discapacidad, a fin de que puedan ejercer mayor control sobre los determinantes de la salud.

La premisa anterior evidencia que en la promoción es determinante la autonomía de las personas, por su capacidad de pensar y de tomar decisiones respecto a los factores multicausales que intervienen en la salud y le corresponde al Estado y a los demás actores sociales crear las condiciones que faciliten decisiones favorables al bienestar humano, visto desde una perspectiva colectiva más que individual.

En 1997 se celebró la Conferencie y Decleración de Jakarta, considerada como la segunda gran conferencia internacional sobre la promoción de la salud ulterior a Ottawa. La misma, esbozó la necesidad de prosperar en la lucha contra la pobreze y otros determinantes de la salud en países en desarrollo, e insistió sobre la movilización de sectores privados y la conformación de alianzas estratégicas.

Algunos países como Canadá, han reportado resultados muy confortadores de la promoción, al haber disminuido la incidencia de enfermedades crónicas, por las acciones orientadas a la difusión y adopción de estilos de vida saludables en la población.

b. Prevención en salud

Tradicionalmente la prevención, en el campo de la salud, ha estado limitada al determinante biológico (prevención primaria, secundaria y terciaria), desconociendo de esta forma los factores sociales, ambientales o del comportamiento qua pueden favorecer a la prevención de daños o a disminuir la exposición a los riesgos.

Los conceptos más actualizados de prevención la idantifican como parte de la promoción de la salud. Vista de esta forma, hace referencia a todas las medidas a nivel individual, comunitario y social que buscan disminuir la posibilidad de daño físico, mental y social, para que los individuos practiquen estilos de vida saludables y dispongan de ambientes donde se promueve la salud y se disminuyen los riesgos de enfermedad. Por ello, prevenir es anticipar los eventos, trabajando con las causas reales o hipotéticas de hechos que no pueden ser pasados por alto, pues posteriormente representarían un gran costo económico y social.

El enfoque de la prevención es de carácter científico, conlleva un modo de pensar, identificando los elementos que permitan desarrollar una protección

contra los riesgos y las amenazas del ambiente, por medio de intervanciones bien organizadas y ejecutadas, que precisan cambios en las formas de pensar, los modelos teóricos, filosofías y los esquemas tradicionales que poseen los prestadores de los servicios. La tarea de prevenir requiere da la acción mancomunada de las instituciones de salud, de las comunidades y de todos los ciudadanos.

Existen numerosos obstáculos que han interferido para que este proceso de fusión da esfuerzos se de en un sistema de salud, entre los que mencionaremos:

- **La forma de modelar:** Hace referencia al modelo medicalista de la enfermedad, donde el médico es quien posee el poder y el conocimiento para determinar lo que hay que hacer y el paciente acepta lo que se le diga. Esto limita la participación y colaboración del paciente, indispensables en la prevención.

- **La estaticidad del paciente:** Producto de una comprensión inadecuada del término paciente, de quien sólo se espera que se deje llevar. En ocasiones, también el personal de salud generaliza sus ideas y procedimientos de trabajo para con todos los pacientes y grupos poblacionales, y los problemas de prevención se resuelven en una oficina o mesa de trabajo, al margen de los usuarios.

  Impresiona una subvaloración del paciente y de las acciones de prevención, últimas a las que se les ve como solución cuando no hay otro recurso disponible. También se les ubica como dirigidas tan sólo a los

grupos más vulnerables y en realidad no toman en cuenta a los sectores de población mejor favorecidos en la parte económica, cultural e intelectual. Igualmente, al hablar de prevención los especialistas piensan que para llevarla a cabo hay que bajarse demasiado en la forma de proyectar los mensajes o discutir con los usuarios, lo que le puede restar efectividad a los contenidos o la motivación a los receptores.

- **Atención concentrada en los grupos extremos o de sintomatología extrema:** Referente a la extensión y al impacto de las acciones de prevención, tan importantes deben resultar aquellos individuos, grupos o comunidades con actitudes y prácticas inadecuadas hacia la salud, como aquellos que aún no han adquirido estos comportamientos; o sean las que todavía no están, pero pudieran estarlo.

Algunos autores ubican la prevención en diferentes niveles: la *primaria,* dirigida a la disminución del riesgo de la enfermedad, la *secundaria* orientada a reducir la duración de la enfermedad, su diagnóstico precoz y el tratamiento efectivo y la *terciaria*, enfocada a evitar la aparición de secuelas, complicaciones y rehabilitar al sujeto para su reinserción en la sociedad.

Otros la clasifican en *prevención presuntiva,* como la que intenta variar un estado asociado o previo a la enfermedad vinculada a su causa; *prevención relativa*, la que trata de evitar las complicaciones de la enfermedad una vez ésta

se ha manifestado y la *prevención absoluta*, encaminada a la eliminación de las causas de la enfermedad y la puesta en práctica de medidas científicas.

El sistema de salud, está organizado de manera tal que el nivel de prevención y el de atención aparecen en una misma línea. De esta forma, es corriente que su personal se refiera a prevención primaria como la que se realiza directamente en la comunidad, con los diferentes grupos de población, ya sea en policlínicas o en consultorios y la prevención secundaria y terciaria, la que se hace en los hospitales, pero sin tomar mayormente en cuenta los contenidos de cada uno de estos significados, que guardan relación con las cosas que se hacen antes de que aparezca la enfermedad a fin de evitarla, así como los estragos que suelen producir sobre los seres humanos y el sistema social en general.

En los últimos años, en nuestros países en desarrollo, resulta evidente la incorporación masiva de la alta tecnología en la práctica médica para la prolongación de la vida de las personas, lo que ha conllevado altas inversiones en dinero y por ende el alza en los costos de atención, por lo que se hace necesario incorporar la evaluación del impacto de esta en las condiciones de salud de los beneficiados. Conlleva la consideración entonces de si esos fondos podrían ser destinados a cubrir a un mayor número de personas o a financiar otros programas también prioritarios. Por ello, estas tecnologías deben ser evaluadas más allá de la supervivencia o de la longevidad, pues deben estar encaminadas al logro de la calidad de vida en los aspectos físicos, sociales y psicológicos de las personas.

Sobre el particular, la Insuficiencia Renal Crónica es el resultado de un acopio de enfarmedades que afectan a un segmento considerable de la población económicamente activa y en edad reproductiva, las cuales deterioran la función renal cuando no son atendidas adecuadamente. No obstante, estas patologías, según demuestran los conocimientos existentes, son susceptibles de prevención a diferentes niveles.

Es una realidad que el enfoque medicalista de la salud no ha sido capaz de resolver por sí solo las problemáticas que experimentan los seres humanos relacionadas a este campo, impactado por los grandes cambios que experimenta el mundo actual, entre ellos las megatendencias como la globalización económica, política y cultural de las naciones; el individualismo a partir de una mayor autonomía de la persona y una mayor capacidad para aceptar o rechazar opciones, el desarrollo inaudito ilimitado de las ingenierías, entre otros. Por ello, el concepto asistencialista o de simple administración de los servicios de la salud ha variado, siendo necesario la adopción de estilos gerenciales con un enfoque integral, en cuanto al manejo de los recursos humanos, físicos, financieros y tecnológicos en este tipo de empresas, acordes a las circunstancias locales y a las políticas sociales existentes.

Las instituciones de salud deben ser confiables y capaces de responder a las expectativas de salud de la población, pero no sólo en los aspectos curativos sino también de manera preventiva, tomando en cuenta también la rehabilitación y la responsabilidad educativa, que debe alcanzar no sólo a los trabajadores de la salud, sino extenderse a la familia y a la comunidad, como elementos

insustituibles para la preservación de la salud de los individuos, pues la salud representa el más poderoso componente del bienestar físico individual y social, dado que una población sana es la que permite proyectar planes de desarrollo, con buena garantía de éxito, por lo cual está consignado como un derecho en todas las constituciones del mundo.

Por la importancia entonces que reviste la salud, la necesidad de atender ésta siempre tendrá un carácter prioritario, lo que conlleva en el caso de nuestra investigación, la necesidad de establecer el momento en que nos encontramos con la problemática de la atención de los pacientes que padecen Insuficiencia Renal Crónica y visualizar el mañana, a fin de que se mantenga la dotación de servicios de buena calidad.

Son evidentes los cambios demográficos, epidemiológicos y tecnológicos que vive el mundo, así como la tendencia ascendente en nuestros países aún en desarrollo de las enfermedades crónicas y del envejecimiento progresivo, que anteriormente eran exclusivos de los países del primer mundo. También es cierta la existencia de inequidades en las condiciones de salud de la población y su acceso a estos servicios; la ineficiencia que continuamente se le señala al sector público de no tomar en consideración los elementos de costo-beneficio e impacto de los programas para la asignación de recursos; las fallas en la calidad de la atención ante una comunidad cada vez más entendida en sus derechos y la falta de sostenibilidad de los servicios públicos, por la aparición en parte de nuevas y sofisticadas tecnologías y la necesidad de una igualdad financiera para con los que no pueden enfrentar los costos de las mismas.

Ante los elementos mencionados, que constituían los motivos que impulsaban las propuestas nacionales de reforma sectorial en el sector salud, la Caja de Seguro Social ha venido realizando esfuerzos mediante la puesta en práctica de diversos modelos de atención.

Participó directamente con el Ministerio de Salud en la gestión de los sistemas de salud, tratando con ello de procurar el acercamiento de tales servicios a los ciudadanos y garantizar el acceso equitativo para toda la población, se buscaron fuentes de financiamiento adicionales mediante la administración de proyectos de vivienda, préstamos hipotecarios, el mejoramiento de la eficiencia y la productividad de los servicios, promoviendo la atención de calidad humana y tecnológica, ampliación del número de proveedores para aumentar las posibilidades de elección, trabajo para la gestión de los recursos humanos, implementando la evaluación del desempeño y el requerimiento de competencias, toma en consideración de la participación social en la promoción y la prevención de la atención de la salud.

Por lo tanto, frente al problema que enfrenta la Caja de Seguro Social ante el aumento en la incidencia y la prevalencia de la Insuficiencia Renal Crónica, la cual ha desmejorado la calidad de vida de la población, lo que aumenta la demanda de servicios de salud por parte de la población asegurada así como mayor asignación de recursos, todo lo que ha conllevado a una enorme inversión social para el tratamiento de esta enfermedad. Ante este escenario, resulta pertinente reconocer la situación actual en la que se encuentra la entidad de Seguridad Social frente a esta problemática de salud, para que sirva como

punto de partida para la identificación de acciones tendientes a prevenirla, a través del control de los factores de riesgo.

B. Elaboración de una planeación estratégica de promoción y prevención para la atención sostenible de la Insuficiencia Renal Crónica.

El proceso de elaboración de la propuesta, se estructura en las siguientes fases:

- Análisis de la situación
- Misión
- Identificación y definición de las intervenciones.
- Definición de objetivos estratégicos
- Priorización de los objetivos estratégicos
- Diseño de la evaluación
- Plan operativo

1. Análisis situacional

Desde 1970, cuando fue dializado el primer paciente con Insuficiencia Renal Crónica Terminal en el Complejo Hospitelario Dr. Arnulfo Arias Madrid, el aumento de pacientes en dicho programa ha sido progresivo y consecuentemente los costos, al tratarse de una enfermedad irreversible, cuyos tratamientos curativos se basan en sofisticadas tecnologías de máquinas como

son la Hemodiálisis, la Diálisis Peritoneal y las cirugías de cuarto nivel en el caso de los trasplantes renales.

Esta enfermedad afecta a la población de todas las edades, por lo que tiene connotaciones sociales y económicas muy profundas, que inciden en la calidad de vida del paciente y de su familia. La problemática reúne las condiciones necesarias por las que se considera a una enfermedad de gran importancia para la salud pública: ocasiona una tasa de morbilidad elevada, pues son cada vez más las personas que la padecen y la sintomatología y complicaciones concomitantes, inducen a hospitalizaciones frecuentes; disminuye la capacidad de instrucción y de trabajo de los afectados, en donde algunos se ven precisados a interrumpir su formación académica, reajustar sus horarios de trabajo e inclusive acogerse a incapacidades médicas y hasta a pensiones por invalidez.

Actualmente el tratamiento de Hemodiálisis, el más común, tiene una demanda de 457 pacientes hasta el mes de septiembre del 2004 y la oferta de atención es dispensada por parte de la Caja de Seguro Social, además del Complejo Hospitalario Dr. Arnulfo Arias Madrid, en el Hospital de Especialidades Pediátricas, el Dra. Susana Jones en la ciudad de Panamá; y en los hospitales de la Caja de Seguro Social ubicados en la ciudad de Aguadulce y David. Los residentes en la provincia de Colón asisten al Complejo Hospitalario Dr. Manuel Amador Guerrero, por tratarse de un centro médico integrado.

