

SISTEMA DE SALUD DE LA REPÚBLICA DE PANAMA

I PANORAMA DE LA SALUD ACTUAL EN PANAMA

a) Diagnostico actual

1. Deficiencias administrativas.

Entre los problemas con que cuenta el Sistema de Salud Panameño están los siguientes: la falta de calidad del servicio, sistemas de control de gastos, subsidios cruzados, baja productividad, demasiado tiempo de espera, falta de servicios o insumos en momentos claves. Todos estos problemas pudieran solucionarse con una buena administración que le preste atención a detalles tan importantes, como brindarles calidad a los Usuarios del Sistema.

1.1 Mal empleo del gasto de salud.

Existe un claro indicio de que Panamá hace un mal uso del dinero destinado para salud y esto se evidencia al observar un solo ejemplo, tal como los índices de mortalidad infantil de Costa Rica y Uruguay, que en comparación a Panamá presentan mejores porcentajes a este respecto, siendo sin embargo, países de población y riqueza similares y con un gasto en salud per cápita igual o inferior al panameño.

Panamá está ubicado en la séptima posición en la región entre los países con mayor riqueza por habitante, sin embargo, si nos referimos al ranking de Panamá en los índices sanitarios, el país se encuentra en la posición 11. Panamá cuenta con una fortaleza económica ligeramente más elevada que la de los costarricenses, pero ellos nos superan en ocho de las 10 variables configuradas en el índice sanitario, tales como el Índice de Mortalidad en general, mortalidad maternal, mortalidad infantil, morbilidad de enfermedades comunicables, mortalidad del Sistema Circulatorio.

La razón de la ineficiencia panameña es que el sistema de salud público de Costa Rica está mejor organizado que el panameño, ya que cuenta con un modelo único de salud, que tiene los defectos típicos de un sistema único estatal, como la falta de facultad de elegir y costos crecientes, pero por lo menos evita la duplicidad de funciones MINSA/CSS, especialmente en los servicios especializados.

Costa Rica cuenta con una seguridad social fuerte y solidaria pero que no actúa como proveedora directa de servicios de salud. Además, el gasto total en salud costarricense corresponde al 9% del producto interno bruto (PIB), mientras que el de Panamá esta cerca del 7%. El problema que adolece Panamá es que su inversión tiende a no ser efectiva, que es lo que se debería buscar. Con esto queremos decir que no por invertir más, el Sistema de Salud será eficiente, sino que lo que se debe perseguir es la eficiencia en la inversión.

Los países que tienen el puntaje más alto en los índices de la OMS en gasto de salud tienen gastos de alrededor del 12% en salud; en esta cifra se incluye el gasto privado. En cuanto al gasto de salud panameño, éste no es todo lo eficiente que puede ser; puesto que aparte de la duplicidad de funciones ya mencionadas y la falta de mecanismos de control de gastos, existen fuertes desigualdades regionales entre las zonas rurales y las urbanas. Además el sistema se sobrecarga en la Caja del Seguro Social, la cual atiende casi el 69% de las necesidades de salud de la población, según la Organización Panamericana de la Salud. El MINSA atiende las necesidades de alrededor de un 14% y el 17% restante recae en la atención privada. Adicionalmente debemos destacar que el Estado Panameño no siempre cumple a cabalidad sus obligaciones financieras con la CSS, lo que añade el peso económico sobre los cotizantes de la CSS.

2. Distorsión en la Atención Sanitaria:

En Panamá, los pobres hacen pagos en salud mucho más altos en proporción a sus ingresos y estas sumas representan un porcentaje más elevado de sus gastos totales, a diferencia de los gastos en que incurren las personas más pudientes, que dedican a la salud un porcentaje menor de sus ingresos que son mucho mayores. Las personas de escasos recursos tienen otros problemas adicionales tales como, no contar con el suficiente dinero para realizar los co-pagos, tal y como sucede hoy día en Hospitales como el Santo Tomas, donde el paciente se ve en la obligación de realizar arreglos de pago con el compromiso de cancelar la deuda a plazos, siendo éstos en la mayoría de los casos incumplidos, por no tener el recurso económico. Cuando ocurren estos casos, puede suceder que el Estado asuma los gastos del tratamiento médico siempre y cuando el paciente haya fallecido durante su estancia en el hospital; o puede ocurrir que la deuda nunca sea saldada, es por esto que el Hospital tiene un sin fin de cuentas por cobrar sin tener mecanismos para exigir su pago.

3. Tendencia a la Burocratización y politización de los servicios de salud.

De acuerdo con un Estudio realizado en el año 2002 por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en Panamá sucede que el número de médicos, enfermeros y otros auxiliares de salud del MINSA y la CSS es de aproximadamente el 25% de los empleados, siendo uno de los principales objetivos de estas instituciones, brindar servicios de salud. De igual forma, existe la percepción ciudadana de que muchos de los empleados que no son personal de salud, médicos, enfermeros y auxiliares, son nombramientos políticos innecesarios.

4. Falta de controles:

Las autoridades de Salud, tales como el Ministerio de Salud, cuya función principal es la de actuar como ente rector, ejercen la función simultánea de ser proveedor de la misma, creando así una situación tipo juez y parte que impiden un uso racional de los recursos.

Esta falta de división de los trabajos, ha provocado hechos tan lamentables como los sucedidos unos meses atrás, por todos conocido, en el cual el Estado (MINSAs) falló en supervisar las tareas de otro proveedor de salud, (CSS). Por tal razón, **se hace necesario separar la provisión de servicios de salud de su regulación y supervisión** (MINSAs), ya que solo de esa forma se logrará un mejor control de la calidad. De igual modo, se hace necesario que un ente encargado de administrar recursos de los asegurados cotizantes (CSS), no brinde servicios de salud, para alcanzar un mejor control de gastos, ya que se especializaría solamente en la administración de las cotizaciones.

