



LOS SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD EN LA REPÚBLICA DE PANAMÁ: LO QUE HAY QUE CAMBIAR PARA MEJORAR LA CALIDAD

Por: Belisario Centeno Serrano | Licenciado en Economía, Corredor de Seguros, MBA. | Docente de la Universidad Tecnológica de Panamá | Doctorando en Administración de Negocios

E-mail: minsi@yahoo.com

Recibido: Mayo de 2018

Aceptado: Mayo de 2018

Resumen

En la Constitución de la República de Panamá se establece que el acceso a los servicios de salud sea universal. A través de las décadas los gobernantes y políticos han fallado en organizar la Política de la Salud para la población de forma efectiva. Muchas causas impiden una implementación adecuada de políticas públicas para la utilización de recursos en el sistema de salud.

Este artículo contempla múltiples intentos de reformas de salud en países de América. A pesar de sus diferentes orígenes, los problemas de todos estos países son los mismos. La mayoría de la población está asegurada de forma obligatoria en la seguridad social. Una porción más pequeña de la población, en situación de pobreza, depende enteramente de los servicios gratuitos del Ministerio de Salud, con una calidad pobre. Hay un tercer grupo de personas que pagan un servicio de seguro de salud a través de aseguradoras privadas.

Palabras claves: Medicina preventiva, política de la salud, racionalización, seguridad social, tecnología de la información (aplicada a la salud).

Abstract

In the Panamanian Constitution access to health services is universal and free. Actually, health and education ranks top of the table in terms of national goals ever since this place is a country. Through the decades Panamanian rulers and politicians have failed to deliver these goals properly to the population. A wide range of causes undermines the proper and effective implementation of policies and allocation of resources in the health system.

This article contemplates the various attempts of reform implemented in many countries of the Americas and basically denotes that even though there are different backgrounds, problems are almost the same. There is a rather large amount of population insured under pre-paid compulsory social security and there is another portion of population rather poor that depends solely on basic free

services that regularly lacks the minimum quality requirements. There is also a third group that can afford private health care mostly through private insurance companies.

Key words: preventive medicine, health policy, rationalization, social security, information technology (applied to health).

Introducción

Hace mucho se debate en todo el mundo sobre qué se debe hacer para administrar los servicios de salud de la población. Hay ineficiencias para la sociedad en los sistemas públicos al igual que los manejados por el sector privado. Al final, la población se perjudica.

A pesar de que, el acceso a los servicios de salud y medicamentos es un derecho universal en la República de Panamá, la realidad es que no todos los ciudadanos gozan de una cobertura médica de calidad. Esto repercute en la salud en general y merma el desarrollo económico de la nación.

En este artículo se repasa esta situación en diferentes países para entender la forma en que se ha abordado esta problemática. El debate se hace más complejo cuando se introducen consideraciones tales como qué tan moral es negar recursos al sector salud, en detrimento de la población, para asignarlos en otras áreas de la economía menos importantes. Sin embargo, esto ocurre.

Por último, se presenta una medición de costeo basado en actividades de una hemodiálisis pediátrica en el Hospital Materno Infantil José Domingo de Obaldía (HMIJDDO) de la Ciudad de David, Provincia de

Chiriquí para revelar que los costos de los servicios médicos pueden ser más elevados que aquellos reportados por las instituciones oficiales.

Estado del Arte

Otto von Bismarck estableció en Alemania de 1883 el primer sistema de seguridad social del mundo, lo que luego se conoció como el derecho universal a la salud (Busse, Blümel, Knieps, & Bärnighausen, 2017).

Según Sierra y Herazo, el gobierno colombiano debería ser congruente cuando plantea un modelo de salud de atención primaria. Sin embargo, centra su estrategia de educación médica en los hospitales de alta complejidad donde una cúpula de doctores especialistas domina la política gubernamental de salud en general. Según ellos, hay una falla al dejar a los entes territoriales afrontando solos la atención primaria, cuando es sabido que carecen del apoyo financiero y administrativo (Sierra M., Rita M.; Herazo, 2013).

El sistema de salud colombiano fue reformado en 1990 bajo tres grandes características básicas: a) un sistema público descentralizado en unidades más locales, b) los hospitales públicos son ya empresas



sociales del Estado con un manejo gerencial, y c) se ha desmonopolizado el sistema de seguridad social en salud y se ha creado un régimen subsidiado de salud para los más pobres (Jaramillo, 2002).

Un estudio realizado en 2014 en áreas rurales y empobrecidas de Colombia y Brasil muestra las mismas deficiencias del servicio a ambas poblaciones en países con diferentes sistemas de salud. En Colombia los usuarios tienen dificultades para acceder a los servicios porque requieren de pre-autorizaciones de las aseguradoras privadas, mientras que en Brasil la barrera se da en la no disponibilidad de recursos en los centros de salud (García-Subirats et al., 2014).