La dificultad es de carácter nacional y todas las medidas que hasta la fecha ha puesto en práctica la Caja de Seguro Social, a través de sus modelos de

atención o a iniciativa del Servicio de Nefrología como encargado de este Programa, no han tenido el impacto esperado.

La literatura mundial presenta con claridad algunas condiciones que predisponen a la aparición de la Insuficiencia Renal Crónica, entre éstas las enfermedades crónicas como la Diabetes Mellitus y la Hipertensión Arterial, padecidas con antelación por muchos de los pacientes que asisten a los programas de Hemodiálisis de la Caja de Seguro Social. Estas patologías guardan estrecha relación con los estilos de vida de los individuos, en cuanto a su alimentación, ejercicio físico, manejo de las emociones y controles de salud adecuados, entre otros. Por ello, son prevenibles y susceptibles de control una vez hayan aparecido.

Lo anterior, permite evidenciar que existen posibilidades de evitar o postergar la aparición de estas enfermedades crónicas, para lo que se hace necesario la búsqueda de alternativas efectivas que contrarresten su aumanto y el de los casos con Insuficiencia Renal Crónica, por las múltiples implicaciones negativas para todos los ciudadanos y el país en general.

ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN ACTUAL

DIAGNÓSTICO INTERNO

FORTALEZAS

- Interés de la Dirección General por la promoción, la prevención y la participación social.
- Existencia de un equipo multidisciplinario en cada unidad ejecutora.
- Infraestructura y equipo de alta tecnología disponibles para los tratamientos en algunas provincias.
- Capital humano altamente calificado.
- Equipos hospitalarios de salud conscientes de la problemática
- Descentralización del Servicio de Hemodiálisis.
- Recién iniciada descentralización de Diálisis Peritoneal.

DEBILIDADES

- Aumento creciente de la Diabetes Mellitus, la Hipertensión Arterial y la Insuficiencia Renal Crónica.
- Infraestructura y recursos humanos insuficientes en algunas áreas.
- Modelos de atención poco efectivos en promoción y prevención.
- Formación de equipos de salud principalmente en un modelo curativo.
- Baja cultura de los funcionarios en promoción y prevención.
- Altos costos en el programa de Prestaciones Económicas.
- Sistema de información no provee datos oportunos y confiables.
- Ausencia de programas de Mercadeo de la Salud.

DIAGNÓSTICO EXTERNO

OPORTUNIDADES

- Asociaciones de pacientes dispuestas a colaborar.
- Probable apoyo de casas farmacéuticas.
- Adelantos tecnológicos.
- Interés de grupos privados por crear una ONG para la atención de la enfermedad.
- Empresas privadas que brindan el tratamiento.
- Contacto con centros médicos de otros países.
- Problema de salud a nivel nacional.

AMENAZAS

- Situación económica del país.
- Medidas de contención del presupuesto nacional.
- Reformas en el sector salud.
- Alto costo privado de los tratamientos.
- Falta de un organismo que apoye a las entidades públicas en la promoción y prevención de esta enfermedad.

2. Definición de Intervenciones

Enfoque de promoción y prevención como estrategias para disminuir el impacto en la calidad de vida de los asegurados y los altos costos de la atención de la Insuficiencia Renal Crónica.

Los servicios de salud de la Seguridad Social se desarrollan y ejecutan con base a técnicas de intervención, recuperación y rehabilitación, en el contexto de los servicios clínicos y técnicos que demandan para su aplicación de un alto caudal de recursos costosos, que se articulan en establecimientos de mediana y alta complejidad de la red de servicios institucionales de salud.

El actual modelo de atención, por su forma de organización y oferta de los servicios de salud, ha fomentado en la comunidad de asegurados, una conciencia orientada hacia la atención de la enfermedad, postergándole el fomento del autocuidado de la salud, la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, como fundamentos para la preservación de la salud, actuando además sobre la base de estos patrones inflexibles para la provisión de los servicios de salud, que priorizan la recuperación de ésta y el desarrollo de acciones aisladas episódicas al medio ambiente laboral.

La dimensión estratégica que se propone el modelo para una nueva forma de organización, oferta y demanda de los servicios de salud de la institución, tiene una tremende trascendencia, por ser la vía mayormente modificable en el corto plazo, a través de un proceso de reorganización basado en estrategias de atención primaria de salud, que considere la importancia del desarrollo

organizacional, mediante un cambio planificado, que cuente con el aval de la alta dirección de la Caja de Seguro Social.

El plan estratégico que se presenta en el documento, constituye un aporte tendiente a disminuir los daños a la salud de los pacientes, que es ocasionado por el aumento vertiginoso de la Insuficiencia Renal Crónica, así como el impacto socio económico que está ocasionando, sobre todo a la Caja de Seguro Social. Se sustenta en reformas y fortalecimiento del modelo de atención primaria, con la participación no sólo de la entidad de Seguridad Social, sino del sector educativo, laboral, organizaciones públicas, privadas y sin fines de lucro y la comunidad como un todo.

3. Misión

Contribuir a mejorar la calidad de vida de los asegurados, mediante el desarrollo de programas de promoción y prevención, con la participación de nuestros clientes internos y externos, encaminados a promover la responsabilidad individual y social hacia la salud, de manera que disminuya la incidencia de pacientes con Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus e Insuficiencia Renal Crónica y que los pacientes que lo requieran puedan beneficiarse de los tratamientos de alta tecnología, de manara oportuna y de manos de un equipo de salud bien capacitado, desde el punto de vista técnico y humano.

4. Objetivos estratégicos

- Identificar acciones de promoción y prevención, que fortalezcan las destrezas y potencial de los individuos en el autocuidado de la salud.
- Contribuir a la disminución de los costos de la atención en salud, por medio de la reducción de la tasa de incidencia de la enfermedad y la cuantificación del ahorro social.
- Contar con un programa que le dé seguimiento a los pacientes de Nefrología, en cuanto a la evolución de su tratamiento y el estatus ante la Institución, para procurar minimizar los efectos económicos en el programa de Prestaciones Económicas.
- Obtener el apoyo y compromiso de la Dirección General de la Caja de Seguro Social en las diferentes fases del proyecto.
- Establecer un programa de desarrollo organizacional, que impulse la motivación y el compromiso del equipo multidisciplinario de salud.
- Implementar programas de Mercadeo Social, tendientes a la modificación de actitudes, costumbres y comportamientos desfavorables de las personas con relación a su salud.
- Conformar una estructura organizativa que, en conjunto con las instituciones públicas, le dé seguimiento a la problemática y encamine las acciones necesarias.

- Disponer de un sistema de información oportuno, confiable e integral sobre los programas de promoción y prevención de esta enfermedad, así como los de tratamientos sustitutivos.

5. Priorización de objetivos estratégicos

MATRIZ DE JERARQUIZACIÓN DE LOS OBJETIVOS ESTRATÉGICOS

OBJETIVOS	PRIORIDAD	IMPACTO		
		Alto	Mediano	Bajo
Obtener el apoyo y compromiso de la Dirección General de la Caja de Seguro Social en las diferentes fases del proyecto.	ALTA	Apoyo específico será un pilar imprescindible para garantizar el éxito del proyecto.		
Identificar acciones de promoción y prevención, que fortalezcan las destrezas y potencial de los individuos en el autocuidado de la salud.	ALTA	Urge promover la autonomía de los actores sociales, su capacidad de pensar, de tomar decisiones y responsabilidad por su salud y la de la comunidad.		
Establecer un programa de desarrollo organizacional que impulse la motivación y el compromiso del equipo	ALTA	Se requieren cambios en la cultura organizacional de los prestadores de los servicios de salud.		

interdisciplinario de salud.				
Conformar una estructura organizativa que, en conjunto con las instituciones públicas, le dé seguimiento a la problemática y encamine las acciones necesarias.	**ALTA**	Necesidad de liderazgo con compromiso y convencimiento hacia el proyecto		
Disponer de un sistema de información oportuno, confiable e integral sobre los programas de promoción y prevención de esta enfermedad, así como los de tratamientos sustitutivos.	**ALTA**	Asegurar registro de las acciones, para medir su impacto, ajustes necesarios, requerimiento y uso adecuado de los recursos.		
Implementar programas de Mercadeo Social, tendientes a la modificación de actitudes, costumbres y comportamientos desfavorables de las personas con relación a su salud.	**MEDIANA**		Necesidad de motivar a toda la comunidad para el cambio. Los adultos aprenden con la repetición.	
Contar con un programa que le dé seguimiento a los pacientes de Nefrología, en cuanto a la evolución de su		Para cumplir el propósito de los tratamientos sustitutivos que es la reinserción laboral, con lo		

tratamiento y el estatus ante la Institución, para procurar minimizar los efectos económicos en el programa de Prestaciones Económicas.	**ALTA**	que se disminuyen los costos para la Institución.		
Contribuir a la disminución de los costos de la atención en salud, por medio de la reducción de la tasa de incidencia de la enfermedad y la cuantificación del ahorro social.	**MEDIANA**		Con las acciones anteriormente implementadas, disminuirán los casos nuevos.	

6. Intervenciones estratégicas

En vista de la situación que enfrenta la población frente al problema del crecimiento acelerado de la Insuficiencia Renal Crónica, así como sus efectos económicos, se requiere de reformas en la atención de este problema, para lo cual el trabajo que se ha preparado, presenta los escenarios estratégicos en que se deben implementar los programas de trabajo.

- Desarrollar programas de articulación por regiones de salud.
- Capacitación en promoción y prevención al equipo de salud.
- Establecer programas que impulsen la motivación y el compromiso del equipo de salud hacia el nuevo proyecto.

- Integración de la comunidad a los problemas y soluciones relacionados con la Insuficiencia Renal Crónica.
- Creación de clínicas de promoción y prevención.
- Detección precoz de la Diabetes Mellitus y la Hipertensión Arterial.
- Creación de clínicas de promoción y de prevención
- Detección temprana de la patología renal.
- Actualización de criterios para el ingreso de pacientes a tratamientos sustitutivos para la Insuficiencia Renal Crónica.
- Identificación de criterios para la evaluación de las remisiones y regresiones del paciente con esta patología.
- Impulsar los programas de Diálisis Peritoneal, como primera opción para el peciente.
- Desarrollar acciones para que el paciente que ingresa a tratamientos sustitutivos cuente con un potencial donante.
- Promover la donación cadavérica de riñones.
- Establecimiento de mecanismos para la reinserción laboral del paciente.
- Establecimiento de un programa que mantenga datos completos sobre la situación laboral y de salud de los pacientes, con relación a su estatus ante le Institución.
- Presentación de la propuesta y sus beneficios a la Dirección General.
- Integración de un equipo interdisciplinario para la promoción y la prevención.

- Implementación de acciones que impliquen una nueva cultura organizacional, con enfoque de reformas en la atención por parte del equipo de salud.
- Establecimiento de programas y métodos de Mercadeo Social, con énfasis en la salud.
- Creación de entornos saludables.
- Reorientación de los servicios de salud.
- Establecer alianzas con instituciones públicas y privadas de la comunidad.
- Establecer acciones para la obtención de apoyo financiero.
- Registrar las acciones realizadas por parte de los equipos multidisciplinarios de salud.
- Actualización de los datos estadísticos mensuales de cada unidad ejecutora en el sistema de información nacional.
- Conformación de una estructura organizativa, que planifique y coordine las acciones de promoción internas y con otras instituciones.

7. Diseño de la evaluación

El diseño de la evaluación de la Planeación Estratégica de Promoción y Prevención para la Atención Sostenible de la Insuficiencia Renal Crónica, es la última fase del proceso de planificación. Aunque la evaluación se lleva a cabo durante -y principalmente al final del período de aplicación del plan-, al momento de fijar las intervenciones y los objetivos, se debe tener en cuenta su futura evaluación. Por ello, en la formulación de objetivos hay que asegurar que sean

mesurables y medibles. La finalidad de la evaluación es conocer hasta qué punto se han logrado estos y obtener información sobre los elementos que pueden ayudar a mejorar la aplicación de las intervenciones.