5. Falta de una Política de Salud orientada a la Prevención:

El sistema de salud panameño no cuenta con una política de salud preventiva, ya que se basa en un sistema de salud reactivo, es decir, un sistema que responde a medida se vaya presentando situaciones que requieran una intervención. Con este tipo de sistemas, toda acción genera una reacción. La solución al problema sería que en el país existan estrictas políticas de prevención y de promoción de salud, las cuales deben ser elaboradas por el Ministerio de Salud, siendo esta una de sus principales funciones. Esto es así, ya que la mayoría de los problemas de salud pública, tales como las ocho principales causas de mortalidad en Panamá (cáncer, accidentes, eventos cerebrovasculares, infartos, diabetes, enfermedad pulmonar crónica, sida y patología perinatal), se pudieran atenuar significativamente a través de programas de detección temprana: educación vial, nutricional y sexual, promoción de hábitos saludables de vida, combate frontal al tabaquismo, uso de técnicas de sexo seguro y adecuado control prenatal. Estudios han revelado que **el 80% de los problemas de salud pueden ser**

solucionados en los centros de atención primaria ahorrando costos de hospitalización.

b) Mecanismo de Funcionamiento de un Hospital Público Panameño

El Estado actualmente financia el presupuesto de los centros de salud públicos **mediante el sistema de gastos globales**. Este sistema consiste en que cada hospital realiza un presupuesto anual, y se lo envía al Ministerio de Salud. El presupuesto se elabora tomando en cuenta los niveles de gastos globales en que se cree que va a incurrir el hospital para el año siguiente basado en los gastos del año anterior. Con el Sistema actual el Estado no brinda incentivo para controlar los gastos, al contrario, los Hospitales buscan mantener un nivel de gastos mínimo para asegurar el mismo presupuesto para el año fiscal siguiente.

Pagos por el Servicio Prestado

Los pacientes pagan al hospital una cifra nominal por el servicio médico, la cual en el mejor de los casos cubre del 15 al 25% del costo real del servicio calculado día/cama. El cálculo de cuanto tiene que pagar el paciente lo realiza la oficina de costos del Departamento de Planificación de cada hospital. La labor de este departamento es realizar un cálculo de los gastos en que ha incurrido cada paciente, basado en una tarifa previamente establecida por el Hospital según el tipo de procedimiento del que se trate.

El Sistema les brinda la oportunidad a pacientes de escasos recursos, que no tengan el dinero para cancelar el pago del servicio, a que realicen un arreglo de pago con el Hospital, gestión que es realizada a través del Departamento de Trabajo Social del Hospital.

Por ejemplo un parto sin cesárea cuesta \$25 al paciente; estos suelen pagar \$15 y el resto en arreglo de pago. En el sistema no existen mecanismos de gestión de cobro, por lo que es frecuente que una persona se atienda varias veces sin haber cancelado arreglos previos lo cual lleva a acumular deudas.

En caso de fallecimiento de la persona en el establecimiento hospitalario, el propio hospital asume los gastos de su expediente y éste se cierra. El Sistema no permite que se le carguen gastos al Seguro Social, seguros privados, otros hospitales públicos o centros de salud que refiera pacientes, y en la práctica sucede que los pacientes tienen en sus expedientes deudas que no han saldado.

Medicamentos

a) Hospitales Públicos

En los que se refiere al tema de las Medicinas en los Hospitales Públicos de Panamá, tal y como es el caso del Hospital Santo Tomás, las medicinas son pagadas por el paciente al terminar el periodo de hospitalización. Esto es así, ya que cada paciente posee una cuenta global, en la que se ven reflejadas tanto los servicios brindados por el Hospital durante su estancia, así como las medicinas que le han sido recetadas. La cuenta del paciente no refleja el costo del tratamiento, sino una cifra parcial, puesto que el resto está subsidiado por el Estado.

b) Ministerio de Salud (MINSAL) y Caja de Seguro Social.

La Caja de Seguro Social y el Ministerio de Salud tratan este tema de maneras distintas: El MINSAL establece para la mayoría de los medicamentos un subsidio parcial. Esto implica que el precio de los medicamentos es absorbido en la mayor parte por el Estado y el ciudadano solo hace un pequeño co-pago. Si el medicamento se utilizó durante un tratamiento médico, el costo del mismo va incluido en el costo del tratamiento (*el cual está subsidiado*) y solo se hace un co-pago, siendo en la mayoría de los casos de carácter simbólico. Solo ciertos medicamentos, como las vacunas, son subsidiados en su totalidad.

Al contrario del MINSAL, en la CSS el costo de los medicamentos ha sido sufragado de manera colectiva por la masa de asegurados, situación esta que genera que las personas no vean ningún inconveniente en procurarse la mayor

cantidad posible de medicamentos, dando como resultado que las personas extraigan del hospital un número significativo de medicinas, no necesariamente para el consumo propio, sino que en ocasiones, el exceso es revendido o regalados a terceras personas. Esta situación genera carestías crónicas que son agravadas por la manera como la CSS compra sus medicinas.

Defectos que tiene el sistema actual:

1. Duplicidad de funciones entre Hospitales Públicos y la CSS.
2. No existe ningún mecanismo de control de gastos.
3. En el caso de los hospitales públicos, deuda de los usuarios.
4. Sobrecarga desigual de tareas entre los distintos hospitales.
5. El patronato, que permite cierta independencia de los hospitales públicos, no es todo lo efectivo que puede ser, si no permite una competencia efectiva de servicios y precios entre los distintos hospitales públicos y el outsourcing de servicios privados como mecanismo de control de gastos.

II Modificación al Sistema de Salud Panameño

a) Necesidad de un Seguro Nacional de Salud

De acuerdo con lo establecido en la Carta Magna de la República de Panamá de 1972, el Estado tiene la obligación de velar por la salud de todos los panameños, tal como lo establece en el Art.105.

La Línea planteada por la Constitución de 1972 es la del Estado dirigista y paternalista latinoamericano más bien preocupado en su redacción de destacar el papel preponderante del Estado y la primacía de la política que en el moderno concepto del Estado facilitador. De acuerdo con el concepto de Estado facilitador, la salud es un derecho natural de toda persona y las personas individuales principalmente son las encargadas de velar por su salud. Literalmente el papel del Estado debe ser el de facilitar a las personas,

especialmente a aquellas de bajos recursos; el acceso de la manera mas igualitaria posible a información y los recursos para mantener su salud, y el de coordinar aquellas políticas de salud que tengan que hacerse de manera colectiva, como el control de las epidemias y la prevención; contrario al rol paternalista que juega el Estado hoy día, de brindar salud de manera vertical a los ciudadanos, pero con pocos derechos a elegir o a exigir.

El Sistema de Salud Pública debe concebirse como un sistema, en el cual los clientes acuden a que se les preste un servicio, que le brinde calidad de vida, a cambio de una contraprestación, la cual tiene que ser económica aunque sea simbólica, por ser éste el mecanismo más realista de que las personas sientan que efectivamente son dueñas de algo; de manera que tengan derecho a exigir y a escoger las mejores opciones disponibles para su salud.