Según Hernán Giraldo, Gerente de Seguros Sura Panamá, se han realizado estudios en Panamá por parte de esta aseguradora. En el citado estudio, para que el sistema EPS1 y ARL2 de Colombia sea replicado en Panamá se necesitaría una población mínima de 7 millones de habitantes; menos de esta cifra haría esta actividad poco rentable (Giraldo, 2017).

En los sistemas EPS, los equivalentes a los Centros de Salud en Panamá, la actividad la administran las aseguradoras privadas, los cuales son manejados de forma eficiente y proveyendo un servicio de calidad a los asegurados. La prevención se convierte en factor clave a través de chequeos rutinarios

y docencia a los asegurados. Así se reduce drásticamente la morbilidad y los costos médicos. Al personal de salud se le remunera por resultados medibles (Ibíd.).

Según la autora mexicana de corte marxista, Sra. Araceli Damián, los sistemas de seguridad social están fundamentados por el balance de poder y la lucha de clases. Mientras estos sistemas permitan la redistribución de una parte sustancial de la riqueza entre el capital y el trabajo, el primero procurará reducir sus beneficios, mientras que el segundo pugnará por su ampliación (Damián, 2016).

El caso de Estados Unidos es una referencia obligada. En 2010 se firma el ACA (Affordable Care Act), conocido como “Obamacare”. El mismo dio acceso a coberturas médicas a personas que contaban con condiciones médicas pre-existentes, cosa que era impensable antes de esta ley. Sin embargo, y a pesar que esto permitió que millones de estadounidenses de bajos recursos pudieran tener cobertura médica básica, el programa consigna a los pobres a una atención de menos calidad (Gaffney & McCormick, 2017).

Previo al Obamacare, en 1965 se aprobó la Ley de Seguridad Social firmada por el Presidente Lyndon B. Johnson. La misma incluía el “Medicare” y “Medicaid”. El primero consiste en una serie de alternativas para la seguridad social de personas mayores de 65 años de edad y el segundo es una suerte de coberturas básicas de atención médica para personas que demuestren que sus ingresos no son suficientes (Ibíd.).

¹ Entidades Prestadoras de Salud (salud pre pagada).

² Administradoras de Riesgos Laborales.

Esta ley dejaba desprovista del acceso a la salud a un gran número de personas en ese país. Si bien el Obamacare representa un cambio del rol contributivo del gobierno en el financiamiento de los seguros de salud, la mayor parte de la contribución recae en la población a través de altos pagos de su bolsillo, planes que no ofrecen una cobertura adecuada, o simplemente carecen de seguros (Arrieta, 2016).

El costo de los cuidados de la salud en Estados Unidos ha ido elevándose con los años, y aún afecta la habilidad de las personas para pagar por cobertura médica. De 1990 al 2000, el gasto público y privado se duplicó de \$696 millardos a casi \$1.3 billones; ya para el 2010 el gasto en salud es 15% de PIB (The Association of Washington Healthcare Plans, 2010). Esto ha llevado a una situación insostenible, y un arduo debate político sobre el derecho al seguro de salud como parte de un derecho humano básico.

Los principales determinantes del costo en salud en ese país son: (a) mayor demanda por los servicios (envejecimiento y aumento de la población) (b) nuevas tecnologías •medicamentos más caros (c) costo de cambios en programas públicos mal financiados (d) nuevas regulaciones gubernamentales (e) responsabilidad civil por mal praxis médica (Ibíd.).

En 2017 y 2018 el actual presidente Donald Trump ha estado haciendo amplias gestiones para eliminar el Obamacare y volver al “statu quo”. En este sentido, hay una enorme oposición a estas iniciativas toda vez que conllevan un alto costo político

que el Congreso Estadounidense no está dispuesto a asumir.

Las Instituciones Financieras Internacionales (IFIS) han influido en toda América en la formación de las políticas de salud. Los préstamos los condicionan a múltiples reformas neoliberales, que privilegian el rol del mercado en la prestación de servicios de salud. Estas privatizaciones han beneficiado en los últimos 20 años a corporaciones aliadas a élites locales de negocios (Armada, Muntaner, & Navarro, 2001).

En muchos países de América Latina se intentó implementar sistemas de salud de corte neoliberal. En México los sindicatos evitaron que se implementaran los servicios privados con fondos públicos. En El Salvador las clínicas privadas que atendían a pacientes del Seguro Social se les recetaba medicamentos costosos no genéricos que generaban comisiones a los médicos (Homedes & Ugalde, 2005).

El caso insignia se da en Brasil, en donde se permitió a transnacionales comprar hospitales para ofrecer servicios médicos tercerizados para la seguridad social. Luego de 25 años de data y evaluaciones globales lo consideran caótico, elitista, corrupto, irracional e incontrolado. Áuditos han encontrado hasta 90% de cuentas médicas infladas, con pacientes inexistentes, diagnósticos falsos, doble facturación por la misma hospitalización, admisiones hospitalarias innecesarias, cuentas por medicinas no administradas, cargos excesivos, etc. (Ibíd.).