PLAN ESTRATÉGICO DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN PARA LA ATENCIÓN SOSTENIBLE DE LA INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA EN LA CAJA DE SEGURO SOCIAL

PROBLEMA	DEFINICIÓN DE OBJETIVOS	DEFINICIÓN DE INTERVENCIONES	DISEÑO DE LA EVALUACIÓN
Aumento vertiginoso de pacientes con problemas de Insuficiencia Renal Crónica.	Identificar acciones de promoción y prevención, que fortalezcan las destrezas y potencial de los individuos en el autocuidado de la salud, desde el inicio del programa.	Desarrollo de programas de articulación por regiones de salud. Capacitación en promoción y prevención al equipo de salud. Establecimiento de programa que impulse la motivación y el compromiso del equipo de salud. Integración de la comunidad a los problemas y soluciones que guardan relación con la Insuficiencia Renal Crónica y las enfermedades coadyuvantes. Creación de clínicas de promoción y prevención.	Determinar la participación social en las actividades de promoción y de prevención y su efecto en el fortalecimiento o destrezas de los ciudadanos.

PROBLEMA	DEFINICIÓN DE OBJETIVOS	DEFINICIÓN DE INTERVENCIONES	DISEÑO DE LA EVALUACIÓN
Altos costos para la atención en salud de esta enfermedad. La Diabetes Mellitus y la Hipertensión Arterial aparecen como las principales causas de morbi-mortalidad, enfermedades que degeneran en Insuficiencia Renal Crónica.	Contribuir a la disminución de los costos en la atención de salud de estas problemáticas, a través de la reducción en la tasa de incidencia de pacientes en Hemodiálisis y la cuantificación del ahorro social, desde el tercer año del programa.	Detección precoz de la Diabetes Mellitus y la Hipertensión Arterial. Creación de Clínica de promoción y de prevención. Detección precoz de la patología renal. Actualización de criterios para el ingreso de pacientes a los tratamientos sustitutivos para la Insuficiencia Renal Crónica. Identificación de criterios para la evaluación de las remisiones y regresiones del paciente con esta patología.	Grado de avance del proyecto, en cuanto a organización, normativas, recursos e implementación.
Alto impacto económico en el programa de Prestaciones Económicas.	Contar con un programa que le de seguimiento a los pacientes de Nefrología, en cuanto a la evolución de su tratamiento y el estatus ante la Institución, que permitirá medir el impacto de la prevención y de los tratamientos sustitutivos desde el primer año del programa.	Establecimiento de un sistema de información que mantenga datos sobre la situación laboral y de salud en que se desenvuelven los pacientes. Recomendación de la Diálisis Peritoneal como primera opción para el paciente, para la obtención de	Informes presentados de indicadores de costos de los diferentes tratamientos de la enfermedad.

PROBLEMA	DEFINICIÓN DE OBJETIVOS	DEFINICIÓN DE INTERVENCIONES	DISEÑO DE LA EVALUACIÓN
		ahorros en este programa. Establecimiento de mecanismos para la reinserción laboral del paciente. Recomendación para que el paciente que ingresa a tratamientos sustitutivos cuente con un potencial donante.	
Un modelo de atención más preocupado en destinar recursos a la atención de la morbilidad.	Obtener el apoyo y compromiso de la Dirección General de la Caja de Seguro Social en las diferentes fases del programa de promoción y prevención.	Presentación de la propuesta, en la que se precisan los beneficios de desarrollar la misma y contar con el apoyo del nivel directivo de la institución.	Determinar seguimiento dado por la Dirección General al proyecto.
Equipo de salud con baja cultura en promoción y prevención.	Establecer un programa de desarrollo organizacional, que impulse la motivación y el compromiso del equipo multidisciplinario de salud desde el inicio del programa.	Integración de un equipo multidisciplinario para la promoción y la prevención. Implementación de acciones que impliquen una nueva cultura organizacional, con enfoque de reformas en los equipos de salud en cuanto a la atención.	Determinar programas que se han implementado, recurso humano que ha participado y acciones de promoción y prevención realizadas.

PROBLEMA	DEFINICIÓN DE OBJETIVOS	DEFINICIÓN DE INTERVENCIONES	DISEÑO DE LA EVALUACIÓN
No se han implementado programas con énfasis en el Mercadeo de la Salud y mayor participación social.	Implementar programas de Mercadeo Social, tendientes a la modificación de actitudes, costumbres y comportamientos desfavorables de las personas con relación a su salud desde el segundo año.	Establecimiento de programas y métodos de Mercadotecnia, con énfasis en la salud. Creación de entornos saludables. Reorientación de los servicios de salud.	Determinar grado de avance del programa y el impacto en la incidencia de la Insuficiencia Renal Crónica y las enfermedades relacionadas a ella.
Ausencia de un organismo que apoye a las instituciones públicas en la promoción y prevención de esta enfermedad.	Conformar una estructura organizativa que, en conjunto con las instituciones públicas y privadas, le de seguimiento a la problemática y encamine las acciones necesarias.	Conformación de un comité interdisciplinario que planifique y coordine intra y extra muros el desarrollo y ejecución del proyecto, como un asunto que concierne a todos. Establecimiento de una serie de acciones, tendientes a la obtención de apoyo financiero.	Determinar avance en la constitución de un ente rector y porcentaje de instituciones participantes.
Sistema de información no facilita la obtención de datos de manera oportuna y confiable.	Disponer de un sistema de información oportuno, confiable e integral sobre los programas de promoción de la salud y prevención de esta enfermedad, así como los de tratamientos sustitutivos desde el inicio el programa.	Registro en el sistema de información local, de las acciones realizadas por los equipos de salud. Envío de reportes estadísticos mensuales a la unidad centralizada del sistema de información nacional.	Grado de avance en cuento al diseño, identificación de instrumentos de recopilación de información, tecnología requerida, indicadores que deberá generar el sistema, entre otros.

C. Plan operativo

Para el desarrollo del plan estratégico, en el cual se detallan los lineamientos estratégicos en que se enmarcan los programas y proyectos que se ejecuten a corto plazo, prasentamos el plan operativo, para el cumplimianto de metas qua conduzcan al alcance de los objativos propuestos en el plan astratégico. El mismo es el escenario ideal, sobre la base de una propuesta nacional, lo que va a requerir la implementación de un plan piloto u observatorio regional o local.

1. Identificación de metas

- Disponer de una organización institucional para la coordinación, ejecución y monitoreo de los programas, a constituirse en el primer año.
- Contar con un enta da apoyo a las instituciones públicas, en el desarrollo de programas da promoción y prevención da la Insuficiencia Renal Crónica, logrando su conformación en el tercer año.
- Implementar clínicas de prevención a partir dal segundo año.
- Establecer criterios para la atención de paciantes qua reciben tratamientos sustitutivos para la Insuficiencia Renal Crónica, desde el primer año.
- Establecer criterios para medir la remisión y regresión da la anfermedad, a partir del segundo año.

- Contar con el apoyo y compromiso de la Dirección General de la Caja de Seguro Social en las diferentes fases del proyecto.
- Tener a una comunidad motivada, recibiendo información sobre promoción y prevención en la salud, que acude a sus controles tempranos e inicia la modificación de sus estilos de vida, desde el segundo año.
- Lograr que el paciente seleccionado para tratamientos sustitutivos que tenga posibilidades de rehabilitación, se mantenga trabajando desde el primer año.
- Desarrollar un programa de Mercadeo de la Salud, con el propósito de disminuir los niveles de riesgo de la población e incentivar la responsabilidad en la salud, desde el segundo año.
- Constituir un equipo de salud informado sobre la problemática de la Insuficiencia Renal Crónica, facilitándole educación en salud a los pacientes y detectando tempranamente las enfermedades coadyuvantes, iniciando en el primer año.
- Diseñar un Sistema Único de Información, sobre todo en lo relacionado a la Insuficiencia Renal Crónica (costos, financiamiento, oferta, demanda, indicadores) y para conocer el avance de las acciones de promoción y prevención, su impacto, necesidad de ajustes o de plantear nuevos programas; el cual debe estar concluido en el segundo año.

2. Actividades a desarrollar para el alcance de las metas

- Definición de la estructura organizativa institucional.

- Constitución del equipo que se encargará de la organización.
- Obtención de financiamiento público como privado, interno y externo.
- Habilitación de clínicas de prevención.
- Composición del equipo encargado para la atención de las clínicas.
- Identificación de los recursos financieros para las clínicas.
- Definición de actividades que se realizarán en la clínica.
- Definición de quiénes elaborarán los criterios para el recibo y retiro de tratamientos sustitutivos para la Insuficiencia Renal Crónica.
- Sustentación de los criterios de selección y egreso de los programas.
- Definición de criterios para seguimiento de la remisión y regresión de la enfermedad.
- Presentación de la propuesta al Director General de la Caja de Seguro Social, para derivar su apoyo.
- Visitas del Director General a las instalaciones de salud, para motivar a los funcionarios sobre el proyecto.
- Charlas en salas de espera sobre educación en salud.
- Controles anuales de salud en la fecha de cumpleaños de los pacientes.
- Murales en espacios comunes de las instituciones de salud, sobre promoción y prevención en salud.
- Conformación del voluntariado de ciudadanos, formados en educación en salud, para que sirvan como agentes multiplicadores.
- Constitución de asociaciones de pacientes.
- Promoción de una cultura para el trasplante cadavérico.

- Dotación de Diálisis Peritoneal manual o automatizada, como primera opción de tratamiento.
- Intervención con la familia de los pacientes para estimular a los donantes vivos relacionados.
- Creación de un Sistema de Información para mantener actualizado el estado de salud, la condición laboral y de afiliación al Seguro Sociel de los pacientes que reciben tratamientos sustitutivos.
- Publicidad masiva al cliente interno y externo sobre los programas de promoción y prevención.
- Charlas a grupos de escolares, a sus madres y maestros, con apoyo gráfico. A estudiantes de las distintas universidades, también a trabajadores en sus empresas y a los grupos organizados en los centros religiosos.
- Folletos explicativos de los riesgos de la Hipertensión Arterial y la Diabetes, así como las ventajas del autocuidado. Audiovisuales y cartulinas.
- Desarrollo de actividades promocionales y de incentivos sobre entornos saludables y el autocuidado, con obsequio de artículos publicitarios que permitan permanencia en la recordación del mensaje.
- Concurso de carteles alusivos en escuelas, clubes sociales y deportivos.
- Ferias de la salud, colocación de exhibiciones en exposiciones de gran magnitud.

- Campañas de divulgación en la radio y la televisión, en espacios de opinión que no requieran pago.
- Controles de salud para la detección precoz de la Diabetes Mellitus y la Hipertensión Arterial.
- Campañas de detección en las emprasas y en las universidades para tal fin.
- Gestión de recursos comunitarios que financien las campañas de detección.
- Realizar capacitación por parte del equipo primario de atención, al resto de los equipos y los funcionarios de las Unidades Ejecutoras.
- Elaboración de los instrumentos para la captura de datos.
- Instalación de una línea telefónica de auxilio, para las consultas urgentes de los usuarios y mensajes telefónicos grabados.
- Identificación de los recursos humanos, tecnológicos y materiales.
- Capacitación al personal para tal propósito.

BIBLIOTECA
UNIVERSIDAD DE PANAMA

PLAN DE ACCIÓN DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN PARA LA ATENCIÓN SOSTENIBLE DE LA INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA EN LA CAJA DE SEGURO SOCIAL

RESULTADO ESPERADO	ACTIVIDADES	NOMBRE DEL PROGRAMA O PROYECTO	INDICADOR DE EVALUACIÓN	RESPONSABLES	PERÍODO DE EJECUCIÓN
Disponer de una organización institucional que se encargue de la coordinación, ejecución y monitoreo del proyecto en cuestión.	Definición de la estructura organizativa institucional. Constitución del equipo que se encargará de la organización.	Organización de estructura nacional en la Caja de Seguro Social.	Organización institucional constituida, con representación del equipo multidisciplinario.	Nivel de planificación nacional adscrito a la Dirección Nacional de los Servicios y las Prestaciones Médicas de la Caja de Seguro Social.	En el transcurso de un año.
Contar con un ente que apoye a las instituciones públicas, en el desarrollo de programas de promoción y prevención de la Insuficiencia Renal Crónica.	Obtención de financiamiento público como privado, interno y externo.	Fundación para la promoción de la salud y prevención de la Insuficiencia Renal Crónica.	% de avance de la organización que apoyará a las instituciones públicas en la prevención de la Insuficiencia Renal Crónica.	Ministerio de Salud. Caja de Seguro Social. Agentes externos.	En el lapso de tres años.