En todo caso, la objeción sería, qué pasó con la solidaridad? Que pasa con los más pobres y necesitados? *Por eso, surge la necesidad de sustituir el sistema de salud pública actual, en el cual el Estado brinda salud subsidiada a la masa uniforme de ciudadanos, y en el cual algunos que cuentan con mejor acceso al sistema, obtienen más cantidad de beneficios que los más pobres, a los cuales éste sistema supuestamente debe estar dirigido.*

El sistema debe ser reemplazado por uno en el que la solidaridad se traduzca en una ayuda directa a los ciudadanos individuales, no a una masa de ellos. *En otras palabras, el Estado debe asegurar a los ciudadanos económicamente más vulnerables que estos tengan el acceso a los instrumentos para velar por su salud y el mejor mecanismo es el de un seguro de salud obligatorio para todos los residentes en el país, pero optativo en la elección de la prestación de sus servicios.*

Dentro del rango de la obligatoriedad de seguros para la salud humana, deben existir las siguientes opciones:

1. Un Seguro Nacional de Salud, subsidiado en su totalidad por el Estado para los ciudadanos más necesitados y sus beneficiarios. Este seguro también podrá ser elegido por aquellos trabajadores en relación de dependencia ó trabajadores independientes con sus beneficiarios que quieran ingresar a este sistema efectuando los pagos mensuales requeridos.
2. Un Seguro brindado por entidades privadas a los trabajadores en relación de dependencia o independientes que opten por el ingreso a este sistema.
3. Un Seguro Privado para beneficiarios del punto 2 y coberturas adicionales que los mismos deseen adquirir.

b) Propuesta de Modificación del Sistema de Salud.

1. Creación de una Entidad denominada Seguro Nacional de Salud

Un Seguro Nacional de Salud es un cambio real de paradigma ante lo que hoy vivimos. Ante una Institución como la propuesta, se establecería un subsidio a la demanda de servicios de salud para los usuarios realmente necesitados del sistema, que reemplace al sistema actual de subsidio a la oferta de servicios de salud.

En un subsidio a la demanda, el Estado asegurará a personas individuales en un grado elevado de necesidad y no a la completa masa de ciudadanos. Esto permite que se pueda introducir sistemas de precios que permitan una mayor competitividad de los proveedores de salud públicos, y de igual forma, se establezca una mayor facultad de los pacientes de elegir quienes los van a atender como médicos de cabecera o especialistas. Además, se evitarán abusos en casos como: la distribución de medicamentos, el exceso de cupos con ciertos médicos más cotizados y las listas de espera para ciertos procedimientos o exámenes. Un sistema de precios permite mayor sinergia entre el sistema de salud pública con los proveedores de salud privado y del extranjero.

El actual sistema de servicios de salud en su conjunto está orientado a la atención médica reparadora de la enfermedad y centrada en la institución hospitalaria.

Un sistema de salud moderno debe reorientar su énfasis hacia la prevención y la atención primaria de salud, ya que esto evita el tener que incurrir en los costos de hospitalización, que son mucho mayores en el 80% de los casos.

El agotamiento del anterior modelo de organización de la atención médica, los conflictos no resueltos en el sistema político y la mermada capacidad de los organismos estatales que controlan y regulan el sector de la salud, hacen necesario imponer nuevas reglas en el juego. Se necesitan medidas que encaminen el proceso a hacer más transparente el manejo de los recursos destinados al sistema de seguridad social.

OBJETIVOS:

1-Lograr que los beneficiarios en la base del sistema gocen de igualdad, siendo asegurados por el Estado.

2-Proteger a la población de menos recursos, ya que recibirán directamente una atención de salud garantizada por el Estado.

3-Dejar librada a la decisión individual la contratación de diferentes planes de seguro; y

4-Estimular la reducción de los costos y el incremento de la eficiencia respecto a la asignación productiva a partir de la competencia entre sus agentes.

Debe seguir una orientación que descansa sobre las ganancias de eficiencia derivadas de la incorporación de mecanismos de mercado, a través de la libre elección de sistemas de cobertura de salud por parte de los usuarios.

El Sistema Nacional de Salud debe establecer la libre elección de la atención de salud por los beneficiarios del sistema, los cuales deberán ser inscritos por

su empleador, el cual, también realizará un aporte en correlación directa con el descuento salarial efectuado al trabajador correspondiente a la cobertura por él deseada. Los titulares del beneficio podrán optar entre las diferentes atenciones de salud brindadas por las compañías de seguros que ofrezcan el servicio. Podrá haber libertad de contratación entre financiadores (cooperativas y/o sindicatos, compañías de seguro) y prestadores (hospitales y clínicas), sin sujeción a honorarios o tarifas prefijadas y posibilitándose de esa manera la competencia de precios entre los prestadores de atención médica.

Las compañías elegidas por los trabajadores deberán pagar los servicios que sus beneficiarios soliciten tanto en hospitales privados como públicos, si es que en estos últimos, por los bajos costos, han decidido recibir atención. Lo anterior puede ocurrir ante la presencia de una cobertura mínima, que imponga al beneficiario co-pagos relativamente onerosos al momento de recibir atención. **Los pagos de las compañías permitirán a los hospitales y centros de salud generar nuevos recursos que alivien su condición frecuente de desfinanciamiento y deterioro ("hospital de autogestión" dentro del sistema público).**

CARACTERISTICAS:

Los principales puntos del nuevo sistema serán:

- Se podrá elegir la cobertura médica tanto en el seguro nacional de salud, como en una compañía de seguros para recibir atención privada.
- El empleador realizará la afiliación en nombre de su trabajador en el sistema de salud elegido, efectuará el descuento salarial correspondiente a la cobertura y adicionalmente, hará un pago proporcional.
- En ningún caso se podrá rechazar a ningún afiliado.
- No habrá plazos de espera ni exclusiones para la cobertura médica.

El Papel del Estado

Por medio del Ministerio de Salud como entidad rectora, el Estado debe llevar adelante su papel de regulador y supervisor de los servicios de salud.

La Caja de Seguro Social no debe ser proveedora de servicios de salud, sino, dedicarse a su propósito original: administrar pensiones y jubilaciones.

De esta forma, el Ministerio de Salud será el encargado de administrar los centros de Salud y Hospitales, los cuales serían autónomos mediante el mecanismo del patronato.

Una buena estrategia es que el Estado establezca una alianza con las Instituciones de Salud del Sector Privado, puesto que hay muchos servicios que son ofrecidos por el Estado a un costo mayor al que se ofrece en un Hospital Privado; el outsourcing puede ser una solución válida para ciertos servicios como limpieza, administración, pero también se debe evaluar la posibilidad de extenderla a servicios de salud. Con esta alianza se puede lograr que los servicios médicos le sean ofrecidos a los Usuarios a un precio menor que el ofertado por los Hospitales Públicos actuales.