El principio básico neoliberal que enmarca las reformas en el sistema de salud se basa en que el sector privado es más eficiente que el sector público. Los abusos mencionados anteriormente se dan cuando esta eficiencia no se pone a trabajar a favor del Estado sino en beneficio de los bolsillos de pocos beneficiados.

El caso chileno es un referente. No hay suficiente evidencia para concluir que estas reformas neoliberales en el sistema de salud chileno, que data de 1981, haya reducido las desigualdades o las ineficiencias que existían antes en el Servicio Nacional de Salud (Mallon, Valenzuela, Salway, Shoenberger, & Swadron, 2017).

Chile posee un programa llamado FONASA (Fondo Nacional de la Salud) que atiende al 80% de la población. Los seguros privados, conocidos como ISAPRES (Instituciones de Salud Previsional), son amplios en cobertura y atiende el 15% de la población que lo puede sufragar. La nación gasta menos del 10% del PIB en salud, y aun así se posiciona en el número 33 en salud a nivel mundial según la OMS (Ibíd.).

Como se puede inferir, todos los sistemas de salud ensayados en América Latina van a presentar problemas estructurales por falta de fondos. Cuando el sistema es público, usualmente el bajo financiamiento es el detonante de la escasez de recursos y la mala atención a los pacientes. Si los fondos no alcanzan, hay que cobrar esta diferencia. De allí sale el concepto de equidad financiera de la Organización Mundial de Salud.

Al establecer precios por los servicios de salud a la población, si se toma en cuenta la habilidad para pagar y no el costo, sería un sistema más equitativo en términos del financiamiento. Para ello, la OMS ha creado un índice de justicia en el financiamiento de la salud. El argumento para este enfoque es que el gasto en salud es uno que no nace del deseo de gastar al ser un evento inesperado de la pérdida de la salud (Wagstaff, 1999).

Planteamiento del Problema

La Constitución Política de la República de Panamá enmarca entre su articulado que es función esencial del Estado velar por la salud de la población de la República. Crear, de acuerdo con las necesidades de cada región, establecimientos en los cuales se presten servicios de salud integral y suministren medicamentos a toda la población (Constitución de la República de Panamá, 1972).

Según reportes del Banco Mundial, el gasto en salud en la República de Panamá como proporción al P.I.B. es de 7.46%, cifra mayor que el promediado por los países de América Latina (Cortez, R.; Pande, A.; Eozenou, P.; Leive, 2013). A este respecto, el presupuesto anual de funcionamiento del Ministerio de Salud para 2017 asciende a B/1,696.2 millones (Ley N° 63, 2016).

En el reporte de la Situación de Salud de la República de Panamá elaborado por el MINSA, la salud en el país no indica estar mal (Ministerio de Salud de Panamá, 2015). Pero cuando se lee la Propuesta de la

Mesa del Diálogo por la Salud en Panamá, la situación de la salud se presenta deficiencias y disparidades (PNUD, 2015).

Un estudio de la Mesa de Diálogo por la Salud encontró que 90% de los recursos se invierten en los servicios de salud para la atención de la enfermedad, sin embargo, sólo reducían un 11% de las muertes, mientras que un impacto 6 veces mayor en la reducción de muertes se lograba con intervenciones en el entorno y estilos de vida saludables, donde apenas se asignaba el 3% de los recursos (Ibíd.).

La población estimada en la República de Panamá era de 3,975,404 para el año 2015. De esa población, 74% estaba asegurada en la Caja de Seguro Social; la proporción de personas cotizantes activas era sólo del 40% del total asegurado quienes son los que llevan la carga económica de todos los que se benefician de esta institución. El restante 60% son personas aseguradas dependientes o pensionados (Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), 2017).

Si bien un 26% de los panameños no está asegurado con la Caja de Seguro Social (CSS), según la Contraloría General de la Nación, el 90% de los pacientes del país son atendidos por la CSS, aún sin tener cobertura. No obstante, MINSA indica que atiende al 21% de la población nacional. Una parte importante de los pacientes se atiende en ambas instituciones. Se hace evidente una dualidad en las funciones de ambos organismos, representando un desperdicio de recursos.

En el informe de Ejecución Presupuestaria de la Caja de Seguro Social para el año 2016 se indica que se ejecutó un presupuesto total de B/. 4,346.8 millones. En cuanto a los servicios personales (recurso humano), la ejecución presupuestaria alcanzó el 99.1%, mientras que el renglón de medicinas y drogas, y el de artículos de rayos X, la ejecución baja a 84.3% y 61.9% respectivamente (Díaz, 2017).

Se nota aquí una disparidad en el cumplimiento del presupuesto de la institución cuando se comparan diferentes rubros. Se evidencia un deficiente desempeño en las operaciones de la CSS debido a que la queja constante de los asegurados es que no siempre encuentran medicinas, no siempre se les asigna citas de forma oportuna o no siempre consiguen que se les examine en los laboratorios o pruebas especializadas.

