

**UNIVERSIDAD DE PANAMA**

**VICERECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y**

**POSTGRADO**

**FACULTAD DE MEDICINA**

**PROPUESTA TÉCNICA PARA EL  
MEJORAMIENTO DEL PROGRAMA DE  
ENFERMEDAD Y MATERNIDAD DE LA CAJA DE  
SEGURO SOCIAL-3**

**Por**

**Lic. Gaudencio Rodríguez**

**Trabajo de graduación para optar por el grado de  
Maestría en Economía de la Salud y Gestión de los  
Servicios Sanitarios**

**Panamá, República De Panamá**

**- 2004 -**

## **AGRADECIMIENTO**

**PROFESOR ASESOR**

**DR. PASTOR CASTELL**

# DEDICATORIA

Dedicamos este trabajo de graduación a todos los asegurados que por años han contribuido al desarrollo de nuestro país y requieren de cambios en esta institución para obtener servicios de salud con calidad.

## **A G R A D E C I M I E N T O**

Agradecemos a Dios por la oportunidad de compartir nuestros sueños con personas altamente calificadas e integras durante estos dos años de estudios.

A nuestras familias por su apoyo en la consecución de este logro.

A nuestros organizadores por plantar en nosotros el deseo permanente de realizar cambios innovadores que permitan que nuestro país siga desarrollándose.

# INDICE

PROFESOR ASESOR.....	ii
DEDICATORIA.....	iii
AGRADECIMIENTO.....	v
INTRODUCCIÓN.....	1

## CAPITULO I

### ASPECTOS GENERALES DEL PROYECTO

A. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA .....	2
B. SITUACIÓN ACTUAL O ESTADO ACTUAL DEL PROBLEMA.....	2
C. SUPUESTO GENERAL.....	4
CH. OBJETIVO GENERAL.....	4
D. OBJETIVO ESPECÍFICO.....	4
E. DELIMITACIÓN, ALCANCE O COBERTURA.....	4
F. RESTRICCIONES Y / O LIMITACIONES.....	5
G. JUSTIFICACIÓN DEL PROYECTO.....	5



## **CAPÍTULO II**

### **ASPECTOS METODOLÓGICOS**

A. MÉTODO DE INVESTIGACIÓN.....	9
B. TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	9
C. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	10
D. FORMULACIÓN DE SUPUESTOS.....	10
E. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LAS VARIABLES.....	12
F. INSTRUMENTACIÓN.....	12
G. ENCUESTAS.....	12
H. ENTREVISTAS.....	14
I. OBSERVACIONES.....	15

## **CAPÍTULO III**

### **RESULTADOS**

A. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS.....	18
B. DE LAS ENCUESTAS.....	18
C. DE LAS ENTREVISTAS.....	38
D. DE LAS INVESTIGACIONES REALIZADAS.....	39

## **CAPÍTULO IV**

### **PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA TÉCNICA**

A. ANTECEDENTES.....	69
----------------------	----

B. DISEÑO DE LA PROPUESTA.....70

**CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

A. CONCLUSIONES.....77  
B. RECOMENDACIONES.....78  
BIBLIOGRAFÍA.....80  
ANEXOS.....83

## INTRODUCCIÓN

El Programa de Maternidad y Enfermedad, se define como el Programa encargado de prestar los servicios de salud a la población asegurada y a sus dependientes.

Este Programa desde sus inicios careció de un Modelo de Atención definido para cada tipo de beneficiario, no se trabajó en el marco de una Cartera de Servicios definida, limitada y protocolizada; con lo cual se prestaba todo tipo de servicios sin limite alguno, sin considerar los costos, lo cual ha llevado a la Institución ha presentar déficit consecutivos y crecientes, en los tres últimos años.

El presente trabajo trata de abordar la problemática de forma integral, realizando inicialmente un análisis de tipo demográfico y epidemiológico de la población, para orientar mejor la demanda de los servicios y organizar la oferta. Paralelamente, se deberá realizar cambios sustanciales en la Organización, ya que sus procesos administrativos son muy lentos y no dan respuestas oportunas a las necesidades crecientes del asegurado y del personal que trabaja para el Programa.

Por otro lado, para sustentar nuestra propuesta se realizaron algunas encuestas y entrevistas para documentar la problemática, que gira en torno a la satisfacción del usuario frente a la atención, y evidenciar que el actual modelo de atención no llena las expectativas del usuario.

Nuestra propuesta técnica se basa en lineamientos estratégicos, que giran en torno al:

1. Diseño de la Propuesta

2. Identificación, selección y protocolización de las prestaciones
3. Diseño de una estrategia de atención y modelo de gestión
4. Estimación de Costos
5. Análisis de costo-efectividad de la propuesta final

**CAPITULO I**  
**ASPECTOS GENERALES DEL PROYECTO**

## A. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA.

El **Programa de Enfermedad y Maternidad** cubre las siguientes prestaciones:

- ⇒ Servicios personales por remuneraciones del personal médico y paramédico de policlínicas y hospitales.
- ⇒ Servicios no personales por materiales y suministros
- ⇒ Prestaciones Económicas:
  - Pagos de subsidios por enfermedad
  - Pagos de subsidios por maternidad
  - Pagos de subsidios por lentes
  - Pagos de subsidios por prótesis dental
  - Pagos ocasionados por asistencia social
  - Pagos ocasionados por la prestación de servicios médicos y hospitalización (materiales y suministros, maquinarias y equipo)

Este programa se responsabiliza de la atención en salud de los asegurados y sus dependientes, como también de la atención de la maternidad.

El mismo, se financia a través de los aportes de la Cuota del Patrono (8%), la Cuota del Obrero (0.5%), la Cuota del jubilado (**6.75%**) y del ingreso generado a través de **los rendimientos de sus reservas**.

## B. SITUACIÓN ACTUAL DEL PROBLEMA.

En el 2001, este programa registró un superávit operativo de 11.9 millones, sus resultados finales caen hasta un negativo de 23.5 millones de

dólares para el 2002 y para el 2003 registra un déficit de 25.8 millones, evidenciándose una falta de dirección completa (ausencia de rumbo) en este programa.

Además, del problema financiero de este Programa existe gran insatisfacción por parte del usuario, originada por la deficiente administración y gestión, lo cual trae como resultado:

- Falta de oportunidad en las cirugías
- Mala calidad y ausencias de medicamentos.
- Largas filas para la atención de exámenes de laboratorios clínicos y radiológicos
- Deficiente atención médica (atención despersonalizada)
- Distanciamiento en las citas médicas especializadas.

En resumen, podemos definir que los problemas del Programa se concentran en dos áreas fundamentalmente:

- Ausencia de *un Modelo de Atención* que responda a las necesidades de la población asegurada
- Déficit Financiero

Este Programa desde sus inicios careció de un Modelo de Atención definido para cada tipo de beneficiario, no se trabajó en el marco de una Cartera de Servicios definida, limitada y protocolizada; con lo cual se prestaba todo tipo de servicios sin limite alguno, sin considerar los costos, lo cual ha llevado a la Institución ha presentar déficit consecutivos y crecientes en los tres últimos años.

### **C. SUPUESTO GENERAL.**

El Programa de Maternidad y Enfermedad, se define como el Programa encargado de prestar los servicios de salud a la población asegurada y a sus dependientes.

Esta amplia cobertura ha generado que los gastos se incrementen para este Programa, ya que al carecer de un Diseño Conceptual del Modelo de Atención y su respectiva Cartera de Servicios de Salud, no permite controlar el gasto asociado al mismo.

### **CH. OBJETIVO GENERAL.**

El objetivo general del presente proyecto es:

- a. Proponer alternativas para el mejoramiento del Programa de Enfermedad y Maternidad en el aspecto de atención como en lo económico, con el fin de mejorar la gestión del Programa.

### **D. OBJETIVO ESPECÍFICO.**

- a. Proponer un Modelo de Atención que garantice una oferta oportuna y sustentable
- b. Definir una cartera de servicios según tipo de beneficiario

### **E. DELIMITACIÓN Y COBERTURA.**



La propuesta plantea en sus antecedentes que **la ilimitada** oferta de todo tipo de servicios ha provocado un incremento exponencial de los gastos asociados al Programa, por lo cual, se establecerán límites a la cobertura de los servicios, y suministrarle un ordenamiento al sistema de las prestaciones médicas, a fin de limitar el exceso del gasto actual.

## F. RESTRICCIONES Y / O LIMITACIONES.

Dentro de las variables que representan algún tipo de limitantes, podemos mencionar las siguientes:

- La rigidez contractual (Leyes Gremiales) del **Recurso Humano contratado** por el Programa de Maternidad y de Enfermedad para brindar la atención a los beneficiarios.
- El **beneficiario del programa**, al introducir una cartera de servicios de salud definida y controlada.
- Contar con una **adecuada red de instalaciones** de salud para brindar los servicios de salud

## G. JUSTIFICACIÓN DEL PROYECTO.

La propuesta va dirigida a elaborar un **Diseño Conceptual del Modelo de Atención para la población beneficiaria**, pero también se deberán realizar los correctivos a nivel de la Organización, ya que sus procesos se han quedado obsoletos, frente a las necesidades presentadas por la población beneficiaria.

En los aspectos de planificación, es importante conocer cuales son los nudos críticos a trabajar, con el fin de organizar los aspectos técnicos

relacionados a la cartera de servicios, a los usuarios o beneficiarios, a los ingresos que se perciben para su financiamiento, a los costos relacionados y la eficiencia en el uso adecuado de estos fondos.

Se deberá trabajar en una estrategia de implantación del Modelo de Atención, en el cual se desarrollará un Plan Estratégico que se base en planes operativos relacionados al mejoramiento y capacitación del recurso humano y a la oferta de servicios diseñada, para cada tipo de beneficiario para darle al programa coherencia en sus acciones.

### **Resultados esperados:**

Con este proyecto, esperamos proponer alternativas viables que den solución a los dos problemas principales detectados, de manera que se mejore la *calidad de atención* de los derecho-habientes y se obtenga un *mejor rendimiento de los recursos* con los que cuenta el Programa, de manera que se mejore el déficit económico que presenta actualmente.

### **CAUSAS ASOCIADAS AL INCREMENTO DEL GASTO DEL PROGRAMA DE MATERNIDAD Y ENFERMEDAD**

Las posibles causas de este incremento en los gastos en nuestra opinión son las siguientes:

1. El Programa de Maternidad y Enfermedad, no maneja protocolos de atención con los asegurados, con lo cual se desperdicia gran cantidad e insumos.

2. Como Programa de Atención no se identifica el número de atenciones directa que tiene derecho el asegurado con relación al beneficiario (Cartera de Servicios)
3. Falta de compromiso de los trabajadores (Personal médico, enfermería, técnicos y administrativos) del Programa.
4. Falta de adecuados incentivos a los trabajadores del Programa de acuerdo a su productividad.
5. Falta de aplicación de controles de gestión, controles de calidad de atención y de rendimiento de los trabajadores.
6. Falta de un sistema de información capaz de suplir todas la herramientas que se necesitan para mantener actualizadas y operativas todas las actividades que se desarrollan en todas las instalaciones de la red de servicios a nivel nacional.

### **CAUSAS ASOCIADAS AL DÉFICIT FINANCIERO DEL PROGRAMA**

Las posibles causas de los problemas del déficit financiero en el Programa de Enfermedad y Maternidad, son en nuestra opinión, los siguientes:

1. Aumento desproporcionado de los derechohabientes sobre todo de los beneficiarios con relación a los cotizantes.
2. Aumento de la esperanza de vida al nacer de 53.3 años en 1950 a 74.9 en 2003.
3. Aumento de los costos generales en salud sobre todo a expensas de la obtención de nueva tecnología.
4. Costos excesivos en los tratamientos de enfermedades propias de la edad avanzada.

5. Poco nivel resolutivo en la atención preventiva de salud (Baja productividad en la atención en general.

**CAPITULO II**  
**ASPECTOS METODOLOGICOS**

## A. METODO DE INVESTIGACIÓN.

La metodología que hemos aplicado en esta investigación, se basa inicialmente en reconocer el problema existente en el Programa de Enfermedad y Maternidad de la CSS escogida para este estudio, para lo cual se aplicaron encuestas y se efectuaron observaciones directas del funcionamiento de la organización.

Completada esta primera fase se procede al análisis de los resultados obtenidos y a preparar el marco teórico a través de la revisión de textos y publicaciones referentes al tema. Con los datos obtenidos se define el tipo de investigación, los supuestos y las variables y al final se procede a elaborar la propuesta para la Organización, con la finalidad de facilitar la toma de decisiones encaminadas a resolver el problema detectado.

## B. TIPO DE INVESTIGACIÓN.

La investigación que hemos desarrollado para el presente estudio es de tipo exploratorio, ya que se trata de examinar un problema que no ha sido abordado adecuadamente.

Es no experimental, ya que no estamos introduciendo ningún tipo de estímulo para producir variaciones en los probables resultados. **Es de tipo descriptivo**, ya que nos enfocamos en describir, medir, evaluar e identificar la forma como se manifiestan determinados fenómenos que afectan la eficiencia y la baja rentabilidad del Programa de Enfermedad y Maternidad.

Es transversal, ya que estamos efectuando la investigación analizando los fenómenos actuales que afectan el Programa. Es diagnóstica, ya que el

enfoque se basa en detectar los síntomas de mal funcionamiento actual que presenta la organización y elaborar un diagnóstico integral con el fin de proponer soluciones para mejorar o eliminar el problema. Es correlacional, ya que determinamos la relación de causa y efecto de los fenómenos observados con los problemas detectados.

### **C. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.**

Hemos definido anteriormente que el problema actual del Programa de Maternidad y Enfermedad, es la deficiencia en la atención a los usuarios y el déficit financiero.

Esta deficiencia en la atención y déficit en las finanzas, se deriva de varios hechos que tienen relación directa con el problema y que hemos tomado en cuenta ya que son significativos para el análisis de la situación actual y para el desarrollo de un plan estratégico, que mejore la situación del Programa.

Los hechos que han definido la situación actual son los siguientes:

- ▶▶ Gran insatisfacción de los usuarios del Programa
- ▶▶ Acumulación de citas
- ▶▶ Largas filas de espera
- ▶▶ Atención despersonalizada
- ▶▶ Desmotivación de los clientes internos (RRHH contratado)
- ▶▶ Acumulación del déficit financiero en forma gradual y progresiva
- ▶▶ Encarecimiento del costo de los recursos
- ▶▶ Deficiencia administrativa en la utilización de los escasos recursos
- ▶▶ Baja productividad

Las posibles soluciones al problema actual, están encaminadas directamente a resolver el problema financiero y la calidad de atención de los usuarios del servicio.