Por lo antes dicho, el Estado debe:

- No ser Juez y Parte: El papel del Ministerio de Salud debe ser el de emitir reglamentos que sirvan de guía general a los proveedores de servicios de salud públicos o privados que deseen participar en el sistema nacional de seguros de salud y supervisar la calidad de la asistencia suministrada. De esta manera, se evita uno de los principales problemas del sistema actual, en el cual, el gobierno central es simultáneamente garante de la calidad de la salud, y a la vez, es proveedor de la misma, lo cual crea evidentes conflictos de interés a la hora de hacer cumplir las normas de seguridad y calidad a los proveedores estatales de servicios de salud.
- Se debe crear un sistema de proveedores de salud estatales que se encargue de los centros de salud, clínicas y hospitales públicos.

Adicionalmente, debe funcionar un sistema nacional de seguros de salud, que se encargue de coadyuvar a su financiamiento mediante la atención de los afiliados.

- Control y rendición de cuentas a la ciudadanía: Con un sistema de gestión por resultados en el que cada Institución sea responsable de su prestación de servicios y premiada por la calidad de su actuación, será más eficiente el control de las acciones realizadas por el funcionario. La rendición de cuentas es importante, ya que en un sistema donde se dota de responsabilidad al funcionario, éste deberá responder personal y profesionalmente por cada una de las acciones que realice en el desempeño de sus funciones, lo cual, actualmente, en un sistema donde toma carácter protagónico el control previo y posterior, es causal de dilución continua de responsabilidades en detrimento de la población.
- Énfasis en la atención primaria: Un papel central del Estado es el de promover un énfasis en las campañas de prevención ya que éstas han demostrado rendir resultados a largo plazo con menores costos en los sistemas de salud, que realizar un énfasis en tratar enfermedades en forma reactiva. Los esfuerzos del Sistema Estatal de Proveedores de Salud deben estar orientados hacia la atención primaria de salud. Estará ahí una de las claves para el éxito del sistema de salud propuesto.
- Cooperación entre el sector público y privado: El Estado debe complementarse con las instituciones de salud privada, de manera que pueda sacar provecho a los servicios que ofrecen en estos Hospitales que en ocasiones son mucho mas económicos que los ofrecidos en los públicos, ya que no resulta provechoso para ninguna de las partes que el Estado tenga ciertos tratamientos a costos elevados, cuando en otros lugares se pueden conseguir los mismos a precios menores. En algunos casos, el Estado adquiere equipos médicos a costos elevadísimos que muchas veces no pueden seguir utilizando por que están por salir del mercado, o hacen falta ciertas piezas por no darles el mantenimiento debido. Con lo expuesto anteriormente, el erario público

hace gastos por equipos a los que no se les esta dando el uso y mantenimiento debido, generando así una pérdida de recursos.

2. Actores del Sistema Nacional de Salud

Los principales actores del sistema de salud son:

- El Ministerio de Salud: Es la máxima autoridad del Poder Ejecutivo Nacional en materia de salud. Cumple una función de conducción y dirección política del sistema de salud en su conjunto. Le corresponde la gerencia y la gestión política y técnica de las unidades o establecimientos del sistema, para el cumplimiento de programas y actividades de salud en la respectiva jurisdicción política.
- Seguros de Salud: Es el conjunto de seguros existentes en el sistema de salud nacional, los cuales pueden ser elegidos por el trabajador ó independiente. Los empleadores podrán contratar en nombre de su trabajador, un seguro que le brinde cobertura de salud, el cual será optativo en elección para este último, en los siguientes sectores:
 - Sistema Nacional de Seguridad de Salud
 - Administradoras de Fondos de Salud (Sistema Privado de Seguros)De igual manera, una persona independiente, puede optar por cualquiera de los anteriores sistemas mencionados, inscribiéndose personalmente.
- Los Empleadores: Importantes actores dentro del sistema, los cuales deberán incluir a sus trabajadores en un programa de salud por estos últimos elegido, ya sea dentro del seguro nacional de salud o de un sistema privado de cobertura de salud. El empleador deberá aportar el descuento del salario correspondiente a la cobertura designada por el trabajador, así como una contribución en su nombre a la Institución escogida.
- Los Trabajadores en relación de dependencia: Como se ha mencionado en líneas anteriores, son los encargados de elegir un sistema de salud de

acuerdo a su conveniencia y preferencia. Sus empleadores efectuarán el descuento salarial correspondiente en base a la cobertura de salud elegida y el mismo, será enviado al sistema de salud en el cual el trabajador ha sido afiliado.

- Los Independientes: Al generar sus propios ingresos y no estar en relación de dependencia con empresa o Institución alguna, son responsables de su inscripción en un programa de cobertura de salud estatal o privado y hacer los aportes correspondientes de acuerdo a los plazos establecidos en el sistema de su elección.
- Los Beneficiarios: los cuales podrán acceder de acuerdo al sistema de cobertura de salud y a la potencialidad de recursos de su familia, pudiendo acceder al seguro nacional de salud o al sistema de seguros privados.
- Los Hospitales Públicos: El sistema de centros de salud y hospitales públicos se mantienen con la misión de servir a aquellas personas nacionales o extranjeras que posean un seguro estatal o un seguro privado, pero la atención recibida en estas Instituciones debe ser siempre remunerada por cualquiera de las instituciones de seguridad social antes mencionadas, sobre la base de que toda persona que resida en Panamá debe mantener una cobertura de salud. El sector público debe encaminarse a una separación de su ente regulador, el Ministerio de Salud y de una futura entidad financiera, un Seguro Nacional de Salud de los CAPS y hospitales encargados de proporcionar el servicio de salud. Esto asegura mejores controles tanto de parte de la entidad financiera como del ente regulador. ***El financiamiento del sector público debe ser principalmente de manera indirecta, a través de los asegurados.*** Esto permite la introducción de mecanismos de precios que ayudan a controlar los costos e ineficiencias del sistema público y a permitir la competitividad dentro del sector. El único financiamiento directo que debe ocurrir es el de inversiones en el sector para añadir o mejorar servicios. **Se debe reemplazar el sistema actual de subsidio a la oferta y presupuestos**

globales por un sistema de subsidio a la demanda y presupuestos por servicio realizado.

- El Sector privado: Está compuesto por dos grandes grupos, los profesionales que prestan servicios independientes a pacientes asociados a los diversos sistemas de salud y los establecimientos asistenciales contratados por aquellas. Incluye también a las entidades sin fines de lucro.