Un detonante de esta situación es que los asegurados y no asegurados asisten a diario a las salas de los cuartos de urgencias de la CSS sin ser necesariamente pacientes de urgencia. Los de casos no críticos deberían ser habilitados en todas las regiones sanitarias del país, pero según la demografía y la epidemiología (PNUD, 2015). Los médicos generales, también, deberían estar facultados para prescribir medicamentos del Estado oficialmente, sin que se requiera de un especialista.

Discusión

Según Appleby, no es factible determinar cuánto dinero estatal



debe gastarse en el sistema de salud contemplando costos de oportunidad del uso de los recursos escasos contrastado con otros gastos públicos ya que este tipo de decisión requeriría información con la que no se cuenta. Al final dicha decisión no deja de ser meramente política y no científica (Appleby, 2015).

Mientras tanto, en Panamá, el MINSA atiende a las poblaciones más apartadas a través del programa “Protección en Salud a Poblaciones Vulnerables” (PSPV). El mismo consiste en tercerizar con proveedores de servicios de salud privados que atienden a estas poblaciones y posteriormente el MINSA hace una auditoría de los cumplimientos de estos programas (Perazzo, Alfredo; Carpio, Carmen; Sotomayor, 2015).

Según el Banco Mundial en los procesos de verificación de los programas PSPV se encontró que hay múltiples dualidades de funciones, reportes manuales y cierto grado de discrecionalidad en los mismos. Hay exceso de pasos burocráticos y resultados sub óptimos en algunas regiones de todas las provincias; pero las que más resaltan son las regiones de difícil acceso en Bocas del Toro, Darién y Panamá Este (Ibíd.).

Otros hallazgos establecen que los diversos sistemas utilizados en estos procesos no están integrados, lo que causa nuevamente dualidades en las funciones a veces, falta de información en otras ocasiones. Los pagos a los proveedores, que son millonarios, son entonces hechos sin una verdadera confiabilidad científica de los resultados. Se utilizan

muestras no significativas de la población para sustentar los pagos a los proveedores.

La racionalización de los servicios de la salud

El racionamiento es la asignación de recursos escasos, que en el cuidado de la salud necesariamente implica negar tratamientos potencialmente beneficiosos a algunas personas (Scheunemann & White, 2011). La necesidad de racionalizar la medicina no significa que esto es éticamente justificable, ni que la racionalización en un sistema de salud pueda ser similar a la de otro.

Cuando se está en presencia de listas de espera, de cupos por día, de medicamentos genéricos en lugar de los originales, se puede afirmar que hay racionalización. Muchos la ven como el inicio de malas políticas gubernamentales que terminan siempre eliminando tratamientos costosos que resultan en un pequeño pero positivo beneficio (Kelly & Cronin, 2011).

El concepto de eficiencia denota una relación optimizada de beneficios y costos al igual que evitar desperdicios innecesarios. Además, la eficiencia en los servicios de salud requiere delimitar filosóficamente si lo que se busca es ausencia de enfermedad o bienestar (Kelleher, 2014). La falta de equidad tiene una dimensión moral y ética. Se refiere a las diferencias que son innecesarias y son evitables, pero en adición, son consideradas injustas (Whitehead, 1991).

Un estudio conducido en Europa concluye que, la mayoría de los

profesionales de la salud culpan las ineficiencias de los sistemas de salud a la escasez de personal (42%), niveles de estrés (39%), papeleo excesivo (32%), altos niveles de trabajo administrativo (32%) y mala administración (31%) (Wyke, 2009).

Hay que evitar que proveedores de salud presionen para modificar políticas públicas de racionamiento. Esto se da bajo el precepto de que el interés de lucro los lleva a presionar para que se generalice la noción de que hay insuficiencia de recursos fomentando la sensación de crisis donde quizás no las haya (Maynard, 2001).

El racionamiento implícito nace de la necesidad de poner límites “ocultos” a los pacientes; ya que esto podría ser moralmente aceptado. Racionalizar de forma explícita es muy inestable para los sistemas de salud debido a que pequeños grupos de interés presionan a las autoridades evocando simpatía pública a su favor. Los políticos ceden a presiones públicas debido a este tipo de cabildeos (Lauridsen, Norup, & Rossel, 2007).

Hay una corriente que se opone al racionamiento implícito. Ello implica que, si los protocolos de racionalización se adoptan justa y democráticamente, se eliminarán sus objeciones morales (Fleck, 1994). El tema es que, si se deja la decisión en manos de pocos, la moral detrás de estas decisiones sería muy cuestionada; mientras que, si se deja en manos de muchos, dejará de ser lo mejor para todos.

Como es conocido, la prevención es la clave. Es mucho más barato

invertir en la prevención del cáncer, diabetes, enfermedades del corazón y cardiovasculares que en costosos tratamientos. Pero la política, a veces, se inmiscuye y hace que sea preferible invertir mucho dinero en un hospital que es muy visible que en un programa de prevención masiva de enfermedades; ya que esto hace ganar más votos que la prevención (Intelligence & Sponsored, 2010).