RESULTADO ESPERADO	ACTIVIDADES	NOMBRE DEL PROGRAMA O PROYECTO	INDICADOR DE EVALUACIÓN	RESPONSABLES	PERÍODO DE EJECUCIÓN
Implementar clínicas de prevención para reducir el daño en la salud a los ciudadanos y el costo de atención en salud de la Institución.	Habilitación de clínicas. Composición del equipo encargado. Identificación de los recursos financieros. Definir actividades que se realizarán en las clínicas.	Clínicas de promoción y prevención.	N° de clínicas establecidas.	Planificación de la Caja de Seguro Social a nivel nacional. Equipos multidisciplinarios locales.	En el segundo año
Contar con criterios para la atención de pacientes que reciben tratamientos sustitutivos para la Insuficiencia Renal Crónica.	Definir quiénes elaborarán los criterios. Sustentación de los criterios de selección y egreso de los programas.	Criterios técnicos para la selección de pacientes a tratamientos sustitutivos.	Criterios elaborados y puestos en práctica.	Equipo básico del departamento de Nefrología del Complejo Hospitalario Dr. Arnulfo Arias M., con consulta a equipos del resto del país y al departamento jurídico de la Institución y del MINSA.	Desde el primer año.
	Definición de criterios de remisión y	Criterios de remisión y regresión de la			Desde el segundo año.

RESULTADO ESPERADO	ACTIVIDADES	NOMBRE DEL PROGRAMA O PROYECTO	INDICADOR DE EVALUACIÓN	RESPONSABLES	PERÍODO DE EJECUCIÓN
	regresión de la enfermedad.	enfermedad.			
Contar con el apoyo y compromiso de la Dirección General de la Caja de Seguro Social en las diferentes fases del proyecto.	Presentación de la propuesta para su conocimiento y aprobación Visitas del Director General a las policlínicas para motivar al equipo sobre el proyecto.	Participación del Director General en los programas que se ejecuten.	N° de recursos aportados por la Dirección General al proyecto. con relación a las necesidades de presupuesto.	Dirección de Planificación de los Servicios y Prestaciones Médicas.	Durante todo el proyecto.
Comunidad motivada, recibiendo información sobre la promoción y prevención de la salud, que acude a sus controles tempranos y modifica sus estilos de vida.	Charlas en salas de espera sobre educación en salud. Controles anuales de salud en la fecha de cumpleaños de los pacientes.	Programa de capacitación e inducción a la comunidad para el autocuidado de la salud.	N° de charlas dadas y cantidad de pacientes beneficiados. N° de controles planeados y realizados.	Equipos locales de salud. Equipos locales de salud. Responsable del sistema de información local.	Desde el primer año.

RESULTADO ESPERADO	ACTIVIDADES	NOMBRE DEL PROGRAMA O PROYECTO	INDICADOR DE EVALUACIÓN	RESPONSABLES	PERIODO DE EJECUCIÓN
	Murales en espacios comunes de las instituciones de salud sobre promoción y prevención en salud.		N° de murales hechos con temas de promoción y prevención.		
	Conformación de voluntariado de ciudadanos formados en educación en salud, para que sirvan como agentes multiplicadores.		N° de voluntarios reclutados y capacitados.		Desde el segundo año.
	Constituir asociaciones de pacientes.		N° de asociaciones de pacientes constituidas.		Desde el primer año.

RESULTADD ESPERADD	ACTIVIDADES	NOMBRE DEL PROGRAMA O PROYECTO	INDICADOR DE EVALUACIÓN	RESPDNSABLES	PERÍODD DE EJECUCIÓN
Que el paciente seleccionado para tratamientos sustitutivos. con posibilidades de rehabilitación, se mantenga trabajando.	Promoción de una cultura para el trasplante cadavérico.	Programa para la reinserción laboral del paciente con tratamientos sustitutivos.	N° de trasplantes cadavéricos realizados	Departamento de Registros Médicos en Salud (REMES).	Desde el primer año.
	Dotación de Diálisis Peritoneal como primera opción.		N° de pacientes nuevos y de tratamientos de Diálisis Peritoneal.	Equipos locales de Nefrología.	Desde el primer año.
	Trabajar con la familia de los pacientes para estimular a los donantes vivos relacionados.		N° de familiares de pacientes adiestrados y N° de donaciones obtenidas.	Equipos locales de salud.	Desde el segundo año.
	Sistema de informática para mantener actualizado el estado de salud, de condición laboral y de afiliación al Seguro Social de los pacientes con tratamientos sustitutivos.		Sistema de Informática diseñado y funcionando.	Departamento de Informática de la Caja de Seguro Social.	Desde el primer año.
			N° de pacientes con tratamientos sustitutivos pensionados por invalidez o trabajando.	Servicio de Nefrología.	

RESULTADO ESPERADO	ACTIVIDADES	NOMBRE DEL PROGRAMA O PROYECTO	INDICADOR DE EVALUACIÓN	RESPONSABLES	PERÍODO DE EJECUCIÓN
Contar con un programa de Mercadeo de la Salud, con el propósito de disminuir los niveles de riesgo de la población e incentivar la responsabilidad en la salud.	Publicidad masiva al cliente interno y al externo, sobre los programas de promoción y prevención.	Programa de mercadeo de la salud.	% de desarrollo del programa de mercadeo de la salud.	Equipo multidisciplinario institucional.	Desde el segundo año.
	Charlas a grupos de escolares, a sus madres y maestros, con apoyo gráfico; a los universitarios; a los trabajadores en las empresas públicas y privadas; a los grupos organizados en los centros religiosos.		N° de escuelas, universidades, empresas, parroquias atendidas y número de personas capacitadas.	Equipo multidisciplinario de salud. Voluntarios de la comunidad. Imprenta de la Institución.	
	Folletos explicativos de los riesgos de la Hipertensión y la Diabetes, así como las ventajas del autocuidado.		Cantidad de folletos confeccionados y distribuidos.		

RESULTADO ESPERADO	ACTIVIDADES	NOMBRE DEL PROGRAMA O PROYECTO	INDICADOR DE EVALUACIÓN	RESPONSABLES	PERÍODO DE EJECUCIÓN
	También audiovisuales, cartulinas. Desarrollo de actividades promocionales y de incentivos sobre entornos saludables y el autocuidado, ya sea obsequiando camisetas. lápices, gafetes u otro objeto que permita permanencia en la recordación del mensaje. Concurso de carteles alusivos en escuelas, clubes sociales y deportivos.		N° de concursos celebrados y carteles seleccionados.		

RESULTADO ESPERADO	ACTIVIDADES	NOMBRE DEL PROGRAMA O PROYECTO	INDICADOR DE EVALUACIÓN	RESPONSABLES	PERÍODO DE EJECUCIÓN
	Ferias de la salud, colocación de exhibiciones en exposiciones de gran magnitud. Campañas de divulgación en la radio y la televisión, aprovechando espacios de opinión que no requieran pago.		N° de ferias realizadas. N° de entrevistas dadas en los medios de comunicación.		
Lograr equipo de salud informado sobre la problemática de la Insuficiencia Renal Crónica, facilitándole educación en salud a los pacientes y detectando tempranamente las enfermedades.	Identificación de los integrantes de los equipos multidisciplinarios. Capacitación de los equipos en misión, objetivos y metas de los programas de promoción y prevención.	Programa de Inducción y motivación a los equipos de salud.	Equipo multidisciplinario constituido. N°. de capacitaciones dadas y funcionarios capacitados.	Equipo de planificación a nivel nacional. Departamento de Capacitación nacional. Equipos locales de salud.	Desde el primer año

RESULTADO ESPERADO	ACTIVIDADES	NOMBRE DEL PROGRAMA O PROYECTO	INDICADOR DE EVALUACIÓN	RESPONSABLES	PERÍODO DE EJECUCIÓN
coadyuvantes	Realizar capacitación por parte del equipo primario de atención, al resto de los equipos y a todos los funcionarios de las Unidades Ejecutoras.		N° de funcionarios capacitados en relación a la cantidad total.	Equipos locales de salud.	
	Controles de salud para la detección precoz de la Diabetes Mellitus y de la Hipertensión Arterial.	Programa para la detección precoz de las enfermedades prevenibles.	N° de controles de salud realizados y de pacientes atendidos.		Desde el segundo año.
	Campañas de detección en las empresas y universidades para tal fin.		N° de campañas de detección realizadas en la comunidad y cantidad de casos captados.		

RESULTADO ESPERADO	ACTIVIDADES	NOMBRE DEL PROGRAMA O PROYECTO	INDICADOR DE EVALUACIÓN	RESPONSABLES	PERÍODO DE EJECUCIÓN
	Gestión de recursos comunitarios que financien estas campañas.		Cantidad y naturaleza de los recursos logrados.	Dirección Nacional de Planificación. Equipos locales y de salud.	
Conocer, a través de un Sistema Único de Información, el avance de las acciones de promoción y prevención, su impacto y necesidad de ajustes o de plantear nuevos programas.	Elaboración de los instrumentos para la captura de datos. Identificación de los recursos humanos, tecnológicos y materiales. Capacitación al personal.	Sistemas de información.	% de avance en el diseño del sistema único de información.	Departamento de Informática de la Caja de Seguro Social.	Aproximadamente dos años.

D. Plan piloto en la Región de Chiriquí, para los programas de promoción y prevención de la Insuficiencia Renal Crónica y las enfermedades coadyuvantes.

En vista de las limitaciones de recursos y por la necesidad de comprobar la eficacia y eficiencia de los programas que en salud se pretendan desarrollar, se plantea en esta propuesta el desarrollo de un plan piloto para la implementación de todos los programas que buscan incidir en la mejora de la calidad de la salud de los asegurados y en la disminución de los enormes costos que involucra el aumento considerable de la Insuficiencia Renal Crónica. La puesta en marche del mismo, permitirá hacer los ajustes sobre situaciones reales y los resultados podrán reforzar el plan nacional.

1. Región seleccionada

El plan piloto se ubicaría en la Región de Chiriquí, dado que allí se maneja un alto porcentaje de pacientes con este tipo de padecimiento, por lo que poseen experiencia en el programa, que se inició en 1992. Datos estadísticos de 1995 indican que habían 34 pacientes en Hemodiálisis y al 2004 contaban con 75 pacientes, o sea que han sobrepasado el doble de pacientes en menos de diez años.

El plan piloto se iniciaría con la conformación y capacitación de los equipos multidisciplinarios que se encargarían del desarrollo de las actividades de promoción y de prevención de esta enfermedad. Se requiere además, que se vaya adecuando el actual sistema de información de salud en esta región, de

manera que se diseñen los instrumentos de acopio de información, que brinde una respuesta en datos e indicadores adecuados para la evaluación de los programas que se estarían desarrollando en esa región, con respecto a la enfermedad en mención. Se requiere que se determine para este sistema la infraestructura tecnológica apropiada, que se designe al personal humano que se requiere y se le capacite en actividades de promoción y prevención, con énfasis en desarrollo organizacional y en mercadeo de la salud.

Una vez conformado el equipo y mejorado el sistema de información, las etapas siguientes se refieren al desarrollo de cada una de las actividades señaladas en los planes operativos en un marco lógico. Es importante señalar que se va a requerir la búsqueda de financiación para el desarrollo de estos programas, ya sea a través de asignaciones presupuestarias de la Caja de Seguro Social, organizaciones privadas u organismos internacionales.

2. Programas que se instrumentarían en el plan piloto

- Organización de la estructura nacional de la Caja de Seguro Social.
- Organización de los equipos multidisciplinerios de salud.
- Capacitación, inducción y compromiso de los equipos de salud.
- Capacitación, inducción, y compromiso de la comunidad con los programas.
- Adecuación del sistema de información de salud.
- Programa de Mercadeo Social, enfocado a la promoción de la salud y a la prevención de la Insuficiencia Renal Crónica.

- Creación de clínicas de promoción y prevención.
- Reinserción laboral del paciente con tratamientos sustitutivos para la Insuficiencia Renal Crónica.
- Creación de Fundación para la promoción de la salud y la prevención de la Insuficiencia Renal Crónica.
- Detección precoz de la enfermedad.
- Identificación de criterios para el ingreso de pacientes a tratamientos sustitutivos.
- Criterios para determinar la remisión y la regresión de la enfermedad.
- Participación del Director General para el impulso de los programas.

3. Presupuesto requerido

Se estima en alrededor de B/.54,155.00 la inversión que se requiere pera el desarrollo de este plan piloto, sin incluir el recurso humano con que cuenta la Caja de Seguro Social, así como equipo rodante y cierto mobiliario de oficina.

PRESUPUESTO REQUERIDO PARA EL DESARROLLO DE LOS PROGRAMAS DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN EN LAS INSTALACIONES DE LA CAJA DE SEGURO SOCIAL EN LA REGIÓN DE CHIRIQUÍ

Partidas presupuestarias	Monto
Total de funcionamiento	**54,155.00**
Servicios personales*	
Servicios no personales	**30,150.00**
Servicios básicos	2,500.00
Anuncios y avisos	6,000.00
Promoción y publicidad	13,000.00
Otros gastos de promoción y publicidad	2,000.00
Viáticos	3,500.00
Transporte de personal	1,750.00
Mantenimiento de equipos de computación	1,400.00
Materiales y suministros	**2,405.00**
Diesel	700.00
Gasolina	350.00
Lubricantes	175.00
Papelería	200.00
Textos de enseñanza	140.00
Útiles de oficina	140.00
Repuestos	700.00
Inversiones	**21,600.00**
Maquinaria y equipo	**10,800.00**
Equipos de computación	10,800.00
Inversiones financieras	**10,800.00**
Remodelaciones de infraestructura	10,800.00

- No incluye los servicios personales, ya que este renglón sería con el presupuesto y el personal con que cuenta la institución.