3. OPERATIVA:

Se instala la libre elección, en la cual se debe procurar la garantía de un conjunto de prestaciones básicas para todos los beneficiarios del sistema.

Operativa para ingresar al Seguro Nacional de Salud

El sistema esta formado por Asegurados y por Beneficiarios. Los Asegurados se clasificarán en: Asegurado Tipo A, Tipo B y Tipo C; mientras que los Beneficiarios, se clasificarán en Beneficiario Tipo A (los descendientes ó esposa(o) de los Trabajadores en relación de dependencia y de los Independientes) y los Beneficiarios Tipo B (que serán los dependientes de los Asegurados Tipo C), es decir, aquellas personas que no cuentan con los recursos para pagar un Seguro, y por ende, el Estado se encarga de cubrirlo.

a) Asegurados:

Dentro de este grupo estarán los siguientes:

Asegurado Tipo A: Este grupo de asegurados son aquellos que laboran en relación de dependencia, es decir, aquellos trabajadores dependientes del sector público o privado. Estos asegurados pueden elegir el tipo de Seguro al que quieren pertenecer, es decir, ya sea al Seguro Nacional o al Seguro Privado, para esto se ponen de acuerdo con su empleador, y es

éste el que se encarga de realizar el trámite de inscripción al Sistema. El procedimiento es el siguiente:

- I. El empleador se acerca a la oficina de Inscripción del Seguro Nacional de Salud o de la compañía de seguro privado elegida por el trabajador. En este lugar le facilitarán un formulario para que sea llenado con los datos de ambas partes, del Empleado y del Empleador.
- II. El Formulario es entregado en la oficina, junto con la copia de la cédula de la persona y demás documentos solicitados. Desde este momento la Oficina analiza la solicitud.
- III. Una vez aprobada la solicitud, se procederá a notificar a las partes que la persona ya ha sido inscritas en el Registro de Trabajador con relación de dependencia.
- IV. Expedición del Carnet Digitalizado.

Los aportes que deben realizar tanto el Empleador como el Empleado, dependerán de los ingresos económicos de la persona, así como de la cobertura de salud elegida.

Asegurado Tipo B: Dentro de este grupo entrarán los ***Independientes***, es decir aquellas personas que por elección propia desean formar parte del sistema, por que no trabajan en relación de dependencia con el Sector Público ni del Privado. El procedimiento es el siguiente:

- I. Acercarse a la Sección de Inscripción del Seguro Nacional de Salud, o de la compañía de seguro privado elegida por el independiente.
- II. Presentar la siguiente documentación: Copia de la Cédula, y las dos últimas declaraciones de rentas del trabajador independiente. Con esta documentación la Oficina puede confirmar ante la Dirección General de Ingresos que los datos proporcionados por la persona son ciertos. Lo que se

trata es que el Seguro ya sea Estatal o Privado pueda ratificar que la persona es realmente independiente y, por lo tanto, genera sus propios ingresos.

- III. En la Oficina se hace un análisis de la Documentación presentada por el Usuario. El resultado de la evaluación puede traer como consecuencia dos situaciones a saber:
 - a) La oficina aprueba la solicitud al usuario, en este caso, pasamos al punto 4.
 - b) Rechazo de la solicitud, en este caso se le debe notificar al Usuario. El rechazo puede ocurrir por que una vez comprobada la Solicitud, el funcionario descubra que el documento adolece de Información, o bien, que el Usuario no califique como Trabajador Independiente. En caso de que esto sea así, se procederá a notificar al usuario y se intentará, de ser posible, ubicarlo en otra modalidad del Seguro ya sea Estatal o Privado.
- IV. Inscripción en el Registro de Trabajadores Independientes: En este caso la persona puede escoger si los aportes que hará serán voluntarios, o si desea designar a un ente recaudador para su mayor conveniencia.
- V. Expedición del Carnet Digitalizado.

Asegurado Tipo C: Este asegurado es aquel cuyas cotizaciones provienen del Estado, por ser personas carentes de recursos, es decir que no poseen ingresos. Dentro de esta categoría se encuentran las personas catalogadas como indigentes. El procedimiento recomendado para su cobertura es el siguiente:

- I. Acercarse a la oficina de inscripción más cercana a su domicilio.
- II. Llenar un formulario con sus datos donde declarará que no poseen recurso alguno, por lo que solicita ser asegurado por el Estado.

- III. Cada solicitud deberá ser evaluada por un Trabajador Social, a quien le corresponderá realizar la Evaluación, para lo que deberá visitar a cada persona que solicite la Inscripción. Esta evaluación es para determinar si la persona califica o no en este tipo de modalidad. En el caso de que se le otorgue a la persona la solicitud, se le notificara y se le otorgará el Carné Digitalizado y es Inscrito en el Registro de Asegurados Tipo C.

Es importante destacar que para cuestiones de orden, un trabajador social deberá realizar una inspección la cual se sugiere deberá ser entre 1 y 3 años para comprobar que el estado de la persona siga siendo de escasos o nulos recursos; dicha visita se hará sin previo aviso.

b) Beneficiarios:

Estos representan las cargas familiares del Asegurado y lo podremos dividir en las siguientes categorías:

- a) Beneficiario Tipo A (formado por los dependientes de los Trabajadores en relación de dependencia, e Independientes). Los Beneficios de este grupo
b) Beneficiario Tipo B (Dependientes de las personas sin ingresos económicos).

Como es objetivo del Seguro Nacional de Salud asegurar a toda la población con una cobertura básica, el Sistema le brindará servicios de salud a los Beneficiarios del Asegurado. Estas cargas familiares se pueden clasificar de la siguiente manera:

- a) Esposa y Esposo: Para que forme parte del Sistema no debe tener ningún ingreso.
b) Hijos: Desde su nacimiento hasta los 25 años siempre y cuando no trabaje y se compruebe que realiza estudios.

El Asegurado del Seguro Nacional de Salud, ya sea en calidad de trabajador dependiente o independiente, debe acudir a realizar la inscripción de sus dependientes. Este procedimiento lo puede realizar al momento de llenar el formulario de inscripción por primera vez o en un momento posterior. En el momento de la inscripción, el asegurado debe aportar su Carnet Digitalizado, junto con el resto de la Documentación de la persona a la que desea inscribir. En caso de que sea la Esposa, deberá aportar copia del Certificado de Matrimonio o Copia del Certificado de Nacimiento en caso de que trate de inscribir a un hijo. Si la solicitud es aprobada, se procederá a la inscripción en el Registro de Beneficiarios Dependientes.