#### **D. FORMULACIÓN DE SUPUESTOS.**

Los conceptos señalados anteriormente nos permiten suponer que el desarrollo e implantación de un Plan Estratégico Integral con énfasis en la definición **de una cartera de servicios limitada y protocolizada** dará como resultado una mejora continua en los diferentes procesos asistenciales, debido a que:

- ⇒ La oferta básica de servicios desde el primer nivel asistencial, estará orientada a dar respuesta a las necesidades y expectativas de los usuarios.
  - ⇒ Contará con criterios consensuados con los profesionales de la atención en los diferentes niveles de complejidad y con los indicadores de cobertura y normas técnicas para cada servicio.
  - ⇒ Se mejorará la cultura de evaluación con una metodología rigurosa y fiable, útil para los profesionales como herramienta de calidad y útil como herramienta de gestión.
- 
- ✓ Como herramienta de calidad de la atención, la implantación de la cartera de servicios supone una homogenización de la metodología de trabajo por programas o en su defecto en protocolos de actuación.



- ✓ Como herramienta de gestión, permite establecer mediante un pacto o acuerdo de gestión con los diferentes jefes de las unidades ejecutoras, el conjunto de servicios ofertados a la población, a cuantas de estas personas es factible atender (cobertura por servicio) y con que estándares de calidad (porcentaje de cumplimiento de cada servicio).

Una vez establecidos estos objetivos, la evaluación de la cartera de servicio propuesta, posibilita conocer el grado de cumplimiento de los mismos.

## **E. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LAS VARIABLES Y CONCEPTOS.**

Hemos definido las siguientes variables independientes y las respectivas variables dependientes:

Variable independiente:

- El desarrollo e implantación de un Plan Estratégico Integral con énfasis en la definición de una cartera de servicios protocolizada y definida según la población beneficiaria.

Variable dependiente

- “aumentará la eficiencia en la utilización de los recursos, el flujo de efectivo y la solvencia de la Organización”
- Con la definición de estas variables, se entiende que la primera o sea la variable independiente, se refiere a la

aplicación de un plan elaborado científicamente sobre bases teóricas aceptadas con el fin de mejorar la gestión administrativa de la Organización, y la segunda, o sea la variable dependiente, se refiere al aumento de la eficacia y de la eficiencia en la obtención de mejor utilidad para el Programa y que será consecuencia directa de la primera variable.

## **F. INSTRUMENTACIÓN.**

Para desarrollar el marco teórico de este estudio se escogió el método descriptivo. La investigación de campo para la recolección de datos, se basó en la aplicación de encuestas, entrevistas y observaciones directas.

## **G. ENCUESTAS.**

Para la aplicación de las encuestas se elaboró un cuestionario, el cual según Thomas Kinnear y James Taylor es un esquema formalizado para recopilar información de los encuestados.<sup>1</sup>

El cuestionario tiene como función medir diferentes aspectos de los encuestados, tales como sus actitudes, opiniones, características, comportamiento, etc. En este estudio, la encuesta fue sobre todo de opinión, abierta, personal, exploratoria y cualitativa.

La **población** se refiere a los sujetos que van a ser medidos en una investigación, el interés en este caso se centra en “quienes” van a ser los sujetos de estudio y dependerá en todo caso de la finalidad de la investigación.

---

<sup>1</sup> Kinnear, Thomas y Taylor, James: Investigación de Mercados. McGraw-Hill: México: 1991: Pág.510

En el presente estudio el interés se centra en descubrir las fallas en la gestión administrativa de la Organización y en proponer soluciones, por lo tanto, lo más recomendable es investigar a los responsables de la conducción de la Organización, en este caso a los directivos y ejecutivos los cuales hemos definido como la “unidad de análisis” de nuestra investigación

La **muestra** suele ser definida como un subgrupo de la población, mientras que la población es el conjunto de todos los sujetos que concuerdan con una serie de especificaciones.

En el presente estudio la población es pequeña por lo cual la muestra representa el total de la población que la conforman los principales directivos de la Organización.

Este tipo de muestra cae dentro de la definición de “no probabilística”<sup>2</sup> ya que la escogencia no depende de probabilidades, sino que depende de hechos relacionados con causa-efecto, es de carácter cualitativo y exploratorio, basándose en expertos (directores y ejecutivos) y además han sido escogidos libremente por el investigador.

Se entiende que este tipo de muestra tiende a presentar sesgos, lo cual compensaremos, con las otras dos modalidades de recolección de datos y con el hecho de utilizar una muestra total de la población.

La encuesta a ejecutivos y directores, fue aplicada a los sujetos en su sede de trabajo, en horas regulares de trabajo.

Se efectuó otra encuesta aplicada a los usuarios del Programa de Enfermedad y Maternidad, con el fin de investigar el grado de satisfacción y la opinión que tienen los clientes, de la Organización.

---

<sup>2</sup> Hernández Sampieri, Roberto; Fernández Collado, Carlos; Baptista Lucio, Pilar: **Metodología de la Investigación**. Segunda Edición: McGraw-Hill: México: 1998: Pág.226.

Se aplicó a pacientes de la Consulta, de los servicios de diagnóstico y hospitalizados en la institución en un periodo de dos semanas, en este caso la población seleccionada fue todos los pacientes que solicitaron los servicios de atención en la Policlinicas del área metropolitana y San Miguelito y de los pacientes hospitalizados en las instituciones de la CSS.

Esta encuesta es de tipo no experimental, longitudinal ya que se obtienen datos a través de un periodo de tiempo, es también correlacional ya que relacionamos diferentes aspectos de la investigación y es también de opinión ya que los datos obtenidos son sobre todo de opinión. Desde el punto de vista estructural, la encuesta es de tipo cerrada de selección múltiple, cuantitativa y personal.

## **H. ENTREVISTAS.**

Se entrevistaron a dos directores y a dos ejecutivos de la empresa con la finalidad de conocer la organización y su problema. Los sujetos entrevistados fueron escogidos libremente por el investigador de acuerdo a la disponibilidad presentada.

Se procuró que la escogencia fuera representativa de la población y que las opiniones personales fueran expresadas en la encuesta, ya que ésta fue anónima y las opiniones pudieron ser expresadas con mayor libertad.

La recolección de los datos de las entrevistas sirvió para estructurar el primer capítulo de esta investigación, sobre todo los antecedentes y la situación actual de la empresa y del problema.

La metodología que se utilizó en las entrevistas consistió en solicitar una cita en diferentes momentos a los sujetos, se procuró que no hubiera interrupciones y que el ambiente fuera agradable, el lugar en que se

realizaron las entrevistas fue en las oficinas de la Organización, (Policlínica y Hospital Pediátrico), se les explicó el motivo de la entrevista y se procedió a recopilar los datos mediante preguntas generales acerca de los temas de interés para el investigador. Los temas abordados fueron los siguientes:

- Historia de la Unidad en que labora, su fundación, directivos iniciales, motivo por el cual se fundó la Unidad
- Estructura jurídica de la Unidad Ejecutora: tipo de Organización, participantes.
- Desempeño de la Unidad a través del tiempo: Principales Indicadores de desempeño y de satisfacción de los usuarios, operaciones, controles y aspecto social.
- Problema actual y su historia, causas a las que atribuían el problema, situación financiera actual y flujos de fondos.
- Acciones que se han tomado o que se piensan tomar para solucionar el problema actual.

La entrevista se cerró permitiendo a los entrevistados expresar sus opiniones con respecto a la investigación.

## **I. OBSERVACIONES.**

La observación consiste en el registro sistemático, válido y confiable de comportamientos o situaciones.<sup>3</sup>

Es un instrumento de recopilación de datos, útil en trabajos de investigación cuando nos interesa definir aspectos conductuales. En esta investigación nos interesa observar la conducta de los ejecutivos, directores, colaboradores y de los usuarios.

---

<sup>3</sup>Hernandez Sampieri, Roberto; Fernández Colado, Carlos; Baptista Lucio, Pilar; **Op Cit:** Pág. 309

Con los datos obtenidos podemos establecer comparaciones con los estándares, generalmente aceptados en la gestión administrativa de organizaciones similares.

Los aspectos que se observarán dentro de la Organización y que serán de utilidad para definir los aspectos principales de la propuesta, son los siguientes:

- ⇒ Motivación de los colaboradores a todos los niveles.
- ⇒ Interés de los Directores en impulsar los planes para mejorar la imagen y eficiencia de la Unidad en que trabajan.
- ⇒ Interés de los colaboradores por mejorar el desempeño de la Organización
- ⇒ Conducta de todos los colaboradores y directivos con respecto a la satisfacción del cliente.
- ⇒ Cumplimiento de las normas y valor agregado en el desempeño laboral

Las observaciones serán efectuadas en el sitio de trabajo y se registrarán subjetivamente en una escala de 0 a 3, en donde:

- ⇒ Cero (0) denota que no se observó ningún aspecto de los eventos observados,
- ⇒ Uno (1) registra un cumplimiento mínimo del aspecto,
- ⇒ Dos (2) registra un cumplimiento satisfactorio promedio y
- ⇒ Tres (3) un cumplimiento excelente.

Las observaciones se aplicarán al personal que se encuentre laborando al momento de la investigación y se tomará un promedio para los efectos del análisis.

**CAPITULO III**  
**ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS**

## **ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS**

Se observa en los resultados de las encuestas que los usuarios se ven afectado principalmente, por la demora en la consecución de los servicios de salud; lo que se hace notorio a través de la alta proporción de insatisfacción del público.

Por otro lado, en las entrevistas realizadas se observa un equipo humano motivado a iniciar un proceso de transformación integral, que permita cambiar la mala imagen que tiene la Institución, en cuanto a la oferta de servicios que ofrece el Programa de Maternidad y Enfermedad, considerando la demanda de la población.

## **DE LAS ENCUESTAS**

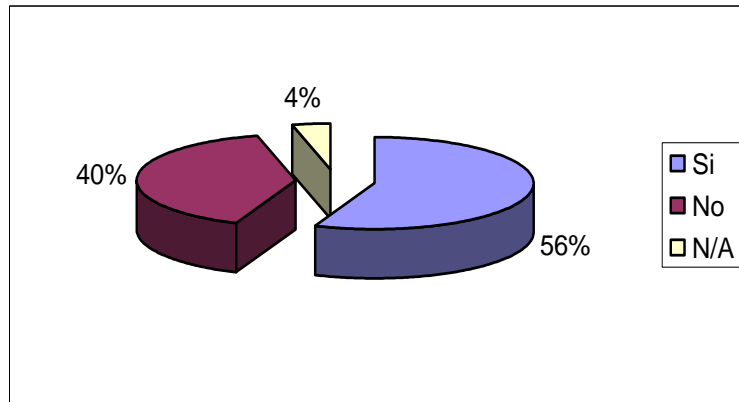
Se realizaron algunas encuestas, con la finalidad de conocer el sentir de la población asegurada que se atiende en la red de proveedores de la Caja de Seguro Social. A continuación presentamos los resultados de estas encuestas:



## Pregunta N° 1

¿Le fue fácil obtener su cita con el médico?

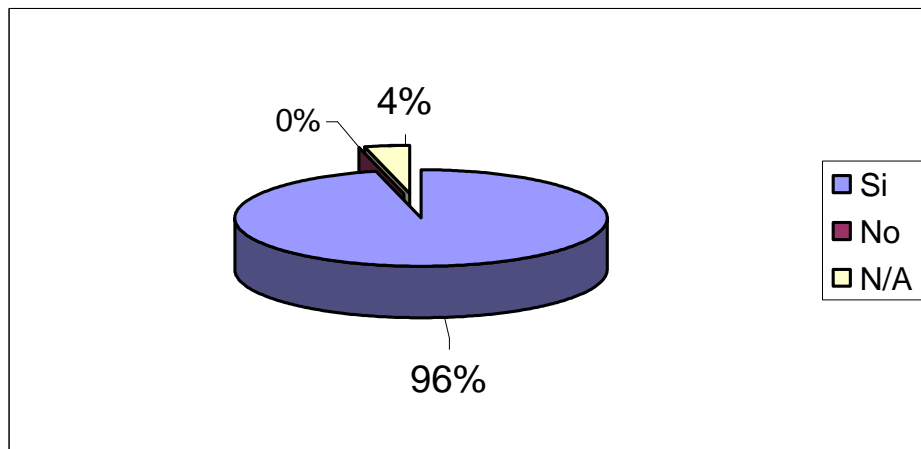
Si	14	56.0%
No	10	40.0%
N/A	1	4.0%
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>100.0%</b>



Se puede observar que más de la mitad de los encuestados están satisfechos con la forma de obtención de citas.

Pregunta N° 2  
¿El médico lo examinó?

Si	24	96.0%
No	0	0.0%
N/A	1	4.0%
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>100.0%</b>

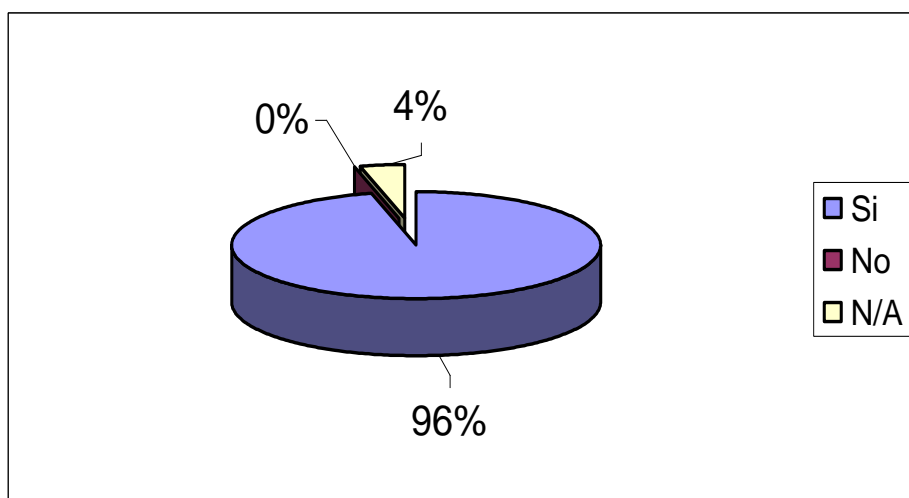


La gran mayoría de los pacientes fueron examinados por los médicos.

## Pregunta N° 3

¿El médico le dijo lo que tenía?

