

## **Hoja de Ruta: Hacia un Proyecto de Ley que reglamente un Sistema Único de Atención de Salud.**

Panamá, 15 de enero de 2007

Excelentísimo Señor

Martín Torrijos Espino

Presidente de la República

E. S. M.

Excelentísimo Señor Presidente:

Atendiendo a su convocatoria para constituirnos en “un equipo de apoyo presidencial”, frente a “el complejo y magno problema” de la actividad y responsabilidad sanitarias del país, nos dirigimos a usted muy respetuosamente, con el propósito de esbozarle los asuntos esenciales y referentes para lograr una reforma sustancial del sistema sanitario de salud en las áreas de su provisión, su calidad y su seguridad, que implica tres aspectos:

- (1) delegar esta función particular,***
- (2) terminar con la duplicación de funciones y,***
- (3) aislar la atención de salud, de la política partidista y electoral.***

No solo, señor Presidente, es complejo el problema sanitario del país sino que la estrategia para liderar y llevar a feliz término unas reformas realmente innovadoras y sustentables, también reviste una complejidad incuestionable, estrategia que tiene que irse desarrollando en el tiempo de varias administraciones nacionales, pero con un lenguaje llano y una ejecución puntual.

Sin embargo, es necesario que, no solamente los gobernantes - los que legislan, los que ejecutan y los que sancionan - demuestren voluntad política, sino que los gobernados, también maduremos voluntad y actitud, hacia los cambios necesarios para hacer valer el lugar prioritario, que tiene el compromiso con la salud de las gentes, no importa dónde se encuentren geográficamente, ni cuán densas o ricas sus poblaciones sean. El mandato no es presidencial, el mandato es ciudadano y por una salud que llegue a todos, llegue temprano y, cuando se pierda, se restaure prontamente haciendo uso de los mejores instrumentos diag-

nósticos y los más seguros y eficaces medicamentos.

Para un país pequeño, que dedica el 15.6% del presupuesto nacional (casi una sexta parte de éste), y el 7.5% del PIB, para el renglón salud, donde los inexcusables niveles de pobreza y de extrema pobreza están en 37.2% y 20.5%, respectivamente, estos resultados no se pueden justificar ni se pueden desatender. De allí que compartamos con Usted, el interés de organizar, para poner en práctica, una serie de recomendaciones hechas en los últimos años y a través de múltiples encuentros de la ciudadanía, los organismos sanitarios y los voceros de diferentes gobiernos.

Sea el momento propicio, señor Presidente, para declarar que todo sistema sanitario tiene que sustentarse en estrictos principios, no solo científicos sino también éticos, donde el ser humano es el sujeto y la preocupación de su óptimo y propio desarrollo. De allí que honremos los conceptos y los principios de justicia social, como son la equidad y la solidaridad, no favorezcamos exclusiones ni discriminaciones de ninguna índole, y, optemos por la participación ciudadana en las soluciones a los problemas de salud, mientras avanzamos hacia la cobertura universal de salud de la población nacional, dentro de un sistema público de negociación y administración.

La atención de salud debe responder a los ciudadanos. No solamente se le debe al ciudadano el médico de cabecera o el médico familiar, su confidente personal, sino también su sentida exigencia de una atención rápida, oportuna y excelente, su derecho a orientar la dirección de las iniciativas de su salud y la de su comunidad, mediante procesos de información veraces, específicos y continuos, y, amplios procedimientos de consulta, sin temores ni aversiones o prejuicios.

El éxito de esta iniciativa de reforma, que no será la última, señor Presidente, dependerá casi exclusivamente de los fondos que se le dediquen, de la disminución de las filas de espera de los usuarios frente a las facilidades sanitarias, de la ejecución sostenible y predecible de una práctica sanitaria profesional, excelente y humanitaria, y de la prescripción y disponibilidad constante de medicamentos de calidad. La disminución de las filas de espera de los usuarios se logra de alguna forma con el nombramiento y el reordenamiento por facilidades e instituciones de más médicos y más enfermeras, como otros profesionales y técnicos de salud, que tendrán que cumplir cabalmente con las funciones a ellos asignadas; la creación, funcionamiento y/o utilización de centros de cirugía y diagnóstico ambulatorios, fuera de las facilidades hospitalarias, siempre sujetas a la vigilancia y al estricto cumplimiento de las regulaciones según lo avale un

sistema sólidamente estructurado de rendición de cuentas.

Entendemos el temor entre algunos estratos de la sociedad porque externalizar prestaciones o buscar recursos afuera del sistema sanitario estatal signifique privatización o la creación de un mercado en la atención de salud.

Nada de esto nos inspira ni lo consideramos necesario. Tampoco debe el Estado entregar su responsabilidad sanitaria a organizaciones o instituciones privadas o de lucro. Es necesario que se enfatice que ese no es ni será el camino a tomar para satisfacer al usuario y contener gastos, pero no se pueden desdeñar algunos de sus más características iniciativas e instrumentos, porque ellos han probado utilidad en el ejercicio de la salud pública. Entre ellos, la escogencia de un médico de cabecera, las mejoras salariales y la competitividad.

Señor Presidente, debemos dejar constancia que encontramos mucho más coincidencias que diferencias con los algo más de 15 grupos gremiales, académicos, científicos y de pacientes que aceptaron nuestra invitación para conocer sus propuestas y con las diversas personalidades nacionales que se nos acercaron de variadas formas. También queremos hacer público reconocimiento al trabajo, guía y consejo concienzudo y objetivo de los técnicos de la Caja de Seguro Social y del Ministerio de Salud. Sin esta oportunidad para conversar y discutir de los tantos temas que un proyecto de esta naturaleza implica, nuestra labor hubiera quedado huérfana del componente humano y científico que queremos inculcarle a la atención de salud para nuestros conciudadanos.