Hay que lograr un sistema de cuidado integral de la salud. Para ello, el enfoque debe ser el paciente y los servicios deben ser organizados para solucionarle los problemas la gente y no a los proveedores de salud (Kamalovna, 2017). En Panamá, no hay que acondicionar el sistema a lo que los médicos y enfermeros requieran sino a los pacientes.

Servicios de Salud Basados en el Valor: Value-Based Health Care (VBHC)

Se trata de medir electrónicamente y de manera integral el historial médico de todos los pacientes del sistema y su reacción a diversos tratamientos. Este historial debe estar siempre accesible al paciente y el sistema de salud. Así se logran eliminar la duplicidad de tareas, la pérdida innecesaria de recursos, y mejorar la salud de la población. Sin embargo, implementarlo es muy complicado por la renuencia cultural de los actores clave (Economist, 2016).

No resulta sencillo implementar un sistema de información digitalizada de pacientes. En China se planea tener para el 2020 un sistema como



este, pero estudios han identificado retos que tienen que superar para lograrlo. Entre ellos está el homologar gran cantidad de software diverso no compatible, renuencia de unidades médicas a hacer este trabajo por temores diversos, demoras en hospitales sin tecnología adecuada y que mantienen sistemas de información únicamente manuales, etc. (Zhang, Han, & Tang, 2017).

En el centro de VBHC hay mecanismos de pago que incentivan los tratamientos efectivos que crean valor al paciente y a la vez desincentiva toda iniciativa de salud que no es eficiente en costos y resultados de creación de valor. Globalmente hay una tendencia de pagar a los médicos por resultados obtenidos, reducir readmisiones en los hospitales, etc. (Economist & Unit, 2017).

Materiales y Método

Según Javier Díaz, Director de Prestaciones Médicas de la Caja de Seguro Social (CSS), una sesión de hemodiálisis le cuesta a la institución B/. 173 por paciente (Díaz, 2011). Por otro lado, según Régulo Valdés, Coordinador Nacional de Diálisis, el costo anual por paciente es de B/. 29 mil para la CSS (Valdés, 2017), esto equivale a B/. 185 por sesión. Sin embargo, se cree que ambas cifras podrían ser más en costo real.

Se manejan cifras oficiales de los diferentes costos de los servicios médicos ofrecidos por la CSS y el MINSA y no siempre son corroboradas en cada unidad de salud. En 2015 se llevó a cabo un

estudio en una de las salas de hemodiálisis en el Hospital Materno Infantil José Domingo de Obaldía (HMIJDDO) en la Ciudad de David, Chiriquí, República de Panamá. Este hospital de tercer piso, que es público e independiente, se administra con un Patronato.

El propósito de este estudio era medir el costo de una hemodiálisis sencilla en un paciente pediátrico y, así, determinar qué tan alejado está el promedio nacional de la cifra en esta institución. Es posible que las cifras oficiales no reflejen la realidad de costos de cada servicio de salud y este ejercicio pudiera dar luces sobre si los costos locales en las regiones difieren de los promedios nacionales.

Diseño del Estudio

Un estudio transversal examina la relación entre un fenómeno y una serie de variables en una población determinada y en un momento de tiempo. Por otro lado, un estudio descriptivo relata los hechos tal cual son observados por el investigador. Dado lo anterior, se ha realizado un estudio transversal descriptivo para costear una sesión de hemodiálisis sencilla en un paciente pediátrico del HMIJDDO donde se registran pacientes de 14 años o menos.

El tipo de costeo seleccionado es el Costeo Basado en Actividades, el cual se enfoca en las actividades como el objeto fundamental de costos. Usa el costo de estas actividades como base para asignar costos a otros objetos de costos, como productos, servicios o clientes

(Rossi Bayardo & Santos Vázquez, 1995).

Se observó por una semana (entre el 18 y el 22 de mayo de 2015) todas las actividades que se desarrollaron en la Sala de Hemodiálisis en la que se vieron involucradas 11 sesiones. La duración promedio de las sesiones fue de 5 horas y 50 minutos. Las etapas del proceso son: preparación del equipo, preparación del paciente, tratamiento, cierre del tratamiento y cuidados post tratamientos.

Población de Estudio

Pacientes de 14 años o menos que recibieron una sesión de hemodiálisis en el HMIJDDO durante el mes de mayo de 2015.

Fuente de Obtención Datos

La fuente de la obtención de datos fue la observación de las sesiones de hemodiálisis en el campo combinado con entrevistas personales a enfermeras y médicos involucrados en el proceso. En especial, los datos más relevantes provinieron de la Dra. Ingrid Sima, Jefa del Servicio de Nefrología del HMIJDDO (Sima, 2015).

Cabe destacar que se conoció en esta entrevista que el costo de los insumos a veces varía dependiendo de quién sea el proveedor de los mismos y la eficacia en que las enfermeras utilizan los recursos en el procedimiento, incluyendo el recurso del tiempo.