Si	24	96.0%
No	0	0.0%
N/A	1	4.0%
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>100.0%</b>

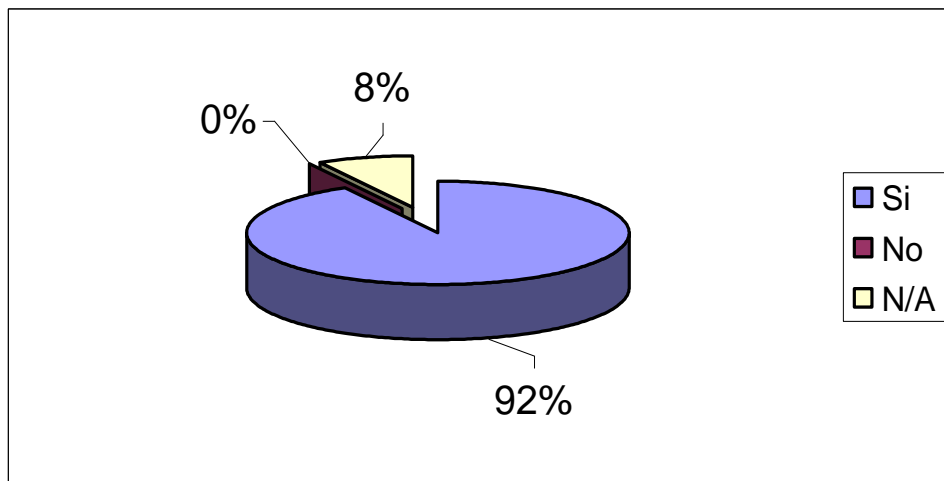


Un alto porcentaje de los pacientes recibió información de sus padecimientos por parte de los médicos.

Pregunta N° 4

¿El médico le dio las instrucciones sobre el uso de los medicamentos?

Si	23	92.0%
No	0	0.0%
N/A	2	8.0%
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>100.0%</b>

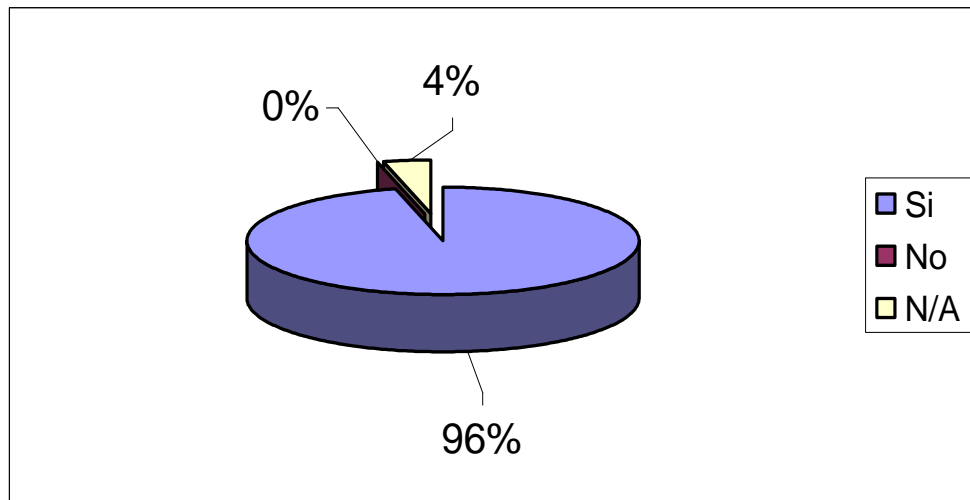


La gran mayoría recibió instrucciones sobre el uso de los medicamentos recetados.

## Pregunta N° 5

¿Entendió las recomendaciones que el médico le dio?

Si	24	96.0%
No	0	0.0%
N/A	1	4.0%
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>100.0%</b>

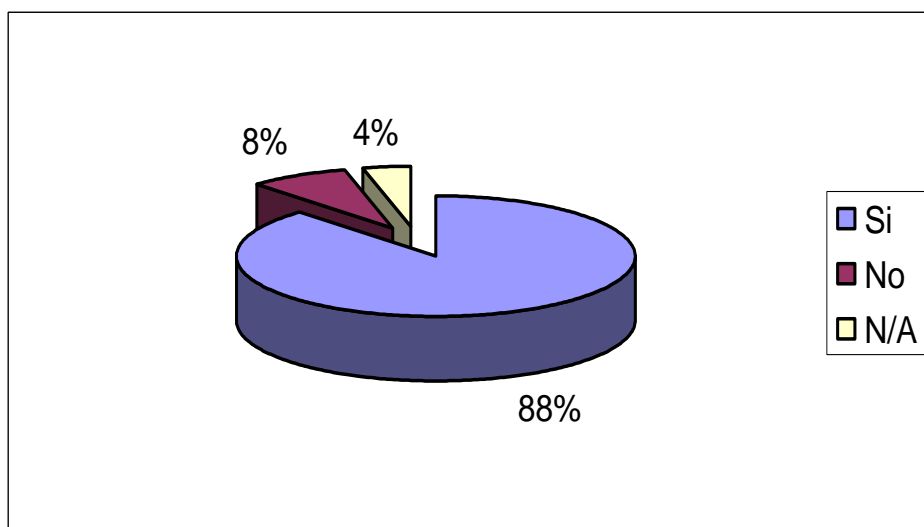


La gran mayoría entendió las recomendaciones del médico.

## Pregunta N° 6

¿Recibió buen trato del médico?

Si	22	88.0%
No	2	8.0%
N/A	1	4.0%
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>100.0%</b>

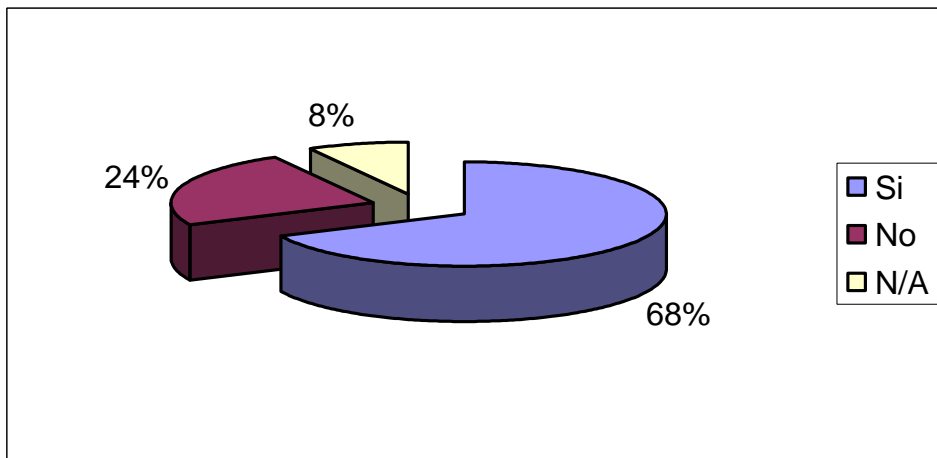


Un alto porcentaje de los encuestados refiere haber recibido un buen trato por parte del médico.

## Pregunta N° 7

¿Tuvo privacidad durante la consulta o visita médica?

Si	17	68.0%
No	6	24.0%
N/A	2	8.0%
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>100.0%</b>

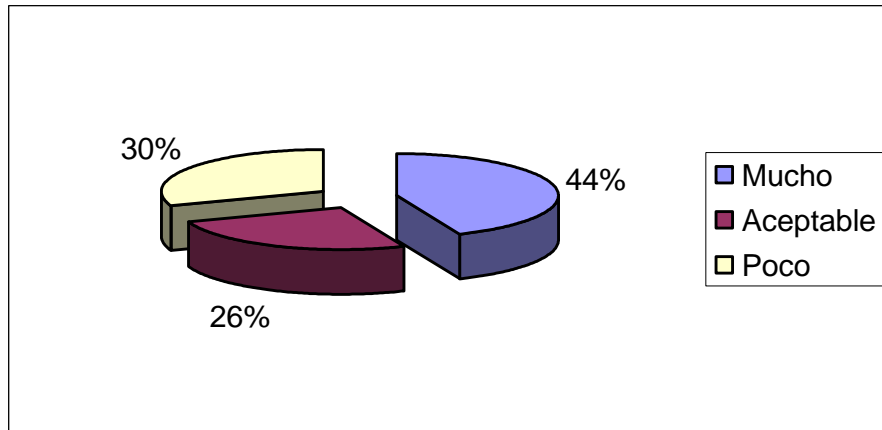


De los encuestados, el 68% manifiesta que no tuvo la privacidad adecuada durante su consulta.

## Pregunta N° 8

¿Cuánto esperó para hacerse sus exámenes de laboratorio, Rx u otros exámenes diagnósticos?

Mucho	10	43.5%
Aceptable	6	26.1%
Poco	7	30.4%
<b>Total</b>	<b>23</b>	<b>100.0%</b>



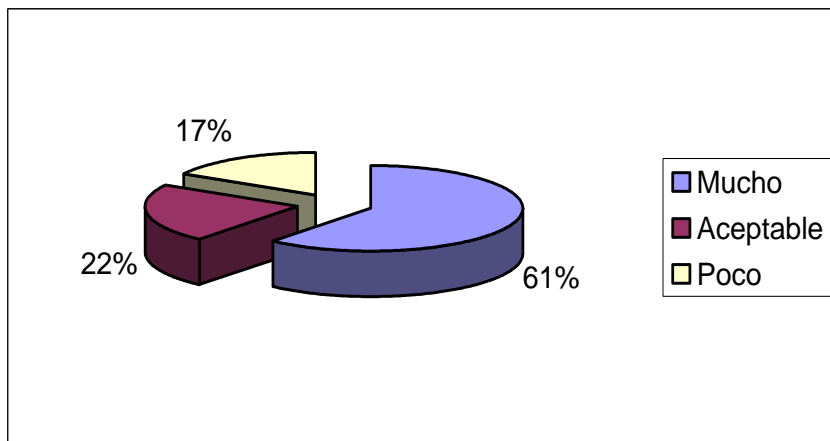
Un 44% de los encuestados manifiestan que el tiempo esperado para realizarse sus pruebas diagnósticas fue mucha.



## Pregunta N° 9

¿Cuánto esperó para que se le realizara su cirugía, si tuvo que operarse?

Mucho	11	61.1%
Aceptable	4	22.2%
Poco	3	16.7%
<b>Total</b>	<b>18</b>	<b>100.0%</b>

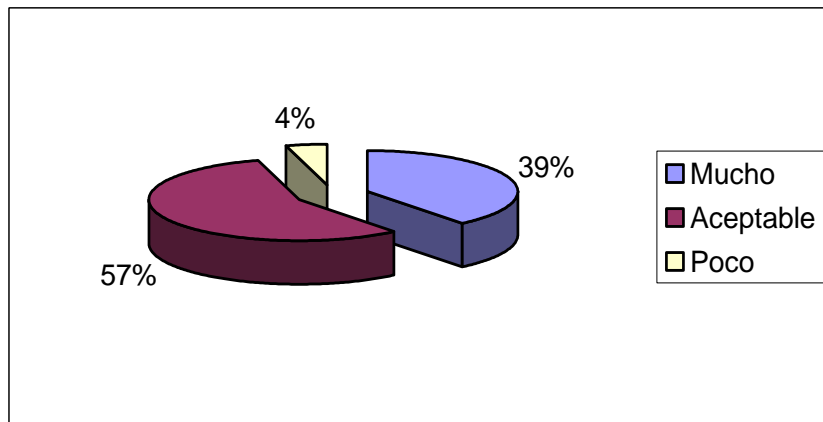


Más de la mitad de los pacientes manifestaron que el tiempo para realizarse una cirugía fue prolongado.

## Pregunta N° 10

¿Cuánto tiempo tuvo que esperar para obtener su cita con el médico?

Mucho	9	39.1%
Aceptable	13	56.5%
Poco	1	4.3%
<b>Total</b>	<b>23</b>	<b>100.0%</b>

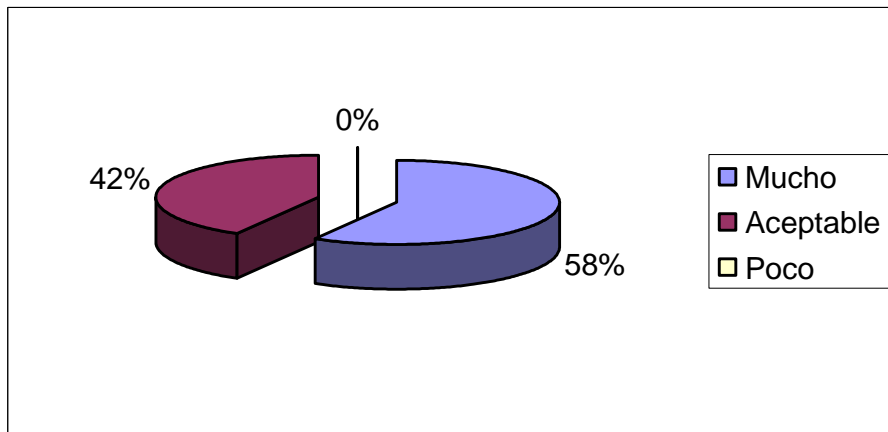


La mitad de los pacientes manifiesta que el tiempo de espera para obtener una cita médica es aceptable.

Pregunta N° 11

¿Cuánto tiempo tuvo que esperar para que le atendiera su médico ese día?

Mucho	14	58.3%
Aceptable	10	41.7%
Poco	0	0.0%
<b>Total</b>	<b>24</b>	<b>100.0%</b>

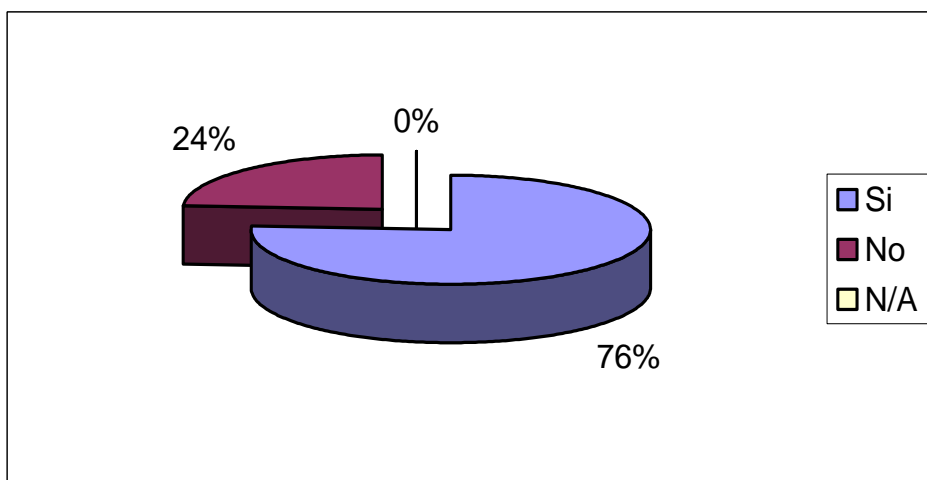


Más de la mitad de los pacientes se queja que tuvieron que esperar mucho tiempo para que el médico lo atendiera el día de su cita.