De usted, con nuestra más alta consideración,

#### COMITÉ TÉCNICO DE GARANTES DE SALUD

*Carlos Abadía*

*Daniel Pichel*

*Irina Alvarado*

*Julio Rodríguez*

*Rafael Aparicio*

*Xavier Sáez-Llorens*

*Gaspar García de Paredes*

*José Terán*

*Enrique Mendoza*

*Pedro Ernesto Vargas*

*Jorge Medrano*

*Guadalupe Verdejo*

*Jorge Motta*

*Juan Antonio Tejada*

## RESUMEN EJECUTIVO

*“No se puede cambiar el status quo tratando de ser políticamente correcto”.*

*Susan Sarandon*

El 13 de noviembre de 2006, el señor Presidente de la República, Martín Torrijos Espino, refiriéndose a la existencia de “un sistema público de salud ineficiente”, entre otras cosas, convocó a un grupo de profesionales para constituir un equipo “de apoyo presidencial” y cumplir tres funciones específicas: “aportar ideas y sugerencias en torno al mejoramiento de los servicios de salud y el control y calidad de los medicamentos”, “impulsar los planes diseñados para alcanzar resultados a corto, mediano y largo plazo” y “actuar como fiscalizadores y garantes de las medidas implementadas por el Gobierno Nacional en materia de salud”.

Esta mañana nos reúne para entregarle, lo que hemos llamado la “Hoja de Ruta”, en atención a su primera motivación y en donde aportamos ideas y sugerencias en torno al mejoramiento de la atención de salud, en sus aspectos de provisión de la atención, su calidad y su seguridad. Esta Hoja de Ruta es el primer paso hacia la redacción de un Proyecto de Ley que, de acuerdo a su mandato, deberá presentar el Ministro de Salud en coordinación con el Director de la Caja del Seguro Social y con nosotros, que reglamente la forma como se organizará una Sistema Único de Servicios Públicos de Salud, como es su visión de un servicio seguro, equitativo, eficiente y universal. Consideramos, los garantes, que esto solo podrá lograrse mediante una reforma sustancial y audaz del sistema sanitario, donde, además de concurrir la voluntad política de quienes dirigen la cosa pública y la voluntad política de los principales protagonistas del sistema de salud - quienes proveen los servicios y quienes los utilizan - tenga como corolario un permanente compromiso con la rendición de cuentas, en todos los estratos de la sociedad panameña.

Es esencial señalar, con voz alta y clara, que el hecho de que el Grupo Técnico de Garantes haya sido una iniciativa del señor Presidente de la República, no obliga ni significa de alguna manera, que quienes hemos aceptado voluntaria y decididamente a formar parte de él, estemos subordinados a agendas predeterminadas por el gobierno o sus partidos políticos, o por agencias internacionales de consultoría, que apoyan las labores del Ministerio de Salud o de la Caja de Seguro Social. Es justo señalar también que nada de esto lo hemos percibido ni siquiera durante el largo análisis de todas las teorías y todas las propuestas que

hemos revisado. Desde el primer día hemos decidido atender el clamor y el derecho de los ciudadanos a una atención de salud universal, eficiente, pronta, de óptima calidad, humanitaria y equitativa. Con ellos, los ciudadanos, es nuestro compromiso.

Junto a los dispares y poco satisfactorios indicadores de la salud, las largas filas de espera, la sobre utilización de los cuartos de urgencias hospitalarios, el hacinamiento de las salas de hospitalización y la insatisfacción del usuario son una elocuente muestra de la ineficiencia del sistema sanitario, que, se resuelve, en gran medida, constituyendo, como columna vertebral de la atención, a la atención primaria de salud, otorgando al paciente el poder de escoger su médico de cabecera en el contexto de una atención familiar, comunitaria y ambiental, con la disposición contable y previsible de dineros suficientes para el manejo del sistema, aún ante imprevistos, con una administración y gerencia de la institución que sean honradas, eficientes y responsables, y, sin antojos populacheros, no permitiendo y castigando la politiquería y la corrupción en los sistemas sanitarios, donde el delito se magnifica en virtud de donde se asienta.

Las siguientes son las ideas sobre las cuales ha de erigirse el Proyecto de Ley, que reglamente la atención de salud:

- El Ministerio de Salud y la Caja de Seguro Social han de delegar su responsabilidad de proveedores de la atención de salud a una nueva autoridad, que se denominaría, Autoridad Nacional de Atención de Salud (ANAS),

- La ANAS sería una entidad pública y de interés sanitario, con autonomía administrativa y financiera, sujeta a la fiscalización de la Contraloría General de la República, que respetaría y observaría estrictamente la rectoría y directrices del Ministerio de Salud, y, aceptaría la fiscalización de su provisión de atención, tanto por parte del Ministerio de Salud como de la Caja de Seguro Social,

- La ANAS se gobernaría a través de sus Directores, y los órganos Técnico-Asesor, de Auditoría Social, Auditoría Interna y Asesoría Legal, donde estarían representados, entre otros, el Ministerio de Salud, la CSS, grupos de la sociedad civil, trabajadores y patronos, profesionales de la salud y la Defensoría de la Salud Pública,

- El Ministerio de Salud seguirá rigiendo, regulando, supervisando, validando y apoyando toda la política de salud del Estado, promoviendo y protegiendo la salud y liderando la prevención de la enfermedad y la educación sanitaria de la comunidad,

- La Caja de Seguro Social se dedicará principalmente al sistema de pensiones por invalidez, vejez y muerte, por riesgos profesionales y por viudez,