El aporte que realice el asegurado en calidad de trabajador dependiente o independiente por sus beneficiarios, debe hacerlo proporcional al número de personas que declare como sus dependientes. Esta regla no es aplicada para los Dependientes de los Asegurados por el Seguro Nacional del Estado que no tengan ingresos, ya que el Estado subsidiará los aportes del dependiente, los cuales serán ingresos al sistema, al momento en que sus responsables han sido cubiertos como Asegurados Tipo C. El expediente del grupo familiar de los beneficiarios dependientes será analizado entre uno y tres años, empezando con la revisión de status del asegurado principal tipo C que lidera ese tipo de cobertura.

4. Fuentes de Financiamiento del Sistema

Según la Organización Panamericana de la Salud, la población protegida de Panamá es de 1,947,882 personas¹, 69% de la población total. De la cifra antes citada, 40% son cotizantes de la Caja de Seguro Social. El sector privado cubre los servicios de salud al 17% de la población de manera casi exclusiva². El 14% de la población utiliza servicios de salud subsidiados por el

¹ Cifras correspondientes al año 2000

² Esta cifra no incluye las personas que usan servicios de salud del MINSA o la CSS de manera prioritaria pero que complementan estos servicios con la atención privada

Estado. Si analizamos las cifras antes citadas, podemos deducir que **el 83% de la población panameña utiliza sistemas de seguros con cotización privada** (ya sea las correspondientes a la seguridad social o aquellas que corresponden a pólizas de seguro privadas); por lo que, la salud en Panamá es financiada mediante aportes privados directos.

Dentro del 40% que cotiza en la CSS, se encuentra el 17% de la población que utiliza los servicios de los proveedores de salud privados, es decir, hay un porcentaje alto de personas que, en efecto, **pagan doble cobertura de salud**: primero a la CSS, como obligación legal a todos los trabajadores del territorio nacional y, segundo, a las aseguradoras privadas. Lo anteriormente descrito coadyuva a la existencia de un 29% de personas en condición de beneficiarios que no cotizan al sistema de seguridad social.

El nuevo panorama de una seguridad social como la propuesta, traerá:

1. Un porcentaje importante de los usuarios de servicios de salud privado va a evitar el doble pago y va a preferir tener solo un seguro privado de salud. Ese 17% antes mencionado que cotiza doble va a desaparecer, tendiendo a hacer al sistema de salud más eficiente.
2. Muchas personas que cotizan en la Caja del Seguro Social van a preferir un seguro privado, siempre que las compañías aseguradoras y/o hospitales y demás ofertas del mercado le ofrezcan un buen producto para sus necesidades de salud y sus beneficiarios.
3. Ingresarán al sistema personas que no cuentan con ingresos propios directos, es decir, amas de casa, menores de edad, entre otros, pero que cuentan con alguien que sustente sus gastos; en este caso, estas personas serán catalogadas en el sistema como Beneficiarios de un Asegurado. Para que el Beneficiario ingrese al Sistema es necesario que el Asegurado pague una prima mensual que dependerá de la Cobertura elegida por éste.
4. El ingreso de personas al Sistema que no cuentan con ingresos para poder solventar un Seguro ya sea Privado o Público, tales como, los desempleados, trabajadores eventuales, e indigentes. En el caso de

estas personas el Estado se encargará de cubrir los gastos de ellas y de sus beneficiarios, a través de un Seguro Nacional con una Cobertura Básica.

El sistema será financiado por fondos colectivos aportados por el Estado, tomados de los impuestos y de las cotizaciones voluntarias. El Ministerio de Salud como rector y supervisor de las políticas públicas de Salud del Estado, deberá elaborar un manual que contenga el listado de tratamientos que serán cubiertos por el Seguro dependiendo de su cobertura; así como el listado de precios por servicio que el Seguro Nacional de Salud cubrirá en atención brindada a asegurados por proveedores de salud públicos y/o privados por consulta, tratamiento o servicio.

El sistema deberá funcionar como un seguro privado, en el cual, el Estado a través del Seguro Nacional de Salud financia a los Hospitales Públicos de manera indirecta, pagando los tratamientos individuales en lugar de proporcionar un presupuesto global cada año fiscal que el hospital tiene que administrar para cubrir sus necesidades. Este tema de cuentas por tratamiento permite al Estado llevar **un mejor control de los costos y administrar mejor sus fondos.**

El centro de salud u hospital público que atiende más pacientes, automáticamente recibirá más fondos, siempre de acuerdo con el tipo de tratamientos proporcionados. Este sistema requiere que los hospitales y Centros de Atención Primaria de Salud (CAPS) del Estado tengan autonomía administrativa y financiera (una de las alternativas puede ser replicando el modelo de Patronato). Los hospitales y CAPS pueden estar vinculados a los gobiernos locales (municipios), los cuales también pueden otorgar algún financiamiento extra para inversiones y servicios de interés de ese gobierno local. Como los CAPS y hospitales públicos cobran por sus servicios precios al costo para el mantenimiento e inversiones, el MINSA destinará fondos especiales en calidad de subvención a los CAPS y hospitales y supervisará la utilización de los mismos.

Ventajas del Financiamiento propuesto con el nuevo Sistema

Con este nuevo Sistema Nacional de Salud lo que se busca es solucionar el problema que ocurre hoy día, que los cotizantes de la CSS subsidian a un elevado número de beneficiarios, y aún así, muchos de estos cotizantes prefieren utilizar servicios privados de salud. Si se le diera la opción a los aportantes a la CSS de elegir entre un seguro privado y cotizar obligatoriamente a la CSS, muchos elegirían cotizar solo al seguro privado.

Un seguro nacional de salud implicará que el Estado tendrá que asumir, no solo el costo de aquel porcentaje de personas que no tienen seguros privados o de la CSS, sino que también los costos de beneficiarios actualmente cubiertos por la CSS. Esto se vería balanceado por el hecho de que el pago indirecto del Estado por tratamiento individual realizado a través de un seguro médico es un método más efectivo de controlar costos que el método actual de simplemente usar los gastos globales del año anterior para preparar el presupuesto del año siguiente; **con el procedimiento actual aumentan los costos**, ya que se busca mantener un nivel de gastos mínimo para asegurar que el presupuesto del siguiente año no disminuya.