## Pregunta N° 12

¿Recibió buen trato del personal de Registros Médicos y Admisión?

Si	19	76.0%
No	6	24.0%
N/A	0	0.0%
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>100.0%</b>

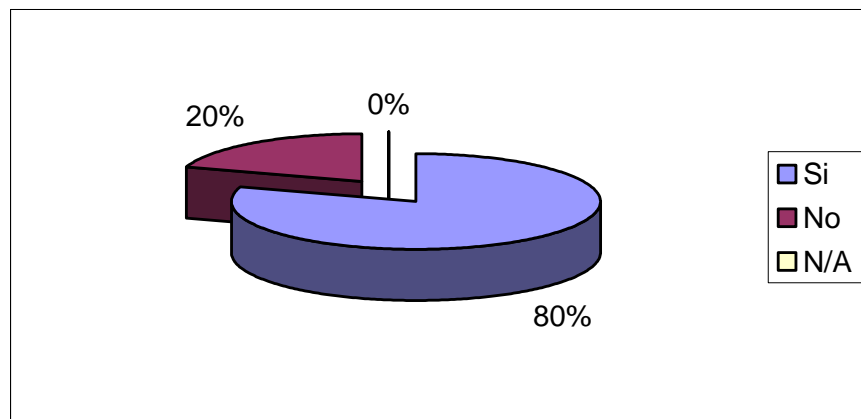


Las dos terceras partes de los encuestados manifiestan estar satisfechos con el trato del personal de registros médicos y admisión.

## Pregunta N° 13

¿Recibió buen trato del personal de enfermería?

Si	20	80.0%
No	5	20.0%
N/A	0	0.0%
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>100.0%</b>

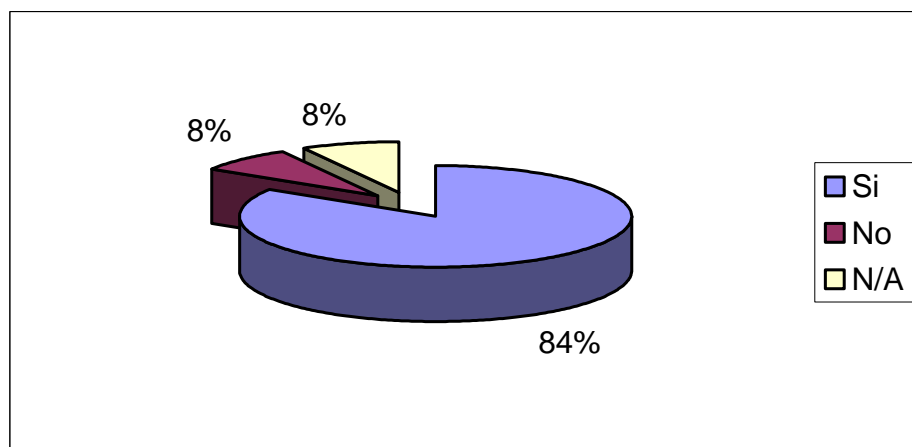


El 80% de los pacientes refiere haber tenido buen trato por parte del personal de enfermería.

## Pregunta N° 14

¿Recibió buen trato del personal de laboratorio?

Si	21	84.0%
No	2	8.0%
N/A	2	8.0%
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>100.0%</b>

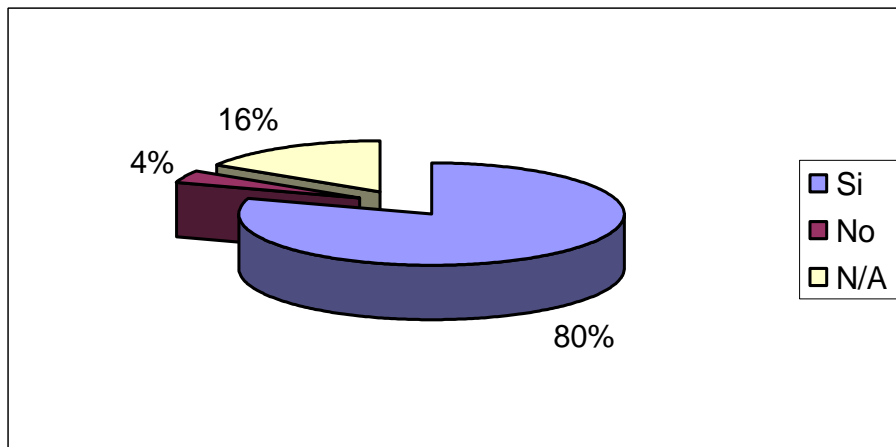


Una gran mayoría de los encuestados manifestó haber recibido buen trato por parte del personal de laboratorio.

Pregunta N° 15

Recibió buen trato del personal de Rx?

Si	20	80.0%
No	1	4.0%
N/A	4	16.0%
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>100.0%</b>

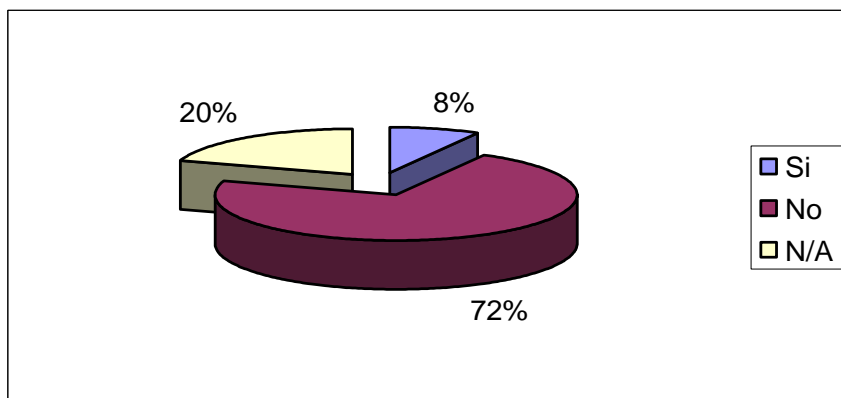


Una gran mayoría de los encuestados manifestó haber recibido buen trato por parte del personal de Rx.

Pregunta N° 16

¿Considera usted que los servicios sanitarios estaban limpios?

Si	2	8.0%
No	18	72.0%
N/A	5	20.0%
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>100.0%</b>



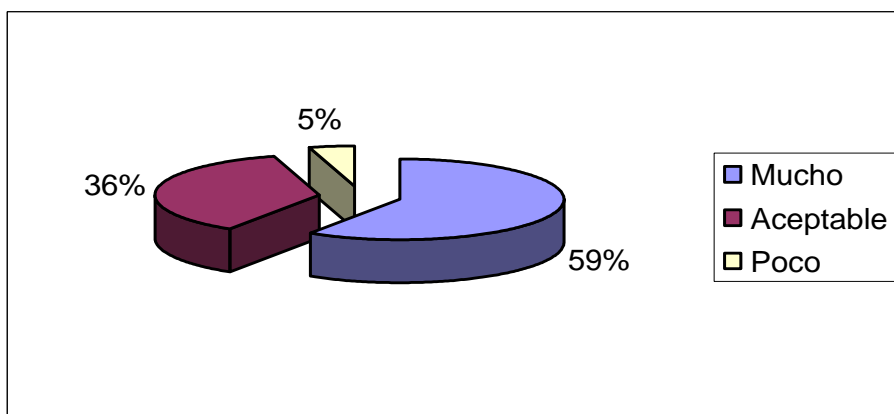
Las dos terceras partes de los encuestados considera que los servicios sanitarios no estaban en las mejores condiciones de aseo.



## Pregunta N° 17

¿Cuánto tiempo tuvo que esperar para que le despacharan sus medicamentos?

Mucho	13	59.1%
Aceptable	8	36.4%
Poco	1	4.5%
<b>Total</b>	<b>22</b>	<b>100.0%</b>

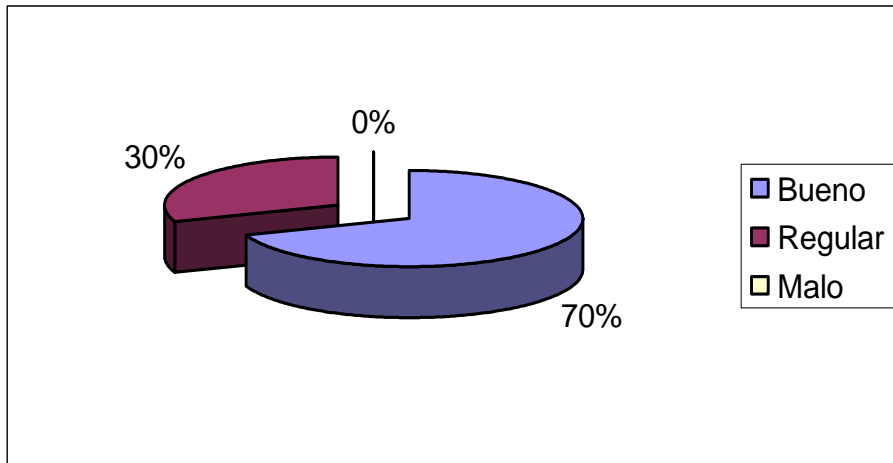


Más de la mitad de los encuestados manifiesta que el tiempo de espera para que le surtieran su receta fue prolongado.

## Pregunta N° 18

¿Cómo considera la calidad de los medicamentos que proporciona la CSS?

Bueno	16	69.6%
Regular	7	30.4%
Malo	0	0.0%
<b>Total</b>	<b>23</b>	<b>100.0%</b>

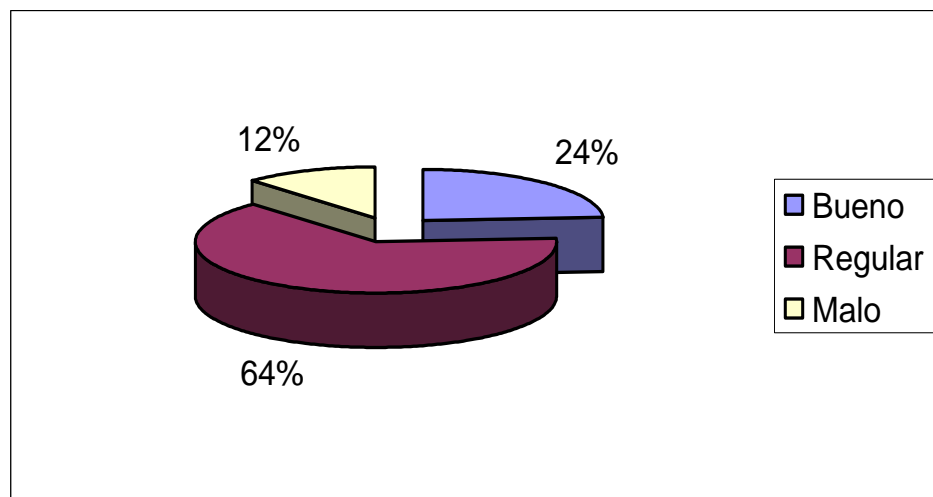


Cerca de las dos terceras parte de los encuestados considera que los medicamentos que proporciona el Seguro Social son de buena calidad.

## Pregunta N° 19

¿En general, cómo considera la atención?

Bueno	6	24.0%
Regular	16	64.0%
Malo	3	12.0%
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>100.0%</b>



La mayoría de los encuestados considera que la atención en general fue regular.

## **B. DE LAS ENTREVISTAS.**

Se llevaron a cabo varias entrevistas con personal directivo de dos Policlínicas de la Caja de Seguro Social, quiénes manifestaron algunos puntos interesantes, que coinciden con la necesidad de realizar cambios tendientes a mejorar este Programa.

Algunos de los aspectos considerados en estas entrevistas fueron los siguientes:

### **EN EL ASPECTO ADMINISTRATIVO Y GERENCIAL**

1. El personal técnico (médicos, enfermeras y otros); consideran que los procesos administrativos son lentos, con lo cual limitan sus acciones de atención directa con el usuario.
2. No existe un manejo gerencial administrativo, debido a la falta de conocimientos de la gestión hospitalaria.
3. Que la Ley orgánica limita las transformaciones que se requieren para realizar una reingeniería que permita a la Caja del Seguro Social ver cambios sustanciales en el corto y mediano plazo.

### **EN EL ASPECTO DE MANEJO DEL RECURSO HUMANO**

1. Se requiere implementar un Programa de Evaluación por Desempeño.
2. Se debe limitar el manejo del Recurso Humano por la Institución que lo contrata y no por entes exógenos.
3. Se necesita urgentemente la actualización permanente del Recurso Humano del Programa.

## C. DE LAS INVESTIGACIONES REALIZADAS.

Cuando se fundó la Caja de Seguro Social en 1941, se estableció que la edad de jubilación tanto para hombres como mujeres, era de 60 años, acorde con la duración probable de vida de esa época, que estaba en **59 años** de edad. Luego en 1954, se rebajó la edad de jubilación de la mujer a 55 años sin mediar ningún respaldo actuarial. Posteriormente en 1975 se reduce la edad de jubilación para los hombres quedó en 55 años y para las mujeres en 50 años, cuando en esa época la expectativa era **de 69 años**.

Actualmente la esperanza de vida es de 74 años, lo cual se traduce en un incremento de los servicios de salud, ya que el perfil epidemiológico para esta población, se caracteriza por la aparición de **enfermedades degenerativas** cuyos tratamientos son altamente costosos. (Ver cuadro N°1)

Es importante conocer cuales son nuestras necesidades reales en cuanto a servicios de salud se refiere y como se proyecta la población a futuro, es por ello que a través del análisis epidemiológico, se podrán realizar mejores intervenciones en salud.