- Al delegar la provisión de la atención de salud, estas instituciones transfieren a la nueva autoridad y de forma paulatina y ordenada, la administración de sus activos físicos, sus equipos, sus insumos y sus recursos humanos, respetando las leyes vigentes sobre la estabilidad, el escalafón y los derechos salariales de los mismos,

- La protección financiera del sistema es no solo esencial sino ineludible, por lo que el concepto de financiamiento de la entidad sanitaria tiene también que ser reformado y es obligante que el Estado observe estrictamente los dos elementos esenciales e inherentes a la financiación del sistema: su flexibilidad y su carácter sostenible,

- Mientras llegue el momento para que el Estado asuma toda la responsabilidad financiera de la Autoridad, la contribución de éste al fondo de la ANAS se calculará per cápita, como el equivalente a los fondos que la CSS maneja actualmente para la atención de salud del Programa de Enfermedad y Maternidad, fondos que también pasarían a la administración financiera de la ANAS,

- Es necesario crear un impuesto sobre utilidades a aquellas industrias y actividades que son nocivas a la salud y que promueven estilos de vida también dañinos a la salud pública e individual,

- Consideramos que el Gobierno Central debe destinar un porcentaje de las utilidades del Canal de Panamá a los fondos de la ANAS,

- Para honrar el derecho humano a los servicios sanitarios, la ANAS no reconoce estado laboral ni condición económica sino el principio moral, por lo que favorece la provisión de la atención de salud como universal, solidaria y accesible o equitativa, dentro de un sistema financieramente posible,

- La operabilidad de la ANAS debe descentralizarse a través de directores regionales, para atender las necesidades particulares de cada provincia o área sanitaria del país,

- Los pilares sobre los cuales se garantizaría la atención humanitaria y de excelencia científica a los usuarios son:

- a. la educación continuada,

- b. la certificación y re-certificación periódicas de los profesionales,

- c. la habilitación y acreditación de las instituciones del sistema,

- d. la investigación en ciencias básicas clínica y epidemiológicas,
  - e. la responsabilidad docente en todo el sistema,
  - f. la rendición de cuentas y la auditoria social, y,
  - g. la adopción reglamentaria de que, la asignación de funciones y plazas de trabajo en el sistema, se ciña estrictamente a los méritos profesionales y técnicos mediante concursos transparentes,
- Un Observatorio de Excelencia y Calidad, dentro de la ANAS, articularía estos elementos bajo los estándares de la Medicina Basada en Evidencias y las Buenas Prácticas Clínicas,
  - Es necesaria una Autoridad de Medicamentos y Tecnología que responda con seriedad y firmeza a la seguridad de la salud pública y a la integridad del paciente enfermo, asegurándole a todos los ciudadanos que no están expuestos a medicamentos de extremada toxicidad, tecnologías obscenas ni tratamientos ineficaces o de no probada eficacia,
  - Esta entidad deberá ser ágil y eficiente, eliminando todo vestigio de burocracia, controles engorrosos y duplicación de funciones con otros estamentos dedicados a las ciencias de la salud,
  - La Autoridad de Medicamentos y Tecnología se ha de manejar bajo los más estrictos conceptos bioéticos y con sujeción a la rendición de cuentas, y, ha de procurar que los usuarios del sistema, particularmente los enfermos crónicos y aquellos de mayor edad tengan acceso, todo el tiempo, a medicamentos de alta calidad, probada eficacia y de uso cotidiano,
  - El Instituto Conmemorativo Gorgas debe constituirse en el centro nacional de investigación en salud pública y en un centro de referencia y capacitación técnica en salud pública. De esta forma se vigilará la calidad de los laboratorios públicos y privados que brindan servicios de salud a los ciudadanos y se concentran las funciones de investigación y referencia en una institución con autonomía administrativa y niveles de financiamiento, que le permitan alcanzar la excelencia necesaria sin establecer independencia de la acción rectora del Ministerio de Salud,
  - Para lograr este nivel de profesionalismo y la proyección nacional e internacional necesarias, es oportuno señalar que se debe consolidar la implementación y reglamentación de la Ley 78 y garantizar los recursos humanos, financieros y físicos necesarios,
  - Es urgente fortalecer el Comité Nacional de Bioética de la Investigación como ente supervisor y evaluador de proyectos multicéntricos

nacionales y desarrollar comités de bioética en las instituciones de investigación, académicas y asistenciales, que protejan los derechos de las personas y desarrollen políticas de comportamiento, de educación y de consulta,

- Los garantes no favorecemos ni consideramos conveniente ningún sistema sanitario integrado, donde se constituya una agencia privada para que reclame, acumule y administre los dineros destinados a la atención de la salud, tanto del Ministerio de Salud como de la Caja de Seguro Social, para entonces comprarle servicios médicos y afines para sus usuarios a centros hospitalarios o de atención primaria, quienes, a su vez, contratan los recursos humanos profesionales, bajo un sistema de co-pago o de pagos prospectivos a otras entidades. Estos sistemas favorecen el monopolio, dificultan la rendición de cuentas, ante la disolución de las responsabilidades contractuales, favorecen incumplimientos laborales, desmejoran la calidad en nombre de la eficiencia y favorecen la corrupción. En nuestro medio, sus “mejores resultados” no obedecen a sus bondades sino a la ineficiencia del sistema sanitario nacional,

- En vista de que proponemos un Sistema Único de Atención de Salud, el sistema sanitario conocido como CONSALUD, debe desaparecer.