El mecanismo que proponemos de funcionamiento **no representa un gasto adicional para el Estado**, ya que lo que se busca es evitar que el Estado subsidie directamente a los hospitales públicos mediante desembolsos anuales, y en su lugar, lo haga a favor de los usuarios, quienes a su vez financiarán a los hospitales públicos; en otras palabras, el Estado dejará de subsidiar a la oferta para subsidiar a la demanda y así sufragará indirectamente los costos de funcionamiento de los proveedores de servicios de salud públicos. Los costos de inversión serían subsidiados directamente por el Estado mediante subvenciones.

La Competitividad de los Hospitales Públicos:

Con el sistema público de salud propuesto, buscamos aumentar la competitividad de los Hospitales Públicos de Panamá. Se alcanzará este objetivo con:

1. **Competencia entre Hospitales Públicos por pacientes:** Esta medida se logrará en base a accesibilidad y calidad de servicio de cada brindador de salud. De existir esta competencia entre hospitales públicos, serán beneficiados directamente los pacientes, ya que será elección de éste decidir en que Hospital Público desea atenderse. De cierta forma, en Panamá este mecanismo actualmente funciona, ya que nada impide que el cliente se atienda en el centro de salud u hospital público de su preferencia e igualmente, al esbozar un intento de autonomía financiera de los hospitales públicos mediante el método del patronato, como se ha hecho en el Hospital del Niño y el San Miguel Arcángel. Sin embargo, el sistema se encuentra debilitado **porque opera sin estímulos** al perfeccionamiento de los servicios, por tener garantizado un presupuesto global anual que tiende a incrementarse con cada año transcurrido. Para estimular esta operativa y acrecentar la promulgada competitividad, el Estado debe incentivar, por ejemplo, económicamente, a los Hospitales Públicos que son preferidos por los usuarios mediante subvenciones para mejorar infraestructuras y activos que permitan la expansión de sus servicios, becas para el personal, entre otras recompensas. En la actualidad los Hospitales se sobrecargan de servicios, dando como resultado que el servicio que brindan sea deficiente, en algunos casos por la falta de recursos del Hospital. **Actualmente no se premia la eficiencia en costos** ya que todos siguen dependiendo de una entidad estatal centralizada, sea el MINSA o la CSS, recibiendo así financiamiento a través de presupuestos globales, lo cual no se traduce en mayor eficiencia económica.
2. **Cambiar de un mecanismo de presupuestos globales a un sistema que permita el financiamiento con sistemas de seguridad de salud:**

A nivel nacional existirá a una combinación de seguros privados y un Sistema Nacional de Salud Estatal que asegurarán a la población un mínimo de tratamientos en hospitales públicos y privados de su preferencia, los cuales serán reembolsados por aquellos. El funcionamiento, como se ha explicado anteriormente, consistirá en que el asegurado³ deberá pagar un deducible, como de hecho lo pagan ahora en los hospitales, centros de salud pública y la cantidad restante será asumida por el seguro. Como se trata de un reembolso por costos, el sistema nacional de seguro público de salud puede dirigir a los asegurados a los proveedores de servicios de salud públicos o privados, que brinden sus prestaciones a menor costo y obtener así mejores precios por cama o tratamiento, y a la vez, permite detectar hospitales públicos que tengan costos mas elevados que otros y las razones que motivan esta circunstancia.

Para que el sistema funcione, el primer año los hospitales públicos deben separar en su presupuesto global las inversiones de los gastos de funcionamiento. Luego, deben calcular los costos reales de cada tratamiento y preparar un presupuesto básico en torno a la cifra proyectada para el próximo año.

Las instituciones deben brindar a los asegurados los servicios de salud, y posteriormente, los proveedores públicos de salud envían las facturas por sus servicios al Seguro Nacional de Salud, el cual los reembolsa, todo esto en un plazo no mayor de tres meses. Para evitar el abuso, se debe crear un sistema de co-pagos por el cual el asegurado paga al menos un 20% del costo del servicio mientras que el seguro asume el resto⁴.

³ El asegurado por el Sistema Nacional de Salud que luego de una evaluación por medio de trabajadores sociales se le demuestre que no poseen ingresos que permitan su manutención, no deberá realizar co-pagos ni deducibles alguno, puesto que su cobertura de salud será realizada en un 100% por el Estado.

⁴ Esto en el caso de los asegurados por el Sistema Nacional de Salud que posean ingresos, o que mediante determinación de los trabajadores sociales, puedan sufragar parte de sus gastos de salud.

5. Aportes adicionales que contempla el nuevo Sistema Nacional de Salud

Identificación Inteligente

Esta es una de las innovaciones del Sistema Nacional de Salud propuesto, ya que cada usuario del sistema, ya sea en calidad de Asegurado, Independiente o Beneficiario, del sector público o privado, deberá tener un Carnet Digitalizado expedido por el Sistema Nacional de Salud, el cual acreditará a la persona como parte del Sistema.

Características del dispositivo de identificación:

- a) Debe ser un documento de alta tecnología y seguridad, difícil de falsificar, que contendrá el nombre, número de cédula y la identificación de imagen del beneficiario.
- b) El carnet tendrá adicionalmente una cinta magnética que permita acceder a información de salud importante para el personal de emergencias médicas, como tipo sanguíneo, alergias y enfermedades crónicas del paciente.
- c) Además, cada carnet permitirá acceder al expediente del asegurado, los medicamentos que le han sido recetados, los co-pagos realizados por la persona en caso de que estos hayan sido necesarios. Dicha información sólo puede ser accesada por personal médico autorizado.
- d) El sistema permitirá que las autoridades lleven un control de las personas que se atienden en el sistema y así se podrá, entre otras cosas, evitar los abusos que pudieran ocurrir y además que las autoridades conozcan si las personas cuentan, por su número de cédula, con algún seguro de salud vigente.

6. Medicinas en el Sistema Nacional de Salud

Medicamentos

En Panamá se requiere que la población tenga acceso a los Medicamentos, para esto el Sistema contará con un Programa de medicamentos, el cual se denominará “**Programa de Distribución de Medicamentos Básicos (PRODIMEBA)**”, con el que se busca que la población accese a las medicinas a través de un Catalogo de Medicamentos. Las medicinas que formarán parte del Catalogo serán determinadas por el Ministerio de Salud. Este catalogo deberá ser distribuido a nivel nacional en los Centros de Salud del país, con el objetivo de que la población conozca cuales son los medicamentos que forman parte de él.