Resultados

Como se puede observar en la Tabla No. 1, el costo de una sesión de hemodiálisis bajo estas condiciones es B/. 249.11, lo cual es más que lo que las autoridades de salud y de la CSS anuncian a los medios. Si esto se da en este ejemplo, la pregunta que surge es ¿se replicarán estos resultados para todos los otros servicios médicos?

Tabla No. 1: Desglose de Costos de una Sesión de Hemodiálisis Sencilla en un Paciente Pediátrico en el HMIJDDO, 2015.

Mano de Obra:	
Médico – 185 minutos	B/. 48.10
Enfermera – 350 minutos	B/. 59.50
Costos Indirectos:	B/. 107.60
Depreciación y otros	B/. 15.76
Materia Prima:	
Kit de Hemodiálisis	B/. 69.55
Insumos y medicinas	B/. 56.20
	B/. 125.75
Total de costo por sesión	B/. 249.11

Fuente: Observación de Campo/Dra. Ingrid Sima. Elaborado por: El Autor

Es evidente que los costos de los procedimientos médicos y de los servicios médicos en general dependen enormemente de quien los aplica. Si no se guarda el recaudo adecuado, puede incurrirse en un despilfarro de recursos y tiempo, mismos que son muy escasos.



Conclusiones

Las cifras oficiales del estado de la salud y sus costos requieren de una urgente revisión. La forma en que el sistema está configurado también necesita de un cambio profundo, mismo que busque aumentar la calidad de servicio y la eficiencia enfocados a los resultados medibles.

Por su parte, Panamá aún presenta una proporción de gasto público en salud que podría aumentar. Si bien es uno de los más altos de América Latina con relación al PIB, aún es muy bajo si se compara con los países de la OCDE. Igualmente, de nada sirve aumentar el gasto público en salud si no se utiliza eficientemente.

Cambiar los hábitos de la población y de los proveedores de salud pública es un proceso muy lento, esto significa que cualquiera innovación que se introduzca en el sistema deberá contemplarse como un proceso de largo plazo para que sea exitoso. Mientras tanto, hay que trabajar con los recursos que se tengan.

El sistema de pago basado en el valor (Value-Based Payment) es la tendencia mundial que se está ensayando hoy en día para mejorar la eficiencia. Para 1983 los Estados Unidos basaba sus pagos a los proveedores médicos privados en función a las camas de hospital utilizados, lo que promovió tratamientos con tiempos excesivos e ineficientes.

Entonces el sistema cambió su forma de pago por el de número de procedimientos realizados; esto redujo las estadías en los hospitales,

pero ignoró el elemento de calidad en los tratamientos médicos tales como las re-admisiones dentro de los 30 días. Ahora, con el VBP se paga el 80% como honorario por el tratamiento, pero el restante 20% se paga dependiendo del resultado obtenido (Economist et al., 2017).

Nuevas tecnologías de la información están permitiendo a los especialistas tratar a pacientes a la distancia. Tal es el caso de la unidad de cuidado de salud de Fortis en la India que ofrece consultas remotas en línea, utilizando una nube llamada "SilverCloud" que dispara la productividad al integrar la información médica de todos los pacientes (Economist et al., 2017).

Hay que rediseñar todos los niveles de los centros de salud de la república. Si se aprovechara más estos recursos de primer piso, podría empezar a reducirse la morbilidad producto de la prevención implementada como un plan nacional de salud integrada.

A lo largo de este artículo se han presentado algunos ejemplos de administración privada de la salud. Una tarea tan importante, de brindar salud pública, no puede quedar en las manos del sector privado porque se corre el peligro de que los intereses de lucro prevalezcan sobre el interés del estado. Pero peor aún es permitir que la política se inmiscuya en estas decisiones.

Otro asunto que ha quedado demostrado es que no se puede descentralizar la administración de salud a regiones autónomas sin la debida supervisión central del cumplimiento de normas y políticas establecidas. Por otra parte, está

también demostrado que la centralización genera una excesiva burocracia, imperfecciones en el sistema e ineficiencias.

Se debe establecer las bases para girar el sistema de salud panameño para remunerar a los médicos en base a resultados; estos deben incluir la mejora tangible de la salud. Además, se debe controlar el mal uso de recursos que hacen tanto a asegurados como personal de salud. No se debe admitir en urgencias a pacientes que no tengan verdaderas urgencias médicas.

Cuanto antes se inicie con un plan nacional de registros médicos electrónicos y digitales, más rápido podrá verse los beneficios de esta implementación. Por último, se debe invertir más en educación de personal de servicios de salud, ya que sigue siendo un problema recurrente la escasez de los mismos.

Agradecimiento

Al personal del Servicio de Nefrología del Hospital Materno Infantil José Domingo de Obaldía, en especial la Dra. Ingrid Sima. Al Sr. Hernán Giraldo, Gerente de Seguros Suramericana (Panamá), S. A. Y, por último, al Dr. Miguel Vargas Lombardo por sus aportes.