### **Hoja de Ruta**

#### **La Autoridad Nacional de Atención de Salud.**

Los garantes hemos considerado, después de múltiples discusiones, que debe crearse un organismo nacional de provisión de la atención médica, que se dedique a esta función esencial, como entidad pública y de interés sanitario, con administración propia, la rectoría y la vigilancia de la salud - ejercida por el Ministerio de Salud - y sujeta a la fiscalización de la CSS y la Contraloría General de la República. Entendemos que autonomía no es inmunidad y, mucho menos, impunidad.

Esta Autoridad ha de tener competencia privativa para ordenar, gestionar, regir y resolver, bajo su propia responsabilidad y en beneficio de la atención de salud, los asuntos relacionados con su propia organización y su funcionamiento, así como de sus órganos internos, que incluyen su régimen financiero, administrativo y de recursos humanos, la organización de sus servicios, los mecanismos y reglas de gobernanza de acuerdo con la Ley que la regule.



La creación de esta Autoridad no debe plantearse como un simple procedimiento de integración sino como la unificación y consolidación de la atención de salud, eliminando así la costosa duplicación de acciones y recursos, que caracteriza al sistema actual de atención que, a su vez, responda a los principios de universalidad, solidaridad y equidad, donde la piedra angular sea la atención primaria, cuya calidad debe ser observada estrictamente, no solo por el Ministerio de Salud, sino también por la nueva entidad y con la participación de la comunidad de usuarios.

En ese sentido, pasamos a conceptualizar estas características. Único. La Autoridad Nacional de Atención de Salud - a la que nos seguiremos refiriendo como, ANAS - será una consolidación de recursos destinados a la organización, la administración y la ejecución de medidas sanitarias para la provisión de la atención de salud, dando cumplimiento al mandato constitucional panameño, que enfatiza el derecho ciudadano a ella (Capítulo 6o, Artículo 109 de la Constitución Política de la República de Panamá).

La responsabilidad sanitaria de provisión de servicios de salud se le sustrae, entonces, a las entidades que, en el país, la han compartido - el Ministerio de Salud y la Caja de Seguro Social - para entregarla a esta nueva entidad. La Caja de Seguro Social dedicará su labor a asegurar la viabilidad de un sistema de pensiones por invalidez, vejez y muerte (IVM), riesgos profesionales y viudez, mientras que el Ministerio de Salud será quien rija las políticas sanitarias del país, las regule, las supervise, les de validez y apoyo, las enriquezca a través de un serio compromiso con la excelencia, y se encargue de la promoción y protección de la salud, la prevención de la enfermedad y de la educación sanitaria de la comunidad, que ha de incluir, entre otras cosas, docencia sobre sus deberes y sus derechos como consumidor de los bienes de salud. Es necesario enfatizar que la ANAS no es un Ministerio de Salud ni pretende suplantarlo y, en aquellas áreas donde pareciera que sus intervenciones se sobreponen a las del MINSA, todo lo que se refuerza es el sinergismo para validar los más críticos y sensibles criterios de calidad y de atención que satisfagan al usuario. Por el otro lado, es necesario recordar que el fortalecimiento del Ministerio de Salud tiene que salir de sus propias actuaciones.

Es saludable que las instituciones hospitalarias sean regidas por juntas directivas o patronatos que maximicen sus presupuestos asignados con base en productividad y calidad, hagan autogestión y tengan autoridad para hacer cumplir deberes y derechos de sus trabajadores sanitarios, técnicos y administrativos. La ANAS impulsará la creación y formación de instituciones únicas y del más alto

nivel de tecnología, que garanticen el manejo integral de patologías complejas como lo son atención cardiovascular, atención perinatal y neonatal, trasplantes de órganos, centro de trauma, oncología, etc.

Universal, solidario y equitativo. Para honrar el derecho humano a los servicios sanitarios, la ANAS no reconoce estado laboral, condición económica, ni lugar de origen sino la condición humana de sus usuarios y su dignidad. En ese sentido declara la provisión de la salud como universal, solidaria, accesible y equitativa, entendiéndolo por ello, el ofrecimiento a todos y la disponibilidad por igual, de la oportunidad para conservar y recuperar el bienestar sanitario y no la mera repartición igualitaria de bienes de salud.

Atención Primaria. La columna vertebral de la ANAS es la atención primaria de salud apartada de todo discurso ideológico. Esta es una estrategia que tiene el potencial de reducir costos mientras se mantiene la calidad de la atención y la capacidad de producir equidad en un sistema sanitario. Ella puede resolver el 80% de los problemas de salud de la población. El éxito de la atención sanitaria se basa en contar con la participación de la comunidad en la resolución de sus problemas, a través de una organización de servicios de salud en niveles de complejidad de atención, que se correlacionan dentro de conceptos de regionalización, accesibilidad y continuidad.

En esa perspectiva, la atención materno infantil, la atención del adulto mayor, la atención de las enfermedades crónicas, psiquiátricas y de los discapacitados, deben ocupar las primeras preocupaciones y los primeros lugares. Esto no significa ni debe significar la abolición de la medicina especializada y, mucho menos, la medicina hospitalaria. Tampoco se reduce su significado e influencia a un nivel básico de asistencia y, por ello creemos, que los tres niveles de atención y complejidad deben ser objeto y sujeto de competencia de la ANAS.

Es igualmente importante que se logre un enfoque global del suministro de servicios sanitarios, sin menoscabo de las culturas regionales, y, en ese contexto, la medicina general y la medicina especializada serán más eficientemente regionalizadas, para asegurar una mejor y mayor capacidad de respuesta a las aspiraciones de los usuarios del sistema. El médico de cabecera debe ser la más elocuente prueba del derecho a escoger del paciente.

Es importante tener claro que la eficiencia dependerá también de mantener la correcta relación entre el número de profesionales y pacientes, según el sistema de regionalización que se establezca. No debemos olvidar que, Sin derecho a escoger, no hay justicia.