**Cuadro Nº 1. Probabilidad de Incremento de los Costos en Salud, según Situación Epidemiológica**

Año	Edad de Jubilación	Esperanza de Vida	Situación Epidemiológica (Mortalidad más frecuentes)	Probabilidad de Incremento de los Costos
1941	60 años	59 años	...	menor
1954	55 años	62 años	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Tuberculosis</li> <li>● Tos ferina</li> <li>● Enfermedades infecciosas y parasitarias</li> </ul>	menor
1975	55 años (hombres) 50 años (mujeres)	69 años	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Enteritis y otras enfermedades diarreicas</li> <li>● Neumonía</li> <li>● Otras causas asociadas al menor de un año</li> </ul>	mayor
2004	55 años (mujeres) 60 años (Hombres)	74 años	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Tumores Malignos</li> <li>● Accidentes, suicidio y homicidio</li> <li>● Enfermedades cerebro vascular</li> <li>● Infarto agudo</li> </ul>	mayor

## ANÁLISIS EPIDEMIOLÓGICO

La República de Panamá, como Estado miembro de las Naciones Unidas presentó el **“Informe Nacional sobre la Situación de la Población Adulta Mayor”** ante el pleno de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, realizada en Madrid, España en abril de 2002, con el lema **“Construir una Sociedad para Todas las Edades”**. Este evento constituye un seguimiento a la Primera Asamblea celebrada en Viena, Austria, en 1982, cuando se aprobó el Plan de Acción Internacional.

En consideración a que el proceso de envejecimiento demográfico es un fenómeno que tiende a acentuarse, la convocatoria de las Naciones Unidas coincide con el interés del Gobierno panameño de contar con instrumentos que sirvan de soporte para la formulación de políticas públicas en torno al comportamiento demográfico, y en particular, para la elaboración de un plan nacional de acción con y para las personas adultas mayores.

En los albores de los años 50, el país contaba con una población de menos de un millón de habitantes, que en el año 2000 alcanzó un poco más de 2,8 millones de habitantes, concentrada mayormente en la Provincia de Panamá (49%) y con un grado de urbanización de 62 personas por cada cien habitantes. Las proyecciones de población vigentes, indican que el número de habitantes en el país aumentará en un poco más de 900 mil personas, en el lapso de dos décadas y media, y alcanzará los 3 millones de habitantes hacia el año 2004.

La evolución demográfica panameña apunta al paso de un alto a un lento ritmo de crecimiento promedio de la población: de más de 3% a un 2%

en las décadas de los 60 y 90 respectivamente, y se estima en 0.8% para el quinquenio 2020-25. Este comportamiento responde a la fase de plena transición demográfica por la que Panamá atraviesa.

Según estimaciones, la mortalidad ha declinado constante y progresivamente entre 1950 y 2000: la tasa de mortalidad infantil pasó de 93 a 19 por mil nacidos vivos, mientras que la esperanza de vida al nacer aumentó de 55 a 74.5 años, favoreciendo las diferencias por sexo a las mujeres y por áreas a las urbanas.

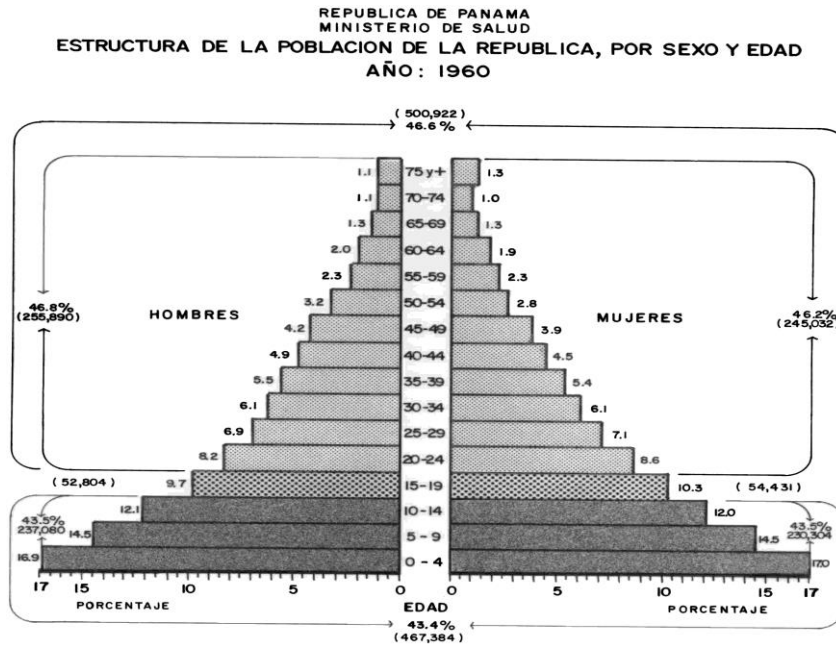
La tasa global de fecundidad ha disminuido paulatinamente de 5.6 a 2.5 hijos por mujer, lo que refleja los avances que ha tenido en particular la mujer respecto a un mayor acceso a participar en y del desarrollo, y con mayor igualdad de oportunidades. Es importante destacar que la fecundidad es la variable demográfica de mayor incidencia en el crecimiento y en la estructura de la población.

La evolución de la estructura por edad de la población resume las tendencias de las variables demográficas en el país. De dicha evolución resalta que la proporción de menores de 15 años de edad ha tendido a disminuir (aunque ello no implica que esté disminuyendo en términos absolutos), a la vez que se ha ido dando un aumento en la proporción de la población en edad productiva (15-59) y de la población adulta mayor definida como aquella de 60 y más años de edad.

En síntesis, la estructura de la población panameña es aún relativamente joven, sin embargo, la población muestra una tendencia a envejecerse gradualmente. Otro hecho a destacar de la composición de la población por sexo y edad, es el predominio de más hombres que de mujeres

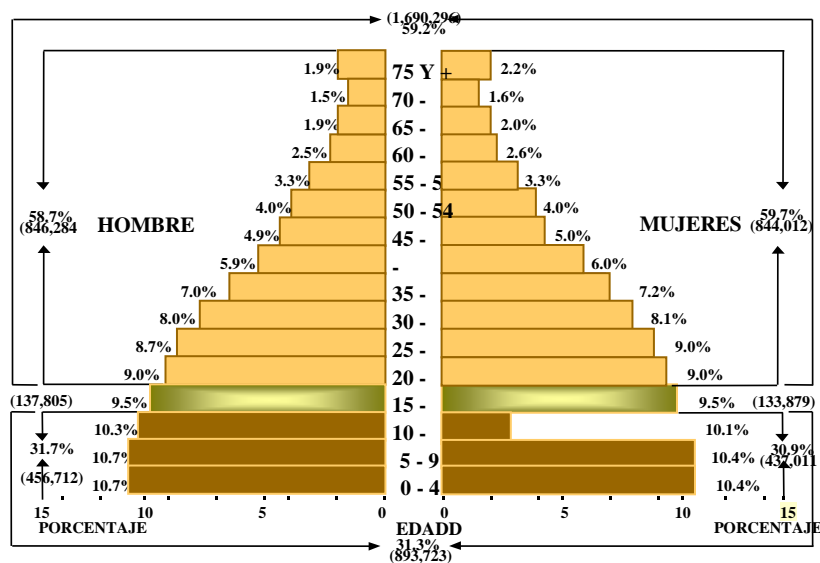


en los grupos de menor edad, y la situación inversa a favor de las mujeres en edades más avanzadas, debido a la mayor longevidad femenina, en promedio que la masculina. Como se observa en la siguiente gráfica de la pirámide de la población.



Fuente: Contraloría General de la República, Censos Nacionales de Población y Vivienda  
 Elaborado Por: Departamento de Registros Médicos y Estadísticas de Salud.

**Estructura de Población por Sexo y Edad**  
**Año 2000**



En Panamá, la población adulta mayor asciende a casi 245 mil personas en el año 2000, de cuya totalidad, un 49.4% son hombres y 50.6% son mujeres. El 60% se concentra en el área urbana. Sus tasas de crecimiento promedio a nivel nacional, entre 1970-2000, no alcanza el 4%, en el área urbana son mayores de 4% y en la rural no llegan al 3%.

Es notoria la mayor proporción de mujeres que de hombres en la cuarta edad e inclusive por encima del promedio nacional, debido a la mortalidad diferencial por sexo.

Su diferencia numérica también se amplía en contraste con los grupos restantes. La tasa de crecimiento de este grupo, entre 1990-2000, se ubica por arriba de 4% en el país, y llega a más de 5% en las áreas urbanas. En este grupo, el inverso del índice de masculinidad, el de feminidad, es de casi 114 mujeres por cada cien hombres en el 2000, que alcanza el valor de 140 en el área urbana.

Esta realidad encierra ***un elemento importante a considerar en la toma de acciones en materia de salud*** y asistencia social dada la mayor vulnerabilidad de la mujer. En tanto, en los grupos de edades de 60-64 a 70-74, por lo general, los hombres superan numéricamente a las mujeres.

Los valores de los integrantes adultos(as) mayores en la población indígena resultan pequeños, en términos absolutos y relativos, cuando se comparan con el nivel nacional. Empero, no menos cierto es que, ante sus niveles distintos y rezagos demográficos, se plantea la atención diferenciada de sus demandas con respeto a sus patrones culturales. A ello se suma que la mayoría de esta población reside en sus comarcas en donde la población se asienta de manera más dispersa y con mayor dificultad de acceso.

Las relaciones de dependencia demográfica y económica brindan valiosas pautas atinentes a la forma y magnitud de cómo se debería distribuir la riqueza nacional. En el caso de Panamá se observa un descenso, por cada cien personas en edad potencialmente activa en 1970 había 97 dependientes, en cambio, en el 2000, la relación se redujo a 69. En el 2000 la relación es más alta en las áreas rurales (87.4) y entre la población indígena (101.6), y menor que el promedio nacional en las urbanas (58.7).

La participación de la población adulta mayor en los sectores económicos destaca lo siguiente: una mayor importancia relativa del sexo masculino en la esfera productiva (88%) y con respecto al sexo femenino es de un poco más de 50%; en la esfera no productiva la diferencia es contraria, dada la mayor inclinación de la mujer a desempeñar trabajos en el sector gubernamental y personal, en particular, en los servicios; en la esfera productiva la más alta participación del hombre radica en la rama agropecuaria para obtener su sustento, asociado con menores oportunidades en la seguridad social que les brinde mejores garantías de llevar una vejez decorosa. La vulnerabilidad de las personas adultas mayores, dadas sus características propias y máxime en condición de pobreza, es ampliamente reconocida.

La Encuesta de Niveles de Vida realizada en 1997 y propulsada por el Ministerio de Economía y Finanzas brinda información sobre los hogares y la población que en ellos habita por niveles de pobreza, a partir de una línea de pobreza general, que abarca la de pobreza extrema, conocida también como indigencia (MEF, 1999).

El 27.4% de la población adulta mayor es pobre y constituye el 7.1% del total de la población pobre en el país. En la desagregación de la pobreza general por nivel se observa una menor incidencia en la pobreza extrema. Por sexo es en los hombres en los que se agudiza la pobreza según sus niveles: el 40.1% son pobres; 30.4% son pobres extremos; y representan el 60% de todos los pobres extremos.

La población adulta mayor tiene un nivel de alfabetización menor con respecto a los grupos de menor edad y de edad reproductiva, en particular la población adulta mayor pobre y pobres extremos, esto guarda relación con las pocas oportunidades que tuvieron a su alcance en su edad escolar. No obstante El porcentaje de analfabetismo en las personas adultas mayores disminuyó en treinta años en aproximadamente un 50%, esta disminución ha sido generalizada.

El 45.8% de la población adulta mayor en situación de pobreza no tiene ningún grado aprobado, proporción que se eleva a 61.6% en la pobreza extrema, siendo de 70.2% entre las mujeres en este nivel de pobreza, lo que evidencia la desigualdad de oportunidades en mayor beneficio de los hombres. El 50.3% de los pobres ha alcanzado algún grado de primaria.

**La salud en la población panameña, ha variado en estrecha relación con el crecimiento demográfico y el desarrollo socio-económico del país.** El crecimiento y avance de las ciudades, el mejoramiento de los servicios públicos, la extensión de los programas y servicios de educación y de salud, entre otros, han constituido factores importantes en el estado de salud de la población y del medio ambiente.

Los factores que han incidido en la reducción de las tasas de mortalidad se relacionan con importantes transformaciones y avances

sustanciales en materia de salud, de educación, de higiene y de tecnología médica, entre otros.

El impacto de esta situación, se refleja claramente en el incremento de la esperanza de vida al nacer, que pasó de 65 y 68 años en el hombre y la mujer, respectivamente, en el quinquenio 1970-1975, a 71.8 años en los hombres y 76.4 años en las mujeres en 1995-2000.

La misma se diferencia entre los sexos, y favorece a las mujeres que poseen menor mortalidad. A lo interno del país se dan diferencias marcadas en cada una de las nueve provincias del país. Se observa que solo en tres provincias la esperanza de vida estimada es alta, oscilando entre 72 y 76 años. En contraste, en las provincias que más concentran población indígena, los niveles de este indicador son bajos, fluctuando entre 62 y 65 años, sobre todo por los hábitos y costumbres propios de su cultura.

La reducción de la mortalidad a edades tempranas y la prolongación del promedio de vida constituyen logros enormes para la humanidad. Estos logros han permitido el incremento de la esperanza de vida de la población de 60 años y más. De 17.5 años en los hombres y 18.9 años en las mujeres, en el quinquenio 1970-75, se elevó a 19.2 y 22.0 años para hombres y mujeres respectivamente en el quinquenio 1995-2000, con diferencias de género que suele ser de 2 ó 3 años a favor de la mujer.

Se estima que para el quinquenio 2000-2005 este indicador es a nivel nacional de 22.9 años, con una distribución por sexo de 21.4 años para los hombres, y de 24.5 años para la población femenina.

La alta prevalencia de enfermedades crónicas y degenerativas en este grupo de edad, sugiere que los años de vida ganados en los últimos

quinquenios, se han visto en parte afectados por la discapacidad, que reduce la calidad de vida y aumenta la necesidad de servicios sanitarios y sociales.

Las enfermedades crónicas degenerativas son la principal causa de pérdida de capacidades y, por lo tanto, de la independencia y la autonomía, de modo que al aumentar éstas es de suponer que la discapacidad siga la misma tendencia. **Por sus características estos padecimientos son crónicos y requieren de vigilancia periódica, lo que plantea la necesidad de llevar programas de prevención y promoción de la salud a lo largo de toda la vida, tanto para retardar o evitar la aparición de enfermedades crónicas degenerativas,** como para evitar sus consecuencias discapacitantes, cuando ya estén presentes.

Entre las principales causas de discapacidad en los adultos(as) mayores se pueden mencionar: las deficiencias físicas, ceguera, sordera, los procesos artríticos, secuelas secundarias de enfermedades crónicas, como la diabetes y la hipertensión, la Enfermedad de Alzheimer, y otros problemas de salud mental causados por el aislamiento y la depresión.