Este presupuesto, permitiría contar con los recursos financieros, materiales y tecnológicos que requerirían los equipos multidisciplinarios de los niveles I, II y III de atención, que se tendrán que encargar de la implementación del plan operativo en la región propuesta.

4. Financiación

Tomando como referencia los altos costos que produce el tratamiento de Hemodiálisis en un año, estamos en capacidad de afirmar que la Caja de Seguro Social debe asumir, sin ninguna dificultad, el costo que representa impulsar este plan de promoción y de prevención, que de acuerdo a las metas planteadas en el plan operativo, a partir del tercer año se debe traducir en beneficios, producto del ahorro que se genere, en la medida en que se vayan observando cambios medibles en la población, producto de los efectos positivos de los programas de promoción y prevención para que las personas atiendan tempranamente las enfermedades, asistan a controles de salud en forma oportuna, todo lo cual contribuirá a la disminución y al control de la Diabetes, la Hipertensión Arterial y la Insuficiencia Renal Crónica.

También se pueden buscar los mecanismos, para que apoyen en la financiación de estos programas el sector privado y los organismos internacionales.

CONCLUSIONES

- La Insuficiencia Renal Crónica es una problemática de salud grave, presente a nivel nacional, que impacta negativamente la calidad de vida de quienes la padecen, así como la parte financiera de las entidades de salud, por los altos costos de los tratamientos para su atención.

- La Caja de Seguro Social ha puesto en funcionamiento diferentes modelos de atención, tendientes a mejorar el nivel de salud de la población. El enfoque de éstos ha sido principalmente medicalista, con énfasis en el aumento de la cobertura, descuidando la eficiencia, referida a la medición del impacto de los programas de salud.

- El modelo de atención, centrado en la atención de la morbilidad, ha estado a la par con la existencia de un equipo de salud preparado para tal fin, que ha tenido a su disposición los adelantos tecnológicos y científicos, que han permitido el control de algunas enfermedades, pero no han podido detener el surgimiento y avanca de otras patologías crónicas, que encarecen significativamente la prestación de los servicios de salud.

- Las estadísticas de la República, así como las de la Consulta Externa del Complejo Hospitalario Dr. Arnulfo Arias M., demuestran el incremento en la incidencia de casos con Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial, información

que está acorde con las suministradas por la Organización Panamericana de la Salud, que destaca el incremento de su incidencia y prevalencia, además de predecir el aumento de éstas, en cuanto a la morbilidad y mortalidad a nivel mundial.

- La literatura médica abunda en evidencias de que la Diabetes Mellitus y la Hipertensión Artarial representan factores de riesgos significativos para el desarrollo de una Insuficiencia Renal Crónica. No obstante, también considera que las primeras son enfermedades prevenibles a través de astilos de vida saludables y adecuados controles de salud.

- La Caja de Seguro Social dispone de todos los tratamientos de alta tecnología sugeridos a nivel mundial para la atención curativa de la Insuficiencia Renal Crónica. No obstente, los mismos no están diseñados para contribuir a la disminución de pacientes con esta enfermedad.

- Al enfrentar la Caja de Seguro Social un alza progresiva de pacientes con requerimiento de tratamientos sustitutivos, se vio precisada a la descentralización de la Hemodiálisis, lo que no ha reflejado disminución en el número de pacientes que atiende el Complejo Hospitalario Dr. Arnulfo Arias M., encontrándose a la fecha dicho centro en una situación de saturación de turnos, agotamiento físico del recurso humano y de los mismos pacientes, hacinamiento del área física donde se brinda el tratamiento, situación crítica

que se irá proyectando a los otros centros de diálisis, de no tomarse medidas asertivas para detener la aparición de casos nuevos.

- Sólo un 21.05% de los pacientes encuestados eran asegurados activos. Un 26.32% son pensionados por invalidez, lo que denota que es una enfermedad que causa un alto grado de incapacidad física y un 34.74% son beneficiarios, significando que no aportan económicamente para el recibo de los tratamientos.

- El 60.00% de los pacientes con pensiones por invalidez, reciben montos inferiores a los B/.300.00, que impresionan insuficientes para cubrir sus necesidades básicas y las de su familia, en donde el promedio de miembros es de cuatro.

- El 28.00% de los pacientes pensionados tiene menos de un año de estar bajo este estatus ante la institución; un 36.00% de uno a tres años, un 16.00% cuatro años y el resto entre cinco y hasta 18 años, lo que representa un prolongado desambolso económico para la entidad de Seguridad Social, al tratarse ya de pensiones definitivas.

- El 69.5% de los pacientes encuestados inició el recibo de Hemodiálisis en el primer año de su diagnóstico de Insuficiencia Renal Crónica, lo que preocupa ante una enfermedad que pudo ser prevenida.

- Relacionado al tiempo en el tratamiento que tienen los encuestados, el 45.27% tiene menos de un año hasta dos de estar en el programa, siguiéndole un 30.52% con dos y tres años; un 18.95% entre cuatro a siete años y un 5.25% entre ocho a trece años. Todos muy ilustrativos del costo social y económico de la Insuficiencia Renal Crónica Terminal.

- De los pacientes que actualmente están recibiendo Hemodiálisis, el 8.42% estuvieron antes en Diálisis Peritoneal y un 4.21% recibieron Trasplante Renal que posteriormente perdieron. Esto demuestra que ninguno de los tratamientos tiene garantía de éxito completo, en lo que influye la condición personal de salud del paciente y también su entorno.

- Sólo el 17.89% de los pacientes de la muestra trabajan, lo que reitera el nivel de dificultad de los afectados para colocarse en el mercado laboral, al tener que asistir tres días de la semana a tratamientos, además de la incapacidad física que también puede producir.

- Un 52.63% de los afectados refirió estar en espera de donante cadavérico y sólo 5.26% dijo esperar un trasplante de donante vivo relacionado. La preferencia hacia el trasplante renal de donante cadavérico, obedece según los informantes a que no cuentan con un potencial donante, coincidiendo la mayoría de las respuestas en que no desean arriesgar a sus familiares y en los otros casos, éstos no tienen deseos de donar.

- Sobre las causas que según los pacientes ocasionaron su Insuficiencia Renal Crónica, el 36.84% manifestó la Hipertensión Arterial y el 15.79% la Diabetes Mellitus. Un 23.1% señaló desconocer las causas, pudiendo tratarse en algunos casos de personas asintomáticas o que no aceptan la enfermedad.

- Un 61.05% de los pacientes encuestados, estuvieron hospitalizados en el año 2004. De éstos, un 51.72% lo estuvo una vez, el 39.66% dos a cuatro veces y el 5.17% más de cuatro veces. Las causas de la hospitalización fueron en el 32.76% la Insuficiencia Renal Crónica, el 32.76% complicaciones con la fístula, entre otros motivos.

- La institución carece de un sistema de información, que facilite la disponibilidad de datos de manera oportuna y confiable. En los diferentes centros de producción que tienen relación con el Servicio de Nefrología existe información dispersa, muchas veces no sistematizada.

RECOMENDACIONES

- Exhortar a las altas autoridades de la Caja de Seguro Social a implementar como política institucional el apoyo a todas las acciones de promoción y de prevención que se ejecuten, en especial aquellas encaminadas a disminuir la incidencia de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica.

- Apoyar en la conformación de una estructura interna, con alcance nacional, que lidere la puesta en marcha de los programas de promoción y prevención y coordine con las instituciones públicas y privadas los apoyos y recursos necesarios para que el proyecto sea una realidad.

- Realizar esfuerzos mancomunados con la comunidad, a fin de constituir una gran red de apoyo social, que puede estar representada a través de una Fundación, para aunar esfuerzos en la promoción y la prevención, de tal forma que esta estrategia de salud pueda mostrar resultados favorables en la disminución de las enfermedades prevenibles como la Hipertensión Arterial, la Diabetes Mellitus y consecuentemente la Insuficiencia Renal Crónica.

- Demandar el apoyo institucional, para que provea los recursos necesarios, que permitan desplegar los programas contenidos en el plan operativo, como el desarrollo organizacional y el despliegue del mercadeo en salud, para

obtener la colaboración y el compromiso del equipo de salud y de la comunidad en general.

- Constituir los equipos multidisciplinarios de salud y facilitarles la capacitación necesaria en promoción y prevención, para que sean capaces de compartir la nueva cultura con los usuarios de los servicios de salud, de quienes esperamos obtener su empoderamiento para que sean responsables en el autocuidado del bien más preciado, como es la salud individual y colectiva.

- Que una vez organizada la Región que servirá como observatorio de los programas de promoción y prevención de la Insuficiencia Renal Crónica, reciba el seguimiento de cada una de las acciones que se desarrollen, para determinar si se está cumpliendo con lo programado, para que, cuando se compruebe la efectividad de éstos, sean replicados a las otras regiones hasta tener una cobertura nacional.

- Desarrollar el sistema de información en la institución, que recoja todos los datos referentes a la Insuficiencia Renal Crónica y al paciente mismo, en cuanto a su aspecto de salud, laboral, estatus ante la Caja de Seguro Social y otros de referencia personal, que garantice la medición de los indicadores, evaluar el desarrollo del programa, manejo de los recursos, para la recomendación de los ajustes o adecuación necesaria.

- Propugnar porque las diferentes administraciones que conduzcan la entidad de Seguridad Social y las otras instituciones relacionadas con la salud, se comprometan al seguimiento de los programas de promoción y prevención con participación social, como alternativa a los problemas de salud y a los altos costos.

BIBLIOGRAFÍA

Libros

BRAVEMAN, P.; TARIMO, E. (1996). *El Reconocimiento Sistemático en Atención Primaria de Salud.* Ginebra: O.P.S., 214 Págs.

CAJA DE SEGURO SOCIAL (1995). *Modernización de la Caja de Seguro Social: una respuesta hacia el 2000.* Panamá, 107 Págs.

CASTRO, M. (2002). *Administración e Intentos de Gerencia Social.* Perú: Universidad Nacional del Altiplano, 145 Págs.

CHIAVENATO, Idalberto. (2000). *Introducción a la Teoría General de la Administración.* 5ta. Ed. México: McGraw-Hill, 1056 Págs.

CONFERENCIA INTERAMERICANA DE SEGURIDAD SOCIAL. (1995). *La Seguridad Social en Panamá.* Serie monografías 18. México: Editorial Piensa, S.A. de C.V., 106 Págs.

DAY, R. (1996). *Cómo Escribir y Publicar Trabajos Científicos.* 2da. Ed., publicación Núm. 558. Washington, D.C.: O.P.S., 217 Págs.

GONZÁLEZ, J.; DEL BOSQUE, S. y DEL BOSQUE, M. T. (1998). *Manos a la Salud.* México: Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social, 353 Págs.

GOODSTEIN, L.; NOLAN, T. y PFEIFFER, W. (2000). *Planeación Estratégica Aplicada.* Colombia: McGraw-Hill, 442 Págs.

HERNÁNDEZ S., R.; FERNÁNDEZ, C. y BAPTISTA, P. (1991). *Metodología de la Investigación.* México: McGraw-Hill, 505 Págs.

INSTITUTO CENTROAMERICANO DE A.P. (2000). *Planificación Estratégica, 238 Págs.*

KROEGER, A., LUNA, R. (1992). *Atención Primaria de Salud.* 2da. Ed. México: Editorial Pax, 639 Págs.

MALAGÓN, G.; GALÁN, R. y PONTÓN, G. (2000). *Administración Hospitalaria.* 2da. Ed. Colombia: Editorial Médica Panamericana, 628 Págs.

MÉRIDA, M. (1995). *La Seguridad Social en Panamá: conferencia interamericana de Seguridad Social.* Serie monografía Núm. 18. Editorial Piensa, S.A. de C.V., 106 Págs.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (2004). *Informe Sobre la Salud en el Mundo 2004.* Francia: O.M.S., 179 Págs.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. (2000). *Desafíos para la Educación en Salud Pública.*

_____ (1998). *Prevención Clínica: guía para médicos.* Núm. 568. Washington, D.C.: O.P.S., 325 Págs.

_____ (1997). *Guía para la Gestión de la Atención Primaria de Salud.* 2da. Ed. Washington, D.C.: O.P.S.

_____ (1990). *Evaluación para el Planeamiento de Programas de Educación para la Salud.* Núm. 18. Washington, D.C.: O.P.S., 106 Págs

_____ (1990). *La Hipertensión Arterial como Problema de Salud Comunitario.* Núm. 3. Washington, D.C.: O.P.S., 147 Págs.

_____ (1989). *Insuficiencia Renal Crónica, Diálisis y Trasplante: primera Conferencia de Consenso.* Washington, D.C.: O.P.S., 164 Págs.