Pero no debemos, señor Presidente, desoír las voces de otras regiones del

mundo, donde la atención primaria se resquebraja cuando se le obliga a llevar una carga imposible de superar. Las largas filas de espera para una consulta con el médico de cabecera corren paralelas al empobrecimiento de la calidad de la atención y a la insatisfacción del agente sanitario, que se frustra cuando las exigencias de habilidades y conocimientos crecen en desproporción de su capacidad, cuando su salario no es competitivo, o, frente a una disminución sensible en el número de médicos de atención primaria. Esto también se refleja en una utilización inadecuada de los cuartos de urgencia, a donde recurre el paciente que busca pronta atención, atención o cuidado que ya no recibe en la consulta externa, y en la desproporcionada disposición de recursos monetarios para la atención hospitalaria, de hecho, mucho más costosa.

Es la calidad del servicio y no el cumplimiento con una directriz aritmética, la que debe guiar el propósito de la atención primaria de salud. El usuario quiere que se le dispense dedicación y atención a sus problemas. Esto no se puede cumplir con un horario rígido ni una agenda cargada o mal administrada.

Tampoco se puede despreciar el factor salarial del médico que hace atención primaria. Es el tiempo y la calidad de la atención lo que debe orientar las decisiones sobre salarios y no solo lo sofisticado que pueda considerarse una función. Es importante establecer incentivos para el profesional que se desarrolle en atención primaria. De hacerse así, también se engrosarán las filas de médicos que escogen la carrera de atención primaria y se facilitará su locación en diversas áreas del país. Le toca al Ministerio de Salud desarrollar una política coherente con el cuidado y la atención primarias. Del mismo modo, la ANAS, en coordinación con las entidades de educación superior, deberá establecer programas continuos de docencia para el personal que se desarrolla en actividades de atención primaria entendiendo que, actualmente, el grado de complejidad de ésta es mucho mayor de lo que fuera tradicionalmente.

Un instrumento necesario para hacer eficiente esta atención es la automatización, digitalización e informatización de todo lo relacionado con las acciones administrativas y médico asistenciales dentro del sistema, desde la cuadrícula del paciente, hasta los registros por la utilización de la farmacia y los servicios de laboratorio y estudios complementarios. Lo que algunos han llamado “el encuentro entre el equipo de trabajo y la electrónica”. Este instrumento además de mejorar el acceso a la historia médica actualizada del paciente, también será un medio de control de la utilización por el usuario y el profesional de salud, de los diferentes servicios que presta la Autoridad sanitaria.

La población reclama una calidad de la atención sanitaria más humanitaria

y de óptima calidad, que disminuya los riesgos de equívocos y sus altos costos. Este modelo de atención, consideramos, requiere de 7 pilares para su consecución:

- (1) la educación continuada,
- (2) la certificación y re-certificación periódicas de los profesionales,
- (3) la habilitación y acreditación de las instituciones del sistema,
- (4) la investigación en ciencias básicas, clínicas y epidemiológicas,
- (5) la responsabilidad docente en todo el sistema de salud,
- (6) un estricto sistema de rendición de cuentas a todos los niveles, y
- (7) la adopción reglamentaria de que, la asignación de funciones y plazas de trabajo dentro del sistema, se ciña estrictamente a los méritos profesionales y técnicos mediante concursos transparentes (política de recursos humanos basados en méritos).

Para lograr la articulación armónica y cuantificable de estos elementos, se hace imprescindible la creación, dentro de la ANAS, de un Observatorio de Excelencia y Calidad, que guíe su labor bajo los estándares de la Medicina Basada en Evidencias y las Buenas Prácticas Clínicas y que de ninguna manera entorpecerá ni competirá deslealmente con la función reguladora del Ministerio de Salud.

Observatorio de Excelencia y Calidad. Es pertinente que la ANAS le de prioridad a la calidad de la atención y se asegure periódicamente, que sus profesionales sean idóneos y calificados, de acuerdo con lo establecido por la ley. El objetivo de este observatorio de calidad es exigir, promover y velar por la seguridad del paciente, lo que se logra con el fortalecimiento de toda política o procesos de regulación y vigilancia tanto del recurso humano, como de insumos, medicamentos y locaciones físicas.

La implementación a la brevedad posible de la ley existente de certificación y re-certificación médica, así como la adjudicación de plazas y traslados basados en concursos, se hace imprescindible para eliminar los vicios que por tanto tiempo se han cuestionado. Los méritos académicos deben ser el principal elemento para definir quiénes atenderán a los usuarios del sistema de salud. La evaluación de todos lo que participan en el equipo de atención de salud debe realizarse en “dos vías”, donde no solo las instancias superiores califican a los funcionarios sino también sus subalternos y los mismos usuarios. Este mecanismo de doble vía asegura que los correctivos beneficien no solo las áreas de conocimiento y habilidades del profesional, sino también las relacionadas con

el manejo humanístico del paciente y del usuario.

Igualmente, tiene la obligación de vigilar la acreditación de las diferentes locaciones y facilidades físicas bajo la ANAS, como la calidad de los insumos y medicamentos que maneje el sistema de atención dentro y fuera de sus facilidades. Esta actividad, que es un compromiso con la seguridad del paciente, no debe reñir con los procesos de regulación y vigilancia que le competen al Ministerio de Salud, pero la ANAS tiene que ejercer estos controles de forma armónica y con iniciativas sentidas como una mecanismo de retroalimentación y de vigilancia. Para cumplir con este proceso, la ANAS solicitará tales evaluaciones al Ministerio de Salud, colaborará puntual e íntimamente con la Autoridad Nacional de Medicamentos y Tecnología, y podrá contratar evaluadores externos e independientes, si así se considerara necesario, para homologarse con lo que es calidad, estandarizada a nivel internacional.