Según el Censo de 2000, la población con discapacidad a nivel nacional es de 52,197 personas (1.6% de la población total), de las cuales 16,984 personas (32.5%) corresponden a población de 60 y más años de edad. De esta población discapacitada el 52.5% (8,919) son hombres y el 47.4% (8,065) son mujeres. La misma representa el 6.94% de la población de este grupo de edad.

De esta población adulta mayor en condición de discapacidad, el 69.5% se concentra dentro del rango de 70 y más años de edad,

desprendiéndose que este grupo está sujeto a mayores impedimentos que el resto de la población de su generación.

**Las discapacidades más frecuentes** según orden de importancia son: las deficiencias físicas, que representan el 26.8%, con proporciones casi similares tanto en hombres (50.4 %) como en mujeres (49.5%); la ceguera, que concentra el 23.3%, situación que es más notoria en la población de 70 y más años de edad (73%), lo que implica demandas en los ámbitos preventivo, de tratamiento y de control del sistema de salud; y la sordera que absorbe el 17.9%.

La morbilidad de la población envejecida presenta una mayor complejidad respecto a la de los otros grupos etáreos, principalmente porque el estado de salud de dicha población es reflejo de todo un período de vida y en él se acumulan los efectos de diversos procesos.

Panamá se encuentra en estos momentos en la etapa final de la transición epidemiológica debido a que la morbilidad y mortalidad mayormente registrada corresponde a las enfermedades crónicas degenerativas propias de las sociedades desarrolladas.

Los daños a la salud de la población se orientan hacia la persistencia de enfermedades consideradas como prevenibles (transmisibles, infecciones respiratorias agudas, gastrointestinales y otras) que con mayor frecuencia afectan a los adultos(as) mayores en situación de pobreza y marginación.

Asimismo, hacia la intensificación de la prevalencia de enfermedades crónicas (hipertensión arterial, obesidad, tumores malignos, enfermedades cerebro vasculares, enfermedades isquémicas del corazón y otras), que

demandan cada vez mayor atención e intervención médico curativas altamente costosas.

Entre las principales causas de morbilidad en la población de 60 y más años de edad, **la hipertensión arterial** ocupa el primer lugar desde hace varios años en el país.

En el año 2000, los casos atendidos por esta causa representaron el 24% de todas las causas de morbilidad, con una tasa de 3,155.7 por 100.000 habitantes.

Los factores de riesgo de esta enfermedad guardan estrecha relación con estilos de vida inadecuados (**obesidad, dislipidemia, hábitos alimenticios inadecuados, sedentarismo, el hábito de fumar, estrés, entre otros**), y que son susceptibles de modificación en los individuos y en las poblaciones, a través de actividades de promoción y prevención oportuna.

En segundo lugar, la influenza o gripe, representó el 21.4% de las causas de morbilidad, con una tasa de 2,929.4 por 100.000 habitantes y que puede ser **prevenible con campañas de vacunación y educación** a esta población.

Y en tercer lugar, la diarrea y gastroenteritis representó el 10% de las causas de morbilidad, con una tasa de 1,376.3 por 100.000 habitantes, y que puede estar relacionada con hábitos alimenticios inadecuados, práctica de malos hábitos higiénicos y acceso a agua potable segura limitado, entre otros.

Dentro de las diez principales causas de morbilidad en el año 2000, en esta población, y ocupando el octavo lugar se destaca la obesidad, con una



tasa de 393.3 por 100.000 habitantes. La obesidad es un problema de salud, particularmente prevalente entre las personas de edad en el país, sobre todo en las áreas urbanas.

A la prevención y tratamiento de la obesidad, no se le dado la importancia que merece, en función de constituir un factor relevante que predispone a dislipidemias y diabetes. En el medio rural es menor la prevalencia de la obesidad, la diabetes, las dislipidemias y los factores de riesgo coronario, lo que **está determinado particularmente por la dieta y el nivel de actividad física** e influida además por factores socioeconómicos.

Igualmente en el aspecto de la salud mental, consideramos de importancia el seguimiento y atención a dos problemas mentales considerados como las enfermedades que en este nuevo milenio serán altamente prevalentes en las personas adultas mayores, **la depresión y la demencia**.

Actualmente en Panamá se han logrado significativos avances en el mejoramiento de la salud de la población; sin embargo, el aspecto de la salud mental requiere una mayor atención, dado el paulatino envejecimiento de la población y el aumento de la prevalencia de enfermedades mentales.

El sistema estadístico panameño no cuenta con información epidemiológica suficiente sobre los riesgos para la salud mental y el padecimiento de trastornos mentales que inciden en el proceso salud-enfermedad. A la fecha, entre los datos disponibles sólo se registra, de manera parcial, la demanda satisfecha por parte del Ministerio de Salud.

En el país, entre los principales diagnósticos de trastornos mentales y del comportamiento atendidos en consulta externa en el año 2001, ocupó el

primer lugar la categoría de los trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el estrés y trastornos somatomórfos, que representó el 47.7% de la totalidad de las causas de morbilidad, con una mayor prevalencia en la mujer (59.2%).

En segundo lugar, los trastornos del humor (afectivos) representó el 24.8% de la totalidad de las causas de morbilidad, y que al igual que el anterior tuvo mayor prevalencia en la mujer (54.0%).

Con respecto a la de atención hospitalaria en el año 2001, se observó que entre los principales diagnósticos de trastornos mentales y del comportamiento en el país, ocupó el primer lugar la categoría de esquizofrenia, trastornos esquizofrénicos y trastornos delirantes, que representó el 34.3% de las hospitalizaciones, con una mayor prevalencia en la mujer (60.8%). En segundo lugar, los trastornos del humor (afectivos) representó el 29.8% de las hospitalizaciones, con una mayor prevalencia igualmente en la mujer (65%).

Las carencias y satisfacciones de la infancia y de la vida adulta tienen fuertes repercusiones en las condiciones de salud mental de las personas adultas mayores mismas que pueden propiciarse o agravarse por la pobreza, la indiferencia de la familia, el maltrato físico y psicológico, al igual que la soledad.

Al analizar la salud social de la población adulta mayor, se evidencia que los pobres e indígenas son los más vulnerables, tienen menor acceso a la atención de salud, y que es menos probable que la busque en caso de enfermedad, debido a los costos de transporte, medicamentos y factores culturales.

Diversos estudios demuestran que los adultos(as) mayores más vulnerables son los de 75 y más años de edad, ya que son quienes más riesgos de enfermedad presentan. A medida que el individuo envejece tiene mayor riesgo de padecer una enfermedad, la cual tiende a ser crónica e incapacitante. El mayor porcentaje de adultos(as) mayores de esta edad pertenece a las mujeres, las cuales a su vez forman el mayor grupo de viudas en el área urbana.

Entre los principales factores de riesgo social de la población adulta mayor se mencionan: los bajos niveles de escolaridad, lo que ha limitado su acceso al mercado laboral formal; la ausencia en una gran mayoría (73.5%) de pensiones económicas, lo que les obliga a depender de sus hijos(as) y otros familiares; la viudez, cuya mayor proporción se encuentra entre las mujeres ancianas; los bajos ingresos económicos que limitan su calidad de vida, que se traduce en sus condiciones de pobreza (27%) y pobreza extrema (12%), lo que dificulta su acceso a la atención de salud, disminuyendo sus expectativas de vida.

Por esto destacamos el tema de la salud de la mujer adulta mayor, ya que esta por razones de orden biológico, ligada en parte a su función reproductiva enfrenta en la etapa post menopausica una situación de salud más delicada que los hombres, aunque los riesgos de muerte sean menores.

La atención a los trastornos asociados a la menopausia reviste singular importancia debido a que la esperanza de vida de la mujer de hoy es de 75 años y más, lo cual significa que en promedio una mujer deberá pasar casi un tercio de su vida en estado climatérico, sometida a los riesgos y

trastornos que estos cambios hormonales y metabólicos conllevan para su salud y calidad de vida.

La estructura de las causas de muerte en el país ha seguido el patrón de los países desarrollados, con una disminución gradual en las tasas de mortalidad debido a enfermedades infecciosas, y un aumento en ellas debido a condiciones crónicas. En el país, en el 2000, la tasa de mortalidad fue de 4.1 muertes por 1,000 habitantes conforme a las estadísticas continuas. Del total de muertes ocurridas a nivel general (11,841), el 57.2% ocurrió en la población adulta mayor.

De las 6,794 defunciones ocurridas, el 55.8% se registró en hombres y el 44.1% en mujeres. En el 2000, los tumores malignos, seguido de las enfermedades cerebro vasculares y las afecciones isquémicas del corazón, fueron las 3 principales causas de defunción, con el 50.5% del total de las causas de muerte. Los tumores malignos se encuentran desde 1960 entre las diez principales causas de muerte.

Cuando se analiza el comportamiento de esta patología, se observa una tendencia progresiva al aumento. En el año 2000, se registraron 1,362 muertes por tumores malignos, que representaron el 20.4% del total de las causas de muerte, con una tasa de 589.1 por 100.000 habitantes. Su distribución, según sexo, registra que el 61.1% y el 38.9% ocurrieron en hombres y mujeres respectivamente.

Al considerar el tipo de tumor maligno registrado como el causante del mayor número de muertes se observa, para el año 2000, que fue el de próstata, con una tasa de 214.0 por 100,000 habitantes. Le siguió en frecuencia el cáncer de estómago, con una tasa de 74.4 por 100.000

habitantes, y con una mayor prevalencia en los hombres (66.8%) que en las mujeres.

La tercera posición la ocupa el cáncer de tráquea, de los bronquios y del pulmón, con una tasa de mortalidad de 62.3 por 100.000 habitantes, esta situación guarda relación con el consumo de tabaco de forma activa o pasiva.

En la mujer mayor de 60 años de edad resalta que el tumor maligno que más muertes causó, en el año 2000, fue el de mama, con una tasa de 27.2 por 100.000 habitantes. En segundo lugar, el cáncer de estómago, seguido muy de cerca por el cáncer de colon, del recto y del ano.

En el caso del país, las campañas preventivas de toma de papanicolau en la mujer en edad fértil, han permitido una detección temprana del cáncer de cervix. En el año 2000, ocupó la cuarta posición en frecuencia en la mujer, con una tasa de 42.3 por 100.000 habitantes.

La enfermedad cerebro vascular mejor conocida como “**derrame**” constituye una lesión transitoria o permanente del cerebro, secundaria a una patología vascular previa. La importancia de las enfermedades cerebro vasculares radica en que representa la más común de las afecciones neurológicas y generalmente dejan secuelas de consideración debido a que ocasionan, en un 50% de los casos, pérdida total o parcial de la función del tejido nervioso cerebral, de igual manera, las enfermedades que afectan al corazón y/o al sistema circulatorio tienen como característica común, la gravedad y las secuelas incapacitantes a las que conducen.

En Panamá, en el año 2000, las enfermedades cerebro vascular ocuparon la segunda causa de muerte, representando el 15.8% de todas las causas de muerte en este grupo de población, con una tasa de 453.3 por

100.000 habitantes. En comparación con los años 1998, 1999 y 2000, cuyas tasas estuvieron entre 482.8, 491.9 y 466.2 respectivamente, se evidencia una ligera tendencia al descenso, estas enfermedades han prevalecido por igual en hombres y mujeres.

**El infarto agudo del miocardio** ha tenido un comportamiento más o menos estable, ya que en los años 1998, 1999 y 2000, ha mantenido tasas alrededor de 265.5, 267.8 y 256.9 por 100.000 habitantes. **La diabetes mellitus** por su parte, representó la cuarta causa de muerte en el año 2000, con una prevalencia mayor en el sexo femenino (59.6%) con relación al masculino, y una tasa de 190.7 por 100.000 habitantes.

Puede decirse que, **las afecciones originadas en el menor de un año** representan 44.5 años de vida perdidos por muerte prematura, aunque este no es el indicador que mejor refleja esta pérdida. Se destacan, entonces, los accidentes, suicidios, homicidios y otras violencias con 17.8 años; los tumores malignos con 7.0 años; y las neumonías con 3.9 años. Las otras principales causas de muerte reflejan pérdidas entre 0 y 3 años de vida perdida por muerte prematura.

En cuanto al entorno familiar de las personas adultas mayores en Panamá, tenemos que la familia sigue siendo, la principal estructura de apoyo de las personas adultas mayores. Del total de esta población, el 47% vive en hogares extensos, el 31% en hogares nucleares, el 21% en los hogares unipersonales y solo un 1% vive en hogares compuestos.

Los reajustes familiares encaminan al adulto(a) mayor a vivir en familias extensas, y por lo general de grandes tamaños, esto en muchas ocasiones trae como consecuencia que los otros miembros de la familia

dependa económicamente de ellos, especialmente si son los o las jefes de familia.

Según el último censo de 2000, el 25.1% de los hogares panameños tienen como jefe a una persona de 60 y más años de edad, que viven especialmente en los hogares nucleares biparentales con o sin hijos. Llama la atención el hecho que a partir de los 65 y más años de edad se da la mayor proporción de jefes de hogares, tanto en hombres como en mujeres.

Se observó que tomando en cuenta el sexo del jefe de hogar y las personas que viven con él (ella), hay una mayor tendencia de estas personas a vivir con jefes de hogar mujeres, lo que se explica por el hecho de que en las mujeres se presenta con mayor incidencia la situación de la viudez, así como además ellas tienden a ser más protegidas por sus familiares que los hombres.

Las cifras indican que entre los adultos(as) mayores, los hijos(as) tienden a vivir más con sus madres (28.2%), que con sus padres (27.7%); pero, aún más revelador es la relevancia que tiene la convivencia de nietos(as) o biznietos(as) con sus abuelas (27.2%) que con sus abuelos (18.4%), lo que puede representar un mayor peso económico para las primeras.

En cuanto al estado conyugal es notorio que partir de los 60 y más años de edad en se pueden diferencias claras, según sexo, en particular en la incidencia de los casados (44.7%) para los hombres y (30.1%) para las mujeres, y en la viudez (10.3%) son hombres y (31.8%) son mujeres.

Lo anterior puede ser consecuencia de pautas culturales en cuanto al matrimonio; los hombres, una vez divorciados, separados o viudos vuelven a buscar parejas y la mujer prefiere quedarse sola cuidando a sus hijos.

El mayor porcentaje de viudez entre las mujeres, es consecuencia de la mortalidad diferencial por sexo, pero también igual, que en el caso anterior puede ser producto de la influencia de tradiciones y costumbres familiares en torno a la figura del matrimonio. Lo anterior agrega otro factor de riesgo a este grupo, ya que muchas de ellas viven en condiciones desfavorables en la última etapa de su ciclo de vida y se enfrentan a necesidades básicas y a carencias afectivas, aparte del deterioro en el aspecto económico, ya que no cuentan con pensiones de jubilación y se ven forzadas a desarrollar estrategias de sobrevivencia o en caso contrario tienen que vivir dependiendo económicamente de sus hijos(as) u otros familiares.