El Catalogo deberá estar compuesto por 3 categorías de Medicamentos:

- a) **Medicamentos Preventivos:** Estas medicinas serán subsidiadas en su totalidad por el Estado. Como ejemplo de ellas podemos mencionar principalmente las vacunas.
- b) **Medicamentos asociados a enfermedades catastróficas:** Los mismos serán subsidiados en gran parte de su costo por el Estado. Los medicamentos asociados a enfermedades catastróficas son aquellos que si no son consumidos podrían ocasionar la muerte de la persona, tal y como lo es, los medicamentos para el cáncer, la triple terapia para pacientes con SIDA, entre otros.
- c) **Medicinas de uso común:** La población tendrá acceso a este tipo de medicinas a cambio de un co-pago, el cual dependerá de la Cobertura de la persona.

Beneficiarios del Programa:

- a) Asegurados Tipo A (Trabajador en Relación de dependencia): Tendrá acceso a los medicamentos del Programa con la presentación de su carnet en el Centro de Salud. Para acceder a las medicinas de uso común del catálogo, deberá realizar un co-pago el cual dependerá de su cobertura. .

- b) Asegurado Tipo B (Independiente): Tendrá acceso a los medicamentos del Programa con la presentación de su carnet en el Centro de Salud. Para acceder a las Medicinas de uso común del Catalogo, deberá realizar un Co-pago el cual dependerá de su cobertura. .
- c) Asegurado Tipo C (Persona de escasos o nulos recursos): Accesará a los medicamentos del Programa con la presentación de su carnet en el Centro de Salud. Este será el único asegurado que tendrá acceso a las Medicinas del Catalogo de manera gratuita.
- d) Beneficiario Tipo A (Dependiente del Trabajador con relación de dependencia y el independiente). Accesara al Programa de igual modo que el Aseguro Tipo A y B.
- e) Beneficiario Tipo B (Dependiente del Asegurado C): El acceso al programa será del mismo modo como accesa el Asegurado Tipo C.

Operativa para obtener las Medicinas del Programa

Tanto los Asegurados como los Beneficiarios obtendrán las medicinas en el Centro de Salud de su preferencia con la presentación del Carnet que los acredita como Beneficiario del Programa.

Es necesario que las medicinas sean recetadas por un Doctor del Centro. Una vez que el paciente tenga su receta, en el Centro le otorgarán la medicina a cambio de llenar un formulario por el paciente, en el cual debe aparecer su firma. Este documento contendrá el nombre del paciente, el nombre del doctor que le atendió, la medicina que le fue recetada, así como la dosis de la misma. Los datos que contiene el formulario serán ingresados al Historial Digital del

Paciente, de esta forma se tendrá un control de los medicamentos que son otorgados a cada paciente, toda vez que el medicamento se le entregará de acuerdo con la dosis sugerida por el doctor. Con esto se evitará que una persona extraiga del centro más medicinas con finalidades distintas al consumo propio.

Operativa para obtener las Medicinas que no formen parte del Programa

Las Medicinas que **no** forman parte del Cuadro Básico deberán ser compradas en la Farmacia de preferencia del paciente. Para esto el Asegurado y Beneficiario deberán hacer un co-pago, dependiendo de su cobertura de salud. Esto se puede explicar mejor de la siguiente manera; el Asegurado o el Beneficiario presenta su receta médica en la farmacia de su preferencia, y solicita el medicamento, ejemplo BENZODIAZEPINA cuya caja cuesta \$26, el Asegurado o Beneficiario deberá hacer un co-pago ejemplo \$15, para poder obtener el medicamento, los \$11 restante lo debe pagar el Seguro, para esto la Farmacia le envía la factura al Seguro, y son estos los encargados de hacer el pago correspondiente.

Monitoreo del Programa

El programa contempla un monitoreo por parte de las autoridades de salud, de manera que ellos puedan garantizar que cada Centro de Salud se esté cumpliendo con las normas establecidas, es decir, si le están suministrando a las personas que acuden a sus centros con las medicinas; este monitoreo también permite que se vaya observando cuales son los medicamentos más solicitados por las personas, de manera que siempre existan provisiones y que no se den casos de desabastecimiento por falta de organización del centro. Es importante que cada centro de salud posea un inventario digitalizado de los productos que mantiene, de esta manera podrá hacer los pedidos de los mismos con antelación.

Es sumamente importante que el Catálogo que contenga el Listado de los Medicamentos este visible en los Centros de Salud y que sea difundido por lo medios de comunicación a nivel nacional; con esta medida todo usuario sabe cuales son las medicinas que están a disposición de él, y puede ahorrar tiempo dirigiéndose al centro a solicitar algo, que no esta en el Listado.

Beneficios del Programa:

- a) Garantiza el acceso a los medicamentos ambulatorios: Con el programa se estaría solucionando uno de los mayores problemas con que cuenta la población en lo que se refiere a la Salud, toda vez que no todas las personas tienen acceso a los medicamentos.
- b) Constituye una respuesta a la emergencia: Con este programa podremos enfrentar la emergencia social y sanitaria, y se estaría incentivando a una cultura de prevención.

Concluyendo en base al **PROBIDEMA** se debe contemplar lo siguiente:

1. Establecer un Catalogo de Medicamentos, y clasificar los mismos.
2. En el caso de las Medicinas que no forman parte del PROBIDEMA el paciente deberá absorber la mayor parte de la medicina realizando un co-pago y el porcentaje restante lo subsidia su seguro.
3. No debe haber controles de precios en el mercado privado y se debe respetar las patentes de invención.
4. Establecer claramente los mecanismos de co-pagos y los métodos de cobro.

Conclusiones

1. Entre las Recomendaciones que le podemos hacer al Sistema de Salud de Panamá están que se modifiquen los mecanismos por medio de los cuales el Estado financia a los Hospitales Públicos; es decir, que deje de asignarse un Sistema de Presupuestos Globales y sea reemplazado por el mecanismo empleado en países como Suecia, que utilizan el sistema de cuentas por servicio. La ventaja de este último mecanismo es que el Hospital manda la factura al Gobierno Central dependiendo de los

tratamientos que ha realizado, durante un periodo, por ejemplo, de tres meses. De esta manera **cada tratamiento se cobra al gobierno central como si fuera tratamiento privado, permitiendo así que exista un mejor control de costos.** Con esta medida, se puede lograr además; que se compensen a las facilidades de acuerdo a la cantidad de tratamientos que suministran o sea que se asignen los fondos estatales, a través del seguro a los proveedores de salud que mas tratamientos dispensen en ese momento. En otras palabras, el Estado deja de subsidiar directamente a la oferta de servicios de salud para subsidiar la demanda de servicios de salud.

2. Este sistema permite no solo el outsourcing de servicios a la empresa privada, sino inclusive a servicios de salud públicos extranjeros mediante acuerdos internacionales.