Participativo. Es necesario crear un marco de evaluación periódica del funcionamiento y eficiencia del sistema, que considere al usuario del mismo como su primer fiscalizador. Esta forma de auditoria social ha de canalizar las preocupaciones que las iniciativas sanitarias y su desempeño produzcan entre los usuarios. Al mismo tiempo, debe generar respuestas informadas, que respondan a los intereses de las personas. Así, las personas decidirán, libre y autónomamente sobre sus prioridades o sus aspiraciones sanitarias como individuos y como colectivo. Los mecanismos para crear estos grupos de discusión y decisión, han de ser transparentes y no excluyentes, y su composición ha de ser de individuos voluntarios, que prueben su procedencia local. La madurez que irá adquiriendo la población en estos asuntos redundará en beneficio de todo el sistema.

Es necesario señalar que los garantes no estamos a favor de sistemas sanitarios integrados, donde se constituya ninguna agencia privada para que reclame, acumule y administre los dineros destinados a la atención de la salud, tanto del Ministerio de Salud como de la Caja de Seguro Social, para entonces, comprarle servicios médicos y afines para sus usuarios a centros hospitalarios o de atención primaria, quienes, a su vez, contratan los recursos humanos profesionales, bajo un sistema de co-pago o de pagos prospectivos.

Estos sistemas favorecen el monopolio, dificultan la rendición de cuenta, ante la disolución de las responsabilidades contractuales, favorecen incumplimientos laborales, desmejoran la calidad en nombre de la eficiencia y favorecen la corrupción. En nuestro medio, sus “mejores resultados” no obedecen a sus bondades sino a la ineficiencia del sistema sanitario nacional. En vista de que proponemos un Sistema Único de Atención de Salud, el sistema sanitario cono-

cido como CONSALUD y que ha favorecido directamente la contratación de servicios “externalizados” debe desaparecer.

### **Los organismos de la ANAS.**

Es esencial que dentro de los organismos de la Autoridad Nacional de Salud: el Órgano Directivo, el Órgano Técnico-Asesor y el Órgano de Auditoria Social, los diferentes grupos de profesionales de la salud tengan una representación puntual. Igualmente, ha de contar con representantes genuinos y propiciatorios de los usuarios (organismos de obreros y patronos organizados) y de la sociedad civil, como de organismos fiscalizadores gubernamentales y no gubernamentales, que no obedezcan exclusivamente a la confianza del Órgano Ejecutivo, sino a la de las gentes, como serían por ejemplo, la Defensoría del Pueblo o la Defensoría de la Salud Pública. Otros organismos, como el Órgano de Asesoría Legal y el Órgano de Auditoria Interna, deben conformarse con profesionales del Derecho y de Contabilidad según se considere pertinente.

Es imprescindible que exista una Dirección Ejecutiva, nombrada a partir de una terna propuesta por la Junta Directiva y lograda mediante concurso entre profesionales de alta calificación, idealmente con experiencia en administración o gerencia de servicios de salud y que sea la responsable operativa de la administración y funcionamiento de la ANAS. En esta instancia figurarían los “directores” de cada área de funcionamiento, como serían: finanzas, planificación, dirección médica, dirección de docencia e investigación, recursos humanos, etc. El Director Ejecutivo de la Autoridad responderá directamente a la Junta Directiva, la cual tendría primordialmente funciones de supervisión y evaluación de lo actuado.

### **El financiamiento del sistema de salud.**

Las profundas reformas al sistema sanitario tienen que incluir suficientes fondos para proveer la atención sanitaria integral - de calidad científica y técnica, como de carácter humanitario - que se le ha prometido y se le debe a los ciudadanos. No se trata de contar con el financiamiento para las reformas, sino de reformar, también, el concepto de financiamiento de la salud.

La atención de nuestras reformas se centran en tres aspectos:

(1) cobertura para todos o universal,

- (2) protección financiera, y
- (3) eficiencia del sistema con calidad.

En esta época, cuando el costo sanitario crece al paso de los adelantos tecnológicos y las mayores expectativas de vida de las poblaciones, la forma más eficaz de fracasar un sistema sanitario es considerando la eficiencia administrativa como el mejor contenedor de costos, mientras se deteriora la calidad de la atención. Los costos del cuidado médico empobrecen a las gentes, no permitamos que empobrezcan la calidad de la atención de salud. Hay que crear instrumentos y mecanismos de contener ese empobrecimiento que no sean a costa de la calidad de la atención, ya sea reformando los procedimientos de compra de servicios o mediante incentivos salariales.

Ningún programa de salud se puede sostener sin disponibilidad de dineros. Pongamos como ejemplo, el acceso oportuno a medicamentos de calidad, del cual usted está particularmente ocupado y preocupado. La distribución de medicamentos seguros y de calidad, aún bajo el mecanismo de buscarlos afuera en otras farmacias del país, no se dará si no se pagan las cuentas. Igualmente, la satisfacción de los usuarios se interrumpe cuando se interrumpen los pagos.

En ese sentido es absolutamente necesario que se observen estrictamente dos elementos que le son inherentes a la financiación de un sistema sanitario: su flexibilidad, que permita adaptarse a las variaciones propias de la actividad sanitaria y, su carácter de sostenible, con el objeto de hacer permanente no solo el compromiso sino también, la ejecución de los planes de salud largamente necesarios y eximiéndolos de impactos negativos debido a las variaciones en la economía nacional.