_____ (s.a.). *Promoción de la Salud: una antología.* Publicación Científica Núm. 557.

PARAÍSO, V. (1995). *El Trabajo Social en América Latina.* Argentina: Editorial Lumen.

PINEDA, E.B.; ALVARADO, E.L. y DE CANALES, T.F. (1994). *Metodología de la Investigación.* 2ª. Ed. Washington, D.C.: O.P.S., 225 Págs.

RESTREPO, H.; MÁLAGA, H. (2001). *Promoción de la Salud: cómo construir vida saludable.* Colombia: Editorial Médica Panamericana, 298 Págs.

SALLENAVE, J.P. (1994). *La Gerencia Integral.* Bogotá: Editorial Norma, 280 Págs.

SUÁREZ, N. (2002). *Mercadotecnia: Herramienta de la Gestión Sanitaria.*

VILLAVECES, J.L.; MALDONADO, C.; MARCOS, A.; CASTRO, M.; BERNAL, Y.; ESCOBAR, J.; MÁRQUEZ, J.; AGUILAR, J.; CARVAJAL, I. y MENESES, D. (2003). *Bioética, Ciencia, Tecnología y Sociedad CTS.* Bogotá: Ediciones El Bosque, 201 Págs.

ZIEGENFUSS, J. (1998). *Hacia la Implantación de Modelos de Administración Gerencial en Salud Pública.*

ZÚÑIGA, M. (1997). *La Caja de Seguro Social en la Mira.* Panamá: VIMESA, 84 Págs.

Boletines y folletos

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL. (2001). *Consultoría de Gestión, S.A.* 410 Págs.

CAJA DE SEGURO SOCIAL. Dirección Nacional de Servicios y Prestaciones Médicas. Unidad de Evaluación y Análisis de Procesos. (2004). *Determinación de los Costos del Programa de Trasplante Renal.* Panamá, 155 Págs.

_____ (2004). *Situación Actual de los Programas de la Caja de Seguro Social y sus Tendencias.*

_____ Complejo Hospitalario Dr. Arnulfo Arias M. Departamento de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. (2004). *Boletín Estadístico.*

_____ Complejo Hospitalario Dr. Arnulfo Arias M. Departamento de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. (2003). *Boletín Estadístico.*

_____ Complejo Hospitalario Dr. Arnulfo Arias M. Departamento de Registros Médicos y Estadísticas de Salud (2002). *Boletín Estadístico.*

_____ Complejo Hospitalario Dr. Arnulfo Arias M. Departamento de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. (2001). *Boletín Estadístico.*

_____ Complejo Hospitalario Dr. Arnulfo Arias M. Departamento de Registros Médicos y Estadísticas de Salud (2000). *Boletín Estadístico.*

_____ Complejo Hospitalario Dr. Arnulfo Arias M. Dirección Administrativa, Departamento de Costo. (2002). *Estudio Sobre el Tratamiento de Hemodiálisis para el Establecimiento de Costos.*

_____ Complejo Hospitalario Dr. Arnulfo Arias M., Servicio de Nefrología. (2001). *Aspectos Importantes de la Sala de Hemodiálisis.*

_____ Dirección Nacional de los Servicios y Prestaciones Médicas. (2001). Celebrando LX años de Seguridad Social en Panamá. *Boletín Especial.* Panamá, 28 Págs.

_____ Dirección Nacional de Planificación. (2001). *Determinación de los Costos del Programa de Trasplante Renal de la Caja de Seguro Social.*

_____ Dirección Nacional de Planificación. (2000). *Costo Unitario Estimado del Proceso de Hemodiálisis.*

_____ Dirección Nacional de Servicios y Prestaciones Médicas. (2000). *Guías de Atención 1ª. Parte.*

_____ Dirección Nacional de los Servicios y Prestaciones Médicas. (2000). *Lineamientos Políticos y Estratégicos 1999-2004.* Panamá, 16 Págs.

_____ Dirección Nacional de los Servicios y Prestaciones Médicas. (2000). *Plan Estratégico de los Servicios de Salud 1999-2004.* Panamá.

_____ Dirección Nacional de los Servicios y Prestaciones Médicas. (2000). *Plan Estratégico Nacional 2000-2004.* Panamá. 60 Págs.

CENTRO INTERAMERICANO DE ESTUDIOS DE SEGURIDAD SOCIAL. (2001). *"Administración de los Sistemas de Salud".* Caja de Seguro Social, Departamento de Capacitación. Panamá, 170 Págs.

CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA. (2002). *Estadísticas Vitales: defunciones.* Vol. 3. Panamá, 118 Págs.

ESCALA, M. (2000). *Visión de la Caja de Seguro Social de Panamá sobre el Modelo de Atención.* Panamá, 8 Págs.

UNIVERSIDAD DE PANAMÁ. Vicerrectoría de Investigación y Postgrado. (1998). *Reglamento de Tesis de Grado.* Panamá, 26 Págs.

Tesis

CLEGHORN, D. (1975). *Importancia de la Atención de Enfermería en la Hemodiálisis como Tratamiento del Paciente Urémico.* Tesis. Universidad de Panamá, Panamá, Panamá. 211 Págs.

Legislaciones

Panamá, Ley 6 de 29 de octubre de 1914. *Gaceta oficial,* 6 de noviembre de 1914, Núm. 2142, Pág. 5224.

Panamá, Ley 17 de 16 de noviembre de 1916. *Gaceta oficial,* 16 de noviembre de 1916, Núm.2476, Pág. 6751.

Panamá. Ley 21 de 14 de diciembre de 1920. *Gaceta oficial,* 31 de diciembre de 1920, Núm. 3515, Pág.10791.

Panamá. Ley 23 de 21 de marzo de 1941. *Gaceta oficial,* 31 de marzo de 1941, Núm. 8481, Pág. 1.

Panamá. Ley 134 de 27 de abril de 1943. *Gaceta oficial,* 14 de mayo de 1943, Núm. 9099.

Panamá. Decreto Ley Núm. 14 de 27 de agosto de 1954. *Gaceta oficial,*10 de septiembre de 1954, Núm. 12467, Pág. 1.

Panamá. Ley 9 de 22 de enero da 1962. *Gaceta oficial,* 7 de febrero de 1962, Núm. 14567, Pág. 3.

Panamá. Decreto Ley 68 de 31 de marzo de 1970. *Gaceta oficial,* 3 de abril de 1970.

Panamá. Ley 15 de 31 de marzo de 1975. *Gaceta oficial,* 30 de abril de 1975, Núm. 17830.

Panamá. Ley 30 de 26 de diciembre de 1991. *Gaceta oficial,* 31 de diciembre de 1991, Núm. 21943.

Panamá. Ley 52 de 12 de diciembre da 1995. Págs. 6.

Panamá. Procedimiento 122-01, del 2001.

Panamá. Ley 67 de 19 de diciembre de 2001. *Gaceta oficial,* 21 de diciembre de 2001, Núm. 24457.

Panamá. Ley 29 de 23 de junio de 2002. *Gaceta oficial,*17 de junio de 2002, Núm. 24575.

Panamá. Convenio DALC-007 del 2003.

Anexo

ENCUESTA DE OPINIÓN

PARA DETERMINAR ALGUNOS ELEMENTOS SOBRE LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES QUE ASISTEN AL PROGRAMA DE HEMODIÁLISIS DE LA CAJA DE SEGURO SOCIAL

Número:_____

Centro de Atención:_____

Parte A: DATOS GENERALES

1. Dirección residencial del paciente:_____
   PROVINCIA DISTRITO CORREGIMIENTO BARRIO

2. Edad (años cumplidos):_____

3. Tipo de asegurado: Activo(a) ☐ Jubilado o pensionado(a) ☐
   Beneficiario ☐ Pensionado(a) Invalidez ☐ Beneficiario(a) Invalidez ☐

(Si es asegurado activo (a), jubilado (a) o pensionado (a) o beneficiario(a) pase a la pregunta 1 de la parte B)

4. Si es pensionado por invalidez, desde cuándo, con qué diagnóstico y el monto neto y bruto de su pensión.

Fecha_____Diagnóstico_____Monto (neto) B/._____(bruto)B/._____

5. Si es beneficiario inválido, desde cuándo y con qué diagnóstico.

Fecha_____Diagnóstico_____

Parte B: SITUACION DE MORBILIDAD

1 ¿En qué fecha le diagnosticaron Insuficiencia Renal Crónica? _____

2 Fecha de ingreso al Programa de Hemodiálisis: _____ MES AÑO

3 Número de días a la semana que asista al tratamiento de Hemodiálisis:_____hora_____(especifique am o pm) Turno_____

4 Tipo de transporte que utiliza para asistir al tratamiento: Automóvil propio o de la familia ☐
Taxi ☐ Público ☐ De la Caja de Seguro Social ☐

5. ¿Cuánto tiempo le toma llegar de su domicilio al centro de Diálisis?(en minutos u hora)_____

6 ¿Qué impactos ha tenido el tratamiento de Hemodiálisis sobre usted y su familia?, a nivel:

Emocional: ☐ Económico: ☐ Laboral: ☐ Educativo: ☐
Familiar ☐ Estilo de Vida: ☐ Personal: ☐
Otro:_____

7 ¿Tiene usted idea de cuánto es el costo de cada día de tratamiento de Hemodiálisis que recibe en la Caja de Seguro Social? Sí ☐ Cuánto_____ No ☐

8. Si ha estado en Diálisis Peritoneal antes o ha recibido Trasplante Renal, señale le(s) fecha(s). Tratamiento_____ Fecha_____

Parte C: SITUACION SOCIO-ECONOMICA DEL PACIENTE

1. Nivel educativo: Analfabeta ☐ (Si es incompleto indique el grado o año en el recuadro)

Primaria ☐ Secundaria ☐ Universitaria ☐

Primaria incompleta ☐ Secundaria incompleta ☐ Universitaria incompleta ☐

2. Ocupación que desempeña: _____ No trabaja (preescolar, pensionado o beneficiario) ☐

Desempleado (buscando empleo) ☐ Estudiante ☐ Perdió el empleo por enfermedad ☐

3. En caso de trabajar, ¿lo afecta el tratamiento de Hemodiálisis para realizar su trabajo? Sí ☐ No ☐

(pase a la pregunta 5)

4. ¿A nivel laboral, en qué lo afecta el tratamiento de Hemodiálisis?

Permisos frecuentes ☐ Llamados de atención en la empresa ☐ Me siento cansado ☐

Descuentos en mi salario ☐ Trabajo pesado ☐

Otro_____

5. ¿Con quién vive usted?_____

6. Salario que devenga: Bruto B/._____ Neto B/._____

7 ¿Cuál es su ingreso familiar mensual aproximado?: B/._____

8. ¿Cuál es el gasto familiar mensual aproximado?: B/._____

Parte D: ALTERNATIVAS DE TRATAMIENTO

1. Otras enfermedades que sufre y desde qué fecha (explique)_____

2. ¿Tiene interés en realizarse un Trasplante Renal?: Sí: ☐ No: ☐

3. ¿Esta en lista de espera para Trasplante Renal? Sí: ☐ No: ☐

4- ¿Qué modalidad de Trasplante Renal espera? , Donante vivo relacionado ☐ Donante Cadavérico ☐

No soy apto para Trasplante Renal ☐

5. ¿En este momento cuenta usted con un potencial donante?: Si ☐ No ☐

6 .¿Por qué no tiene un potencial donante? Mis familiares no son compatibles ☐

No tengo familiares con deseos de donar. ☐ No deseo arriesgar a mis familiares ☐

Familiares tienen miedo ☐ Otro:_____

7. A ese potencial donante le están realizando estudios de compatibilidad: Si ☐ No ☐

8. ¿Por qué cree usted que le dio Insuficiencia Renal Crónica?

Por la Diabetes ☐ Por la Hipertensión Arterial ☐

No me cuidaba la Diabetes ☐ No me controlaba la Hipertensión Arterial ☐

Es hereditaria ☐ No se ☐ Otro ☐

9. ¿Considera usted que su Insuficiencia Renal Crónica puede prevenirse?: Si ☐ No ☐

10. ¿Qué cosas puede hacer un paciente para prevenir o postergar la aparición de la Insuficiencia Renal Crónica?