Referencias

- Appleby, J. (2015). How much should we spend on health care? *Surgeon*, 13(3), 121–126. <https://doi.org/10.1016/j.surge.2014.11.004>
- Armada, F., Muntaner, C., & Navarro, V. (2001). Health and social security reforms in Latin America: the

convergence of the World Health Organization, the World Bank, and transnational corporations. *International Journal of Health Services: Planning, Administration, Evaluation*, 31(4), 729–768. <https://doi.org/10.2190/70BE-TJ0Q-P7WJ-2ELU>

- Arrieta, A. (2016). Seguro de salud y principio contributivo de la seguridad social en los Estados Unidos de América. *Revista Latinoamericana de Derecho Social*, (Julio-Diciembre), 3–30. Retrieved from <http://biblio.juridicas.unam.mx>
- Bank, W. (2014). Better Spending, Better Care: A Look at Haiti's Health Financing. *The Times* (London), EDITORIAL; 28.
- Busse, R., Blümel, M., Knieps, F., & Bärnighausen, T. (2017). Statutory health insurance in Germany: A health system shaped by 135 years of solidarity, self-governance, and competition. *The Lancet*, 390, 882–897. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)31280-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)31280-1)
- Cortez, R.; Pande, A.; Eozenou, P.; Leive, A. O. (2013). PANAMA: MACRO-FISCAL CONTEXT AND HEALTH FINANCING FACTSHEET. The World Bank.
- Damián, A. (Universidad N. A. de M. (2016). Seguridad Social, Pensiones y Pobreza de los Adultos Mayores en México. *Acta Sociológica*, Num. 70, M, 151–172.
- Díaz, J. (2017). Caja de Seguro Social. Informe: EJECUCIÓN PRESUPUESTARIA DE INGRESOS, GASTOS E INVERSIONES AL 31 DE DICIEMBRE DE 2016. Panamá. Retrieved from <http://www.css.gob.pa/cocleestevezaguadulce.html>
- Díaz, J. (Director de Prestaciones Médicas de la CSS (2011). El precio de una hemodiálisis. *Diario La Prensa*, 23 de dici(Panorama). Retrieved from https://impresa.prensa.com/panorama/precio-hemodialisis_0_3280172137.html
- Economist, T. (2016). Value-based healthcare: A global assessment by The Economist Intelligence Unit.



- Perspectives, 32. Retrieved from <http://vbhcglobalassessment.eiu.com/>
- Economist, T., & Unit, I. (2017). Changing work structures in healthcare settings. *Perspectives*, (November), 1–4. Retrieved from <https://www.eiuperspectives.economist.com/healthcare/changing-work-structures-healthcare-settings>
- Economist, T., Unit, I., Economist, T., & Unit, I. (2017). FRONTIERS OF EFFICIENCY Doing More With Less In Healthcare. *Perspectives*, (May), 18. Retrieved from <http://perspectives.eiu.com/healthcare/frontiers-efficiency-doing-more-less-healthcare>
- Fleck, L. M. (1994). Just caring: health reform and health care rationing. *The Journal of Medicine and Philosophy*, 19, 435–443. Retrieved from <https://academic.oup.com/jmp/article-abstract/19/5/435/916128/Just-Caring-Health-Reform-and-Health-Care?redirectedFrom=fulltext>
- Gaffney, A., & McCormick, D. (2017). The Affordable Care Act: implications for health-care equity. *The Lancet*, 389(10077), 1442–1452. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)30786-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)30786-9)
- García-Subirats, I., Vargas, I., Mogollón-Pérez, A. S., De Paepe, P., da Silva, M. R. F., Unger, J. P., & Vázquez, M. L. (2014). Barriers in access to healthcare in countries with different health systems. A cross-sectional study in municipalities of central Colombia and north-eastern Brazil. *Social Science and Medicine*, 106, 204–213. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.01.054>
- Giraldo, H. (2017). Entrevista Personal a Hernán Giraldo (Gerente de Seguros Sura Panamá) realizada por Belisario Centeno S. Centro Comercial Pereira Plaza Calle 15 Na 13-110 OF201. Pereira, Colombia.
- Homedes, N., & Ugalde, A. (2005). Why neoliberal health reforms have failed in Latin America. *Health Policy*, 71(1), 83–96. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2004.01.011>
- Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC). (2017). Población Protegida por la Caja de Seguro Social en la República. *Seguridad Social: Año 2015*. Retrieved from <https://www.contraloria.gob.pa/INEC/Publicaciones>
- Intelligence, E., & Sponsored, U. (2010). Old problems , fresh solutions : Indonesia ' s new health regime. *Perspectives*, (September), 24. Retrieved from http://files.gecompany.com/healthymagination/pdfs/GE_Indonesia_Sep21.pdf
- Jaramillo, I. (2002). Evaluación de la descentralización de la salud y la reforma de la Seguridad Social en Colombia. *Gac Sanit*, 16(1), 48–53.
- Kamalovna, S. (2017). Policy brief Integrated care for non-communicable diseases : A comprehensive overview of definitions , key elements , leadership and management for change. *The World Bank*, 116429(June).
- Kelleher, J. P. (2014). Efficiency and Equity in Health: Philosophical Considerations. *Encyclopedia of Health Economics*, 259–266. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-375678-7.00208-X>
- Kelly, A. M., & Cronin, P. (2011). Rationing and health care reform: Not a question of if, but when. *Journal of the American College of Radiology*, 8(12), 830–837. <https://doi.org/10.1016/j.jacr.2011.02.022>
- Lauridsen, S. M. R., Norup, M. S., & Rossel, P. J. H. (2007). The secret art of managing healthcare expenses: investigating implicit rationing and autonomy in public healthcare systems. *Journal of Medical Ethics*, 33(12), 704–707. <https://doi.org/10.1136/jme.2006.018523>
- Mallon, Valenzuela, R., Salway, Shoenberger, & Swadron. (2017). THE SPECIALTY OF EMERGENCY MEDICINE IN CHILE : 20 YEARS OF HISTORY. *Revista Médica CONDES*, 28, 163–169. Retrieved from