Un grupo de especial interés es la población adulta mayor soltera, especialmente los hombres (11.2%), se supone que ellos cuentan con menos recursos familiares y de apoyo económico para atender sus necesidades específicas, en particular los aspectos de salud. Esto sin tocar la parte emocional que igualmente se ve comprometida y que se refleja en el número de hombres adultos mayores viviendo solos, en la calle, en asilos o instituciones de asistencia. El 11.4% de los hombres adultos mayores solteros se encuentran dentro del rango de edad de 60 a 74 años.

En cuanto a la mujer soltera, ésta representa el 9.0% de la mujer adulta mayor y con relación a los rangos de edad se observa que el mayor porcentaje está entre las mujeres de 75 y más años de edad. Cabe resaltar que en nuestro medio la mujer adulta mayor soltera tiene una ventaja con respecto al hombre en iguales condiciones y es que en la mayoría de los



casos vive en compañía de familiares que le brinda protección y afecto, situación que no siempre sucede con los hombres.

De manera general, y sin entrar en detalles, el comportamiento de la situación conyugal entre el área urbana y rural, ha mostrado que la mayor incidencia de divorcio o separación entre las adultas mayores se da en el área urbana. Esta situación guarda relación con el aumento de la participación laboral de la mujer urbana, e igualmente, puede ser consecuencia de que la mujer rural tiene menos acceso a la educación y a la información, lo que le dificulta la toma de decisiones en un momento dado.

Según el Censo de 2000, un total de 3,673 personas adultas mayores viven en viviendas colectivas, de las cuales solo el 0.4% vive en asilos. Es decir, hay una baja proporción de adultos(as) mayores institucionalizados(as), si se compara con la población total de esta edad en el país. En relación con los hospitales, clínicas, sanatorios y hospitales psiquiátricos se observa un patrón de morbilidad acentuado, propio de la etapa envejeciente, especialmente en las mujeres.

En el país hay 34 instituciones de Protección Familiar y de Atención a la población adulta mayor, de las cuales, 12 son subsidiadas por el Estado a través del MINJUMNFA, y 23 son de carácter privado. Actualmente, en las instituciones subsidiadas por el Estado hay 843 adultos(as) mayores: 491 hombres y 352 mujeres.

En cuanto a la población atendida en las instituciones privadas hay un total de 451 personas: 235 del sexo masculino y 216 del sexo femenino.

## **CONSIDERACIONES FINALES**

Como es evidente del diagnóstico presentado en este informe, el Estado panameño, a lo largo de varias décadas, le ha otorgado importancia al comportamiento demográfico de la población y ha dedicado ingentes esfuerzos por elevar el bienestar social de la misma, por lo cual Panamá se encuentra en la actualidad atravesando la fase de plena transición demográfica.

Con base a lo anterior, el Estado a través de sus distintos estamentos políticos, institucionales, jurídicos y legislativos, ha conferido y confiere relevancia a la formulación y aplicación de políticas, programas y acciones que tiendan a mejorar la calidad de vida de las personas adultas mayores.

Este informe sintetiza los aspectos considerados más importantes en la atención de este grupo poblacional, en el marco de las políticas públicas y sociales del Estado, conforme a los lineamientos del Plan de Acción Internacional sobre Envejecimiento, emanado de la Primera Asamblea Mundial que sobre el tema se realizó en 1982 en Viena, Austria.

La República de Panamá ha tenido logros muy significativos, en términos de la atención integral de las personas adultas mayores, situación que les ha permitido llevar una vida participativa dentro de la sociedad. El Estado panameño es consciente de sus compromisos, dado que los retos que plantean tanto el envejecimiento demográfico como el envejecimiento de las personas, no constituyen una tarea fácil, ni de corto plazo.

No obstante, los pasos se encaminan a enfrentar los retos urgentes e importantes, especialmente respecto a la población adulta mayor de las áreas rurales e indígenas, y en materia de salud y de seguridad social.

## ANÁLISIS FINANCIERO

Uno de los puntos clave de nuestro análisis, es el de demostrar que la cartera de servicios deberá ser limitada, dado que el aporte actual no corresponde a los servicios recibidos por parte de la población beneficiaria. A continuación presentamos el siguiente cuadro, en donde se muestra la distribución de la fuente de financiamiento de cada Programa:

**CUADRO N° 2 Distribución de la Fuente de Financiamiento de los Programas de la Caja de Seguro Social**  
(En porcentaje)

Programa	Total de Aporte	Estado	Patrono	Trabajador
<b>DE ENFERMEDAD Y MATERNIDAD</b>	<b>8.50</b>	<b>----</b>	<b>8.00</b>	<b>0.50</b>
<b>Invalidez, Vejez y Muerte (IVM)</b>	<b>9.50</b>	<b>---</b>	<b>2.75</b>	<b>6.75</b>
<b>Riesgos Profesionales</b>	<b>1.65</b>	<b>----</b>	<b>1.65</b>	<b>-----</b>
<b>Administración</b>	<b>0.80</b>	<b>0.80</b>	<b>-----</b>	<b>-----</b>
<b>Total</b>	<b>20.45</b>	<b>0.80</b>	<b>12.45</b>	<b>7.25</b>

Los aportes que reciben cada programa para su funcionamiento, se ven afectados por el nivel de actividad económica del país, es decir si el

número de empresas formales aumenta y así el nivel de empleos y/o los salarios, entonces se incrementará el aporte por parte de estas nuevas empresas y con ella el número de usuarios del programa. Pero en caso contrario, si disminuyera el nivel económico, también disminuirá el número de usuarios del Programa de Maternidad y Enfermedad.

Por lo tanto, podemos deducir que el Programa tiene sus ingresos ajustados, al número de posibles demandantes de los servicios de salud que cubre este programa. Sin embargo en la práctica se demuestra lo siguiente:

- ⇒ Que el programa cubre más personas de los que aportan
- ⇒ Que los servicios no están definidos a través de un techo límite
- ⇒ Que la transición demográfica-epidemiológica de Panamá, muestra el aumento de la esperanza de vida, exige intervenciones más costosas.

Por lo tanto se deberán tomarse correctivos, en lo referente:

- ⇒ A los aportes por parte del empresario y el trabajador
- ⇒ Trabajar sobre la base de una Cartera de servicios ajustada a cada tipo de beneficiario
- ⇒ Establecer una oferta limitada de estos servicios frente a los costos de los mismos.

En el Cuadro No.3 podemos observar los resultados financieros del programa en los últimos cuatro años.

**CUADRO No.3 INGRESOS, GASTOS Y RESERVAS DEL PROGRAMA DE ENFERMEDAD Y  
MATERNIDAD DE LA CAJA DE SEGURO SOCIAL  
AÑOS: 2000-2003**

(En miles de Balboas)

Detalle	2000	2001	2002	2003
<b><u>Ingresos</u></b>	<b><u>337,246</u></b>	<b><u>321,002</u></b>	<b><u>330,353</u></b>	<b><u>337,619</u></b>
Cuotas y Primas	326,321	317,913	324,855	333,292
Ingresos Financieros	16,376	840	3,180	2,039
Ingresos Diversos de Gestión	2,392	2,249	2,318	2,288
Aportes	-7,843	0	0	0
<b><u>Gastos</u></b>	<b><u>284,731</u></b>	<b><u>314,032</u></b>	<b><u>353,870</u></b>	<b><u>369,087</u></b>
Prestaciones Económicas	16,480	17,792	18,441	17,098
Otras Transferencias	0	0	0	324
Gastos de Personal	165,747	187,522	209,497	223,050
Costos y Gastos Operativos	89,607	97,182	110,821	111,718
Gastos Diversos de Gestión	3,843	0	0	0
Provisión	9,055	11,537	15,111	16,897
<b><u>Resultado del Ejercicio</u></b>	<b><u>52,515</u></b>	<b><u>6,970</u></b>	<b><u>-23,517</u></b>	<b><u>-31,469</u></b>
<b><u>- Reserva</u></b>	<b><u>364,126</u></b>	<b><u>370,931</u></b>	<b><u>332,403</u></b>	<b><u>290,571</u></b>

Fuente: Dirección Nacional de Contabilidad, CSS

De este cuadro conseguimos extraer los siguientes comentarios para reforzar nuestros análisis, observamos que los ingresos que alimentan al programa a través de las cuotas regulares, aumentaron con relación al año pasado. Sin embargo, observamos algo que no es consecuente con la gestión administrativa de estos fondos, ya que el **total de sus gastos** se incrementaron en una mayor proporción que sus ingresos. Cuando se analiza la composición de este gasto, observamos que este incremento se genera principalmente, en el componente del gasto de personal, el cual se incrementa en 14 millones con relación al año anterior. Sin embargo, observamos el incremento de los gastos operativos (servicios básicos, pagos a proveedores), no es tan significativo..

Los gastos operativos representan para el Programa de Maternidad y Enfermedad, la oportunidad de ofrecer respuestas para el que aporta y recibe un servicio, pero si este tipo de gasto disminuye; significa que ese nivel de respuesta oportuna, puede verse afectado.

Por otro lado, si mis gastos operativos no son tan notables, ¿cómo se explica un incremento tan significativo en el gasto de personal?, cuando en los análisis previos realizados en este trabajo, se evidencian problemas asociados a la calidad de los servicios recibidos, tanto a nivel administrativo, como los de atención clínica. En otras palabras el Programa, está facilitando y propiciando la deficiencia en la utilización sus recursos.

Cuando analizamos el incremento del gasto de personal, observamos que el mismo se explica por:

- ⇒ Incremento por el número de personas nuevas contratadas, para hacerle frente a la oferta instalada a través de las ULAPS, CAPS y Hospitales.
- ⇒ Por los acuerdos gremiales pactados con la institución en cuanto al cambio de categoría, según tipo de gremio.(actualmente existen 38 acuerdos pactados)
- ⇒ Por los acuerdos gremiales pactados según los turnos médicos y técnicos. (el gasto mensual es de 1 millón de balboas)

Podemos entonces evidenciar, que desde el año 2001 las operaciones financieras en este programa vienen disminuyendo y a partir del 2002 presentan un déficit creciente en los siguientes años, dándose una disminución de sus activos financieros, a partir del 2001 de 146 millones a 76.48 millones en abril del 2003.

A pesar de esta crítica situación, los programas no se han ajustado y siguen perdiéndose los recursos, como se observa en el Cuadro No.4 de Servicios de Consulta Externa con relación a los cupos disponibles en el año 2003; así tenemos que en Medicina General, de las horas contratadas, el 67% es asignado a atención de pacientes con un promedio de 4.2 cupos por hora, de este tiempo el 12.3% de los cupos no se utilizaron lo que significó perder 309,533 cupos durante el año. En Consulta de Especialidades no se usaron 446,120 cupos que representa el 16.7% de lo asignado, en Odontología el 18% y en Consultas Técnicas 25%.



**CAPITULO IV**

**PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA TÉCNICA PARA  
MEJORAR EL PROGRAMA DE MATERNIDAD Y  
ENFERMEDAD**

## A. ANTECEDENTES.

Desde su creación el Programa de Enfermedad y Maternidad ha brindado cobertura ilimitada de los servicios de salud a todos los asegurados y sus dependientes. Este tipo de manejo no planificado, ha dado como resultado que los fondos que se asignen a este programa no alcancen para cubrir toda la demanda de la población.

Es importante considerar las causas que están directamente relacionadas al crecimiento de los gastos en salud, ya que la población siempre tendrá ilimitadas necesidades que atender. Todo este círculo conductivo está relacionado con la mejora social y económica de la población, que trae como consecuencia una mejora en el estado de salud, crece la esperanza de vida, disminuye la tasa de fecundidad, disminuyen las enfermedades transmisibles y surgen las enfermedades degenerativas, las cuales constituyen un costo mucho mayor, según la edad de la población

Por otro lado, observamos que el llamado **Modelo de Atención asociado al Programa de Maternidad y Enfermedad**, no ha sido diseñado para afrontar integralmente los riesgos de la salud y proporcionar los servicios de fomento, prevención y de atención médica, ya que el actual Modelo que se practica, se encuentra centrado en la curación de la enfermedad y en los cuidados de enfermedades degenerativas y no en los cuidados preventivos, con lo cual se genera un **incremento en los gastos asociados al Programa**.

Se puede observar en el cuadro N°5, que los ingresos se incrementan según el número de cotizantes activos al igual que su distribución per cápita. No sucede así, con el número de dependiente cuyo número es mayor y

cuando se calcula el per capita, se puede observar un valor menor, el cual se traduce en menos recursos para atender sus necesidades en salud.

**CUADRO N° 5. PRESUPUESTO DEL PROGRAMA DE ENFERMEDAD Y MATERNIDAD. AÑOS: 1999-2003**

Años	Total Presupuesto del programa M. y E. (en miles de B/.)	Número de Asegurados Cotizantes	Número de Asegurados Dependiente	Presupuesto Per cápita, SCA	Presupuesto per cápita SDA
1999	258,892.5	759,482	1,114,201	341	232
2,000	294,950.9	791,046	1,205,779	373	245
2,001	315,418.7	781,298	1,170,183	404	270
2,002	327,837.4	780,205	1,175,961	420	279
2,003	348,500	784,138	1,162,096	444	300

**Fuente:** Datos elaborados por el equipo de la tesis, basado en las cifras oficiales de la CSS.

**Nota Explicativa:**

Presupuesto per cápita según cotizante activo: SCA (columna 5)

Presupuesto per cápita según dependiente activo: SDA (columna 6)

## **B. DISEÑO DE LA PROPUESTA.**

Nuestro análisis se basa en definir la génesis del problema, entenderlo y aplicar las posibles soluciones viables que conduzcan a la mejora integral del

programa, es por ello que planteamos que para mejorar este Programa se deberá:

- ⇒ Definir una cartera de servicios protocolizada y estructurarla según la población beneficiaria.(variable independiente)
  - Y que esta definición, traerá como consecuencia, una mejora en la utilización de los recursos asociados al Programa.

A continuación, presentamos la siguiente propuesta técnica basada en lineamientos estratégicos debidamente formulados.