_____

11. ¿Como paciente renal, cuáles son sus mayores preocupaciones en este momento?

Lograr un trasplante de riñón ☐ Que privaticen la Caja de Seguro Social ☐ Deseo cambiar de tratamiento ☐

Cambio en el horario de turno ☐ Mi parte económica ☐ Mi familia ☐

Conseguir un empleo ☐ Alimentarme mejor ☐ Pagos puntuales de viáticos ☐

Otro (especifique)_____

12. ¿Ha estado usted hospitalizado este año: Si: ☐ ¿Cuántas veces?:_____ ¿Por cuál enfermedad?

_____No: ☐

OBSERVACIONES: _____

_____

_____ _____

Firma del entrevistador(a) **Fecha**

INSTRUCTIVO

ENCUESTA DE OPINIÓN PARA DETERMINAR ALGUNOS ELEMENTOS SOBRE LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES QUE ASISTEN AL PROGRAMA DE HEMODIÁLISIS DE LA CAJA DE SEGURO SOCIAL

- Cada formulario debe llevar en la esquina superior derecha un número, que corresponderá al número control o de identificación.
- Posteriormente se anotará el nombre de la instalación de la Caja de Seguro Social donde se realizó la encuesta.

Parte A: Datos Generales

1. **Dirección residencial del paciente**. En esta pregunta se anotará la dirección habitual del paciente, colocando la ubicación exacta: provincia, distrito, corregimiento y barrio o barriada.
2. **Edad en años cumplidos**. En esta pregunta, se anotará la edad del paciente al momento de realizarle esta encuesta.
3. **Tipo de Asegurado**: Se colocará un gancho en el recuadro que corresponda al tipo de asegurado que es el paciente, o su situación ante el Seguro Social. De ser posible, verificar con el carné de Seguro Social. Si es asegurado activo, pensionado, jubilado o beneficiario, pase a la pregunta 1 de la parte B.
4. Si su condición ante la Caja de Seguro Social es como pensionado por invalidez, debe colocar la fecha en que se le concedió dicha pensión, el diagnóstico que la originó y el monto de la misma.
5. Si es beneficiario inválido, colocará la fecha de la pensión y el diagnóstico de la invalidez

Parte B: Situación de Morbilidad

1. Colocará la fecha (mes y año) en que le diagnosticaron Insuficiencia Renal Crónica.
2. Aquí se colocará la fecha (mes y año) en que ingresó al Programa de Hemodiálisis.
3. Número de días a la semene que asiste al tratamiento de Hemodiálisis, el turno y la hora, colocando a.m. o p.m, según sea el caso.
4. Seleccionar con un gancho, en la casilla que corresponda al tipo de transporte que utiliza para asistir a su tratamiento.
5. Indicar el tiempo de trayecto que debe recorrer desde su domicilio hasta llegar al centro médico donde es dializado, en minutos u horas.
6. Seleccionar con un gancho la casilla que corresponda al impacto que ha tenido sobre el peciente y su familia el tratamiento de Hemodiálisis, explicarlo en la línea en blanco.

7. Si el paciente tiene idea del costo de cada día de tratamiento de Hemodiálisis que recibe en la Caja de Seguro Social, colocar un gancho en el recuadro correspondiente a la respuesta afirmativa y seguidamente, colocar el monto en balboas. En caso contrario, sólo marcará un gancho en el recuadro correspondiente a la respuesta negativa.
8. En esta pregunta, especifique nombre del tipo de tratamiento seleccionado y la fecha en que lo recibió.

Parte C: Situación socioeconómica del paciente

1. Coloque un gancho en la respuesta seleccionada del nivel educativo del paciente. Si el nivel seleccionado es incompleto, coloque en el recuadro de la selección el grado hasta que llegó en número ordinal (1, 2, 3,...)
2. Anote la ocupación que desempeña o desempeñaba, o seleccione la alternativa que se ajuste a su condición, con un gancho en el recuadro. Si ninguna se ajusta, marcar en el espacio que corresponde a otro. Si la respuesta es que está desempleado o es estudiante, pase a la pregunta 6.
3. En caso de que el paciente trabaje, conteste si le afecta el tratamiento de Hemodiálisis, colocando un gancho en el recuadro que responda la pregunta. Si su respuesta es negativa, pase a la pregunta 5.
4. En caso de trabajar, conteste con un gancho en el recuadro que corresponda en qué lo afecta el tratamiento de Hemodiálisis a nivel laboral. Si su respuesta no se ajusta a las opciones contenidas en la encuesta, coloque su respuesta en el espacio correspondiente a otro.
5. Especifique el salario bruto que devenga; es decir, su salario sin deducciones y también su salario neto o lo que recibe en su cheque, luego de todas sus deducciones.
6. Anote en esta pregunta cuál es el ingreso familiar aproximado mensual de la familia; es decir, la suma de los ingresos de todos los miembros.
7. En esta pregunta, colocará el gasto familiar mensual aproximado; o sea, las suma de todos los gastos del hogar.
8. Indique las personas que componen su grupo familiar, atendiendo el parentesco y número de hijos.

Parte D: Alternativas de tratamiento

1. En esta pregunta, anote qué otra enfermedad o enfermedades sufre y desde qué fecha, aparte de la Insuficiancia Renal Crónica.
2. Conteste sí o no en el recuadro que corresponda, según sea el caso de su interés en realizarse un Trasplante Renal.
3. Conteste sí, no o no sé en el recuadro que corresponda, según sea el caso de estar en lista de espera para Trasplante Renal.
4. Seleccione con un gancho en el recuadro, con relación a qué modalidad de trasplente espera.
5. Conteste sí o no con un gancho en el recuadro correspondiente, con respecto a si tiene un potencial donante. Si su respuesta es no, pase a la pregunta 7

6. Marque con un gancho el recuadro que corresponda, de por qué no tiene un potencial donante.
7. Conteste sí o no según sea el caso, que a su potencial donante le estén realizando estudios de compatibilidad.
8. Seleccione con un gancho en el recuadro que corresponda, de por qué cree usted que le dio Insuficiencia Renal Crónica.
9. Seleccione con un gancho el recuadro que corresponda, si sabe que la Insuficiencia Renal Crónica es una enfermedad que puede prevenirse.
10. Debe indicar qué sabe o piensa que puede hacer para prevenir o postergar la aparición de la Insuficiencia Renal Crónica.
11. Seleccione con un gancho el recuadro que corresponda a cuáles son sus mayores preocupaciones en este momento, como paciente renal. Si su respuesta no se encuentra en las selecciones, especifique en el espacio correspondiente a otro.
12. Diga si ha estado hospitalizado en el último año, cuántas veces y por qué diagnóstico. De no ser así, sólo marque la casilla que corresponde a la respuesta No.

Observaciones: Destine este espacio para aclarar cualquier aspecto que surja, relacionado con las respuestas que haya dado a las preguntas del cuestionario.

Cuadro 1. POBLACIÓN Y MUESTRA DE PACIENTES QUE ASISTEN AL PROGRAMA DE HEMODIÁLISIS DE LA CAJA DE SEGURO SOCIAL, SEGÚN INSTALACIÓN: AÑO 2004

Instalación	Población	Muestra	Porcentaje
Total	**457**	**95**	**20.79**
Hospital Dr. Rafael Estévez	60	12	20.00
C.H. Dr. Manuel A. Guerrero	20	7	35.00
Hospital Dr. Rafael Hernández	83	18	21.69
C.H. Dr. Arnulfo Arias M.	250	42	16.80
Hospital de Especialidades Pediátricas	8	6	75.00
Hospital Dra. Susana Jones	36	10	27.78

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes que asisten al Programa de Hemodiálisis de la Caja de Seguro Social, diciembre de 2004.

Cuadro 2. PACIENTES ENCUESTADOS PENSIONADOS POR INVALIDEZ, QUE ASISTEN AL PROGRAMA DE HEMODIÁLISIS DE LA CAJA DE SEGURO SOCIAL, SEGÚN TIEMPO DE PENSIONADOS: AÑO 2004

Tiempo de estar pensionado	Pacientes	
	Nº	%
Total	**25**	**100.00**
Nuevos	2	8.00
Menos de 1 año	5	20.00
1 año	3	12.00
2 años	3	12.00
3 años	3	12.00
4 años	4	18.00
5 años	1	4.00
6 años	1	4.00
9 años	1	4.00
13 años	1	4.00
18 años	1	4.00

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes que asisten al Programa de Hemodiálisis de la Caja de Seguro Social, diciembre de 2004.

Cuadro 3. PACIENTES ENCUESTADOS BENEFICIARIOS INVÁLIDOS, QUE ASISTEN AL PROGRAMA DE HEMODIÁLISIS DE LA CAJA DE SEGURO SOCIAL, SEGÚN TIEMPO DE PENSIONADOS: AÑO 2004

Tiempo de estar pensionado	Pacientes	
	Nº	%
Total	**7**	**100.00**
1 año	1	14.29
2 años	1	14.29
3 años	2	28.57
7 años	1	14.29
8 años	1	14.29
10 años	1	14.29

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes que asisten al Programa de Hemodiálisis de la Caja de Seguro Social, diciembre de 2004.

Cuadro 4. PACIENTES ENCUESTADOS QUE ASISTEN AL PROGRAMA DE HEMODIÁLISIS DE LA CAJA DE SEGURO SOCIAL, POR TIEMPO TRANSCURRIDO ENTRE EL DIAGNÓSTICO DE LA INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA Y LA INCLUSIÓN EN EL PROGRAMA, SEGÚN INSTALACIÓN: AÑO 2004

INSTALACIÓN	Tiempo transcurrido entre el diagnóstico de la Insuficiencia Renal Crónica y la inclusión en el programa de Hemodiálisis en meses y años										
	Total	0 mes	1 mes	2-10 meses	1 año	2 años	3 años	4 años	6 años	7 años	9 años
Total	**95**	**41**	**12**	**13**	**8**	**4**	**4**	**7**	**3**	**2**	**1**
Porcentaje	**100.00**	**43.16**	**12.63**	**13.68**	**8.42**	**4.21**	**4.21**	**7.37**	**3.16**	**2.11**	**1.05**
Hospital Dr. Rafael Estévez	**12**	5	0	3	2	0	0	2	0	0	0
C.H. Dr. Manuel E. Amador G.	**7**	2	1	1	0	1	0	1	0	1	0
Hospital Regional Dr. Rafael Hernández	**18**	8	4	2	1	2	0	0	0	1	0
C.H. Dr. Arnulfo Arias M.	**42**	19	4	5	4	1	2	3	3	0	1
Hospital de Especialidades Pediátricas	**6**	1	0	1	1	0	2	1	0	0	0
Hospital Dra. Susana Jones	**18**	6	3	1	0	0	0	0	0	0	0

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes que asisten al Programa de Hemodiálisis de la Caja de Seguro Social, diciembre de 2004.

Cuadro 5. PACIENTES ENCUESTADOS QUE ASISTEN AL PROGRAMA DE HEMODIÁLISIS DE LA CAJA DE SEGURO SOCIAL, SEGÚN TIEMPO UTILIZADO PARA LLEGAR A LA INSTALACIÓN: AÑO 2004

Tiempo	Pacientes	
	Nº	%
Total	**95**	**100.00**
5 a 29 minutos	21	22.11
30 a 59 minutos (1/2 hora a 1 hora)	23	24.21
60 a 89 minutos (1 hora a 1 y 1/2 hora)	16	16.84
90 a 119 minutos (1 y 1/2 hora a 2 horas)	15	15.79
120 a 149 minutos (2 horas a 2 y 1/2 horas)	12	12.63
150 a 180 minutos (más da 2 y 1/2 horas)	6	6.32
No contestó	2	2.11

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes que asisten al Programa de Hemodiálisis de la Caja de Seguro Social, diciembre de 2004.

Cuadro 6. PACIENTES ENCUESTADOS QUE ASISTEN AL PROGRAMA DE HEMODIÁLISIS DE LA CAJA DE SEGURO SOCIAL QUE CONTESTARON LA PREGUNTA "¿Tiene idea del costo de cada sesión del tratamiento (Sí, cuánto)?", SEGÚN RESPUESTA: AÑO 2004

Tipo de Respuesta	Pacientes	
	Nº	%
Total	**95**	**100.00**
Sí	54	56.84
No	41	43.16

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes que asisten al Programa de Hemodiálisis de la Caja de Seguro Social, diciembre de 2004.