- <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-the-specialty-of-emergency-medicine-S0716864017300299?>
- Maynard, A. (2001). Ethics and health care “underfunding.” *Journal of Medical Ethics*, 27(4), 223–227. <https://doi.org/10.1136/jme.27.4.223>
- Ministerio de Salud de Panamá. (2015). Análisis de Situación de Salud. MINSA, 350. Retrieved from http://www.minsa.gob.pa/sites/default/files/publicaciones/asis_2015.pdf
- Perazzo, Alfredo; Carpio, Carmen; Sotomayor, R. (2015). VERIFICATION OF PERFORMANCE IN RESULTS-BASED FINANCING (RBF): THE CASE OF PANAMA'S HEALTH PROTECTION FOR VULNERABLE POPULATIONS (PSPV) PROGRAM. World Bank Group, (August).
- PNUD. (2015). Resumen Ejecutivo Propuesta de la Mesa del Diálogo por la Salud “MEJORA Y FORTALECIMIENTO DEL SISTEMA DE SALUD INTEGRAL EN EL MARCO DE UNA POLÍTICA DE ESTADO .” Panama. Retrieved from http://www.pa.undp.org/content/dam/pa/pa/docs/documentos/undp_pa_mesa_salud_resumen_ejecutivo.pdf
- Rossi Bayardo, W., & Santos Vázquez, M. L. (1995). Costeo basado en Actividades. Aportes y limitaciones. *Revista Quantum*, 4, 1–22. Retrieved from http://libroweb.alfaomega.com.mx/book/733/free/ovas_statics/unid6/PDF_Espanol/Costeo_Basado_Actividades.pdf
- Scheunemann, L. P., & White, D. B. (2011). The ethics and reality of rationing in medicine. *Chest*, 140(6), 1625–1632. <https://doi.org/10.1378/chest.11-0622>
- Sierra M., Rita M.; Herazo, E. (2013). Redefinición del Sistema General de Seguridad Social en Salud: la titulación en especializaciones médicas y quirúrgicas. *Revista Colombiana de Reumatología.*, 2020(4), 181–182. Retrieved from www.elsevier.es/rcreuma
- Sima, I. (2015). Costeo basado en actividades de una hemodiálisis sencilla en un paciente pediátrico del Hospital Materno Infantil José Domingo de Obaldía. David, Chiriquí, Rep. de Panamá: Estudio de Campo de la Jefa del Servicio de Nefrología del HJDO, mayo de 2015.
- The Association of Washington Healthcare Plans. (2010). Rising Health Care Costs What Factors are Driving Increases? Retrieved from http://www.awhp-online.com/issues/AWHP_RisingHealthCareCosts_7-26-04.pdf
- Valdés, R. (2017). Costos anuales por pacientes en hemodiálisis alcanzan los \$29 mil. *Diario La Prensa*, 09 de marzo. Retrieved from https://www.prensa.com/sociedad/Cerca-dolares-tratamiento-pacientes-hemodialisis_0_4707279255.html
- Wagstaff, A. (1999). Measuring Equity in Health Care Financing: Reflections on (and Alternatives to) the World Health Organization's Fairness of Financing Index. *The World Bank, Policy Research Working Paper Series: 2550*, 1999, 23. <https://doi.org/10.1596/1813-9450-2550>
- Whitehead, M. (1991). The concepts and principles of equity and health. *Health Promotion International*, 6(3), 217–228. <https://doi.org/10.1093/heapro/6.3.217>
- Wyke, A. (2009). Fixing Healthcare: The Professionals' Perspective. *Perspectives*, (February), 36. Retrieved from http://graphics.eiu.com/marketing/pdf/P_hilips_Healthcare_WEB.pdf
- Zhang, H., Han, B. T., & Tang, Z. (2017). Constructing a nationwide interoperable health information system in China: The case study of Sichuan Province. *Health Policy and Technology*, 6(2), 142–151. <https://doi.org/10.1016/j.hlpt.2017.01.002>