#### ⇒ **Diseño de la Propuesta**

<b>Actividad</b>	<b>Descripción</b>
Caracterizar y estudiar la población beneficiada (Cotizante activo y Cotizante dependiente)	De acuerdo con la información disponible se realizará la caracterización y estudio de la población beneficiada, que la conforman los usuarios directos y los indirectos, según los datos emanados de la Mesa del dialogo
Definir una estrategia de atención	Concertación con las autoridades y funcionarios del MINSA, la CSS y los proveedores privados, para evitar la duplicación de los servicios y desarrollar

	instrumentos que nos permitan viabilizar los servicios de salud requeridos por los asegurados, sin incurrir en inversiones costosas e innecesarias.
Revisar y Analizar experiencias previas desarrolladas (Instrumentos de gestión)	Revisar las experiencias que han existido en los últimos años, con el fin de evaluarlas y extraer de ellas las experiencias positivas que todavía puedan ser aplicadas en la actualidad.

⇒ **Identificación, selección y protocolización de prestaciones**

<b>Actividad</b>	<b>Descripción</b>
Revisar la cartera actual de servicios	A partir de la revisión de los documentos de normas y protocolos de atención existentes en la Caja del Seguro Social, de acuerdo al perfil epidemiológico que presenta la población, se preparará la cartera de servicios de salud considerando las prestaciones de salud que se otorgarán a la población seleccionada. (costo efectivas)

Actividad	Descripción
Organizar por tipo de servicios.	<p>Las prestaciones y actividades de salud identificadas en el punto anterior se agruparan y organizaran de acuerdo al tipo de servicio así:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Actividades de promoción.</li> <li>• Actividades de prevención.</li> <li>• Actividades de recuperación.</li> <li>• Actividades de rehabilitación.</li> </ul> <p>De acuerdo con programas de salud dirigidos a la población:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Menor de 5 años.</li> <li>• Adolescentes.</li> <li>• Prenatal, parto y puerperio.</li> <li>• Adulto mayor, entre otros.</li> </ul>
Identificar criterios para priorizar y seleccionar actividades.	<p>Para realizar la priorización y selección de actividades se establecerán tres criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Factibilidad.</li> <li>• Eficiencia.</li> <li>• Costo.</li> </ul>
Protocolizar las actividades seleccionadas.	<p>Definición de un equipo responsable y multidisciplinario para el desarrollo de cada actividad y el lugar en donde se desarrollará (CAPS, Ulaps, Hospital, Policlínica) Además, se especifica la función de producción de cada actividad de salud seleccionada en esta red de proveedores.</p>

⇒ **Diseño de estrategia de atención y modelo de gestión**

Actividad	Descripción
Modelos de Gestión Actuales	<p>Existen experiencias realizadas a través del <b>MINSA</b>, sobre tres modelos de gestión para la entrega de los servicios básicos de atención:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Compra servicios de segundo nivel de atención en un área específica a través de CONSALUD</li> <li>• Contratación de Servicios de Atención de Salud de forma integral para las áreas de difícil Acceso a través de ONGS</li> <li>• Modelo Tradicional financiado por el Presupuesto del Estado</li> </ul> <p>Por otro lado la Caja de Seguro Social tiene:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Compra servicios a entidades privadas (tercerización) Público-Privado</li> <li>• Compra servicios de salud al MINSA a través de Convenios de Compensación. (Público-Público)</li> <li>• Compra servicios de segundo nivel de atención en un área específica (San Miguelito, Las Cumbres y Chilibre) a través de CONSALUD</li> </ul>
Diseño de la Propuesta	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Definición de la Población Beneficiaria</li> <li>• Cartera de servicios limitadas</li> <li>• Utilización de Protocolos</li> <li>• Auditoria y Fiscalización Médica</li> <li>• Asistencia de Salud Costo Efectiva(en el caso de los enfermos de SIDA)</li> <li>• Desarrollar y Fortalecer el Sistema de Información</li> <li>• Definición de Programas Especiales (Transplante de Riñón, alta incidencia de cáncer)</li> <li>• Desarrollo de la Solidaridad Limitada</li> </ul>

⇒ **Estimación de Costos**

<b>Actividad</b>	<b>Descripción</b>
Estimar número y tipo de Recurso Humano requerido.	Se deberá estimar el número y tipo de personal requerido para prestar las actividades seleccionadas en los Procesos Asistenciales Definidos desarrollados, con el modelo de atención propuesto con base en la función de producción ideal de acuerdo a las normas vigentes, dictados por el rector de la salud en Panamá. Y lo establecido en la Ley Orgánica de la CSS, la cual se deberá reformar para estar consona con la realidad
Determinar parámetros básicos.	Sobre la base de la información generada en los puntos anteriores y con la estimación del número y tipo de personal, se determinará la oferta de servicio ajustada a la población beneficiaria, considerando sus características epidemiológicas y la transición demográfica
Determinar costos.	Se determinaran los costos totales a través de: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Costos Fijos</li> <li>• Costos Variables</li> </ul> De los distintos Procesos Asistenciales definidos en la cartera de servicio
Determinar inversión inicial.	Se deberá considerar la actual red de servicio pública y privada instalada



⇒ **Análisis de Costo – Efectividad de la Propuesta Final**

<b>Actividad</b>	<b>Descripción</b>
Estimar costo total de los Procesos Asistenciales Definidos en esta propuesta.	Para cada uno de los <b>Procesos Asistenciales Definidos</b> se deberá calcular el costo total de cada proceso con los supuestos de la población definida con su respectiva cobertura de provisión de servicios. Analizar distintos escenarios de ampliación de cobertura para aquellos Programas Especiales (diabetes, Cáncer, hipertensión y problemas cardiovasculares)

## **CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

## A. CONCLUSIONES.

En la mayoría de las intervenciones atendidas no se aplican protocolos que permitan una medición de los costos incurridos en cada servicio.

Con este incremento en el gasto ejecutado para este programa, nuestra propuesta va dirigida a:

1. Darle ordenamiento a través de la protocolización de los servicios que se prestan.
2. Que el programa de Maternidad y Enfermedad, se base en un **Modelo de Atención**, con la finalidad de hacerlo comprensible y viable para quienes lo van a ofertar y para aquellos que lo van a recibir.
3. Este programa deberá tener una oferta de servicios de salud limitada para sus asegurados, a través de una llamada **Cartera de Servicios o Procesos Asistenciales Definidos**, la cual deberá ser asignada, según tipo de cotizante y por grupo de beneficiario.

Es importante que se entienda que se tiene que conceptualizar y darle forma al **Modelo de Atención** que sustentará al **Programa de Maternidad y Enfermedad**, este tipo de variante, implica cambios en el contenido de la atención de salud, en las prácticas de trabajo, en la distribución de los recursos de inversión y de las personas y sus competencias en el sistema de salud, en las normas que rigen el funcionamiento del sector y en las relaciones entre los distintos componentes del sistema ( Financiado, Comprador y Proveedor).

**Los problemas que se han detectado afectan a toda la población asegurada del país, sobre todo a los pacientes de la tercera edad y a los trabajadores de menores ingresos, quienes no pueden acceder servicios médicos privados, de igual forma se está afectando los servicios prestados en los Hospitales Especializados del Ministerio de Salud que mantienen Convenio de Compensación de Costos con la Caja del Seguro Social.**

Es por ello, que el presente trabajo tiene como finalidad presentar una propuesta viable acorde con la realidad del Estado Panameño, en donde presentaremos la factibilidad y la viabilidad de un Modelo de Atención que incluya las intervenciones adecuadas al tipo de asegurado.

Para este análisis nos basaremos, en el aporte que nos ofrece el paradigma del **desarrollo humano sostenible**, el cual significa abrir oportunidades y recursos para que los grupos que experimentan alguna clase de exclusión puedan incorporarse, en calidad de sujetos y no de objetos, en todos los ámbitos de la vida ciudadana. Ya que dentro del modelo actual del Programa de maternidad y Enfermedad, analizaremos uno de los actores que se encuentra inmerso en la problemática, que es el beneficiario directo y el derechohabiente.

## **B. RECOMENDACIONES.**

- ⇒ Efectuar un análisis detallado del rendimiento de los activos del programa, de los gastos y de la utilización de los recursos
- ⇒ Efectuar un análisis de la gestión administrativa del Programa y detectar las deficiencias con el fin de proponer soluciones efectivas

- ⇒ Analizar los procesos administrativos y de atención, con la finalidad de proponer mejoras y solucionar las deficiencias
- ⇒ Definir los problemas secundarios derivados de la atención deficiente y proponer soluciones a cada uno de los problemas

### **Propuesta para organizar la oferta de servicios que brinda el Programa de Maternidad y Enfermedad**

Como hemos definido acciones encaminadas a introducir elementos para darle forma al Modelo de Atención que sustenta el actual Programa de Maternidad y Enfermedad, presentaremos los siguientes puntos clave para lograr una solución viable a la problemática planteada. Estos puntos clave son:

- a) Diseño del modelo de atención para la población beneficiaria del Programa
- b) Identificación, selección y protocolización de las Prestaciones Médicas
- c) Diseño de las estrategias de gestión
- d) Estimación de los costos
- e) Análisis Costo efectividad

## **BIBLIOGRAFIA**

- **LIBROS**

- Sistema Sanitario Público de Andalucía  
“Guía de Diseño y Mejora continua de procesos asistenciales”  
Ed. Consejera en Salud: Sevilla: 2001
- Antúnez, E. Infante, A. López Acuña, D.Masin, JM.Modelt, P. Ros, AG:  
“La Transformación de la Gestión Hospitalaria en América latina y el Caribe”  
Editorial OPS: Washington, DC: 2001
- Kenier, T. Taylor, J: “Investigación de Mercados”  
Mc Graw – Hill: México: 1991
- Hernández, Samperi, R: Fernández Collado; C: Baptista Lucio, P:  
“Metodología de la Investigación” 2° Ed: Mc Graw –Hill: México : 1998

- **DOCUMENTOS**

- Ley Orgánica de la Caja de Seguro Social. Decreto Ley N°14 de 27 de agosto de 1954
- Informes sobre la “Mesa del Diálogo por la Caja del Seguro Social”
- Conferencia sobre “Estado Actual de la Mesa de diálogo por la Caja de Seguro Social 2003”
- Anuario Estadístico, Área de Salud 2004. Dirección Nacional de los Servicios y Prestaciones Médicas. Departamento Nacional de Registros Médicos y estadísticas de Salud. CSS
- Informe Financiero Caja del Seguro Social. 2004
- Sistema de Referencia y Contrarreferencia, Ministerio de Salud. Panamá 2002
- Modelos de Atención, Ministerio de Salud. Panamá 2003
- Contraloría General de la República: Dirección Nacional de Estadística y Censo “Cuadro de Empleados del Sector Privado y Público en la república de Panamá según sector y sueldo mensual”. Panamá 2003

- La Red Pública de Servicios de Salud, Reorganización y Definición por niveles de atención y Grados de Complejidad. Departamento de Desarrollo de Modelos de Atención MINSA.2003
- Mecanismos de Pago a Proveedores de Servicios de Salud utilizados en Panamá. Departamento. de Desarrollo. de Modelos de Atención. MINSA 2003



# **ANEXOS**

## ENCUESTA DE OPINIÓN DE USUARIOS DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA DE LA CSS

### INSTRUCCIONES:

Con el objeto de conocer las necesidades y la calidad del servicios prestado a nuestros usuarios, le agradeceríamos responder a la siguiente encuesta, utilizando una equis (X) para marcar la mejor de las respuesta. Sus respuestas son confidenciales, por lo que agradecemos su sinceridad.

---

1. ¿Le fue fácil obtener su cita con el médico? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
N/A \_\_\_\_\_
2. ¿El médico lo examinó? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
N/A \_\_\_\_\_
3. ¿El médico le dijo lo que tenía? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
N/A \_\_\_\_\_
4. ¿El médico le dio las instrucciones sobre el uso de los medicamentos?  
Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
N/A \_\_\_\_\_
5. ¿Entendió las recomendaciones que el médico le dio?  
Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
N/A \_\_\_\_\_
6. ¿Recibió buen trato del médico? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
N/A \_\_\_\_\_
7. ¿Tuvo privacidad durante la consulta o visita médica? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
N/A \_\_\_\_\_
8. ¿Cuánto esperó para recibir su tratamiento de radioterapia?  
Mucho \_\_\_\_\_ Aceptable \_\_\_\_\_  
Poco \_\_\_\_\_
9. ¿Cuánto esperó para recibir su tratamiento de quimioterapia?  
Mucho \_\_\_\_\_ Aceptable \_\_\_\_\_  
Poco \_\_\_\_\_
10. ¿Recibió buen trato del personal de radioterapia? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
N/A \_\_\_\_\_
11. ¿Recibió buen trato del personal de quimioterapia? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
N/A \_\_\_\_\_

12. ¿ Recibió buen trato del personal de Registros Médicos / Admisión?  
Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
N/A \_\_\_\_\_
13. ¿ Recibió buen trato del personal de Enfermería?  
Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
N/A \_\_\_\_\_
14. ¿Recibió buen trato del personal de Laboratorio?  
Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
N/A \_\_\_\_\_
15. ¿Recibió buen trato del personal de Rayos X?  
Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
N/A \_\_\_\_\_
16. ¿Considera usted que los servios sanitarios estaban limpios?  
Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
N/A \_\_\_\_\_
17. En general ¿Cómo considera la Atención?  
Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
N/A \_\_\_\_\_

**CUADRO No.4 SERVICIOS DE CONSULTA EXTERNA EN LA CAJA DE SEGURO SOCIAL  
AÑO: 2003**

Servicio	H o r a s			Disponibles	C u p o s			Total de Consultas
	Contratadas	Administrac.	Atención a Pacientes		No Utilizados		Extras	
		Docencia y Otras			No Asistió	No Solicitados		
Medicina General	885.159	292.812	592.347	2.499.271	93.880	215.653	35.490	2.127.668
Urgencia	511.418	78.413	433.005	0	0	0	0	1.073.327
Especialidades	901.628	368.085	533.543	1.949.465	136.663	309.457	72.614	1.598.485
Odontología	447.045	164.181	282.864	567.687	56.776	45.253	12.940	613.837
Técnicas	372.436	141.781	230.655	477.874	31.576	89.049	53.084	521.087

Fuente: Departamento de REMES - CSS

Como se observa en el cuadro **No.** de servicios de consulta externa, existe una pérdida significativa en la cantidad de cupos disponibles, así tenemos que en Medicina General, de las horas contratadas, el 67% es asignado a atención de pacientes con un promedio de 4.2 cupos por paciente, de este tiempo el 12.3% de los cupos no se utilizan lo que significó perder 309,533 cupos durante el año 2003. En especialidades se dejaron de usar 446,120 cupos que es un 16.7% de lo asignado, en Odontología el 18% y en Consultas Técnicas 25%.