Ante la complejidad y la sensibilidad del financiamiento de la ANAS, los Garantes consideramos que el proceso de transición debe tomar todos los años necesarios para realizarlo con el menor trauma social y financiero posibles, tanto para las finanzas del Estado, de la Caja de Seguro Social y de los trabajadores, como para la empresa privada y los empleadores. Nuestra meta está orientada a que todo residente en el país, sin distingos de ninguna especie, reciba la atención a la salud que se merece y a que eventualmente el Estado asuma totalmente la responsabilidad constitucional que le compete. A largo plazo, el Estado tendrá que responsabilizarse de la financiación total de la salud a través del presupuesto general e independientemente de la situación laboral o económica de la población. De esta forma, los fondos que recibiría la ANAS provendrían de una sola fuente, lo que facilitaría su recolección y administración.

El modelo que luego opte utilizar para la prestación de los servicios será el producto de la maduración y la experiencia.

Por lo anterior, sugerimos que hasta tanto el Estado asuma en su totalidad la financiación del sistema, su aporte a la ANAS no podrá ser menor que el gasto “per capita” por derechohabiente cubierto, que produzca el ingreso transferido por la CSS, multiplicado por el número de personas no aseguradas. Es muy importante que, si se van a dar estos cambios estructurales al sistema, se cuente con los recursos necesarios para poder hacerles frente de una manera integral. Todo esto, sin recargar las finanzas de la CSS ni del Estado, de modo que ambos cumplan puntualmente con el mandato constitucional referente a la atención de salud de la población.

Los dineros que se recolectan de las cargas impositivas directas e indirectas deben ser movilizados eficiente y equitativamente para la salud y pueden considerarse nuevos conceptos, por ejemplo, el de impuestos sobre las utilidades en el negocio o industrias y actividades que le son nocivas a la salud o que patrocinan estilos de vida dañinos (tabaco, alcohol, comida chatarra, juegos de azar, etc.). Así mismo, subvenciones especiales y algún porcentaje de los ingresos tributarios y no tributarios, que constituyen los ingresos corrientes del Gobierno Central. Debe incluirse también una porción de las utilidades del Canal de Panamá como parte del presupuesto de la ANAS cumpliendo con el justo reclamo de todos los panameños de utilizar el principal activo de nuestro país para el beneficio de los más necesitados.

Es necesario que la ANAS goce de autonomía financiera para tomar decisiones de cómo generar capital para costear los altísimos costos de la provisión de la atención. Igualmente la ANAS podrá localizar, disponer o distribuir sus recursos tomando en cuenta las necesidades de salud de cada región del país de acuerdo con las directrices dictadas por el MINSA y por los resultados de investigaciones epidemiológicas. Esto, de seguro, mejorará la eficiencia y la equidad en la atención de salud.

No está de más señalar que la capacidad institucional es un factor crítico para el éxito en lograr eficiencia y calidad en sus más altas expresiones. El recurso humano que maneje las finanzas tiene que ser de la más alta calificación, tener el mayor apoyo posible para no contenerlo al punto de la ineficiencia y, gozar de acceso a sistemas de informática de la más alta calidad.



## **La Autoridad Nacional de Medicamentos y Tecnología Médica.**

La salud humana no puede ser expuesta, por razones de supuestas “necesidades”, ni a procedimientos diagnósticos y terapéuticos no probados como tampoco a fármacos o medicamentos de cualquier origen, procedencia o atribuidas eficacia y seguridad de imposible comprobación. Tampoco podemos seguir justificando todas las fallas del sistema sanitario por epidemias o desastres naturales, por migraciones masivas de gentes o por el incremento de la expectativa de vida. El denominador común no lo constituyen los imprevistos o los avances sanitarios, el denominador común es una inconsecuente limitación de fondos para la salud, que se aúna al incumplimiento de regulaciones existentes por razón de actitudes irresponsables, tanto de la autoridad y el funcionario público como del ciudadano.

Es necesario implementar la ya existente Ley 1 de medicamentos, preservando la Junta Técnica Consultora, con el objeto de lograr una Autoridad de Medicamentos y Tecnología que responda con sagrada seriedad a la seguridad de la salud pública, de sólida formación ética, con sano sentido regulador, con independencia pero con sujeción a auditorias y rendición de cuentas. Un organismo que no consuma dineros en procedimientos que ya se han llevado a cabo en escenarios externos y de probada calidad. Esta estructura tiene que tener un financiamiento sostenible y flexible y su jurisdicción territorial debe plasmarse no solo en la ley y el reglamento sino en la práctica diaria de su labor. Es necesario considerar en todo este proceso la experiencia acumulada del Laboratorio Especializado de Análisis de la Universidad de Panamá y fortalecerlo en el ejercicio y cumplimiento de sus funciones las cuales deben ser coordinadas y supervisadas por las autoridades de salud correspondientes (MINSA, ANAS y Autoridad Nacional de Medicamentos y Tecnología).

El ámbito de competencia regulativa de esta autoridad comprende la fabricación, exportación, ensamblaje, importación, almacenamiento, distribución, comercialización, información y publicidad de todo producto que afecte de una forma y otra, la salud humana. Esta competencia reguladora debe alcanzar a toda actividad que se de tanto a nivel privado como a nivel público, pero no debe duplicar actividades reguladas por el Instituto Gorgas en materia de investigación clínica o epidemiológica.

Es necesario asegurarle a la población que todos los usuarios del sistema, no importa su condición económica, tienen acceso a medicamentos de alta calidad,

probada eficacia y de uso cotidiano en la práctica médica actual.