Cuadro 7. PACIENTES ENCUESTADOS QUE ASISTEN AL PROGRAMA DE HEMODIÁLISIS DE LA CAJA DE SEGURO SOCIAL Y QUE CONTESTARON AFIRMATIVAMENTE A LA PREGUNTA "¿Tiene idea del costo de cada sesión del tratamiento (Sí, cuánto)?", SEGÚN COSTO: AÑO 2004

Costo Estimado	Pacientes	
	Nº	%
Total	**54**	**100.00**
50.00 - 199.00	4	7.41
200.00 - 349.00	37	68.52
350.00 - 499.00	8	14.81
500.00 - 649.00	2	3.70
650.00 - 799.00	1	1.85
800.00 - 949.00	0	0.00
Más de 950.00	0	0.00
No sabe	2	3.70

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes que asisten al Programa de Hemodiálisis de

Cuadro 8. PACIENTES ENCUESTADOS QUE ASISTEN AL PROGRAMA DE HEMODIÁLISIS DE LA CAJA DE SEGURO SOCIAL, SEGÚN OTROS TRATAMIENTOS SUSTITUTIVOS RECIBIDOS: AÑO 2004

Tratamiento Sustitutivo	Pacientes	
	Nº	%
Total	**95**	**100.00**
Diálisis Peritoneal	8	8.42
Trasplante renal	4	4.21
No aplica	83	87.37

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes que asisten al Programa de Hemodiálisis de la Caja de Seguro Social, diciembre de 2004.

Cuadro 9. PACIENTES QUE ASISTEN AL PROGRAMA DE HEMODIÁLISIS DE LA CAJA DE SEGURO SOCIAL, SEGÚN IMPACTO QUE HA TENIDO ESTE TRATAMIENTO EN EL PACIENTE Y SU FAMILIA: AÑO 2004

Detalle	Pacientes	
	Nº	%
Total	**95**	**100.00**
1. Emocional	3	3.16
2. Económica	21	22.11
3. Laboral	3	3.16
4. Educativo	0	0.00
5. Familiar	9	9.47
6. Estilo de Vida	0	0.00
7. Personal	1	1.05
Otro	5	5.26
Respuesta Múltiple	53	55.79

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes que asisten al Programa de Hemodiálisis de la Caja de Seguro Social, diciembre de 2004.

Cuadro 10. PACIENTES ENCUESTADOS QUE ASISTEN AL PROGRAMA DE HEMODIÁLISIS DE LA CAJA DE SEGURO SOCIAL QUE TRABAJAN Y CÓMO LOS AFECTA ESTE TRATAMIENTO EN SU TRABAJO: AÑO 2004

Como afecta el tratamiento en el trabajo	Pacientes	
	Nº	%
Total	**17**	**100.00**
Permisos frecuentes	3	17.65
Llamadas de atención en la empresa	0	0.00
Me siente cansado (a)	4	23.53
Descuentos de mi salario	0	0.00
Trabajo pesado	0	0.00
No contestó	6	35.29
Otro	4	23.53

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes que asisten al Programa de Hemodiálisis de la Caja de Seguro Social, diciembre de 2004.

Cuadro 11. PACIENTES ENCUESTADOS QUE ASISTEN AL PROGRAMA DE HEMODIÁLISIS DE LA CAJA DE SEGURO SOCIAL Y QUE TRABAJAN, SEGÚN OCUPACION: AÑO 2004

Ocupación	Pacientes	
	Nº	%
Total	**17**	**100.00**
Empleada doméstica	3	17.65
Policía Nacional	2	11.76
Celador	1	5.88
Conductor de camiones	1	5.88
Conductor particular	1	5.88
Docente en la Universidad	1	5.88
Empacadora	1	5.88
Marino	1	5.88
Mecánico de refrigeración	1	5.88
Odontólogo	1	5.88
Oficinista	1	5.88
Pavo de autobús	1	5.88
Supervisor nacional de educación	1	5.88
Trabajador manual	1	5.88

Fuenta: Encuesta aplicada a pacientes que asisten al Programa de Hemodiálisis de la Caja de Seguro Social, diciembre de 2004.

Cuadro 12. PACIENTES ENCUESTADOS QUE ASISTEN AL PROGRAMA DE HEMODIÁLISIS DE LA CAJA DE SUGURO SOCIAL, POR INGRESOS RECIBIDOS, SEGÚN SALARIO: AÑO 2004

Salarios	Salario Bruto en B/.	Porcentaje	Salario Neto en B/.	Percentaje	Ingreso Familiar Mensual Aproximado en B/.	Percentaje	Gasto Familiar Mensual Aproximado en B/.	Percentaje
Total	**95**	**100.00**	**95**	**100.00**	**95**	**100.00**	**95**	**100.00**
95.00 - 199.00	6	6.32	6	6.32	22	23.16	3	3.16
200.00 - 299.00	3	3.16	5	5.26	16	16.84	14	14.74
300.00 - 399.00	6	6.32	3	3.16	8	8.42	5	5.26
400.00 - 499.00	3	3.16	2	2.11	5	5.26	3	3.16
500.00 - 599.00	1	1.05	2	2.11	5	5.26	4	4.21
600.00 - 699.00	2	2.11	0	0.00	4	4.21	2	2.11
700.00 - 799.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	1	1.05
800.00 - 699.00	1	1.05	1	1.05	2	2.11	0	0.00
Más de 900.00	3	3.16	2	2.11	8	8.32	3	3.16
No sabe	1	1.05	0	0.00	3	3.16	8	8.42
No contestó	64	67.37	69	72.63	16	18.95	25	26.32
No aplica	5	5.26	5	5.26	0	0.00	0	0.00
Dependen de hijos y otros familiares	0	0.00	0	0.00	6	6.32	0	0.00
No pueden precisar	0	0.00	0	0.00		0.00	19	20.00
Otros	0	0.00	0	0.00		0.00	8	8.42

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes que asisten al Programa de Hemodiálisis da le Caja de Seguro Social, diciembre de 2004.

Cuadro 13. PACIENTES ENCUESTADOS QUE ASISTEN AL PROGRAMA DE HEMODIÁLISIS DE LA CAJA DE SEGURO SOCIAL QUE NO CUENTAN CON UN POTENCIAL DONANTE, SEGÚN LA CAUSA: AÑO 2004

Causa	Pacientes	
	Nº	%
Total	**74**	**100.00**
Mis familiares no son compatibles	4	5.41
No tengo familiares con deseos de donar	14	18.92
No deseo arriesgar a mis familiares	20	27.03
Familiares tienen miedo	4	5.41
Otro	28	37.84
No sabe	1	1.35
No contestó	3	4.05

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes que asisten al Programa de Hemodiálisis de la Caja de Seguro Social, diciembre de 2004.

Cuadro 14. PACIENTES ENCUESTADOS QUE ASISTEN AL PROGRAMA DE HEMODIÁLISIS DE LA CAJA DE SEGURO SOCIAL, SEGÚN SU RESPUESTA A LA PREGUNTA "¿Por qué cree usted que le dio Insuficiencia Renal Crónica?": AÑO 2004

Motivo de la Insuficiencia Renal Crónica	Pacientes	
	Nº	%
Total	**95**	**100.00**
Por la Diabetes	10	10.53
No me cuidaba la Diabetes	5	5.26
Por la Hipertensión Arterial	30	31.58
No me controlaba la Hipertensión Arterial	1	1.05
Es hereditaria	2	2.11
No sé	22	23.16
Otro	25	26.32

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes que asisten al Programa de Hemodiálisis de la Caja de Seguro Social, diciembre de 2004.

Cuadro 15. PACIENTES ENCUESTADOS QUE ASISTEN AL PROGRAMA DE HEMODIÁLISIS DE LA CAJA DE SEGURO SOCIAL QUE HAN SIDO HOSPITALIZADOS EN EL AÑO, SEGÚN NÚMERO DE HOSPITALIZACIONES: AÑO 2004

Número de veces	Pacientes	
	Nº	%
Total	**58**	**100.00**
1 vez	30	51.72
2 veces	11	18.97
3 veces	8	13.79
4 veces	4	6.90
Más de 4 veces	3	5.17
No recuerda	2	3.45

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes que asisten al Programa de Hemodiálisis de la Caja de Seguro Social, diciembre de 2004.

Cuadro 16. PACIENTES ENCUESTADOS QUE ASISTEN AL PROGRAMA DE HEMODIÁLISIS DE LA CAJA DE SEGURO SOCIAL QUE HAN SIDO HOSPITALIZADOS EN EL AÑO, SEGÚN CAUSA DE LA HOSPITALIZACION: AÑO 2004

Causa de la hospitalización	Pacientes	
	Nº	%
Total	**58**	**100.00**
Insuficiencia Renal Crónica	19	32.76
Complicaciones con la fístula	11	18.97
Complicaciones con el catéter	6	10.34
Coágulos	2	3.45
Trasplante Renal	2	3.45
Otros	18	31.03

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes que asisten al Programa de Hemodiálisis de la Caja de Seguro Social, diciembre de 2004.

Cuadro 17. PACIENTES ENCUESTADOS QUE ASISTEN AL PROGRAMA DE HEMODIÁLISIS DE LA CAJA DE SEGURO SOCIAL QUE HAN SIDO HOSPITALIZADOS EN EL AÑO, SEGÚN OTRA CAUSA DE LA HOSPITALIZACIÓN: AÑO 2004

Tipo de respuesta	Pacientes	
	Nº	%
Total	18	**100.00**
Asma y Edemas	1	5.56
Cirugías	1	5.56
Complicación pulmonar	1	5.56
Edemas, peritonitis, asma y cólicos biliares	1	5.56
Exámenes médicos	1	5.56
Fractura de miembro inferior	1	5.56
Hipoglicemía, Cirugía de vesícula	1	5.56
Infarto, caída, I.R.C.	1	5.56
Injerto	1	5.56
Nefritis	1	5.56
Deterioro de catéter peritoneal	1	5.56
Peritonitis	1	5.56
Edema de miembro inferior	1	5.56
Pleuresía y dolor toráxico	1	5.56
Hipotensión arterial	1	5.56
Realización de injerto vascular	1	5.56
Transfusiones	1	5.56
Ulcera varicosa	1	5.56

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes que asisten al Programa de Hemodiálisis de la Caja de Seguro Social, diciembre de 2004.

Cuadro 18. PACIENTES ENCUESTADOS QUE ASISTEN AL PROGRAMA DE HEMODIÁLISIS DE LA CAJA DE SEGURD SOCIAL, SEGÚN SU MAYOR PREOCUPACION CDN RESPECTO A ESTE TRATAMIENTO: AÑO 2004

Detalle	Pacientes	
	Nº	%
Total	95	100.00
1- Lograr un trasplante de riñón	21	22.11
2- Que privaticen la Caja de Seguro Social	9	9.47
3- Deseo cambiar de tratamiento	2	2.11
4- Cambio en el horario de turno	0	0.00
5- Mi parte económica	7	7.37
6- Mi familia	1	1.05
7- Conseguir un empleo	0	0.00
8- Alimentarme mejor	1	1.05
9- Pagos puntuales de viáticos	0	0.00
Respuesta múltiple	36	37.89
Otro	18	18.95

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes que asisten al Programa de Hemodiálisis de la Caja de Seguro Social, diciembre de 2004.

Cuadro 19. PACIENTES DE HEMODIÁLISIS Y PACIENTES DE DIÁLISIS PERITONEAL ATENDIDOS EN EL COMPLEJO HOSPITALARIO Dr. ARNULFO ARIAS M., POR TRATAMIENTO, SEGÚN AÑD: 1998-04

Años	Total	Tratamiento	
		Hemodiálisis	Diálisis Peritoneal
Total	**1,829**	**1,396**	**433**
1998	189	135	54
1999	200	157	43
2000	232	172	60
2001	276	210	66
2002	304	244	60
2003	306	236	70
2004	322	242	60

Fuente: Estadística del Servicio de Nefrología del Complejo Hospitalario "Dr. Arnulfo Arias M.".

Cuadro 20. DONANTES VIVOS RELACIONADOS Y DONANTES CADAVÉRICOS REGISTRADOS EN EL COMPLEJO HOSPITALARIO Dr. ARNULFO ARIAS M., POR TIPO DE DONANTE, SEGÚN AÑO: AÑOS 1990-04

Años	Total	Donante	
		Vivo Relacionado	Cadavérico
Total	**230**	**122**	**108**
1990	1	1	-
1991	2	2	-
1992	4	4	-
1993	5	5	-
1994	2	2	-
1995	11	11	-
1996	25	25	-
1997	14	14	-
1998	14	11	3
1999	6	5	1
2000	19	12	7
2001	25	9	16
2002	34	15	19
2003	30	3	27
2004	38	3	35

Fuente: Estadísticas de la Coordinación Nacional de Trasplantes, Caja de Seguro Social.