Igualmente necesario es asegurarle al usuario de que el sistema tendrá siempre disponible y de forma continuada medicamentos para los enfermos crónicos y para los mayores de edad y se asegurará de que esto se cumpla, cuando tenga que recurrir a terceros (farmacias externalizadas), lo cual sería una medida de excepción. Este propósito no podrá cumplirse, a no ser que exista un fondo independiente a lo contemplado en la financiación de la ANAS, que sufrague los gastos de implementación y operación de un sistema de farmacias externalizadas.

Aquellas farmacias que quieran participar de este programa podrán hacerlo solo bajo estándares rigurosos de calidad, de abastecimiento y de pronta atención al usuario que a ellas recurra. Estos estándares serán los mismos que se exige a la ANAS para su cumplimiento y funcionamiento. Todo el proceso para optar por medicamentos en farmacias o droguerías subrogadas debe ser expedito y cumplir con un mínimo de requerimientos administrativos para evitar la demora en la atención del usuario y por ende, su no satisfacción.

Debe disponerse de un listado de los medicamentos que pueden retirarse de farmacias que no pertenecen a la ANAS y dársele preferencia a genéricos bioequivalentes, luego al producto comercial preferido y, en su defecto, al producto comercial disponible y de igual calidad. Todo listado de medicamentos debe incluir por lo menos, dos fármacos de la misma categoría terapéutica.

Insistimos en que el uso de estas farmacias externalizadas debe ser la excepción y no la regla, pues las farmacias dependientes de la ANAS deben contar con el adecuado inventario de medicamentos para suplir las necesidades de sus usuarios.

### **El Instituto Conmemorativo Gorgas como Centro de Investigación y Referencia en Salud Pública Nacional.**

La investigación es el camino hacia el avance científico y hacia el progreso de las naciones. Un estado moderno e incluyente debe fomentar tanto la investigación básica, clínica y epidemiológica en el campo sanitario y convertir los resultados de estas herramientas para actualizar conocimientos de sus ciudadanos y profesionales de la salud, para aplicar nuevas tecnologías en prevención o cura y para planear y guiar sus servicios de salud.

Consideramos los Garantes, señor Presidente, que el Instituto Conmemorativo Gorgas, conocido por su legado histórico y trayectoria científica, debe

constituirse no solo en el centro nacional de investigación en salud pública, sino también en un centro de referencia y capacitación técnica en salud pública, dedicado a proteger y mejorar la salud nacional. En estrecha cooperación con el Ministerio de Salud, el Instituto Gorgas debe también desarrollar y fortalecer la inteligencia epidemiológica nacional para identificar amenazas y prevenir eventos catastróficos, que afecten a la salud de nuestros conciudadanos.

El Instituto Conmemorativo Gorgas debe proveer al país las funciones de Centro de Referencia en Salud Pública vigilando la efectividad de reactivos de laboratorio y la calidad de los laboratorios públicos y privados que brindan servicios de salud a nuestros ciudadanos.

Para lograr estas metas, el Instituto Gorgas debe mantener vinculación con las instituciones líderes en el mundo que se dedican a la investigación, referencia y educación en el área de salud y someterse a evaluaciones externas periódicas de sus funciones de investigación y referencia.

Es importante, señor Presidente, que señalemos una vez más, que nuestra propuesta es concentrar las funciones de investigación y referencia en salud pública en una institución que tenga la autonomía administrativa y niveles de financiamiento que le permita alcanzar la excelencia profesional necesaria, sin que esto implique inmunidad ni divorcio de la acción rectora y del Ministerio de Salud.

Para lograr este nivel de profesionalismo y proyección en el ámbito nacional e internacional del Instituto Conmemorativo Gorgas, se debe consolidar la implementación y reglamentación de la Ley 78, garantizar los recursos humanos, financieros y físicos necesarios para fortalecer la institución y optimizar la gestión administrativa, el manejo de sus fondos y recursos institucionales.

El derecho a la salud, consagrado en nuestra Constitución, contiene un fuerte componente moral debido a su relación con la vida, con su duración y con su calidad. Como tal, las políticas de salud las investigaciones y las prestaciones de salud deben enmarcarse dentro de estrictos parámetros éticos.

La ética es un aspecto crucial e indispensable de toda buena investigación y los valores humanos no tienen por qué subordinarse al interés particular por razones científicas, religiosas, políticas o económicas. Toda actividad en humanos tiene que ceñirse a estrictas exigencias éticas de aplicación universal. Para lograr esto en nuestro sistema nacional de investigación, recomendamos el fortalecimiento del Comité Nacional de Bioética de la Investigación, como ente supervisor y evaluador de proyectos multicéntricos nacionales, y el desarrollo de comités de ética institucionales de investigación, como ente evaluador de

proyectos realizados en cada institución, que protejan los derechos de las personas que participan en proyectos de investigación. Para facilitar la celeridad en la conducción de estos estudios, se deben implementar mecanismos ágiles de análisis y aprobación, evitando así la duplicidad de evaluaciones éticas.

En este marco de referencia, señor Presidente, plasmamos nuestro trabajo en la confianza que cumplimos con el mandato y la distinción que usted hiciera recaer en nosotros, hace 63 días, el 13 de noviembre de 2006 y con la seguridad que en la medida que le permitamos a la comunidad participar de las decisiones que tienen que ver con la provisión de atención de salud, se mejorará la calidad, la transparencia, la rendición de cuentas y la legitimidad del sistema, todas ellas necesidades sentidas y obligaciones de un carácter ético incuestionable.

Solo nos resta recordar que sin un fuerte apoyo político, pero no político partidista, sino como política de Estado, no se podrá lograr transferir el poder del manejo sanitario a una entidad esencialmente profesional, para servir mejor al ciudadano, que así lo reclama.

Panamá, 23 de enero de 2007